Kallelse

Omvårdnadsnämnden kallas till sammanträde 2022-03-31

Plats och tid
Välfärd Gävle, Magasinsplan 19, Gevaliasalen 09:00-17:00

Ordförande
Elisabeth Carlson Cederholm (C)

Förhinder anmäls till
Lena Wigg, tfn 026-17 88 13, e-post: lena.wigg,@gavle.se

Gruppmöte, Lokal finns tillgänglig den 31 mars, kl 08.00 - 09.00, Magasinsplan 19:
(S), (MP), (C), (L): Gevaliasalen
(M), (KD): Espresso, plan 2
(V), Ebony, plan 1
(SD): Rum 137, plan 1

Gävle KOMMUN

Kallelse

1. Mötets öppnande

2. Upprop

3. Val av justerare

4. Fastställande av föredragningslista

5. Anmälan av beredning

Ärendebeskrivning

Beredning har ägt rum 2022-03-17, kl 08.15 - 08.55.
Närvarande var ordförande Elisabeth Carlson Cederholm (C), 1:e vice ordförande Sara Astner (S) och 2:e vice ordförande Ullrica Hurtig Hedin (KD).

6. Informationsärende: Aktuellt från Sektor Välfärd

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

7. Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport, februari 2022

22ON113

Förslag till beslut

- Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende februari 2022.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Anders Paulsen.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, februari 2022
- Bilaga 1, Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, februari 2022

8. Beslutsärende: Utvärdering Covid-19

22ON104

Förslag till beslut

- Att genomföra utvärdering av Covid-19 samt ge sektorchef i uppdrag att upphandla extern konsult.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

Handlingar i ärendet

- Utvärdering Covid-19

9. Beslutsärende: Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden år 2021

22ON77

Förslag till beslut

- Att Omvårdnadsnämnden antar patientsäkerhetsberättelsen för 2021 som sin eget samt ställer sig bakom målet för patientsäkerhetsarbetet under 2022.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Carin Thunman, Ulrika Carlsson och Johanna Storing.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden år 2021
- Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden år 2021

10. Beslutsärende: Remissyttrande - Förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

22ON72

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

Handlingar i ärendet

- Remissyttrande - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder

- Bilaga - Barnchecklista
- Bilaga - Näringslivskonsekvensanalys
- Remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS, dnr 4.1-166/2022.
- Förslag, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.
- Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.

11. Beslutsärende: Kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

12. Beslutsärende: Delegationsbeslut

22ON71

Förslag till beslut

- Att godkänna redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

Handlingar i ärendet

- Delegationsbeslut - sammanställning
- Sammanställning yttranden - IVO, år 2022
- Sammanställning Lex Sarah
- Sammanställning personuppgiftsincidenter till Omvårdnadsnämnden

13. Kommande beslut: Remiss - Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga

22ON109

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Katarina Stistrup.

Gävle KOMMUN

Kallelse

Handlingar i ärendet

- Missiv gällande remiss av Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Dnr: 22KS142.
- E-postmeddelande - Remiss av Slutbetänkande (SOU 2022_6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.
- Remissmissiv - Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.
- Skrivelse gällande hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga, del 1
- Skrivelse gällande hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga, del 2

14. Informationsärende: Avtalsuppföljning, vård- och omsorgsboende Sätraåsen, Frösunda Omsorg AB

19ON405

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Karina Zettlin Lindholm.

Handlingar i ärendet

- Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Sätraåsen, Frösunda Omsorg AB

15. Informationsärende: Kvalitetsteamets kvalitetsberättelse år 2021

22ON92

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Helena B Jansson, Maria Thuman.

Handlingar i ärendet

- Kvalitetsteamets kvalitetsberättelse år 2021

16. Informationsärende: Översyn av HSL-organisationen

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Eva Söderhäll.

Gävle KOMMUN

Kallelse

17. Informationsärende: Framgångsrik kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom äldreomsorgen

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Siv Nyberg.

18. Informationsärende: Arbetet med BPSD

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Therese Christiansson.

19. Informationsärende: Aktiviteter för äldre sverigefinnar

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Teija Pettersson.

20. Informationsärende: Visning av Power BI

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Lisa Allemo.

21. Informationsärende: Rapport från kontaktpolitikerbesök och deltagande i kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

22. Informationsärende: Anmälningsärenden

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- §4 KF Omfördelning av kommunbidrag år 2022
- §12 KF Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80

Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport, februari 2022

7

22ON113

Gävle
KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2022-03-23

Diarienummer: 22ON113

Handläggare:

Anders Paulsen
026-17 90 95
anders.paulsen@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, februari 2022

Förslag till beslut

Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende februari 2022.

Ärendebeskrivning

Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat t.o.m. februari 2022 på plus 4,1 mnkr.

Resultatet för hela Välfärd Gävle t.o.m. februari 2022 är plus 9,0 mnkr.

De största negativa avvikelserna inom omvårdnadsnämndens verksamheter finns inom hemtjänst egen regi (-2,6 mnkr) och vård- och omsorgsboende i egen regi (-6,0 mnkr). Till stor del har dessa avvikelser att göra med en hög sjukfrånvaro under dec 2021 – jan 2022, pandemins fjärde våg. Vilket har resulterat i väldigt höga personalkostnader i dessa verksamheter eller att de inte har kunnat fullgöra alla insatser inom hemtjänsten. Arbetet med bemannings- och schemaplanering kommer också att fortskrida under 2022.

De största positiva avvikelserna inom nämndens verksamhetsområden finns inom myndighetsfunktionen för lägre utförd hemtjänst än budget (4,9 mnkr). Har till stor del att göra med att utförarna inte har kunnat utföra all beviljad tid under fjärde vågen av pandemin.

Även köp av enskilda platser på vård- och omsorgsboenden avviker positivt (2,6 mnkr) under perioden. Då det finns flera lediga lägenheter hos de externa utförarna.

Utifrån den information som finns vid prognostillfället så blir nämndens årsprognos 0 mnkr Detta trots att flera av nämndens verksamheter har haft en tuff start på året, utifrån den fjärde vågen av pandemin. Det här har resulterat i väldigt hög sjukfrånvaro, med många timvikarier, övertid och beordringar som resultat. Omvårdnadsnämnden kommer att återkomma till kommunstyrelsen om man skulle se ett behov av extra resurstillskott under 2022.

Beslutsunderlag

I bifogad bilaga 1 redovisas omvårdnadsnämndens resultat för februari 2022. Även investeringarna för hela 2022 och de ekonomiska effekterna av Covid-19 pandemin redovisas i bilagan.

Magnus Höijer
Sektorchef
Sektor Välfärd

Gävle
KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2022-03-23

Diarienummer: 22ON113

Handläggare:

Anders Paulsen
026-17 90 95
anders.paulsen@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Bilaga 1 till ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, februari 2022

Resultaträkning t.o.m. februari för hela Välfärd Gävle och uppdelad på de tre nämnderna *(belopp i tkr).*

Resultatet för hela Välfärd Gävle är för perioden januari – februari plus 9,0 mnkr.

Gemensamma kommentarer till investeringar

Som ingångsvärde har de tre nämnderna i ramtilldelningen för 2022 tillsammans 11,8 mnkr till investeringar. (Omvårdnadsnämnden 8,9 mnkr, Socialnämnden 1,0 mnkr, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden 1,9 mnkr).

Alla tre nämnderna hade i bokslutet för 2021 kvar pengar till investeringar som inte användes under året, uppgående till totalt ca 10 mnkr. Nämnderna inom Välfärd Gävle har föreslagit fullmäktige om en överföring av dessa belopp till 2022.

Per den sista december har 0,5 mnkr bokförts som investeringar för de tre nämnderna tillsammans.

Välfärd Gävle	Utfall för perioden 2022-01-01 - 2022-02-28 (Intern bokföring inom respektive nämnd ingår inte)						
TOTALT	**Utfall**	**Budget**	**Avvikelse**	**Förändring %**	**ON**	**SN**	**AFN**
Intäkter							
Taxor och avgifter	16 734	15 815	919	8,0%	14 869	868	996
Hyresintäkter	15 033	15 667	-634	-3,8%	8 035	3 863	3 134
Statsbidrag	35 103	42 086	-6 982	-4,8%	906	3 555	30 643
Övriga intäkter	16 152	15 108	1 044	29,0%	9 663	3 420	3 208
Kommunbidrag	495 562	495 562	-0	8,5%	226 228	94 797	174 537
Summa intäkter	**578 584**	**584 237**	**-5 653**	**7,7%**	**259 701**	**106 503**	**212 519**
Kostnader							
Personalkostnader	-304 149	-298 342	-5 807	-1,8%	-131 396	-50 209	-122 544
Bidrag och transfereringar	-37 997	-37 226	-771	16,9%	-997	-1 622	-35 514
Köp av verksamhet och entrepren	-145 501	-150 013	4 512	7,6%	-79 671	-35 219	-30 612
Hyror och fastighetskostnader	-46 125	-48 515	2 390	-8,0%	-24 312	-7 892	-13 922
Övriga kostnader	-34 241	-38 550	4 309	-20,1%	-17 944	-5 368	-10 932
Avskrivningar och intern ränta	-1 569	-1 852	283	6,9%	-1 279	-106	-184
Summa kostnader	**-569 583**	**-574 498**	**4 915**	**-0,4%**	**-255 600**	**-100 415**	**-213 707**
Resultat	**9 001**	**9 739**	**-738**	**-125,9%**	**4 101**	**6 088**	**-1 188**

Tabell 1; *Förändring i % är skillnaden jämfört med samma period förgående år.

Sammanfattning av resultatet för omvårdnadsnämnden, februari 2022

Enligt bokföringen är det ackumulerade resultatet t.o.m. februari plus 4,1 mnkr för hela nämndens ansvarsområde.

Avvikelsen mot den periodiserade budgeten är för samma period minus 1,3 mnkr.

Omvårdnadsnämnden	Utfall 202201-202202	Budget 202201-202202	Avvikelse mot budget	Förändring % 2021 / 2022	Budget 202201-202212	Prognos 202201-202212
Intäkter						
Taxor och avgifter	14 869	14 542	328	3,0%	87 250	87 250
Hyresintäkter	8 035	7 605	430	4,4%	45 630	45 630
Statsbidrag	906	9 668	-8 762	158,7%	58 005	58 005
Övriga intäkter	9 663	8 631	1 032	10,2%	52 125	52 125
Kommunbidrag	226 228	226 228	0	5,3%	1 357 365	1 357 357
Summa intäkter	**259 701**	**266 673**	**-6 971**	**0,0%**	**1 600 375**	**1 600 367**
Kostnader						
Personalkostnader	-131 396	-129 176	-2 220	-7,6%	-799 629	-799 629
Inhyrd personal och konsulter	-586	-1 023	438	-60,1%	-6 140	-6 140
Bidrag och transfereringar	-997	-195	-803	117,7%	-1 168	-1 168
Köp av verksamhet och entreprenade	-79 671	-82 444	2 773	12,8%	-500 324	-500 324
Hyror och fastighetskostnader	-24 312	-24 238	-73	6,2%	-147 844	-147 844
Övriga kostnader	-5 002	-11 197	6 195	57,4%	-67 181	-67 181
Material och förbrukning	-5 870	-4 953	-917	-64,8%	-29 718	-29 718
Fordon och transporter	-2 750	-3 016	266	19,8%	-18 096	-18 096
Måltider	-3 737	-3 571	-167	23,0%	-21 423	-21 423
Avskrivningar och intern ränta	-1 279	-1 475	196	11,1%	-8 852	-8 844
Summa kostnader	**-255 600**	**-261 289**	**5 689**	**-3,2%**	**-1 600 375**	**-1 600 367**
Resultat	**4 101**	**5 384**	**-1 283**	**0,0%**	**0**	**0**

Kommentarer och åtgärder till större avvikelser i resultatet t.o.m. februari 2022

Vård- och omsorgsboende egen regi -6,0 mnkr (-2,3 mnkr jan)

Kommentar till avvikelsen

Vård- och omsorgsboenden i egen regi redovisar ett negativt resultat med totalt minus 6,0 mnkr. Detta innefattar också hälso- och sjukvårdsenheterna inom kontor boende och specialdemens på Flemminggatan i Gävle.

- Ordinarie vård och- omsorgsboende som har en negativ budgetavvikelse med ca minus 3,1 mnkr. Till stor del har dessa avvikelser att göra med en hög sjukfrånvaro under dec 2021 – feb 2022, pandemins fjärde våg. Vilket har resulterat i väldigt höga personalkostnader i dessa verksamheter.
- Flemminggatan avviker med minus ca 2,1 mnkr. Till stor del har dessa avvikelser att göra med en hög sjukfrånvaro under dec 2021 – feb 2022, pandemins fjärde våg. Vilket har resulterat i väldigt höga personalkostnader i dessa verksamheter.
- HSL-enheterna har en negativ budgetavvikelse med minus ca 0,8 mnkr. Till största del har denna avvikelse att göra med försenad fakturering avseende bemanningssköterskor 2021.

Åtgärd till avvikelsen

Omvårdnadsnämnden kommer att återkomma till kommunstyrelsen om man skulle se ett behov av extra resurstillskott på grund av de höga kostnaderna för OB, övertid och vikarier med anledning av covid-19 pandemins fjärde våg. Arbetet med schema- och personalplaneringsgruppens stöd till chefer att genomföra schemaförändringar fortsätter under 2022. Utbildning i bemanningsekonomi för kontorets chefer genomfördes under hösten 2021 och återkommer som ett fokusområde under 2022, kopplat till schema- och personalplanering.

Hemtjänst egen regi, -2,9 mnkr (-1,1 mnkr jan)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för hemtjänsten i egen regi är 2,9 mnkr högre än budget för perioden. En stor anledning till de högre kostnaderna beror på ökade personalkostnader med anledning av kohortvård (covid-19 pandemin). Kohortvård bedrivs fortsatt, men enbart i

de hemtjänstområden där det finns bekräftad eller misstänkt smitta. Detta innebär att en del hemtjänstområden kan återgå till normalläge avseende personalplanering.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd. Kostnaderna är till stor del en konsekvens av covid-19 pandemin och därav är ingen åtgärd aktuell i dagsläget.

Köp av plats Vård och omsorgsboende, 3,6 mnkr (0,9 mnkr jan)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för köp av platser på externa vård- och omsorgsboenden är 3,6 mnkr lägre än budget för perioden. De lägre kostnaderna beror på att flera av de externa utförarna har många lediga lägenheter på grund av covid-19 pandemin och därmed har köp av plats varit lägre under hela 2021 och är fortsatt lägre än det som planerades inför 2022.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd. Avvikelsen är den enskilt största positiva avvikelsen för nämnden.

Hemsjukvård, -1,7 mnkr (-0,4 mnkr jan)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för hemsjukvården är 1,7 mnkr högre än budget för perioden. De ökade kostnaderna avser OB, övertid på grund av hög sjukfrånvaro. En stor del av avvikelsen beror också på eftersläpande fakturering av inhyrda sjuksköterskor avseende 2021.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd än att bevaka avvikelsen gällande OB och övertid på grund av fjärde vågen av pandemin.

Hemtjänst myndighet, 4,9 mnkr (2,3 mnkr jan)

Kommentar till avvikelsen

Den största positiva avvikelsen inom nämndens verksamhetsområde finns inom myndighetsfunktionen och avser lägre utförd hemtjänst än budget (4,9 mnkr). Har till stor del att göra med att både interna och externa utförarna inte har kunnat utföra all

beviljad tid under fjärde vågen av pandemin. Kostnaderna för externt köpt hemtjänst är 2,1 mnkr lägre än förväntat för perioden.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd.

Prognos för helåret 2022 inkl. effekter av Covid-19

Utifrån den information som finns vid prognostillfället så blir nämndens årsprognos 0 mnkr Detta trots att flera av nämndens verksamheter har haft en tuff start på året, utifrån den fjärde vågen av pandemin. Det här har resulterat i väldigt hög sjukfrånvaro, med många timvikarier, övertid och beordringar som resultat. Omvårdnadsnämnden kommer att återkomma till kommunstyrelsen om man skulle se ett behov av extra resurstillskott under 2022.

Beslutsärende: Utvärdering Covid-19

8

22ON104

Gävle KOMMUN

Missiv

2022-03-21

Diarienummer: 22ON104

Handläggare:

Magnus Höijer
026-17 80 00
magnus.hoijer@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Utvärdering Covid-19

Förslag till beslut

Att genomföra utvärdering av Covid-19 samt ge sektorchef i uppdrag att upphandla extern konsult.

Bakgrund

Den 8 februari 2022 fick Kommunstyrelsen rapportering från extern konsult av den utvärdering som man under 2021 beslutades ska genomföras rörande Gävle kommuns hantering av Covid-19. Utvärderingen fokuserar på nämnder och de kommunala bolagens styrelsers processer och kärnverksamheter. Uppdraget omfattade inte krisledningsarbetet, eller en fördjupad analys av enskilda verksamhetsområden. Utvärderingsperioden som omfattades är 2020-02-01 – 2021-08-30.

Då den övergripande utvärderingen nu är genomförd och presenterad, samt att den fjärde vågen ebbar ut är det dags att utvärdera välfärdsnämndernas arbete utifrån pandemin. Denna utvärdering omfattar alltså Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, Omvårdnadsnämnden samt Socialnämnden.

Uppdrag

Sektor Välfärd ska utvärdera respektive nämnds arbete under pandemin (tidsperiod: 1 mars 2020 – 1 mars 2022). Utvärderingen ska fokusera på möjliga förbättringar och lärdomar för organisationen för en framtida motsvarande händelse.

Utvärderingen ska genomföras av extern konsult.

Utvärderingen ska

- belysa hur förutsättningarna har sett ut för nämnden, organisationen och dess verksamheter att hantera krisen,
- belysa hur krisen har hanterats på olika nivåer och utifrån olika perspektiv i organisationen,
- framhålla centrala slutsatser för att kunna dra lärdomar för framtiden,
- innehålla konkreta förslag till förändring som sådana identifieras.

Utvärderingen ska bestå av två delar:

1. En generell del som handlar om sektorns (Välfärd Gävles) övergripande arbete:
    - **Ledning och styrning** - processer för information, beslutsfattande, uppföljning och säkerställande av efterlevnad av rutiner och riktlinjer samt förmåga till omställning utifrån förändrade interna och externa förhållanden
    - **Organisering av arbetet** utifrån pandemin – beredskapsgruppens funktion, samordning av utrustning, särskilda samverkansforum, förändrade arbetssätt inom verksamheterna mm
    - **Kommunikation** – interna och externa kommunikationsinsatser. Kanaler för kommunikation, tempo och omställningsförmåga, samordning. Kommunikation och information till nämnder, med kunder, anhöriga, allmänhet och medier.
    - **Personal och kompetens** – tillgång till personal, personalplanering, vikariehantering, kompetens i organisationen att hantera pandemin (hälso- och sjukvårdsperspektiv) osv.
2. En särskild del för respektive nämnd, som har ett medborgarperspektiv: hur har det nämndsspecifika uppdraget (enligt reglementet) hanterats och hur har insatser och verksamheter riktade till medborgare påverkats?

Inom ramen för utvärderingen ska intervjuer med nyckelpersoner och funktioner genomföras samt faktaunderlag i form av beslut, analyser mm ingå.

Underlag från Folkhälsomyndigheten, Arbetsmiljöverket, Socialstyrelsen samt andra myndigheter ska beaktas.

Coronakommissionens delrapporter och slutrapport ska också beaktas, likaså den rapport Kommunstyrelsen delgavs 8 februari 2022

Rapportering

En delrapportering ska genomföras i juni till nämnden. Denna ska ha fokus på att beskriva hur krisen hanterats. Inga slutsatser och förslag till förändring presenteras.

En slutrapport ska presenteras skriftlig och överlämnas senast september 2022 till nämnden.

Magnus Höijer
Sektorchef
Sektor Välfärd

Beslutsärende: Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden år 2021

9

22ON77

Gävle KOMMUN

Missiv

2022-03-11

Diarienummer: 22ON77

Handläggare:

Caroline Engberg, verksamhetschef
026-17 80 00
caroline.engberg@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse år 2021 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att Omvårdnadsnämnden antar patientsäkerhetsberättelsen för 2021 som sin egen samt ställer sig bakom målet för patientsäkerhetsarbetet under 2022.

Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.
Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Sveriges kommuner och regioner, SKR, har utarbetat en ny mall som stöd för alla vårdgivare vid utarbetandet av patientsäkerhetsberättelsen. Mallen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.
Mål, strategier och utmaningar för kommande år skall framgå i patientsäkerhetsberättelsen.

Ärendebeskrivning

Året 2021 har arbetet med pandemin, Covid-19 prioriterats av ledning och verksamheter. Det har inneburit stora utmaningar så som nya eller uppdaterade arbetssätt, ny kunskap om covid-19 och smittspridning samt hur verksamheten skyddar både personal och patienter. Beredskapsgruppen, med syfte att leda och styra Välfärd Gävle under Covid-19, har fortsatt sitt arbete under hela året. Den största och mest effektfulla smittförebyggande åtgärden har varit att vaccinera så många som möjligt. De egna och de externa verksamheterna inom Välfärd Gävle har under 2021 fortsatt att rapportera in misstänkta och bekräftade fall av Covid-19. Denna statistik har använts till att rapportera till beredskapsgruppen, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, smittskydd samt internt för att säkerställa personal- och patientsäkerheten.

Under året har nya samverkansavtal upprättats för läkarstöd vilka reglerar hur samverkan ska genomföras i varje enskild verksamhet för att säkerställa patientsäkerheten.

Under året har Kvalitetsteamet för kontor Utveckling och stöd, tillsammans med berörda parter, förenklat och förbättrat hanteringen av avvikelser. Detta arbete är åtgärder som beslutats utifrån den genomlysning som genomfördes 2019. Utifrån resultatet bedöms att arbetet med avvikelsehantering fortsatt är ett förbättringsområde för att säkerställa att avvikelser utreds utifrån vad lagstiftningen kräver.

Under 2021 har Välfärd Gävle inte haft några tydliga mål och strategier för att minska förekomsten av vårdskador och därigenom öka patientsäkerheten. I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. Välfärd Gävle ansluter sig till det målet och ska under 2022 upprätta en handlingsplan med strategier i syfte att uppnå målsättningen.

Patientsäkerheten har säkrats bland annat genom Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) projektet samt att mätningen av nattfasta i våras nådde 90% eller mer på åtta av vård- och omsorgsboenden. Det är det bästa resultatet sedan april 2016.
Två Lex Maria har utformats inom Omvårdnadsnämndens verksamheter till Inspektionen för vård och omsorg gällande fördröjd behandling av Sepsis

(blodförgiftning) vid suprabubis kateterbyte samt en sent upptäckt fraktur som misstänks ha uppkommit vid ståträning.

Magnus Höijer
Sektorchef
Sektor Välfärd

Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden År 2021



Datum 20220301
Ulrika Carlsson medicinskt ansvarig sjuksköterska
Carin Thunman medicinskt ansvarig sjuksköterska
Johanna Storing medicinskt ansvarig för rehabilitering
Diarienummer: 22ON77

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.
Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:
Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING 5

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 6
Engagerad ledning och tydlig styrning 6
Övergripande mål och strategier 6
Organisation och ansvar 6
Samverkan för att förebygga vårdskador 8
Informationssäkerhet 10
En god säkerhetskultur 10
Adekvat kunskap och kompetens 11
Patienten som medskapare 12

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 13
Öka kunskap om inträffade vårdskador 14
Tillförlitliga och säkra system och processer 15
Säker vård här och nu 17
Riskhantering 17
Stärka analys, lärande och utveckling 18
Avvikelser 18
Fallavvikelser 20
Klagomål och synpunkter 21
Öka riskmedvetenhet och beredskap 30

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 33

Bilaga 1.Tabell för sammanställning 34

SAMMANFATTNING

Året 2021 har arbetet med pandemin, Covid-19 prioriterats av ledning och verksamheter. Det har inneburit stora utmaningar så som nya eller uppdaterade arbetssätt, ny kunskap om covid-19 och smittspridning samt hur vi skyddar både personal och patienter. Beredskapsgruppen med syfte att leda och styra Välfärd Gävle under Covid-19 har fortsatt sitt arbete under hela året. Den största och mest effektfulla smittförebyggande åtgärden har varit att vaccinera så många som möjligt. Den egna och de externa verksamheterna inom Välfärd Gävles har under 2021 fortsatt att rapportera in misstänkta och bekräftade fall av Covid- 19. Denna statistik har använts till att rapportera till beredskapsgruppen, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, smittskydd samt internt för att säkerställa personal och patientsäkerheten.

Under året har nya samverkansavtal för läkarstöd upprättats som reglerar hur samverkan ska genomföras i varje enskild verksamhet för att säkerställa patientsäkerheten.

Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter förenklat och förbättrat hanteringen av avvikelser. Detta arbete är åtgärder som beslutats utifrån den genomlysning som genomfördes 2019. Utifrån resultatet bedöms att arbetet med avvikelsehantering fortsatt är ett förbättringsområde för att säkerställa att avvikelser utreds utifrån vad lagstiftningen kräver.

Under 2021 har Välfärd Gävle inte haft några tydliga mål och strategier för att minska förekomsten av vårdskador och därigenom öka patientsäkerheten. I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. Välfärd Gävle ansluter sig till det målet

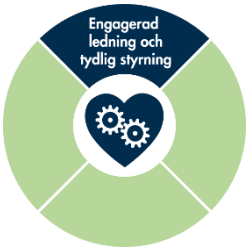
Patientsäkerheten har säkrats bla genom BPSD projektet samt att nattfastemätningen i våras nådde 90% eller mer på 8 av vård och omsorgsboenden. Det är det bästa resultatet sedan april 2016.

2st Lex Maria har gjort inom Omvårdnadsnämndens verksamheter till inspektionen för vård och omsorg gällande fördröjd behandling av Sepsis(blodförgiftning) vid suprabubis kateterbyte samt en sent upptäckt fraktur som misstänks ha uppkommit vid ståträning

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säkervård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso-och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Mål

Under 2021 har Välfärd Gävle inte haft några tydliga mål och strategier för att patientsäkerheten ska öka, genom att förekomsten av vårdskador minskas.

Strategi

Tydliga strategier har saknats under 2021. Rutiner finns för utredning, analys, åtgärder och uppföljning av allvarliga vårdavvikelser (rapporter från medarbetare samt inlämnade klagomål och synpunkter från patienter och närstående), samt samarbete med andra myndigheter och organisationer, regionalt och nationellt i frågor som rör patientsäkerhet.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

I det här stycket beskrivs hur roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet var fördelat inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde under 2021. Den 1 januari 2019 fick Gävle kommun en ny organisation. Det högsta beslutande organet är kommunfullmäktige. Kommunen har flera olika nämnder som stöttas av en gemensam förvaltning. Förvaltningen är indelad i fyra sektorer vars uppdrag avgörs av tillhörande nämnder. Kommunens hälso-och sjukvård tillhör sektor Välfärd Gävle vilken består av fem kontor: Förebyggande och kompetens, Myndighetskontor, Stöd i hemmet, Boende, Utveckling och stöd och ledningsfunktioner inom HR, ekonomi, kommunikation och kvalitetsledning. Inom Välfärd Gävle arbetar cirka 3000 medarbetare. Sektorn arbetar på uppdrag av tre nämnder: Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden samt Arbetsmarknads- och Funktionsrättsnämnden var av hälso-och sjukvård finns i två av nämnderna. Hälso-och sjukvårdsansvar bedrivs i Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads-och Funktionsrättsnämnden.

Omvårdnadsnämnd

Omvårdnadsnämnden är ansvarig vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för verksamheter enligt SoL 5 kap. 5 § andra stycket, dagverksamhet enligt 3 kap. 6 samma lag samt hemsjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har rollen som kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. MAS arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheterna. MAS fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket framgår av hälso -och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har rollen som kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamheten som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. MAR arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheterna. MAR fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket framgår av hälso -och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef HSL ansvarar för att tillhandahållna tjänster och uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnden samt lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 4 kap § 2 i hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschef HSL ansvarade för att inom sitt verksamhetsområde tillse att rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsuppdraget är kända på enheterna.

Ledningsansvarig sjuksköterska LANS

Ledningsansvarig sjuksköterska LANS ansvarar för att MAS rutiner är kända och efterlevs, att lokala instruktioner upprättas/revideras på enheten, att läkemedelsförrådet sköts enligt riktlinje för läkemedelshanteringen, att kontroll av medicintekniska produkter utförs enligt instruktion från verksamhetschef, att tillsammans med verksamhetschef/inventera/intiera/samordna behovet av utbildningsinsatser inom området hälso-och sjukvård, att ansvara för att bedöma hälso-och sjukvårdsavvikelser utifrån gällande rutin och medverka i kvalitetsråd.

Ledningsansvarig för rehabilitering LANR

Ledningsansvarig för rehabilitering LANR ansvarar för att MAR rutiner är kända och efterlevs, att lokala instruktioner upprättas/revideras på enheten, att kontroll av medicintekniska produkter utförs enligt instruktion från verksamhetschef, att tillsammans med verksamhetschef/inventera/initiera/samordna behovet av utbildningsinsatser inom området hälso-och sjukvård, att ansvara för att bedöma hälso-och sjukvårdsavvikelser utifrån gällande rutin och medverka i kvalitetsråd.

Enhetschef första linjens chef

Första linjens chef leder och fördelade arbetet för sina medarbetare. Ansvarar för att organisera och planera teamarbete kring kund samt ansvarar förrapportering och avvikelsehantering.

Hälso-och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetsuppgifter som utförs på delegering av legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvård och medför därför särskilt ansvar enligt Patientsäkerhetslagen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Här beskrivs de processer och områden som samverkan äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Vårdhygien

Gävle kommun har tillsammans med övriga kommuner i länet ett avtal med Vårdhygien region Gävleborg. Vårdhygien arbetar aktivt med kommunerna samt i regionen med att förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien erbjuder hygienutbildningar till kommunernas chefer, omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Läkaravtal

Under 2021 har lokala samverkansavtal för läkarstöd förnyats utifrån de nya mallarna som beslutades under 2020. Detta har gjorts i särskilda boenden, vård- och omsorgsboende, gruppboenden, serviceboenden, gruppbostäder och servicebostäder samt i hemsjukvården. I avtalen har exempelvis fastställts att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. Ramavtal och lokala samverkansavtal reviderades under 2020 där tydliggörande av teamsamverkan har central roll. Detta för att stärka den personcentrerade vården och på så vis säkerställa patientsäkerhet.

Förstärkt samverkan

Förstärkt samverkan är en samverkansgrupp med representanter från slutenvård, primärvård, Välfärd Gävle. Välfärd Gävle representeras av kontorschefer, Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt Medicinskt ansvarig för rehabilitering. Gruppen träffas tre gånger per termin.

Mobilt sjukvårdsteam

Gävle kommun och Region Gävleborg har sedan 2018 ett gemensamt mobilt sjukvårdsteam. Syftet med det mobila teamet är att förbättra vårdkedjan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Ambitionen är att kunna optimera vården för äldre med sviktande hälsa eller multisjuka vuxna som bor i ordinärt boende, vård- och omsorgsboende eller som vistas på en korttidsenhet. Effekten blir att personer med behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser får fortsatt vård i hemmet vilket bedöms medföra ett mervärde för individen, minskat tryck på akuten och färre antal inskrivningar. Teamet bemannas av läkare från primärvården eller slutenvården, en sjuksköterska från primärvården och en sjuksköterska från

kommunen som har ett nära samarbete med biståndshandläggare. Gävle kommun bidrar med tre sjuksköterskor till samarbetet.

Uppsökande Tandvård

Uppsökande tandvård erbjuds av Folktandvården region Gävleborg i samverkan med länets kommuner. Syftet är att förebygga och förbättra munhälsa hos personer med ett varaktigt och omfattande vård-och omsorgsinsatser. Insatsen är kostnadsfri för patienten. Region Gävleborg handleder kommunens vård- och omsorgspersonal när behov uppstår samt utbildar i munhälsa en gång per år.

Samverkan Region/ Kommun Covid-19 Pandemin

Samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner fortsatte under 2021.
Syftet med denna samverkan var och är fortfarande att diskutera medicinska frågor och fatta beslut om gemensamma rutiner gällande Pandemin.
Under våren sommaren 2021 deltog från Region Gävleborg chefsläkare i primärvården, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, smittskyddsläkare och hälsovalskontoret representant och från länets kommuner var medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR representerade.
Under hösten 2021 fortsatte dessa möten med smittskyddsläkaren och sjuksköterskor, vårdhygiensläkare och hygiensjuksköterskor samt med länets MAS och MAR.
Samverkans forum har funnits under hela pandemin och fortsätter även i dag. Mötesfrekvensen har varit olika under pandemin smittoläget har avgjort hur ofta samverkan har 1-2 gånger i veckan och i dagsläget är forumet var annan vecka. Detta forum har varit viktiga under pandemin där man snabbt har satt in lokala åtgärder vid ökad smittspridning.

Lokal samverkansgrupp

Lokal samverkansgrupp i Gävle kommunstartades upp under april 2020 och pågår fortsatt. I detta forum ingår representanter från samtliga hälsocentraler i Gävle kommun samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR, verksamhetschefer från kontor myndighet, boende och stöd i hemmet.
Syftet med detta forum är att stärka samverkan och gemensamt arbeta för att stärka patientsäkerheten. I början på pandemin startade de offentligt drivna hälsocentralerna i Gävle en kommun samverkande central på Gävle Strandshälsocentral för att ge bättre förutsättningar och ökad samverkan gällande de mest sköra patienterna inom verksamhetsområdet. Där fanns distriktssköterskor och läkare som samarbetade med samtliga särskilda boenden, LSS och hemsjukvård med ronder och stöd. Distriktssköterskorna arbetade med hembesök, SIP och utskrivningsprocessen för hela VO Primärvård Gävle. Läkare var tydligt involverad i utskrivningar från slutenvården vilket resulterade i bra planeringar och snabba säkra inskrivningar i hemsjukvården i det fall det behövdes.

Överenskommelse om svårt sjuka

Överenskommelsen har till syfte att säkerställa att patienter, där sjukhusvård, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett delat ansvar, får en säker och jämlik vård med så god livskvalitet som möjligt. Överenskommelsen omfattar alla verksamheter. Alla verksamheter som berörs ingår inom respektive huvudmans ansvar.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vid inspektionen för vård och omsorgs granskning av kommunens systematiska informationssäkerhetsarbete identifierades brister i att kommunen inte hade genomfört någon övergripande riskanalys av informationssäkerheten avseende påverkan på kommunens nätverk och informationssystem. Ett förberedande arbete har initierats för att under våren 2020 påbörja införandet av ett systematiskt informationssäkerhetsarbete vid Välfärd Gävle.
Vad gäller sektor Välfärd så är rutinen för loggkontroll under omarbetning nytt förslag finns som ska beslutas 2022. År 2021 har loggkontroller genomförts på begäran av chefer och några slumpmässig loggkontroller i journalsystemet Treserva. Målet för 2022 är att systematiska loggkontroller genomförs som den nya rutinen beskriver.

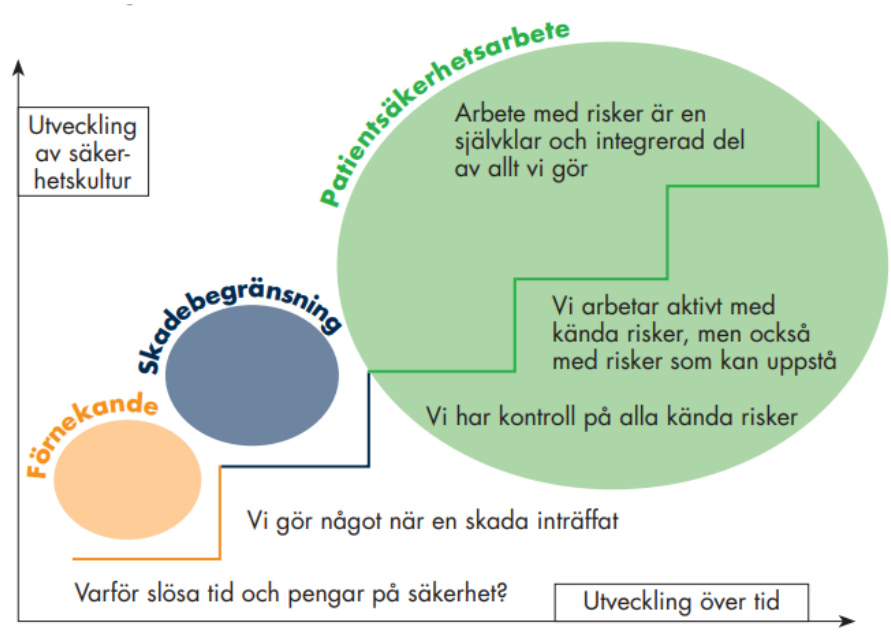
Loggkontroller i NPÖ nationell patientöversikt sker varje månad.

Regelbundna och strukturerade journalgranskningar planerades att genomföras enligt rutin under 2021. Detta har inte kunnat genomföras som planerat relaterat till pandemin. Flertalet journaler har granskats av MAS och MAR i samband med olika händelser i verksamheterna samt vid kvalitetsgranskningar utfört av kvalitetsteamet. Fortsatt finns brister i hälso-och sjukvårds dokumentationen. Under 2021 har medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR även att delta i journalgranskningar. Som har inneburit en kvalitativ förbättring av granskningen.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.





Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

Figur 2. Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg.

Den 3 december 2021 bjöds Charlotta George, Socialstyrelsen in till ett digitalt dialogmöte om den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och dess fortsatta arbete i kommunen. På mötet konstaterades att Välfärd Gävle befinner sig i förnekelsefasen på säkerhetskulturtrappan vilket innebär att patientsäkerhetsarbetet endast sker reaktivt. Det är således viktigt att Välfärd Gävle arbetar fram en handlingsplan för att uppnå en god patientsäkerhetskultur.

Välfärd Gävle har anställt en projektledare för att titta på hur den kommunala hälso-och sjukvården ska bäst organisera sig för att kunna möta vårdens framtida utmaningar och upprätthålla en god säkerhetskultur för att främja patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Nära vård arbetet har under året anställt en gemensam samordnare för länets kommuner. Detta för att säkerställa och samordna kommunernas framtida arbete med regionen och andra aktörer.

Adekvat kunskap och kompetens



En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

I välfärd Gävles verksamheter arbetar chefer, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor och vårdbiträden.
Hälso-och sjukvården bedrivs på primärvårdsnivå på vård och omsorgsboende och i hemsjukvården. Verksamheten har sjuksköterskor med specialistkompetens så som distriktssköterskor, demenssjuksköterska men även andra specialister. Det är en styrka så att patienten kan få en personcentrerad vård.

Kompetensutveckling har skett under året genom att:

- Enhetscheferna för sjuksköterskorna har under året gjort ett årshjul för kompetensutveckling med bland annat TES utbildning, Treserva utbildning.
- Tre sjuksköterskor är Treserva coacher. Två ssk är utsedd att hålla i sårvårdsutbildning i första hand till sina kollegor.
- MAS/MAR forum med olika teman är kompetensutveckling för legitimerade medarbetare och chefer.
- Legitimerade medarbetare har årshjul med olika teman där de håller korta föreläsningar under arbetsplatsträffar för omvårdnadspersonalen. Teman kan vara hälavlastning, madrasser, tryckavlastning, sittdynor, pep pipa, sårvård, nutrition och så vidare. Materialet och upplägget är klart. Vård- och omsorgsboenden har påbörjat denna kompetensutveckling men man har kommit olika långt.
- BPSD administratörs utbildning för omvårdnadspersonal, legitimerade medarbetare och chefer.
- Vårdhygien region Gävleborgs utbildning i basala hygienrutiner för hygienombud, legitimerad personal och chefer.
- E-utbildningar i kompetensen så som demensutbildning i tre steg, Socialstyrelsens hygienutbildning, jobba säkert med läkemedel inför delegering av läkemedel.
- Workshop i nära vård har genomförts för verksamhetschefer i region Gävleborg och länets kommuner.
- Under året har alla sjuksköterskor inom välfärd Gävle erbjudits utbildning i samarbete med högskolan Gävle i Palliativvård 7,5 poäng och avancerad omvårdnad 7,5 poäng.

- Några sjuksköterskor har valt att genomföra utbildningarna som avslutas i mars 2022 i samband med avslut ska utbildningen utvärderas med sjuksköterskorna.
- Inom Vård- och omsorgsboende har samtliga enhetschefer gått utbildning i förändringsledning.
- Kompetensutveckling för omvårdnadspersonal att möta kundernas behov har utgått ifrån varje enhets behov. Kompetenshöjning har getts inom psykisk ohälsa, demenssjukdom, synnedsättning, munvårdsutbildning och dokumentation.

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete genom en god planering.

Välfärd Gävle använder planeringssystem TES:

- TES planeringen grundar sig på kundernas behov och önskemål.
  I planeringen framkommer vilken insats som ska utföras, när insatsen ska utföras och hur insatsen ska utföras genom hänvisning till ex vårdplaner.
- TES planeringen är också ett verktyg för att se om bemanningen räcker till eller om ytterligare resurser behöver sättas in. Vid exempelvis vak vård i livet slut brukar extra personal sättas in.
- I planeringsverktyget planeras också in medarbetare som har läkemedelsdelegering och på det sättet framgår det tydligt vilken kompetens som behövs för uppdraget.
- Legitimerade medarbetare planerar också efter TES och bemanningen grundar sig utifrån vårdtyngd. Pågående arbete i områdesfördelning för att stärka medarbetarna att vara fler, göra rätt insats vid rätt tidpunkt samt stödja lära av varandra.

Patienten som medskapare



En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och anhöriga ska vara delaktiga i vården genom att delta vid planeringar och upprättande av planer som rör patientens mål av vården detta kan vara SIP, vårdplaner, brytpunktsamtal och genomförandeplaner.
Personcentrerad vård ska styra planering så att patients mål uppfylls.
Vårdgivaren ska fortlöpande ta emot synpunkter och klagomål från anhöriga och patienter för att kunna utveckla vården så att den uppfyller kravet av god vård.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Verksamheterna har svarat på MAS/MAR enkät gällande patientsäkerhet och kvalitet här nedan redovisas några av svaren från enkäten

Basala hygienrutiner och klädregler

Egenkontroll av BHK basala hygienregler och klädregler skall enligt rutin mätas minst en gång per år samt v.b i alla verksamheter där vård och omsorg utförs för att minska smittspridning i verksamheterna.

Antal genomförda PPM mätningar i basalhygien och klädregler

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har fem boenden genomfört 1–2 PPM mätningar och tre boenden 3–4 PPM mätningar. Tre boenden har inte gjort några mätningar och ett boende vet inte hur många de genomfört.

Inom hemsjukvården har ett område genomfört en PPM mätning och övriga områden svarat, vet ej.

Genomförda egenkontroller för vårdhygieniskstandard

Egenkontroll av vårdhygien har varit en av de viktigaste åtgärderna under Pandemin och har inte utförts i den utsträckning som beredskapsgruppen har beslutat om eller enligt rutin. Endast Sju av tolv vård och omsorgsboenden har genomfört egenkontroller enligt rutin för vårdhygieniskstandard. Hemsjukvården har svarat ja i det övergripande svaret och ett område har svarat nej på frågan.

PPM punktprevalensmätning SKR

PPM punktprevalensmätning görs två gånger per år dessa mätningar rapporteras till SKR. Gävle kommun har endast varit med i en PPM mätning våren 2021 Mätningen visade endast 21 registreringar i välfärd Gävle någon övergripande analys av mätningen går ej att genomföra då det är endast ett boende (boende som drivs på entreprenad) som har genomfört mätningen. De mätningar som är gjord är över rikets median i alla utom andel fria från ringar, klockor och armband där mätningen visar strax under median.

Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner för vård och omsorg

Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner för vård och omsorg är en grundläggande utbildning som all personal ska genomföra minst en gång per år. Resultat för 2021 av 13 vård och omsorgsboenden har endast 3 boenden en täckningsgrad på 100% och 3 st boende har 0%. Övriga boenden har täckningsgrad mellan 95%-25%.

Vårdhygien utbildningar

Under 2021 har vårdhygien utbildat hygienombud, legitimerad personal samt chefer i basal hygien.

Medicinteknisk utrustning

Enligt svaren i MAS/MAR-enkäten 2021 så är detta ett tydligt utvecklingsområde. Externa aktörer svarade i högre utsträckning att de kontrollerar och kalibrerar medicinsk mätutrustning enligt bruksanvisning samt att de har en förteckning över alla ägda hjälpmedel/träningsredskap för spårbarhet och kontroll enligt bruksanvisning.

Egenregin har påbörjat en ny inventering av medicinteknisk utrustning under 2021.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Under hösten 2021 har samtliga verksamheter arbetat med avvikelsehantering och vikten av att utreda och utveckla vården så att man kan förhindra vårdskador och/eller missförhållanden.

Kvalitetsteamet har under detta år uppdaterat rutiner i avvikelsehanteringen, utbildat enhetschefer och verksamhetschefer i avvikelsehantering. Detta var en åtgärd som utfördes pga. att bedömningar och utredningar inte har gjorts av avvikelser i den takt som behövs för att utreda händelser så att det inte händer igen.

Under 2021 har 2 st Lex Maria anmälningar skickats till IVO gällande

- fördröjd behandling av Sepsis(blodförgiftning) vid suprabubis kateterbyte, Patienten fick sepsis efter byte av suprabubis kateter. Bytet skedde pga. stopp i KAD.
  Behandling sattes inte in i tid pga. att. läkare och sjuksköterska först misstänkte att patienten hade Covid-19. Denna försening av antibiotikabehandling kan vara bidragande orsak till att patienten fick sepsis. Brister som också har påvisats i utredningen är brister i dokumentationen och uppföljning samt kontakt från omvårdnadspersonal till sjuksköterska.
- en sent upptäckt fraktur som misstänks ha uppkommit vid ståträning. Gällande bakomliggande orsaker så framkom organisation, dokumentation och rutiner. De viktigaste förebyggande åtgärderna som föreslogs gäller gemensamma bedömningar av legitimerad personal/läkare, avvikelsehantering i team och rutin för kontakt med närstående vid behov. Händelsen inkom som ett klagomål.

MAS/MAR forum

Under 2021 skapades ett forum för att höja patientsäkerheten i välfärd Gävle. Forumet leds av MAS/MAR. Till forumet har all legitimerad personal, enhetschefer och verksamhetschefer både i extern och i egen regin bjudits in. Deltagandet har varit stort mellan 80-100st personer har deltagit vid varje digitalt möte via teams. I utvärderingen har framkommit att mötet har varit uppskattat och att framgången till stort deltagande har varit att mötet har skett digitalt.

Syftet med forumet är att det ska vara ett lärande och diskuterande forum med både interna och externa föreläsare och varje möte har haft ett speciellt tema.
Teman under 2021 har varit inviduell riskbedömningar, genomgång av patientsäkerhetsberättelsen, delegeringar, egenvård, avvikelsehantering, samordnad inviduell plan SIP, Skydds och begränsningsåtgärder och teamsamverkan. Vid aktuella teman har ledningssystemets rutiner belysts så att dessa blir kända av alla användare.

För att sprida kunskap om Lex Maria har dessa händelser tagits upp på forumet så att alla kan lära av varandra och för att undvika att händelsen händer igen i någon av verksamheterna.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Läkemedelsanvändning

I flera rapporter från Socialstyrelsen, SBU och SKR redovisas att läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt. Detta gäller både de som bor på vård och omsorgsboende och de som bor i ordinärt boende. År 2013 genomfördes en revision/samverkansgranskning gällande läkemedelsanvändningen i Gävle kommun, Bollnäs kommun och Region Gävleborg. I revisionen 2013 samlades läkemedelsstatistik in från alla vård och omsorgsboenden i kommunerna. Denna insamling och utvärdering av statistik har sedan dess fortgått årligen på uppdrag av MAS i alla verksamheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Statistiken används vid uppföljningar av samverkansavtal för läkarmedverkan.

2021 års resultat innefattar endast de som bor på särskilt boende för äldre då hemsjukvården inte kunnat uppge denna information i enkäten

2021

		Vård- och omsorgsboende	
		Antal	Andel
Bakgrundsinformation	Platser		
	Äldre med i studien	760	
Hög risk för biverkningar	Neuroleptika	93	12%
	Antideprissiva	361	48%
	Lugnande och sömnmedel	249	33%
Polyfarmaci	2-3 av ovan	175	23%
	Mer än 10 medel	259	34%
	Mer än 20 medel	19	3%
Olämpliga läkemedel	NSAID	2	0%
Eventuella bristande rutiner	Laxantia	387	51%
	Årlig läkemedelsgenomgång	515	68%

2020

		Vård- och omsorgsboende	
		Antal	Andel
Bakgrundsinformation	Platser	894	
	Äldre med i studien	874	98%
Hög risk för biverkningar	Neuroleptika	105	12%
	Antideprissiva	376	43%
	Lugnande och sömnmedel	276	32%
Polyfarmaci	2-3 av ovan	234	27%
	Mer än 10 medel	282	32%
	Mer än 20 medel	15	2%
Olämpliga läkemedel	NSAID	9	1%
Eventuella bristande rutiner	Laxantia	451	52%
	Årlig läkemedelsgenomgång	778	89%

Analys av resultatet när det gäller läkemedelsanvändningen 2018 skiljer inte ut sig nämnvärt från tidigare årsresultat. Något som dock noteras är att antalet genomförda läkemedelsgenomgångar har minskat från 89% till 68%. Orsaken till denna minskning kan bero på den pågående pandemin av Covid-19 och är en del av den vårdskuld som förekommer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta resultat kräver att förbättringsarbete i samverkan med Region Gävleborg.

Denna minskning är kopplad till sex olika vård- och omsorgsboenden och i samarbete med sex olika hälsocentraler. I dessa sex verksamheter behövs ett lokalt utvecklingsarbete genomföras.

Utifrån 2021års resultat konstateras att det fortfarande finns ett behov av ett utvecklingsarbete gällande läkemedelsgenomgångar inom den kommunala hälso- och sjukvården tillsammans med primärvården.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

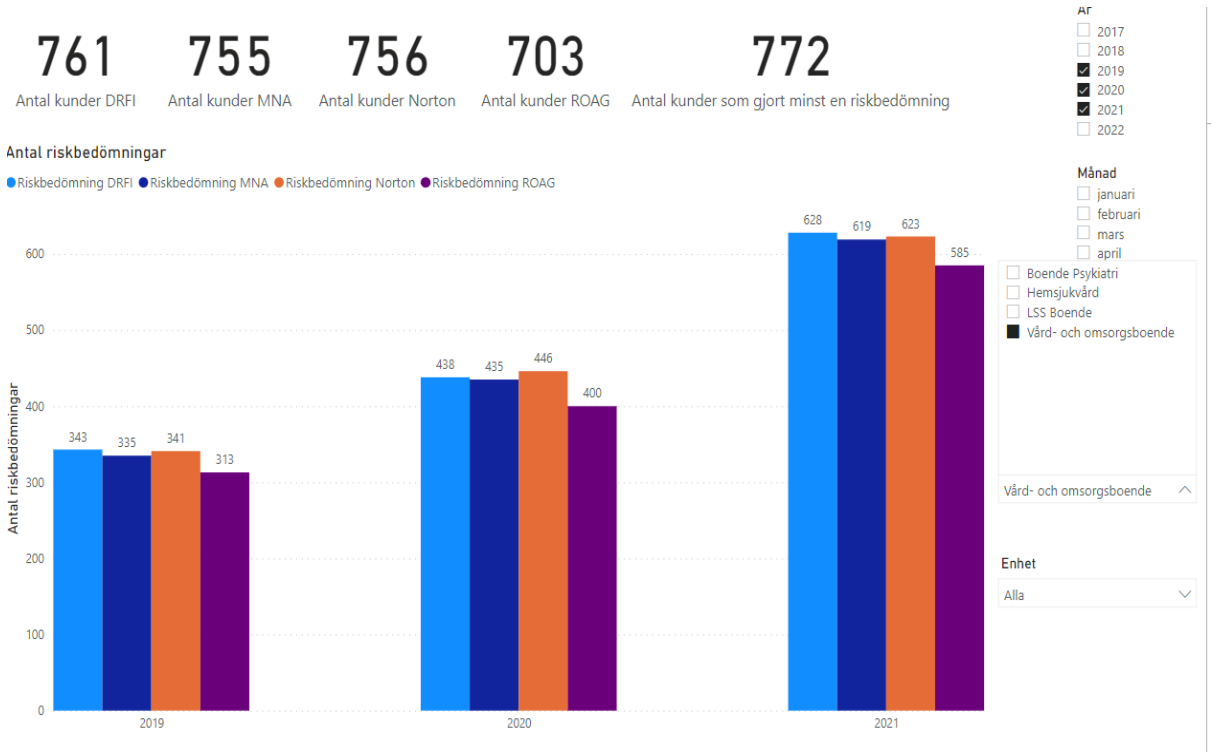


Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Inviduella Riskbedömningar: vård och omsorgsboende 2021
Kommunens Hälso- och sjukvård ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det är en del i det vårdpreventiva arbetet och sker bland annat att genom ett strukturerat arbete med riskbedömningar för att identifiera patienter med risk för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa. Risker och åtgärder dokumenteras i journal.
Resultatet för 2021 visar att detta är ett förbättringsområde för att uppnå god patientsäkerhet.
Varje patient ska erbjudas riskbedömning två gånger per år och teamarbetet är en förutsättning för personcentrerade åtgärder med gott resultat.

Källa Power BI



DFRI: Downton fall risk index**, MNA:** Mini nutritional assessment, **Norton**: Riskbedömning trycksår,med Norton-skalan, **ROAG**: Revised oral assessment guide

(Tolkning utifrån år 2019 får göras med försiktighet, då Välfärd Gävle begärde utträde ur Senior alert registret under året och vissa registreringar då endast finns i registret.)

Trycksår

År 2021 hade 4,3% av patienterna på särskilt boende för äldre ett eller flera trycksår endast 27% av dessa hade fått en läkarbedömning av såret. De åtgärder som sattes in var att arbeta med förebyggande riskbedömningar och tryckförebyggande åtgärder. Ingen mätning har skett i ordinärt boende och hemsjukvård.

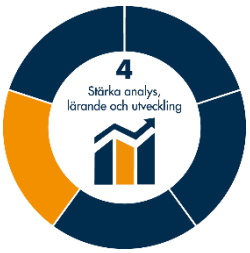
Nattfasta

I välfärd Gävle ska nattfastan mätas två gånger per år. 2021 har en mätning genomförts i mars.

Nattfastan skall inte överstiga 11 timmar för brukare på vård o.ch omsorgsboende inom Välfärd Gävle. Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan.
Av de 553 inkluderade brukarna i mars månads mätning 2021 visar resultatet att 86 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 7,5 timmar och medianen 8 timmar.
Med ett uppsatt effektmål om att alla brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, är Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden på god väg att nå målet. Positivt för i vår är att resultatet är det bästa sedan april 2016 och åtta boenden nådde 90 % eller högre.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

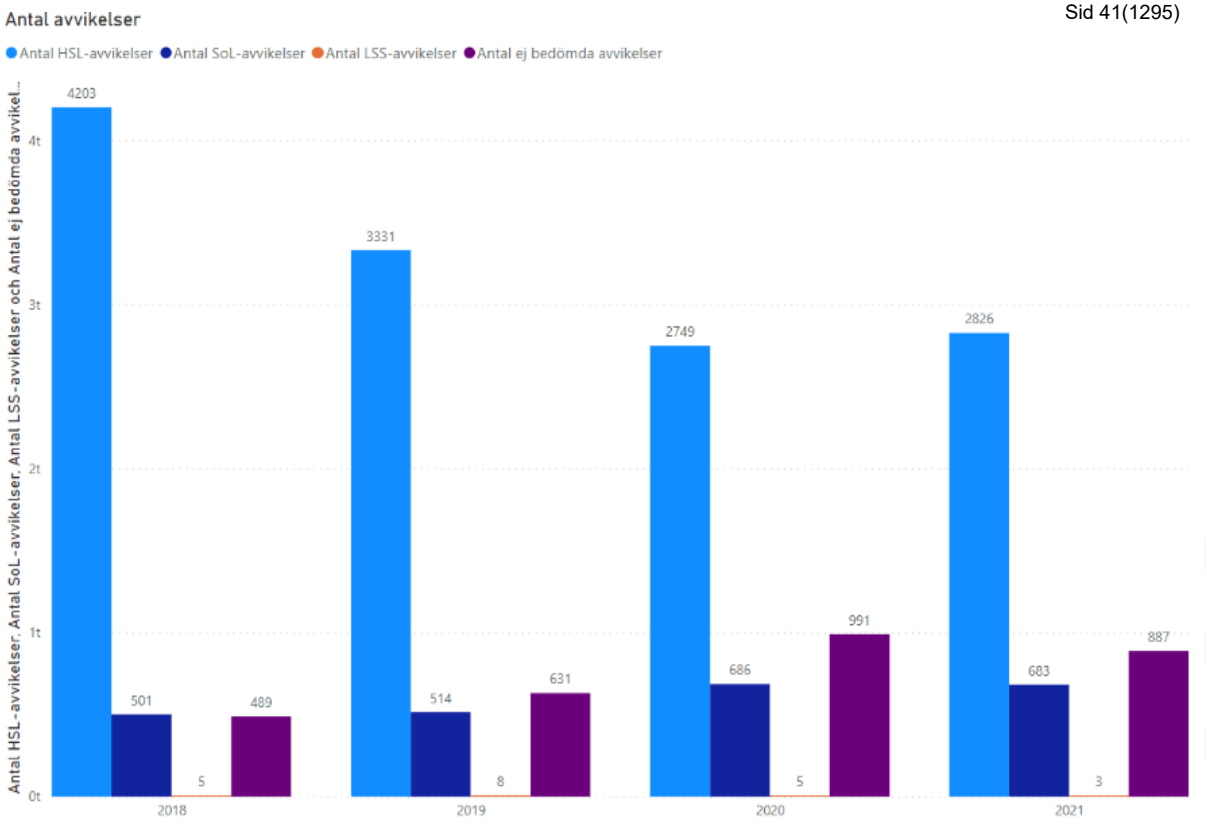


Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Välfärd Gävle har arbetat för att personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.
Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter förenklat och förbättrat hanteringen av avvikelser.
I oktober publicerades ny version av rutinen samtidigt som alla enhetschefer och verksamhetschefer fått en genomgång av rutinen och ett utbildningsmaterial till medarbetare. Enhetscheferna har fått ett tydligare ansvar för hanteringen. Aviseringar om registrerade avvikelser har minimerats så legitimerad personal slipper ta del av dem som de inte är berörda av, vilket frigör arbetstid för dem.
Legitimerad personal och chefer har på MAS/MAR-Forum haft dialoger runt det nya i avvikelsehanteringen. Enligt nya rutinen ska cheferna analysera statistik utifrån sina avvikelser, identifiera trender och vid behov vidta åtgärder på övergripande nivå. Analysen och vidtagna åtgärder ska även rapporteras för ytterligare analys hos verksamhetschef och sedan vidare till Kvalitetsteamet.

Trenden på antal avvikelser är avstannande mellan år 2020 och 2021 medan andelen bedömda och hanterade avvikelser under året ökat. Antal ej riskbedömda avvikelser har minskat något.



Ej riskbedömda avvikelser

Verksamhetsområde	Antal avvikelser	Antal ej riskbedömda avvikelser	Andel avvikelser som ej riskbedömts
⊞ **Vård- och omsorgsboende**	**3034**	**330**	**11 %**
⊞ **Natt och larm**	**24**	**14**	**58 %**
⊞ **HSL-vårdplaneringsteam**	**10**	**6**	**60 %**
⊞ **HSL-vård och omsorgsboende**	**151**	**105**	**70 %**
⊞ **HSL-planering**	**2**	**1**	**50 %**
⊞ **HSL-hemsjukvård**	**281**	**195**	**69 %**
⊞ **Hemtjänst**	**966**	**442**	**46 %**
⊞ **Dagverksamhet**	**9**	**8**	**89 %**
⊞ **Avlösning**	**65**	**26**	**40 %**
Totalt	**4542**	**1127**	**25 %**

I tabellen ovan har 25% av avvikelserna ej riskbedömts. Av avvikelserna totalt så har det registrerats 4542 st varav 1127 st inte har bedömts och av dessa kan det med stor sannolikhet finnas allvarliga händelser som skulle behöva utredas vidare antingen som Lex Maria eller Lex Sarah.

Fallavvikelser

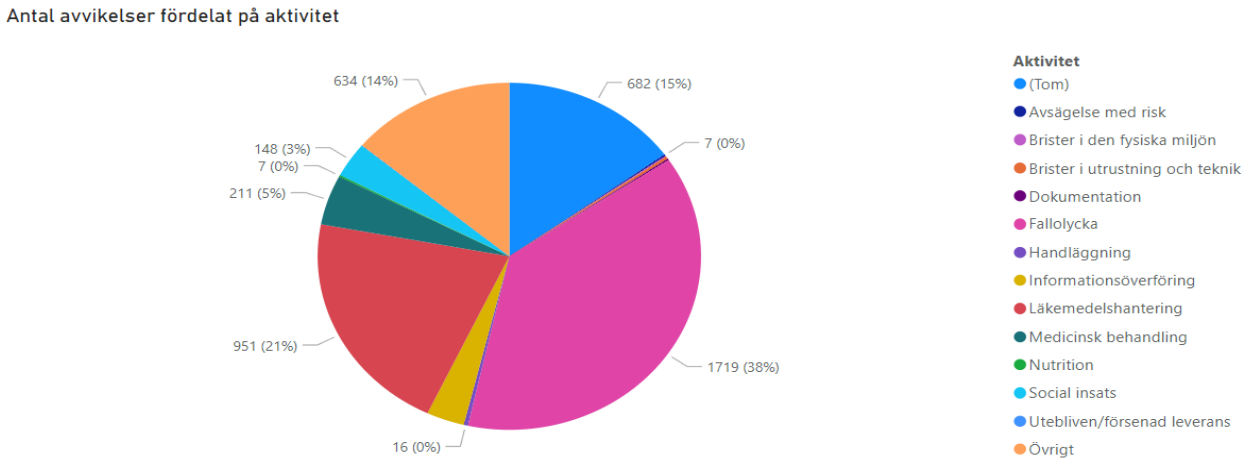
Fallavvikelser är den vanligast förekommande avvikelsen, för exempelvis vård- och omsorgsboende har dessa de senaste respektive tre åren utgjort cirka 50% av totala antalet avvikelser.

Fallavvikelser (Power Bi)	**2019**	**2020**	**2021**
Totalt antal fallavvikelser Välfärd Gävle	2085	1902	1830
Vård- och omsorgsboende	1689	1637	1491
Hemsjukvård	114	94	108
Hemtjänst/natt och larm	80	69	68

Enligt vårdhandboken kan en individanpassad, multiprofessionell och multifaktoriell fallprevention i team ge en 30–60% reduktion av antalet fall och det finns evidens för att fallprevention ger effekt i äldreomsorg och slutenvård. Den åtgärd som tydligast visar en minskad risk för fall och fallrelaterade frakturer är fysisk träning i form av kombinerad balans- och styrketräning. Koll på läkemedelsintag, säker miljö och god nutrition anses också minska fallrisken.

Utifrån ovanstående är det av stor vikt att alla patienter erbjuds individuella riskbedömningar och åtgärder utifrån ett teambaserat arbetssätt och att läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin.

Det är viktigt att alla professioner har kunskap och kompetens gällande fallprevention och Socialstyrelsen erbjuder webbutbildningen ” Ett fall för teamet”.

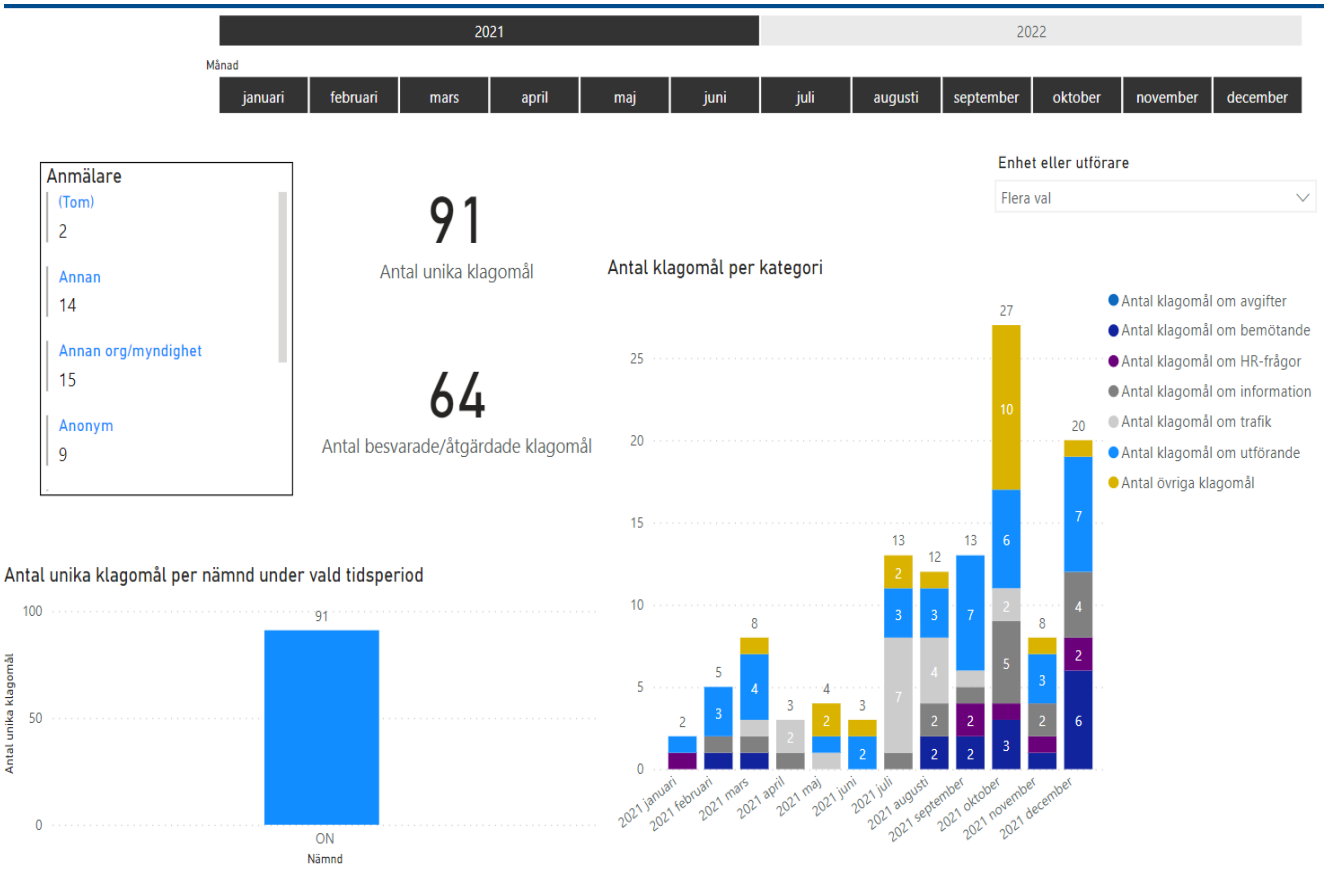


Läkemedelshanteringsavvikelse och fallavvikelser är de två största områdena där djupare analys behöver genomföras under 2022. Analys behöver också genomföras på vad som registreras under övrigt och tom. Det är 29% som har registrerats som tom eller övrigt under 2021.

Klagomål och synpunkter

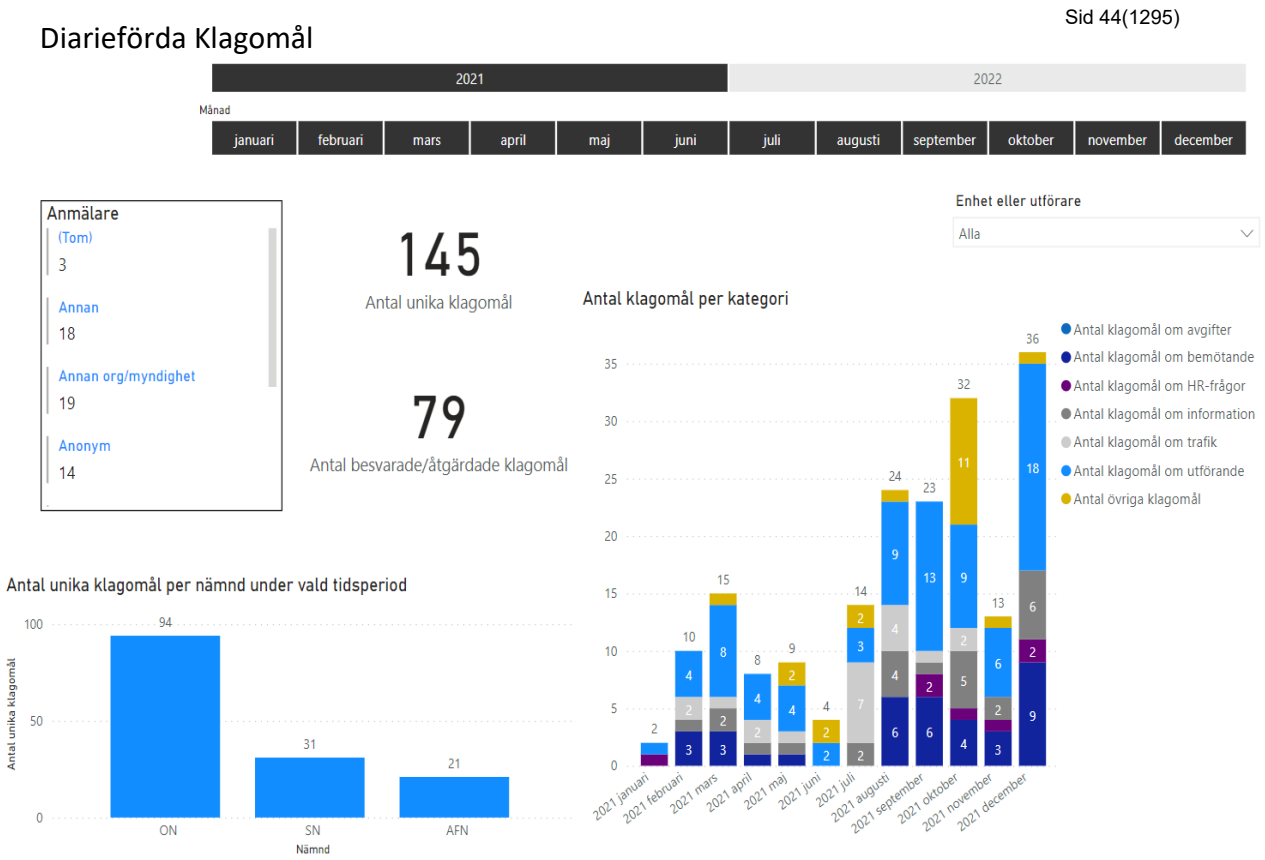
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Under året har Kvalitetsteamet tillsammans med berörda parter förenklat och förbättrat hanteringen av klagomål.
I oktober publicerades ny version av rutinen samtidigt som alla enhetschefer och verksamhetschefer fått en genomgång av rutinen och ett utbildningsmaterial till medarbetare. Skriftliga klagomål ska fortsätta diarieföras, vilket inte längre är ett krav på muntliga klagomål, men de ska givetvis hanteras.
Cheferna har fått ett tydligare ansvar för att föra statistik på både skriftliga och muntliga klagomål, analysera, identifiera trender och vid behov vidta åtgärder på övergripande nivå. Analysen och vidtagna åtgärder ska även rapporteras för ytterligare analys hos verksamhetschef och sen vidare till Kvalitetsteamet.



Av ovanstående 91 klagomål rör 22 hälso- och sjukvård samt i tillägg fyra till som rör bemötande inom hemsjukvård. Dessa redovisas i nedanstående tabell tillsammans med inkommande klagomål som rör hälso- och sjukvård från region Gävleborg.

	ON egenregi	ON extern regi
Klagomål som rör hälso- och sjukvård	15(I tillägg 4 som rörde bemötande inom hemsjukvård)	7
Inkommande klagomål från region Gävleborg	7	2



Bilden visar fördelning av 145 diarieförda klagomål. Den 21 februari 2022 hade 79 svar diarieförts och 16 krävde inget svar. Av de 16 är två ett beröm till verksamheten och 14 har anonym avsändare. 20 av 145 diarieförda klagomål har inkommit via IVO som inte upprättar tillsynsärende utan ber Välfärd Gävle besvara klagomålet. 29 av 145 klagomål berör extern utförare.
I statistiken saknas svar i 50 klagomål som troligen är besvarade, utan att ha blivit diarieförda. Omvårdnadsnämnden har flest klagomål och samtidigt högst antal potentiella klagande kunder och anhöriga. Det bör även noteras att det under den beskrivna perioden har funnits andra kanaler för att lämna klagomål. Mest frekvent är klagomål på själva utförandet av insatser samt under sommarmånaderna påpekas det runt vårdslös bilkörning och felparkering. En del klagomål inkommer i form av avvikelser som Region Gävleborg uppmärksammar, framför allt vid inskrivning i slutenvård men även i utskrivningsprocessen. Det förekommer ungefär lika frekvent att Välfärd Gävle uppmärksammar Region Gävleborg på avvikelser som skett där. Några verksamheter, men inte alla redovisar sin statistik av klagomål på enhets- eller verksamhetsnivå. I den redovisning som finns ingår både diarieförda och icke diarieförda klagomål.

Sammanfattande reflektion

En större andel klagomål än tidigare år inkommer via IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Detta kan även bero på att IVO blivit mer allmänt känd under pandemin så att den enskilde i högre grad vänder sig dit direkt med sitt klagomål. Det finns inte något i dessa klagomål som visar på att verksamheten fått klagomål till sig i ett tidigare skede och inte hanterat dessa korrekt. Det är viktigt att verksamheterna hanterar inkomna klagomål korrekt samt även informerar den enskilde att klagomål alltid ska lämnas till dem i första hand.

De klagomål som rör utskrivningsprocessen bör uppmärksammas i det länsövergripande samarbetet och rutinen som finns.

Det återstår för alla verksamheter att komma i gång med en korrekt avvikelse- och klagomålshantering med tillhörande analys och förbättringsarbete. Kvalitetsteamet fortsätter att ge stöd.

Patientnämndsärenden

Under 2021 har det inkommit 8 ärenden till patientnämnden gällande verksamheter inom omvårdnadsnämndens område. Dessa handlar i huvudsak om bristande bedömning, tillgänglighet till vården samt information. Tre ärenden har besvarats av skriftligt av verksamheterna, ett ärende kunde åtgärdas av aktuell verksamhet omgående och fyra ärenden har endast kommit till verksamheterna för kännedom utan skrivelse från patientnämnden. Patientnämnden ser positivt på de svar som verksamheten har skrivit och det är viktigt att beklaga det som har hänt. De ser mycket värdefullt att verksamheten har eller erbjuder fortsatt dialog med anhöriga.

God vård vid demenssjukdom

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD-registret) är ett nationellt kvalitetsregister. Det syftar till att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Ungefär 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD. Symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Att arbeta med BPSD-registret tillsammans med en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory NPI som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista och därefter vidtas åtgärder. Efter överenskommen tid görs utvärdering då hela processen genomförs igen.

Figur 4. Observation, analys och åtgärder enligt BPSD-registret.

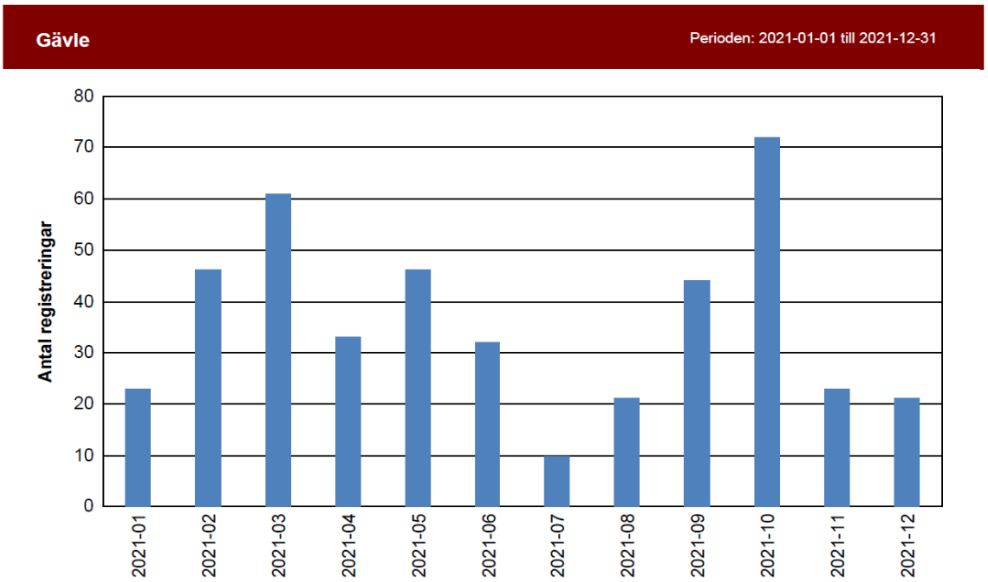


År 2021 var det sammanlagda antalet registreringar i BPSD inom den kommunala hälso-och sjukvårdens egenregi och entreprenader 432 och antalet unika individer som erhållit bedömning 263.
För jämförelse med 2020 och 2019, se tabell nedan.

Antal registreringar i BPSD-registret (samtliga utförare i Gävle kommun)

	2021	**2020**	**2019**
Antal registreringar	432	428	322
Antal registrerade personer	263	264	219

Antal registreringar i BPSD-registret per månad 2021



	Antal	2021-01	2021-02	2021-03	2021-04	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12
Antal	**1538**	90	181	188	121	202	100	24	51	155	166	151	109
Bollnäs	**296**	12	30	45	28	33	31	7	4	20	25	34	27
Gävle	**432**	23	46	61	33	46	32	10	21	44	72	23	21
Hofors	**12**	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Hudiksvall	**113**	6	20	11	8	11	7	1	2	31	4	7	5
Ljusdal	**202**	22	22	12	7	33	11	0	10	11	34	28	12
Nordanstig	**67**	2	20	2	4	9	0	0	0	2	0	17	11
Ockelbo	**12**	0	0	5	2	1	0	1	0	0	0	3	0
Ovanåker	**27**	1	2	5	2	4	0	0	2	5	1	5	0
Sandviken	**189**	7	15	17	10	43	8	2	3	19	23	16	26
Söderhamn	**188**	15	24	29	26	21	10	2	8	22	6	18	7

Det finns inga uppgifter om det totala antalet brukare med demenssjukdom. Den 31/12 2020 fanns det totalt 551 lägenheter med demensinriktning på Gävles olika vård-och omsorgsboenden (egenregi och

externa utförare). Det finns även kunder med demenssjukdom som bor på somatiska enheter. Det finns fortfarande en förbättringspotential när det gäller registreringar och åtgärder med stöd av BPSD-registret, då varje person med demenssjukdom enligt nationella riktlinjer bör få minst en registrering genomförd per år. Antal registreringar är i princip oförändrat jämfört med år 2020.

Projekt BPSD-registret

Under 2021 lånade Välfärd Gävle ut certifierade utbildaren för BPSD-registret till BPSD-registrets nationella projekt om förbättringsarbete. I projektet deltog fem vård- och omsorgsboenden inom egenregin i Gävle, totalt 18 boendeenheter.

Resultat från BPSD-projektet:

- BPSD-symptomen har minskat generellt – en del har halverat symtomen
- Goda resultat på individnivå
- Ökad personcentrering
- Generell ökning av teamarbete
- BPSD-registreringarna har ökat
- Arbetsmetoden har börjat bli implementerad

Multiprofessionellt teamarbete (prioritetsgrad 1 i de nationella riktlinjerna)

Med multiprofessionellt teamarbete menas att minst en hälso- och sjukvårdspersonal och en omvårdnadspersonal har deltagit i BPSD-registreringen. För närvarande är det vanligen en BPSD-administratör och en till undersköterska/kontaktman som utför registreringen.

Här finns det stor förbättringspotential. Målet bör vara 100 %. Resultat från BPSD-registret visar generellt bättre resultat där sjuksköterskor deltagit.

Gävle	2021	2020	2019
Multiprofessionellt teamarbete	37,1 %	30,2 %	19,5 %

Smärtfrihet (uppgift från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer)

Smärta är en vanlig orsak till BPSD. I en del kommuner har man som rutin att först se över smärta och smärtlindring innan andra läkemedel mot BPSD sätts in. Detta tankesätt kan utvecklas vidare inom Välfärd Gävles enheter för vård- och omsorgsboende.

Det är även viktigt att öka användningen av smärtskattningsskalor för att så långt det är möjligt kvalitetssäkra bedömning av smärta då målgruppen demenssjuka kan ha svårigheter att själv uttrycka sig om eventuell smärta.

Andel registrerade personer med bedömd smärtfrihet (uppgifter från BPSD-registrets kvalitetsindikatorer)

Gävle	**2021**	**2020**	**2019**
Andel smärtfria registrerade personer	80,7 %	74,9 %	70,8
Andel registringar där smärtskattningsskala använts	23,2 %	16,9%	12,4 %

Det finns utbildningsbehov gällande BPSD-administratörsutbildning, utbildningen är en förutsättning för ett gott multiprofessionellt arbete kring demens och åtgärder för att minska BPSD.

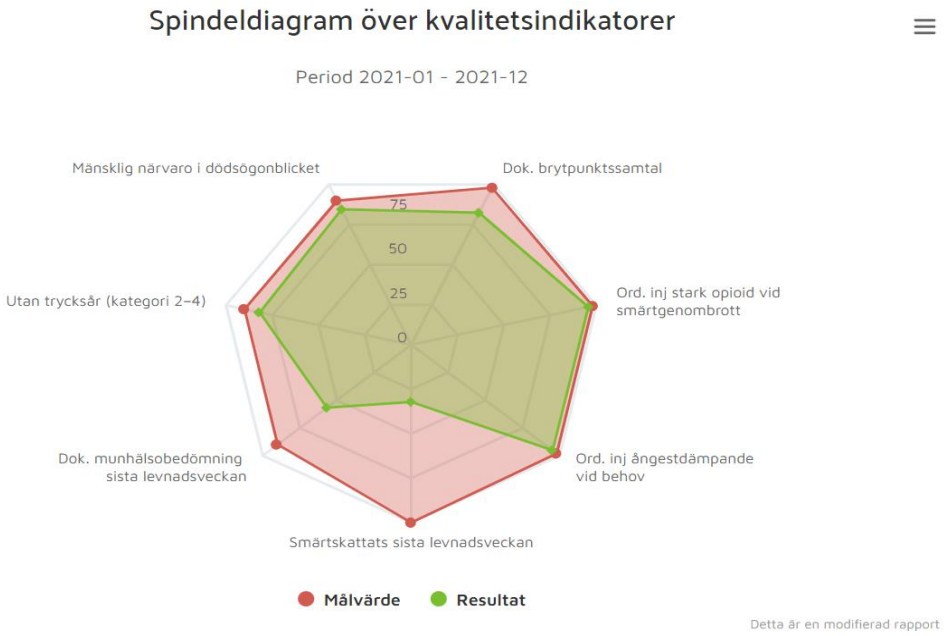
Det har visat sig nationellt att den viktigaste och bästa åtgärden för att minska BPSD är en bra och tydlig bemötande- och kommunikationsplan vilket kan ge en högre grad av personcentrerad omsorg med ökad förståelse och samsyn hos medarbetarna om vad som är viktigt för kunden för att minimera BPSD.

God vård i livets slut

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syfte tär att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkätmed frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvalitet, initiera förbättringsområden samt att följa upp. Välfärd Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2021 rapporterades 56,04% av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret (2020 rapporterades 56,85%, 2019 rapporterades 51,94%) I registret besvaras frågor kring exempelvis förekomsten av trycksår, smärtlindring och mänsklig närvaro i dödsögonblicket. För att ge en så god livskvalitet som möjligt i livets slutskede är symtom-och smärtlindring högt prioriterat. Det är viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symtom. Möjligheten att uppnå en god smärtlindring ökar om arbetet med smärtskattning sker på ett strukturerat sätt. Av resultatet nedan framgår att en låg andel av de avlidna i registret som var folkbokförda i Gävle kommun smärtskattades med ett validerat instrument i livets slutskede. Detta kan innebära att patienterna inte får en adekvat smärtlindring i förhållande till den upplevda smärtan och ses som ett angeläget förbättringsområde. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som förbättringsområden är dokumenterade brytpunktssamtal på vård-och omsorgsboenden samt dokumenterade munhälsobedömningar. Gott resultat uppnås gällande flera kvalitetsindikatorer exempelvis frånvaro av trycksårgrad 2–4, mänsklig närvaro i hemsjukvård och ordination av injektionsläkemedel.

Kvalitetsindikationer är hämtat ur palliativ registret som visas i spindeldiagram och tabell för vård och omsorgsboende och hemsjukvård på de kommande sidorna.

Diagram för urval: Kommun, Gävle, särskilt boende/vård och omsorgsboende,> 65 år, N=187



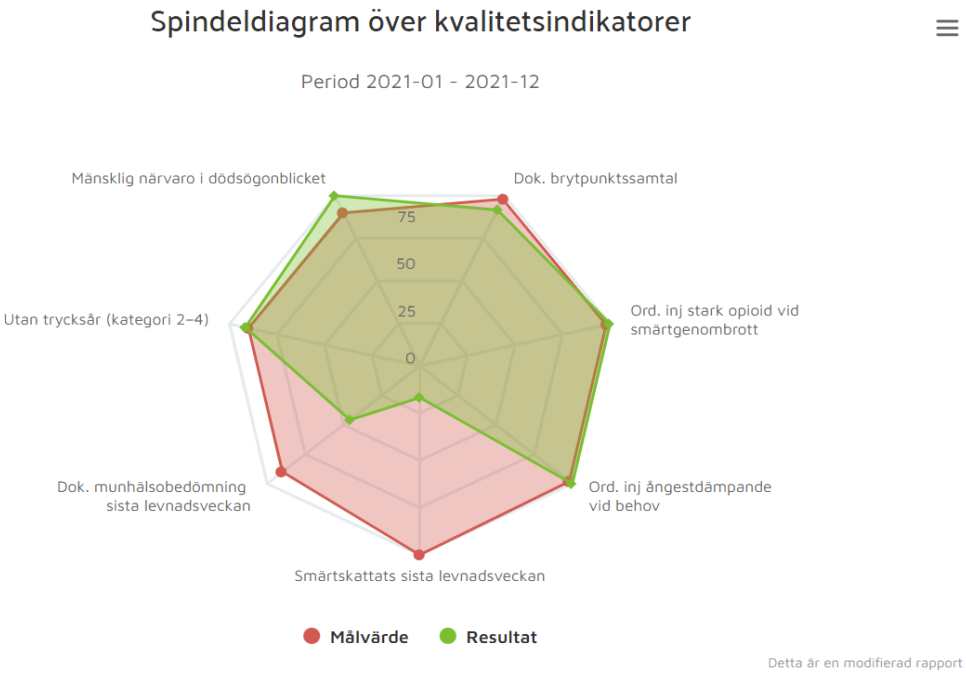
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	82,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,7
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,2
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	32,1
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	56,7
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	81,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	84,5

Tabell för ovanstående: Särskilt boende/ Vård-och omsorgsboende

Diagram för urval: Kommun, Gävle, eget hem med stöd av allmän hemsjukvård,> 65 år, N= 24



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	16,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	45,8
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	91,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

Tabell för ovanstående: Stöd av allmän hemsjukvård

Diagram för urval:> 65 år, per län

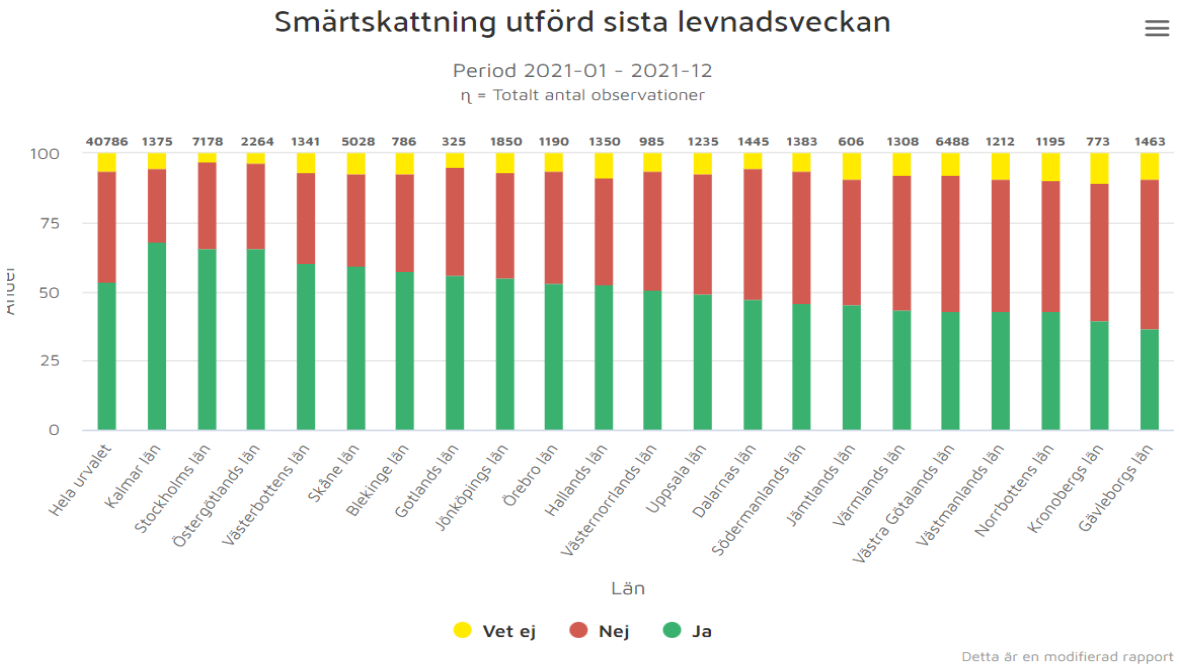
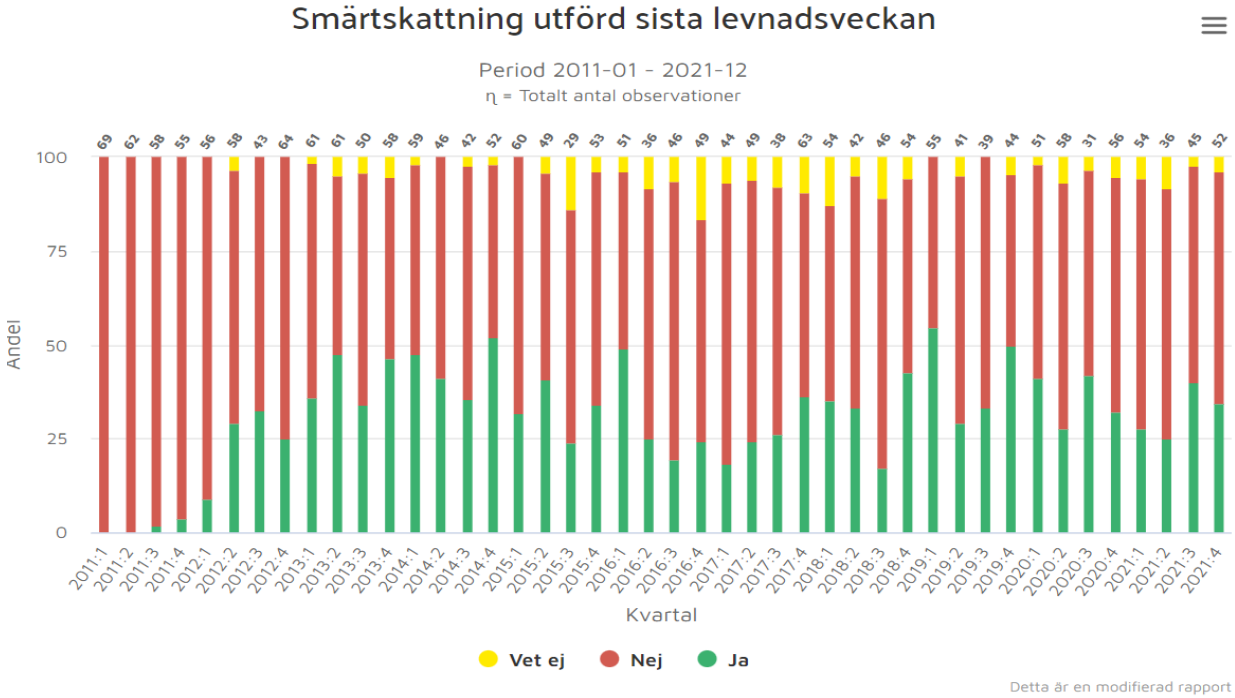


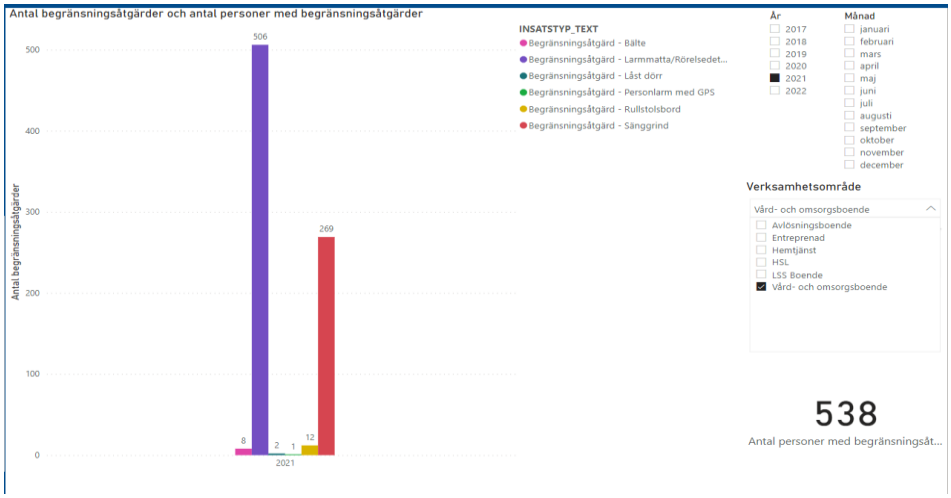
Diagram för urval: Kommun, Gävle, särskilt boende/vård- och omsorgsboende, >65 år, år 2011-2021, per kvartal



Skyddsåtgärder på Vård och omsorgsboende

Jämförelse gällande antal personer med begränsningsåtgärd 2020: 568, 2019: 641, 2018: 657. Statistik får tolkas med försiktighet då det framgått från verksamheter att alla skyddsåtgärder inte är registrerade på enhetligt sätt i Treserva för statistikuttag. Utöver dessa kan även finnas skyddsåtgärder som inte faller inom hälso- och sjukvård i Treserva.

2021



Öka riskmedvetenhet och beredskap



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Pandemi Covid-19

Första fallen av Covid-19 upptäcktes i Kina och påträffades i Sverige i början av 2020. Covid-19 är ett nytt sarsvirus som spreds genom droppsmitta. Kunskap om det nya viruset saknades i början och har under året givit oss ny kunskap hur viruset fungerar samt hur vården ska vårda och skydda patienter och medarbetare från smittspridning.
Genom att hela världen var drabbad av pandemin så krävdes ny organisation nationellt, regionalt och lokalt.
Ett exempel var att Socialstyrelsens uppdrag att samordna skyddsutrustningen till Sveriges kommuner och regioner samt att ta fram ett kunskapsstöd gällande viruset.
Under hela pandemin har Gävle kommun följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer och region Gävleborgs smittskyddsläkare för att göra egna rutiner och instruktioner inom kommunen.
I mitten av Mars 2020 påträffades Covid-19 i Gävle kommun. De första som insjuknade var patienter i hemtjänsten och hemsjukvården. I april 2020 hade samhällssmittan spridit sig till vård och omsorgsboende. Många av både personal och patienter och kunder insjuknade under Våg 1 som pågick till juli månad.

Alla patienter som insjuknade i Covid –19 fick en inviduell bedömning av läkare om den fortsatta vården. Många patienter fick stanna kvar i sitt boende med ökade insatser under våg 1. Det var fler patienter under våg 2 som skickades till sjukhus för vidare vård.
Våg 1 pågick mellan perioden mars-juli. Under augusti och september var det inga rapporterade smittade inom Gävle kommun.
Våg 2 startade i oktober på samma sätt som våg 1 med början i hemtjänsten och hemsjukvården. Och efter ytterligare någon vecka hade smittan kommit in på vård och omsorgs boendena igen. Samma utveckling var det under våg 3 och våg 4 som båda var 2021. Skillnaden är på våg 4 att Omikron var svår att stoppa och många verksamheter drabbades både patienter och personal.
Under pandemin har syfte att uppfylla kraven i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg varit extra viktigt All personal och chefer på alla nivåer har deltagit i utbildningar kring basal hygien.
Följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädregler har mätts vid två tillfällen under 2020. Under våren genomfördes mätningen i Gävle kommuns regi och under hösten deltog Gävle kommun i PPM mätningen som arrangerades nationellt via SKR. Under 2021 var ingen verksamhet i egenregin med i mätningen endast en verksamhet som bedrivs på entreprenad.
Enligt rutin och utifrån rekommendation från Vårdhygien ska samtliga medarbetare genomgå en webbaserad utbildning i basal hygien som kommer från Region Skåne. När Socialstyrelsen under pandemiåret tagit fram en riktad webbaserad utbildning till kommunala verksamheter så togs beslut om att utbildning ska vara obligatorisk för samtliga verksamheter och chefer. En utbildning film om viruset, basal hygien och skyddsutrustning i kommunal vård och omsorg som kommer från Region Västerbotten har setts av samtliga medarbetare och chefer. I denna utbildning ingår ett beslutsstöd för hur skyddsutrustning ska användas i samtliga situationer vilket även har används i
samtliga verksamheter i Välfärd Gävle under hela pandemin

Beredskapsgrupp
I början av mars 2020 påbörjades avstämningar inom Välfärd Gävle gällande covid-19 och den 23 mars tillsattes en beredskapsgrupp med syfte att leda och styra Välfärd Gävle under Covid-19.
Beredskapsgruppen har varit verksam under hela 2021. Beredskapsgruppen leds av sektorchef och övriga deltagare är biträdande sektorchef, kontorschefer, säkerhetssamordnare, kommunikationschef, HR-chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
och nämnds samordnare.

Uppgifter för gruppen är:
Besluta om stängning och öppning av verksamheter
Besluta om direkta förändringar i verksamheterna till följd av dagsläget
Följa personalläget och fatta beslut om omfördelningar av personalresurser över kontorsgränser
Fördela resurser från andra sektorer samt andra organisationer
Övergripande samordning av materiel och besluta om inköp av materiel samt andra större resurstillskott
Besluta om övergripande kommunikationsinsatser internt eller externt
Samordna kontakter med regionen som inte fångas av andra forum
Ett samordningsteam bildades i början av pandemin för att hantera frågor och arbetsuppgifter som inte kräver särskild kompetens. Denna grupp har under pandemin inhandlat, paketerat och distribuerat skyddsutrustning och skyddsmaterial till samtliga verksamheter.

Åtgärder som har vidtagits

Information och instruktioner

Då informationsflödet från olika myndigheter var stort i början av pandemin och det var svårt för verksamheterna att hålla sig uppdaterade gavs i uppdrag tillmedicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS att dagligen följa informationsflödet och utifrån det upprätta instruktioner på Välfärd Gävles intranät. Instruktionerna beslutas efter rekommendationer från olika myndigheter samt riktlinjer från smittskydd och Vårdhygien I Region Gävleborg. Detta har skett löpande under dessa år och pågår fortfarande.

Utbildningar och stödmaterial

Bedömning och beslut om vilka utbildningar och vilket stödmaterial som ska användas av verksamheterna har tagits av beredskapsgruppen och materialet har lagts ut på Välfärd Gävles intranät tillsammans med instruktionerna.

Rapporteringsverktyg

Ett rapporteringsverktyg togs fram och har använts under hela pandemin. Detta verktyg har gjort att beredskapsgruppen övergripande kunnat följa utvecklingen av smittspridningen I samtliga verksamheter där nämnden är huvudman och vårdgivare. Denna inrapportering har under pandemin använts till att rapportera till beredskapsgruppen, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, smittskydd
samt internt för att säkerställa personal och patientsäkerheten.

Smittspårning

Smittspårning har skett under hela pandemin i samverkan med smittskydd.

Vårdhygien

Vid smittspridning i verksamheter har Vårdhygien snabbt kopplats på och genomfört möten, både fysiska och digitala samt genomfört hospiteringar. Detta i syfte att snabbt identifiera eventuella brister i Vårdhygien och att snabbt kunna åtgärda dessa för att förhindra vidare smittspridning.

Gemensam Hälso- och sjukvårdsorganisation

I mitten på april 2020 startade en gemensam hälso- och sjukvårdsorganisation inom Välfärd Gävle med syfte att ha en chef som säkerställer bemanning och kompetens i samtliga verksamheter. Risk och konsekvensanalys genomfördes innan införandet.

Covidboende

Välfärd Gävle förberedde tidigt att kunna öppna ett Covidboende på Kristinelund för att säkerställa ett eventuellt ökat behov. Samverkan med Region Gävleborg genomfördes och läkarsamverkan säkrades. Detta boende öppnades aldrig relaterat till att det inte fanns behov för detta. Korttidsenheten på Bergmästaren har under pandemin haft några covidplatser vilket har täckt behovet av Covidplatser. Under 2021 stängdes korttids och behovet har inte funnits att öppna speciella platser för covidsjuka patienter.

Personalprovtagning

I slutet på april 2020 fick Välfärd Gävle tillgång till en specifik personalprovtagning som beslutades och samordnades av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS i samråd med chefsläkare i Region Gävleborg. Då provtagningskapaciteten under en längre tid var begränsad så var det endast nyckelpersoner som fick provtas.

Legitimerad personal var de som prioriterades i början. När provtagningskapaciteten ökade blev provtagningarna tillgängliga för flera yrkeskategorier.

Denna hantering pågick fram till i slutet på juni 2020 då egenprovtagningen öppnades. Under denna tid provtagits närmare 500 medarbetare. Under senare delen av 2020 och 2021 provtogs personal så fort personal hade symtom eller att det var screening på arbetsplatsen.
Personalprovtagningen bedöms haft en god effekt på smittspridningen och varit ett stöd för chefer i arbetet att förhindra smittspridning
I mitten på maj 2020 tog ett stöd för chefer fram i form att ett frågeformulär där man beskrev hur man arbetade i verksamheterna och vilka åtgärder man vidtagit för att förhindra smittspridning. Detta formulär ersattes under sommaren med Socialstyrelsens lägesbild som är specifikt framtaget för detta ändamål.
Under pandemin har Socialstyrelsen tagit fram olika utbildningar och stödmaterial och har använts av verksamheterna som har varit riktad mot kommunala verksamheter.

Vaccinationer
28 december 2020 påbörjades vaccinationer Covid-19 av kunder/patienter boende på särskilda boenden för äldre. Vaccinationerna gavs i två doser med tre veckors mellanrum. Där efter vaccinerades hemsjukvården och LSS gruppbostäder samt socialpsykiatrin med två doser.
Under hösten 2021 har alla patienter erbjudits dos 3.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Mål

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. Välfärd Gävle ansluter sig till det målet.

Utifrån den nationella handlingsplanen ska Välfärd Gävle under första halvåret 2022 upprätta en handlingsplan innehållande övergripande strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet så att målet uppfylls.



Bilaga 1.Tabell för sammanställning

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter mm. Nedan visas exempel på sammanställning i tabell.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell *1* Område, mål, resultat, analys av resultatet, åtgärd, uppföljning åtgärd, omfattning.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Trycksår	*Vårdgivaren saknar ett målvärde för förekomst av trycksår*	*År 2021 hade 4,3% av patienterna boende på särskilt boende för äldre trycksår.*	*Endast 27% av patienterna med trycksår har fått en läkarbedömning av såret.*	*Arbeta vidare med förebyggande riskbedömningar och tryckförebyggande åtgärder*	*Uppföljning sker på individnivå an teamen i verksamheterna och övergripande årligen i MAS/MAR enkät*	*Hemsjukvården har ej varit delaktig i mätningen.*	*MAS/MAR enkät*
Nattfasta	*Målet är att nattfastan inte ofrivilligt ska överstiga 11 timmar för någon brukare inom Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden*	*Mätningarna under de aktuella mättillfällena visar att 86 %, 475 av de inkluderade brukarna erbjöds en nattfasta som var 11 timmar eller kortare. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 7,5 timmar och medianen 8 timmar.*	*Av de 553 inkluderade brukarna i mars månads mätning 2021 visar resultatet att 86 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Med ett uppsatt effektmål om att alla brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, är Välfärd Gävles vård- och omsorgsboende n på god väg att nå målet. Positivt för i vår*	*Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan*	Nutritions ansvarig dietist initierar och ansvarar för dessa mätningar årligen	Mätningen genomförs på samtlige särskilda boenden för äldre	*Nattfasterapport Mars 2021 Dnr:20ON178*

			är att resultatet är det bästa sedan april 2016 och åtta boenden nådde 90 % eller högre.				
Fall	*Vårdgivaren saknar ett målvärde för minskat antal fallolyckor*	*År 2021 finns 1719 fallolyckor registrerade för verksamheter inom ON*		*Alla patienter bör erbjudas individuella riskbedömningar och multifaktoriella/multiprofessionella åtgärder* *Alla yrkesprofessioner behöver ha kunskap och kompetens gällande fallprevention*			Power Bi

Tillförlitliga och säkra system och processer

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa

Säker vård här och nu

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa

Stärka analys, lärande och utveckling

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa

Beslutsärende: Remissyttrande - Förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

10

22ON72

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2022-03-10

Diarienummer: 22ON72

Handläggare:

Johanna Storing
026-17 71 11
johanna.storing@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Remissvar avseende Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS med tillhörande konsekvensutredning (dnr: 4.1-166/2022)

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Sammanfattning av ärendet

Välfärd Gävle instämmer i huvudsak med förslagen och bedömningarna i konsekvensutredningen och ser att förslaget till ny författning kan förtydliga föreslagna verksamheters ansvar för smittförebyggande åtgärder utöver befintlig lagstiftning inom SOL, LSS, HSL och arbetsmiljölagstiftning. Vidare att det bör leda till stärkt kvalitet och ökad säkerhet på ett jämlikt sätt nationellt.

Välfärd Gävle föreslår att tillämpningsområdet kan utökas, konstaterar utmaningar gällande kompetensförsörjning och vill betona värdet av att Socialstyrelsen **vid behov** gör ändringar i den webbaserade utbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* för att den ska överensstämma med kommande föreskrift.

Bakgrund

Socialstyrelsens förslag omfattar att den som bedriver verksamhet i föreslagna verksamheter enligt SOL och LSS ska fastställa rutiner för att generellt förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten. Dessa rutiner bör avse hur smitta

ska förebyggas, hur smittspridning ska förhindras, ansvarsförhållanden, samverkan med hälso- och sjukvård, hur uppföljning ska ske samt hur information ska ges till personal och brukare/närstående. Vidare omfattar förslaget ansvar gällande fortlöpande riskanalyser samt utbildning till personal enligt föreslaget innehåll och därefter fortbildning efter behov för att upprätthålla och uppdatera kunskaper.

Utredning/yttrande

Tillämpningsområde §1

Välfärd Gävle föreslår att tillämpningsområdet även ska omfatta:

Boendestöd enligt SOL (eller så ingår det i begreppet hemtjänst)

Personlig assistans

Korttidsverksamhet utanför det egna hemmet för barn och vuxna enligt LSS.

Dagverksamhet enligt SOL

Skäl för detta är desamma som anges i konsekvensutredningen under rubrik 2.2, att många av de personer som får insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, LSS-verksamheter och socialtjänsten har hög ålder, funktionsnedsättningar eller komplexa hälsoproblem vilket bidrar till en sårbarhet för smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner. Ett utökat tillämpningsområde skulle då inte överensstämma med Socialstyrelsens intention gällande att tillämpningsområdet ska vara detsamma som för föreskrift om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)

Gällande konsekvensutredningen:

3. Det finns behov av att tydliggöra det smittförebyggande arbetet

Välfärd Gävle instämmer i det beskrivna behovet. En generell utmaning nu och i nära framtid gäller tillgång till grundutbildad omvårdnadspersonal.

9. Kostnadsmässiga och andra konsekvenser

Välfärd Gävle instämmer i att storleken på kostnadsmässiga konsekvenser kan variera utifrån angivna skäl samt i antagandet om ekonomiska vinster utöver förbättrad

livskvalitet. Rimligen så finns redan rutiner och utbildningskrav gällande smittförebyggande arbete sedan tidigare i många verksamheter. Bör-kravet gällande att personalen ska kunna omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet kan innebära ytterligare utbildningstid, men Socialstyrelsens webbaserade utbildning *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* är kostnadsfri.

En kostnadsmässig konsekvens över tid kan vara att kontinuerlig utbildning förutom för att upprätthålla och uppdatera kunskaper behöver ges utifrån personalomsättning.

13. Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

Välfärd Gävle ser ett värde i Socialstyrelsens möjlighet att ge stöd genom att informera olika aktörer om regelverket samt särskilt att **vid behov** göra ändringar i den webbaserade utbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* för att den ska överensstämma med kommande föreskrift.

Magnus Höijer
Sektorchef
Sektor Välfärd

Omvårdnadsnämnden har ålagts yttra sig över remiss gällande Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS med tillhörande konsekvensutredning.

Ansvarig handläggare i ärendet har besvarat barnchecklista samt checklista för näringslivskonsekvensanalys, vilka återfinns bifogat i detta ärende.

Remissen hanteras av Omvårdnadsnämnden vid sammanträdet den 31 mars. Medicinskt ansvarig för rehabilitering Johanna Storing, har varit ansvarig handläggare i ärendet. I den slutliga handläggningen har även verksamhetschef planering, analys och utvärdering Caroline Engberg, medicinskt ansvariga sjuksköterskor Ulrika Carlsson och Carin Thunman samt Upphandlingscontroller/Beställare av extern vård och omsorg Karina Zettlin Lindholm deltagit.

BARNCHECKLISTA

2022-03-04
Ärende:22AFN21, 22ON72
Handläggare: Johanna Storing
Ansvarig nämnd: AFN/ON

Barnchecklista

Varje beslut som berör barn och ungdomar ska föregås av en bedömning om barns rättigheter tillvaratagits i enlighet med FN:s konvention om barnets rättigheter. Barnchecklistan ska upprättas vid beredning av ärenden till nämnd och styrelse och ska bifogas ärendet som en bilaga.

Kommer beslutet på ett direkt eller indirekt sätt att beröra barn/ungdomar?

☒ **Ja** ☐ **Nej**

Ja, förslaget i remissen avser att gälla för flera olika verksamheter varav en är bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Innebär beslutet att barns och ungdomars bästa sätts i främsta rummet?

☒ **Ja** ☐ **Nej**

Motivera svaret:

Ja, utifrån artikel 3 i Barnkonventionen att barnet ska tillförsäkras skydd och omvårdnad som behövs för dess välfärd, säkerhet och hälsa. Vidare utifrån artikel 24 gällande barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering.

Har barn och ungdomar fått uttrycka sin mening?

☐ **Ja** ☒ **Nej**

Motivera svaret:

Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar i behov av särskilt stöd?

☒ **Ja** ☐ **Nej**

Motivera svaret:

Ja, utifrån Artikel 6 - barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling. I Socialstyrelsens konsekvensutredning för remissen beskrivs exempelvis gällande Covid-19 pandemin att smittspridningen bland personer med LSS-insatser varit högre just i boenden med särskild service för vuxna och barn, jämfört med befolkningen i övrigt. Välfärd Gävle instämmer i Socialstyrelsens bedömning att förslaget kan bidra till att berörda barn får en omsorg som är säker och av god kvalitet och att detta är förenligt med barnets bästa.

Gävle
KOMMUN

Bilaga – Mall till näringslivskonsekvensanalys

1. Påverkas näringslivet av aktuellt beslut? Ja ☒ Nej☐
2. På vilket sätt påverkas näringslivet? (båda kan kryssas i)

Positivt? ☒ Negativt☐

Beskrivning:

Privata vårdgivare följer gällande lagstiftning och har också fördel av förslaget till ny författning vilken kan förtydliga föreslagna verksamheters ansvar för smittförebyggande åtgärder utöver befintlig lagstiftning inom SOL, LSS, HSL och arbetsmiljölagstiftning.

Angående konsekvenser i kostnad och tid för utbildning så kommer den troligen precis som för verksamheter i kommunal regi variera utifrån omfattning av redan pågående smittförebyggande arbete, rutiner och utbildning.

Socialstyrelsens webbaserade utbildning *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* är kostnadsfri, men kan behöva kombineras med praktiska moment.

3. Finns åtgärder som kommunen kan genomföra eller bidra med som skulle kunna undvika/minimera/mildra negativa konsekvenser för näringslivet?

Ja ☐ Nej☒

Beskrivning:

4. Krävs en fördjupad näringslivskonsekvensanalys?

Ja ☐ Nej☒

5. Hur kommer eventuella konsekvenser för näringslivet kommuniceras till berörda aktörer?

Beskrivning:

Socialstyrelsens beskriver sin möjlighet att ge stöd genom att informera olika aktörer om regelverket samt att Välfärd Gävle kan informera om ny lagstiftning vid samverkansmöten.

Rättsavdelningen
Enheten för socialjuridik
Anna Giertz
anna.giertz@socialstyrelsen.se

Enligt sändlista

Remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

Ni inbjuds att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS med tillhörande konsekvensutredning.

Synpunkter på förslaget och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den **14 april 2022.**

Vi är tacksamma för yttranden per e-post i Wordformat för att underlätta vårt arbete med att sammanställa svaren.

Remissvar skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se. Vänligen ange diarienumret 4.1-166/2022 i remissvaret.

Kontaktperson

Anna Giertz

Tel: 075-247 43 01

anna.giertz@socialstyrelsen.se

Med vänlig hälsning

Pär Ödman

T.f. avdelningschef

Bilagor

1. Sändlista
2. Förslag – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS
3. Konsekvensutredning

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2022-xx-xx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS;

HSLF-FS 2022:xx

Utkom från trycket den xx xx 2022

beslutade den xx xx 2022.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 13 och 14 §§ förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade och 8 kap. 1 § 2 och 3 och 5 § socialtjänstförordningen (2001:937) och beslutar följande allmänna råd.

Tillämpningsområde

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas av den som bedriver verksamhet i form av

1. sådant boende som avses i 5 kap. 5 § andra eller tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL,
2. sådant boende som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL,
3. bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS,
4. bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS, eller
5. hemtjänst i ordinärt boende.

Ledningssystem

2 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutiner

3 § Den som bedriver verksamhet enligt 1 § ska fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten.

Remissversion

Rutinerna bör avse

- hur smitta ska förebyggas i verksamheten,
- hur smittspridning ska förhindras om smitta har kommit in i verksamheten,
- vem som ansvarar för att olika smittförebyggande åtgärder vidtas i verksamheten,
- hur verksamheten kan samverka med hälso- och sjukvården,
- hur de smittförebyggande åtgärderna ska följas upp, och
- hur personalen i verksamheten ska informeras om rutinerna.

Av rutinerna bör det även framgå hur den som har beviljats en insats och dennes närstående kan få information om hur verksamheten arbetar för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning.

Riskanalys

4 § Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

5 § Den som bedriver verksamheten ska som en del av det fortlöpande arbetet med riskanalyser bedöma

1. vilka risker för smitta och smittspridning som finns i verksamheten, och
2. vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra smitta och smittspridning i verksamheten.

Utbildning

6 § Den som bedriver verksamheten ska erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i

1. att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten, och
2. basal hygien med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg.

Syftet med utbildningen ska vara att personalen ska kunna omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet.

Remissversion

Utbildningen bör bl.a. omfatta

- grundläggande kunskaper om smittvägar och hur dessa kan brytas,
- vilka risker för smittspridning som finns i verksamheten,
- vilka rutiner som finns i verksamheten för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning, och
- praktiska moment som gäller t.ex. basal hygien.

För att öka förståelsen för riskerna i verksamheten bör utbildningen även ge utrymme för reflektion.

Utbildningen bör vara anpassad till att personalen arbetar i den enskildes hem.

7 § Den som bedriver verksamheten ska vid behov erbjuda personalen fortbildning för att upprätthålla och uppdatera kunskaperna från utbildningen.

———————

Denna författning träder i kraft den xx 2022.

Socialstyrelsen

OLIVIA WIGZELL

Anna Giertz

Remissversion

Rättsavdelningen
Anna Giertz
anna.giertz@socialstyrelsen.se

Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

1. Bakgrund

Socialstyrelsen fick i juni 2020 i uppdrag av regeringen att undersöka behovet av föreskrifter för att hindra spridning av covid-19 inom vissa verksamheter riktade till äldre personer och personer med funktionsnedsättning.[1] I arbetet med uppdraget framkom det att såväl myndigheter som verksamheter och organisationer framhöll vikten av att arbeta utifrån basala hygienrutiner och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att förhindra smittspridning av covid-19. Socialstyrelsens bedömde att föreskrifter skulle kunna stärka och skapa uthållighet i det arbete som pågår i många kommuner och verksamheter för att förebygga smittspridning. Många åtgärder som är effektiva för att hindra smittspridning av covid-19 är även effektiva mot andra typer smittsamma sjukdomar. En av slutsatserna i rapporten var att ett regelverk därför inte bör begränsas till en sjukdom såsom covid-19. Ett regelverk för smittförebyggande åtgärder bör istället vara generellt, då många vanligt förekommande sjukdomar som t.ex. influensa och vinterkräksjuka också orsakar lidande, dödsfall och stora kostnader.[2]

Mot denna bakgrund inledde myndigheten under 2021 ett arbete med att ta fram ett förslag på föreskrifter och allmänna råd. Utgångspunkten för detta arbete har varit att förslagen ska avse åtgärder för att generellt förebygga och förhindra smitta och smittspridning i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.

[1] Socialstyrelsens uppdrag (S2020/03751/SOF S2020/05633/SOF (delvis)). Verksamheter som omfattades av uppdraget var hemtjänst i ordinärt boende enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, särskilt boende som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § eller motsvarande boendeform i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, eller bostad med särskild service för vuxna eller någon annan särskilt anpassad bostad för vuxna som anges i 9 § 9 eller motsvarande boendeform som en enskild person bedriver enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

[2] *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19 – Undersökning av behov av föreskrifter*, Socialstyrelsen, september 2020, artikel nr. 2020-9-6938.

1.2 Regelverk

1.2.1 Krav på god kvalitet i verksamheter enligt SoL och LSS

I både SoL och LSS ställs krav på att den verksamhet som bedrivs ska vara av god kvalitet. Bestämmelserna i SoL och LSS gäller för alla som bedriver verksamhet, oavsett driftsform.

Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatser inom socialtjänst en vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I motsvarande bestämmelser i 6 § LSS framgår att verksamheten som omfattas av den lagen ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. För verksamhet enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Ytterligare bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och gäller för såväl vårdgivare som den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Av SOSFS 2011:9 framgår också att den som bedriver verksamheten b.la. ska utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.[3]

1.2.2 Krav på god hygienisk standard i vården

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ställs krav på att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard.[4] Det innebär att vårdgivaren måste vidta samtliga åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla detta krav. I det ingår att vårdgivaren behöver ha tillgång till vårdhygienisk kompetens.[5] Detta krav gäller alla vårdgivare, och således även för den kommunala hälso- och sjukvården. Utöver detta behöver verksamheternas utrustning, organisation, lokaler, kompetens och rutiner vara anpassade för att förebygga smittspridning. Grundläggande för att förebygga infektioner och minska risken för smittspridning inom vård och omsorg är att all personal har relevanta kunskaper. Som stöd i arbetet med vårdhygien i kommunerna finns vårdhygienisk expertis inom de regionala vårdhygienenheterna.[6]

[3] Se 3 kap. 1 och 2 §§ och 4 kap. 4 § SOSFS 2011:9.
[4] Se 5 kap. 1 § HSL.
[5] Proposition 2005/06:50 Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar s. 28-29 och 53.
[6] Tillgång till vårdhygienisk kompetens Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2021, artikelnummer 2021-8-7509.

1.2.3 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien

Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg som syftar till att hindra smittspridning. Föreskrifterna gäller i verksamheter som omfattas av HSL.[7] De gäller också i verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen vid genomförande av insatser som har beviljats efter beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 eller 2 § SoL, om insatsen avser hemtjänst i ordinärt boende, eller sådant boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § SoL.[8] De ska även tillämpas i bostäder med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.[9] Basal hygien omfattar bl.a. handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder.

1.2.4 Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre finns rekommendationer om vilka grundläggande kunskaper och förmågor personalen som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre minst bör ha. Där framgår bl.a. att personalen bör ha förmåga att kommunicera med närstående och med personer ur olika yrkesgrupper samt förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska. Vidare bör personalen ha kunskap om hälso- och sjukvård samt kunskap om basal hygien och om att förhindra smitta och smittspridning samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning finns liknande rekommendationer om vilka kunskaper och förmågor som personalen i dessa verksamheter minst bör ha. Exempel på områden som de allmänna råden tar upp är förhållningssätt, kommunikation, personlig omsorg, social gemenskap och hälsa inklusive kunskap om att förhindra smitta och smittspridning.

1.2.5 Ansvar i egenskap av arbetsgivare

Det finns också andra regelverk som specifikt berör det ansvar som verksamheterna inom socialtjänsten och LSS har i egenskap av arbetsgivare för att förebygga ohälsa hos arbetstagarna. Enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) ska en arbetsgivare vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall och ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö.[10] I Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittrisker finns särskilda regler med syfte att förebygga risker för att arbetstagare blir infekterade av smittämnen, eller blir varaktiga bärare av smittämnen, på grund av sina arbetsuppgifter.[11] På arbetsställen där det finns smittrisk ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att undvika att smittämnen sprids,

[7] Se 1 § SOSFS 2015:10.
[8] Se 2 § SOSFS 2015:10.
[9] Se 3 § SOSFS 2015:10.
[10] Se 3 kap. 2 och 2 a §§ arbetsmiljölagen.
[11] Se 1 § AFS 2018:4.

och se till att antalet arbetstagare som riskerar att utsättas för smittämnen ska hållas så lågt som möjligt.[12]

1.2.6 Ansvar att förebygga smittspridning

Smittskyddslagen (2004:168), SmL, anger bl.a. att varje region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område. I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare. Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska bl.a. se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.[13] Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där hen verkar och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.[14]

Enligt SmL åläggs alla individer en skyldighet att förbygga smittspridning. Var och en ska genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och den som vet eller har anledning att misstänka att hen bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk.[15] Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar.[16] Att ta eget ansvar förutsätter dock att den enskilde har förutsättningar att förstå och kunna följa den vägledning och de anvisningar som ges. I förarbeten till SmL framgår att det i den mån det ställs krav på den enskilde bör samhället också genom stöd och annan hjälp underlätta för den enskilde att ta sitt ansvar. Det framhålls att olika psykiska och sociala faktorer har betydelse för huruvida den smittade har förmåga att ta ansvar för att inte utsätta andra för smittrisk.[17]

2. Beskrivning av problemet och vad Socialstyrelsen vill uppnå

2.1 Vårdrelaterade infektioner och smittspridning

Infektioner som uppstår i samband med vård och behandling drabbar många människor varje år. I Sverige får nästan var tionde patient på sjukhus en infektion till följd av vård och behandling. Vårdrelaterade infektioner[18] och smittspridning är även ett problem i primärvården och i den kommunala hälso- och sjukvården. Drygt en tredjedel av alla vårdskador är vårdrelaterade infektioner. En del av dessa infektioner uppstår till följd av smittspridning. Merparten av alla

[12] Se 7 § AFS 2018:4.
[13] Se 1 kap. 8 och 9 §§ och 2 kap. 3 § SmL.
[14] Se 6 kap. 1 § SmL.
[15] Se 2 kap. 1 § och 2 § första stycket SmL.
[16] Proposition 2003/04:30 Ny smittskyddslag m.m. s. 214.
[17] Prop. 2003/04:30 s. 97.
[18] Med vårdrelaterade infektioner (VRI) menas infektion som uppkommer hos person under sluten vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning, Socialstyrelsen termbank 2021.

som får en vårdrelaterad infektion behandlas med antibiotika. Det är därför viktigt att minska risken för smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner också för att minska förekomsten antibiotikaresistens.[19]

De infektioner som smittar mellan personer i samhället kan även spridas inom alla former av vård och omsorg, både till de personer som får vård och omsorg och till personalen. Smittspridning kan ske både från sjuka personer och från de som är friska smittbärare. Personer med nedsatt immunförsvar eller som har olika sjukdomar och vissa funktionsnedsättningar är de som löper störst risk att drabbas av infektioner. De löper också hög risk att blir svårt sjuka och även avlida till följd av en infektion.[20]

En av de viktigaste förebyggande åtgärderna för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner i vård och omsorg är god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Det krävs även kunskap och rutiner för städning och rengöring, tvätt, desinfektion och hantering av smittförande avfall, samt kunskap om t.ex. smittämnen och smittvägar. Verksamheter behöver även samverka och vid behov få stöd från vårdhygienisk expertis.[21]

2.2 De som får insatser har komplexa behov och tillhör ofta en riskgrupp

Många av de personer som får insatser inom socialtjänsten, i LSS-verksamheter och den kommunala hälso- och sjukvården har komplexa hälsoproblem, funktionsnedsättningar eller hög ålder. Samtliga faktorer gör dessa personer särskilt sårbara för smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.

Under 2020 hade 400 000 personer som var 65 år eller äldre minst en pågående socialtjänstinsats. Drygt 166 000 personer hade insatsen hemtjänst och en majoritet av dessa personer var 80 år eller äldre. Behovet av insatser ökar tydligt efter 80 års ålder. De vanligaste insatserna är trygghetslarm, hemtjänst i ordinärt boende, särskilt boende och matdistribution.[22] Under 2020 bodde 108 000 personer på särskilt boende. Vid inflyttning till särskilt boende är kvinnor i genomsnitt 85,6 år och män i genomsnitt 82,9 år gamla.

Under 2020 fick 79 000 personer minst en insats i den kommunala hälso- och sjukvården, och majoriteten av dessa var 65 år och äldre. Tre av tio som får kommunal hälso- och sjukvård bor i särskilt boende eller LSS-boende. En stor andel av de som har kommunal hälso- och sjukvård har också bistånd enligt socialtjänstlagen såsom t.ex. hemtjänst, särskilt boende, trygghetslarm eller dagverksamhet.[23]

En stor andel av de vuxna som bor i bostad med särskild service enligt LSS, totalt drygt 28 000 personer, är personer med utvecklingsstörning, intellektuell funktionsnedsättning, autism eller autismliknande tillstånd. Det är även vanligt att personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar bor i sådana boenden. Bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS kan antingen vara familjehem eller bostad med särskild service. I oktober 2019 hade 859 barn och unga insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS. En övervägande del av barnen är 13 år eller äldre och nästan alla tillhör personkrets

[19] Vårdrelaterade infektioner - kostnader och konsekvenser. Sveriges Kommuner och Regioner 2019.
[20] Att förebygga vårdrelaterade infektioner- Ett Kunskapsunderlag, Socialstyrelsen, 2006.
[21] Vårdrelaterade Infektioner- kostnader och konsekvenser. Sveriges Kommuner och Regioner 2019.
[22] Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2020, Socialstyrelsen.
[23] Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2020, Socialstyrelsen.

1, vilket innebär att de har en utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.[24] Den vanligaste orsaken till att barn och unga bor i en bostad med särskild service är omfattande omvårdnads- och stödbehov (79 procent) eller omfattande medicinska omvårdnadsbehov (12 procent). Andra orsaker är att barnet eller den unge behöver skolgång på annan ort än hemorten.[25]

2.3 Om några vanliga smittsamma sjukdomar

Influensa

Influensa är en luftvägsinfektion som orsakas av virus och vanliga symtom är hög feber, huvudvärk, muskelvärk, halsont och hosta. De allra flesta som får influensa behöver inte söka vård, men det finns personer som behöver vårdas för influensa i specialistvården. I genomsnitt behandlas 11 000 patienter för influensa i sluten vård eller i specialiserad öppen vård varje säsong. De som framförallt vårdas för influensa, förutom spädbarn, är personer som är 65 år eller äldre. De allra äldsta, gruppen 85 år eller äldre vårdas i högst utsträckning i förhållande till deras andel av befolkningen. Det finns stora variationer i sjuklighet och dödlighet mellan olika säsonger. I genomsnitt avled 685 personer till följd av influensa per säsong under åren 2015-2019.[26] Nästan alla som avlider är över 65 år. Säsongen 2017−2018 avled drygt 1 100 personer och endast 6 procent var under 65 år. Mer än hälften av de avlidna var 85 år eller äldre. Troligtvis är det fler som avlider men influensan registreras inte som dödsorsak på dödsorsaksintyget eller som diagnos i specialistvården. Folkhälsomyndighetens modeller för att skatta den totala influensarelaterade dödligheten visar på högre dödlighet.[27]

Vinterkräksjuka

Gastroenterit med norovirus kallas även vinterkräksjuka och är den vanligaste orsaken till mag- och tarminfektioner i vår del av världen. Vinterkräksjuka är vanligast under november–april. Smittade personer utsöndrar stora mängder norovirus och det behövs få viruspartiklar för att orsaka en infektion. Dessutom är norovirus svåra att avdöda och kan överleva länge i en miljö, vilket också bidrar till en hög risk för smittspridningen. Utbrott med norovirus är ett återkommande problem varje vintersäsong. Det finns få publicerade svenska kostnadsberäkningar men uträkningar visar att det kan röra sig om miljonbelopp för t.ex. ett enskilt sjukhus. Att drabbas av en gastroenterit med norovirus innebär även ett lidande för den enskilde och för äldre personer eller personer med underliggande sjukdomar kan sjukdomen bli särskilt påfrestande. Det finns också evidens för att äldre personer löper ökad risk att dö i samband med gastroenterit orsakad av norovirus,

[24] Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2020, Socialstyrelsen.
[25] Kompetens i LSS-boenden, Socialstyrelsen 2021.
[26] I denna sammanställning ingår de som har influensa som bidragande eller underliggande dödsorsak samt patienter som vårdats i specialistvården med en influensadiagnos och sedan avlidit inom 30 dagar oavsett dödsorsak. Antalet avlidna med influensa som underliggande eller bidragande dödsorsak enligt dödsorsaksregistret har i genomsnitt varit 508 per säsong. I statistiken ingår inte de som enbart besökt primärvården. Statistik om influensa, säsongerna 2015−2016 till 2018−2019, Socialstyrelsen april 2020, artikel nr. 2020-4-6737.
[27] Statistik om influensa, säsongerna 2015−2016 till 2018−2019, Socialstyrelsen april 2020, artikel nr. 2020-4-6737.

särskilt om de har andra underliggande sjukdomar och om de insjuknar utanför sjukhus.[28]

2.4 Följsamhet av basala hygienrutiner

Följsamhet till hygienrutiner och klädregler är en viktig indikator på kompetens. Det behöver finnas förutsättningar för att följa hygienrutiner och klädregler på arbetsplatsen, och personalen behöver ha kunskap om reglerna och rutinerna. SKR genomför årligen punktprevalensmätningar av hur hygienrutiner och klädregler efterlevs i vård och omsorg.[29] Resultaten av de senaste mätningarna visar att följsamheten i kommunerna av samtliga basala hygienrutiner och klädregler låg på 67,6 procent våren 2021, jämfört med hösten 2020 då följsamheten uppgick till 64 procent. Följsamheten till samtliga klädregler har ökat något från 89,3 procent till 90 procent, och följsamhet till samtliga basala hygienrutiner har ökat från 69,3 procent hösten 2020 till 72,9 procent under våren 2021. Sammantaget för både hygienrutiner och klädregler ligger följsamheten på 68,3 för procent för de 140 kommuner som deltog. Desinfektion av händerna före patientnära arbete är den åtgärd som generellt sett har lägst följsamhet. Högst efterlevnad fanns hos sjuksköterskor, 79 procent, och lägst efterlevnad bland gruppen övriga samt vårdbiträden, 59 procent. Det finns en stor variation mellan kommunerna, vilket påverkar resultaten för riket.[30]

2.5 Konsekvenser av covid-19 för äldre och personer med funktionsnedsättning

Under covid-19 pandemin har äldre personer och personer med funktionsnedsättning drabbats särskilt hårt av sjukdomen. I september 2021 hade drygt 14 000 personer över 70 år med hemtjänst och drygt 17 000 personer över 70 år som beviljats särskilt boende bekräftats smittade med covid-19. Drygt 5 600 personer med särskilt boende och drygt 3 500 personer med hemtjänst över 70 år har angetts avlidna i covid-19. En majoritet av de avlidna har varit 80 år eller äldre.[31]

Under 2020 smittades 3 558 personer med insats enligt LSS med covid-19, vilket motsvarar 4,2 procent av samtliga i gruppen.[32] Andelen personer smittade med covid-19 skiljer sig mellan olika insatser: boende för vuxna: 6,2 procent, daglig verksamhet: 4,9 procent, boende för barn: 5,5 procent. Inom både boende för vuxna respektive barn och daglig verksamhet är andelen smittade högre än i den övriga befolkningen. Den högsta andelen smittade återfinns inom bostad med särskild service för vuxna och för barn. Även om andelen smittade med covid-19 är lägre för personer med LSS insatser jämfört med totalbefolkningen så har fler med LSS-insatser avlidit med covid-19. 149 personer avled med covid-19 inom LSS, vilket motsvarar 4,2 procent av de personer med LSS-insatser som

[28] Vinterkräksjuka i vården. Kunskapsunderlag för att minska spridningen av norovirus, Folkhälsomyndigheten 2014. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b6ac0268061d4fce99e057a21b25e6b7/vinterkraksjuka-i-varden.pdf

[29] Mätningar sker i regioner respektive kommuner. Av landets 290 kommuner medverkade 140 kommuner i mätningen våren 2021. Antal observationer var då 25 635 jämfört med mätningen hösten 2020 som hade 19 760 observationer.

[30] Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler i kommunerna, SKR, 2021.

[31] Statistik om smittade och avlidna med covid-19 bland äldre efter boendeform 2021, Socialstyrelsen.

[32] Motsvarande andel i totalbefolkningen var 5,5 procent.

under året bekräftats smittade med covid-19. Motsvarande andel i totalbefolkningen var 1,6 procent. En majoritet, 64 procent, av de avlidna med LSS-insatser var under 70 år gamla.[33] Troliga orsaker är att dessa personer har en samsjuklighet i form av t.ex. diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. Forskning visar även en förhöjd risk bland yngre med intellektuell funktionsnedsättning att avlida med covid-19. Det kan även ha betydelse att personen har haft svårigheter att kommunicera om sitt mående, t.ex. om feber och andningssvårigheter.[34]

Andelen personer med bekräftad covid-19 är något lägre bland yngre personer (0-64 år) med insatser enligt SoL, jämfört med de som har LSS-insatser. Under 2020 smittades 2 017 personer i åldern 0-64 år (3,5 procent) med insats enligt SoL med covid-19, och 62 personer avled med covid-19. Det motsvarar knappt 3,1 procent av de med bekräftad covid-19 och insatser enligt SoL. Socialstyrelsen har inte analyserat bakomliggande diagnoser eller funktionsnedsättningar bland dem med insatser enligt SoL som avlidit med covid-19. Tidigare analyser visar dock att en väsentlig andel av personer med insatser enligt SoL (0–64 år) har en psykisk funktionsnedsättning, som exempelvis schizofreni. Dessa personer har många gånger kognitiva svårigheter.[35]

2.6 Tillsyn av smittförebyggande arbete

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har konstaterat att det har funnits stora utmaningar med att hantera smitta och smittspridning under covid-19 pandemin. IVO har inom ramen för sin tillsyn under våren 2020 summerat vad som varit viktiga faktorer för att förhindra smittspridning. Det är viktigt med god följsamhet av basala hygienrutiner och det krävs en tydlig dialog mellan chefer och personal för att säkerställa och upprätthålla basala hygienrutiner. Det är också viktigt med utbildning och tydliga instruktioner, t.ex. om hur skyddsutrustning ska sättas på och tas av. Tillsynen har också visat att för att förebygga smittspridning är det viktigt med riskanalyser, planering, tillräcklig bemanning och anpassade arbetssätt.[36]

2.7 Erfarenheter från pandemin och smittspridningen av covid-19

Coronakommissionen angav i sin första delredovisning att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. Detta bottnade i strukturella brister som var kända före virusutbrottet. De strukturella bristerna i äldreomsorgens beredskap beror enligt kommissionen bl.a. på en fragmenterad organisation, underbemanning, bristande kompetens, ett otillräckligt regelverk samt hinder för kommunerna att anställa läkare och få tillgång till medicinsk utrustning.[37]

Det finns ett flertal rapporter som särskilt studerat hur covid-19 pandemin påverkat vissa verksamheter i början av pandemin, vad som varit utmaningar och

[33] Socialstyrelsen statistik över hur många som har avlidit med covid-19, 2021.
[34] Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS, Socialstyrelsen 2021.
[35] Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, Lägesrapport 2021, Socialstyrelsen, artikelnummer 21-3-7327.
[36] Nationell tillsyn våren 2020 angående hur man kan förhindra och minska smittspridning i särskilda boende för äldre, bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hemtjänst, Inspektionen för vård och omsorg, IVO.
[37] Äldreomsorgen under pandemin, SOU 2020:80, Delbetänkande av Coronakommissionen.

vilka förbättringar som behövts. Vikten av en bra samverkan, närvarande ledarskap, tillgång till utrustning och tydlig information lyfts. En annan lärdom som lyfts är vikten av samlade och tillgängliga arbetsrutiner samt utbildning och fortbildning. En förutsättning för att basala hygienrutiner ska omsättas i praktiken beskrivs vara kontinuerlig repetition och övning. Vikten av att hygienrutiner och övningen av dessa är anpassade efter den specifika verksamheten där de ska användas lyftes också fram.[38]

Under våren 2020 genomförde Smittskydd Stockholm en enkät som verksamhetsansvariga på 227 äldreboenden besvarade och bl.a. beskrev åtgärder och brister under pandemin. Bland annat uppgav de verksamhetsansvariga att en del av personalen hade svårt att följa de basala hygienrutinerna och orsakerna till detta uppgavs bl.a. vara bristande kunskap och förståelse, språksvårigheter samt rädsla och oro. Exempel på åtgärder som verksamheterna vidtog var ett begränsat flöde av besökare och personal, färre gemensamma aktiviteter, kompetenshöjande insatser om riktlinjer, basala hygienrutiner och skyddsutrustning, dagliga eller veckovisa uppdateringar av riktlinjer och ökad bemanning av sjuksköterskor samt ökad kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).[39]

En sammanställning av enkätsvar från MAS:ar och andra sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården har bland annat visat att det under pandemin funnits brister i samverkan mellan kommun och region, brister i tillgång till medicinskt utbildad personal och brister i omvårdnaden. Från vissa lyfts även att många chefer inom äldreomsorgen saknar kunskaper om hälso- och sjukvård, vilket har påverkat möjligheten att förebygga smittspridning negativt. Sjuksköterskorna har också beskrivit problem med bristande kompetens hos omsorgspersonal om hur man förhindrar smittspridning. MAS och sjuksköterskorna anser bl.a. att det bör ställas högre krav på högre utbildning av omsorgspersonal, där undersköterskeutbildning borde vara en grundläggande nivå. En tredjedel av sjuksköterskorna svarade att omsorgspersonalen alltid eller i stor utsträckning har haft svårt för att följa och tillämpa basala hygienrutiner, framför allt beroende på kunskapsbrist. Omsorgspersonal med låg kompetens hade svårt att ta till sig information om hygienrutiner och barriärvård, samt förstå allvaret av pandemin eller hur hårt de äldre kunde drabbas.[40]

2.8 Dialoger och intervjuer med berörda aktörer om att förebygga och förhindra smitta och smittspridning

I arbetet med att ta fram ett förslag på regelverk har myndigheten haft dialoger med olika berörda aktörer. Dialogerna har handlat om hur de ser generellt på möjligheterna att förebygga smittsamma sjukdomar i aktuella verksamheter och vilka behov av förbättringar som finns.

---

[38] Sammanställning *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*, Smittskydd, juni 2020, *Genomlysning och lärande rörande hanteringen av smittspridning covid-19 på Berga vård- och omsorgsboende våren 2020*, FOU nu, augusti 2020 samt *Erfarenhetsstudie under covid-19 pandemin*, Västerås Stad, oktober 2020.

[39] Kartläggning av covid-19 på SÄBO i Stockholms län, maj 2020, Smittskydd Stockholm.

[40] Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv, en enkätundersökning angående situationen inom kommunal hälso- och sjukvård 2020 (208 MAS och 925 sjuksköterskor besvarade respektive enkät).

2.8.1 Representanter från vårdhygien och smittskydd

Socialstyrelsen har haft möten med hygienläkare, hygiensjuksköterskor och smittskyddsläkare. Då har bland annat följande framkommit. En del av problematiken med det smittförebyggande arbetet i kommunala verksamheter utgörs av att det saknas tillräckligt med medicinskt utbildad personal, t.ex. sjuksköterskor. Det handlar också om brister i bemanning, lokaler som inte är anpassade för god hygienisk standard samt att många chefer inom socialtjänsten saknar förståelse och kunskap om vikten av vårdhygien och smittskydd. Det är i första hand strukturella problem som behöver åtgärdas på ett övergripande plan.

Kommuner behöver – i egenskap av vårdgivare – ta ansvar för det vårdhygieniska arbetet i sina egna verksamheter och bygga en struktur för det. De behöver t.ex. upprätta realistiska handlingsplaner där ansvaret på olika nivåer beskrivs, ange vilka aktiviteter som ska genomföras och ange vilken form av uppföljning som ska ske. Det är viktigt att verksamheterna arbetar systematiskt med ett smittförebyggande arbete enligt ett ledningssystem, där det t.ex. ingår riskanalys och egenkontroll.

För att lyckas med att hantera och kontrollera smittspridning behövs förberedelser, utbildning och tät uppföljning. Även om regionernas vårdhygienenheter i viss mån kan utbilda och ge stöd behöver de kommunala verksamheterna också utbilda och informera sin egen personal. Personalen behöver inte bara teoretisk utbildning, utan behöver öva på det praktiska arbetet och t.ex. lära sig att använda skyddskläder och annan utrustning. Det behövs också en förståelse bland både personal och chefer varför det är viktigt att arbeta smittförebyggande.

2.8.2 Medicinskt ansvariga sjuksköterskor

I dialog med ett flertal medicinskt ansvariga sjuksköterskor har följande framkommit. Pandemin har medfört att basal hygien har tagits på allvar på ett tydligare sätt. Fler verksamheter har förstått vikten och behovet av utbildning, och att den upprepas kontinuerligt. Traditionellt sett har personalen arbetat med basal hygien i särskilda boenden för äldre, men det behöver förbättras i t.ex. LSS-verksamheter. Det är dock viktigt att t.ex. utbildningen är anpassad efter varje verksamhet så att personalen kan ta till sig kunskapen. I princip behöver all personal utbildas, även de som är undersköterskor och sjuksköterskor. Det handlar om att upprepa och inskärpa vikten av att rutinerna måste följas. Även chefer behöver kunskap och utbildning. Det har t.ex. ställts krav på att alla, inklusive cheferna, går Socialstyrelsens digitala utbildning om basal hygien en gång per år. Det är också viktigt att frågor om hygien och smittskydd är en ledningsfråga och att det lyfts i samverkan mellan kommuner och regioner. Det behövs en styrning uppifrån och att verksamheterna får krav på sig att göra detta. Utöver utbildning är också lokaler, bemanning, städning och tvätt viktiga faktorer för att hålla en god hygien och arbeta smittförebyggande.

2.8.3 Intervjuer med verksamhetschefer i berörda verksamheter

Socialstyrelsen har inom ramen för arbetet med att ta fram ett förslag till en ny författning genomfört drygt 20 intervjuer i 12 olika kommuner med chefer för särskilda boenden, hemtjänst och bostad med särskild service för vuxna och barn. Frågorna har rört smittförebyggande arbete och hygienrutiner både före

och under pandemin, förutsättningar och behov. Bland annat har följande framkommit.

Många, men inte alla, verksamheter uppgav att de följde basala hygienrutiner före pandemin. Framförallt chefer för särskilda boenden för äldre uppger att de före pandemin hade diverse smittförebyggande åtgärder, som t.ex. rutiner, utbildning samt utsedda hygienombud. Följsamheten har dock stärkts generellt i samtliga verksamheter under pandemin, men kanske främst i LSS-verksamheter. Många uppger att de har förstått att bra hygienrutiner minskar alla typer av smittsamma sjukdomar och att det därför finns skäl att fortsatta med en god följsamhet även efter pandemin. De verksamheter som redan före pandemin hade rutiner och handlingsplaner var hjälpta av det när pandemin bröt ut. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan beskrivs som en mycket viktig funktion som har varit till stor hjälp för de flesta verksamheterna under pandemin.

En stor andel av cheferna anser att både chefer och personal behöver nya och uppdaterade kunskaper om hur smittspridning kan förebyggas. I socialtjänstverksamheter saknar många i personalen rätt utbildning och det är svårt att rekrytera utbildad personal. Det finns också undersköterskeutbildningar som inte håller tillräcklig kvalitet och många timvikarier saknar helt utbildning. Även när en person har en grundutbildning som t.ex. undersköterska så behövs det kontinuerliga påminnelser och uppdateringar anser flera chefer. I enstaka verksamheter får all nyanställd personal en introduktionsutbildning på några timmar där t.ex. basala hygienrutiner ingår. Förutom rutiner och utbildning uppger flera chefer att t.ex. personalkontinuitet och anpassade lokaler är viktiga faktorer i det smittförebyggande arbetet.

3. Det finns behov av att tydliggöra det smittförebyggande arbetet

Det finns flera faktorer som påverkar möjligheten för en verksamhet att förebygga smittspridning och hantera utbrott av smittsamma sjukdomar. Det som återkommande lyfts av olika aktörer är t.ex. planering, rutiner, tillräcklig bemanning, anpassade lokaler, kunskap och utbildning. En del av detta är redan reglerat på annat sätt och allt kan inte åtgärdas genom nya författningar. Socialstyrelsen har dock identifierat några områden där nya författningsförslag skulle kunna bidra till att stärka det smittförebyggande arbetet i aktuella verksamheter. Det handlar om att, som en del av det systematiska kvalitetsarbetet, ställa krav på att verksamheterna har rutiner för att förebygga och förhindra smittspridning, att de bedömer vilka risker som finns samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra smitta och smittspridning. Ytterligare ett förslag är att de berörda verksamheterna ska erbjuda personalen utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning, samt i basal hygien.

Verksamhet enligt SoL och LSS ska vara av god kvalitet. Vad som är god kvalitet är svårt att entydigt precisera. I förarbetena till såväl SoL som LSS anges det att det t.ex. innebär rättssäkerhet, den enskildes medinflytande och en lätt tillgänglig vård och service. Det krävs också en väl fungerande arbetsledning, en lämplig sammansättning av ett arbetslag och ett genomtänkt arbetssätt. Sammantaget ska insatserna ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger

samt på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och syftet med insatsen eller verksamheten uppnås. Detta förutsätter personal med lämplig utbildning och erfarenhet och med ett sådant förhållningssätt till de som får insatserna att de upplever trygghet i mötet med socialtjänsten och i den vård som ges.[41]

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg syftar till att hindra smittspridning. En betydelsefull smittväg är kontaktsmitta, som främst sker via personalens händer och kläder. Speciellt när det gäller hjälp med personlig hygien och kontakt med kroppsvätskor finns det risk för smittspridning. Föreskrifterna om basal hygien i vård och omsorg ska tillämpas i vård- och omsorgssituationer som innebär fysisk kontakt och där det finns risk för överföring av smittämnen.

Socialstyrelsen bedömer att de berörda verksamheterna behöver arbeta med att generellt förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten för att kunna säkerställa en god kvalitet i insatserna. Det är då inte tillräckligt att enbart tillämpa de basala hygienrutiner som anges i SOSFS 2015:10, utan riskerna behöver förebyggas och förhindras även på andra sätt, t.ex. genom att det finns rutiner om hur smitta kan förebyggas och att personalen får utbildning om smittvägar och smittrisker. Detta är särskilt viktigt då de berörda verksamheterna ger insatser till personer som ofta löper stor risk att drabbas särskilt hårt av smittsamma sjukdomar och infektioner. Myndigheten bedömer att förslaget till ny författning förtydligar hur verksamheterna ska kunna förebygga och förhindra smittspridning.

3.1 Kompetensen och följsamheten behöver förbättras

Den största personalgruppen i äldreomsorgen, ca 75 procent, är omsorgspersonalen, som utgörs av undersköterskor och vårdbiträden. 15 procent utgörs av övrig personal och andelen sjuksköterskor uppgår till ca 5 procent. Majoriteten av de anställda inom vård och omsorg i kommunerna är tillsvidareanställda, men en relativt stor andel, 23 procent, arbetar vid behov (”timavlönade”).[42] En relativt stor andel av personalen saknar utbildning och undersköterska är ännu inte en skyddad yrkestitel. De utbildningar som idag erbjuds kan vara av varierande kvalitet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i flera tillsynsrapporter konstaterat att det finns många brister i omsorgen som är relaterade till kompetensbrister hos personalen.[43] I underlag och i de dialoger som Socialstyrelsen har haft har frågan om kompetens lyfts återkommande. Till exempel att omsorgspersonal, på grund av kunskapsbrister, i relativt stor utsträckning har svårt för att följa och tillämpa basala hygienrutiner. Inte sällan framhålls det också att även utbildad personal är i behov av kontinuerlig utbildning och uppdatering.

Följsamhet till hygienrutiner och klädregler är en viktig indikator på kompetens om basal hygien. Det behöver dock finnas förutsättningar för att följa hygienrutiner och klädregler på arbetsplatsen, och personalen behöver få kunskap om

[41] Proposition 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 51-52 samt proposition 2004/05:39 Kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 25-26.
[42] Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2021, Socialstyrelsen, artikelnummer 2021-3-7249.
[43] Inspektionen för vård och omsorg, Tillsynsrapporter för vård och omsorg (2016-2019).

reglerna och rutinerna. Det framgår av mätningar att följsamheten av de basala hygienrutinerna och klädregler alltjämt är för låg. Den kan också variera stort mellan olika kommuner och verksamheter. I vissa kommuner kan t.ex. följsamheten ligga på bara 40-50 procent, och i andra uppåt 80-90 procent. Även om följsamheten har förbättrats under pandemin, visar mätningar också att den är lägre i de personalkategorier som har kort eller ingen utbildningsbakgrund. Följsamhetsmätningar visar också att även utbildad personal inte alltid har den följsamhet av hygienrutiner som kan förväntas.

Under pandemin har utbildning i t.ex. basala hygienrutiner varit en konkret åtgärd som många verksamheter vidtagit. I oktober 2021 hade drygt 43 000 personer avslutat Socialstyrelsens webbutbildning *Basala hygienrutiner i vård och omsorg*. Det är dock t.ex. en relativt låg andel av personalen inom LSS som deltagit i utbildningarna om hygienrutiner som tagits fram av Socialstyrelsen.[44] Den relativt låga andelen är bekymmersam, bland annat med tanke på smittrisker och förekomsten av riskgrupper på boenden enligt LSS.

Framgångsfaktorer för att förbättra följsamhet av basala hygienrutiner har generellt varit utbildning och regelbundna genomgångar samt uppföljning. Flera aktörer uttrycker även att uttryckliga krav på verksamheterna behövs för att tydliggöra ansvaret och poängtera att frågan är viktig.

4. Förslag på nya regler

Mot bakgrund av vad som framkommit i tidigare avsnitt om bland annat alltför låg följsamhet till basala hygienrutiner och brister i kompetens anser Socialstyrelsen att det finns skäl att lämna förslag till en ny författning om att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i de aktuella verksamheterna. Dessa verksamheter har vård- och omsorgsansvaret för många av de mest sårbara grupperna, både de som är äldre och de som har olika funktionsnedsättningar. Dessa personer har ofta stora och sammansatta behov av stöd och hjälp, och har ofta en eller flera sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Det är också dessa personer som riskerar att drabbas hårdast av smittsamma sjukdomar, men också av vårdrelaterade infektioner. Inte minst covid-19 pandemin har visat att hur allvarligt en ny smittsam sjukdom kan drabba dessa grupper. De personer som får insatser i de aktuella verksamheterna ska få en trygg och säker vård och omsorg av god kvalitet. I det ingår att skyddas mot att i onödan drabbas av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen bedömer att förslaget kan bidra till att stärka kvaliteten och öka säkerheten för personer i äldreomsorgen och inom LSS.

Tillämpningsområdet för den nya författningen omfattar verksamheter i form av hemtjänst, särskilt boende enligt 5 kap. 5 och 7 §§ SoL, bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS eller bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. Föreskrifterna ska tillämpas oavsett om verksamheten bedrivs av en kommun, en region eller av en privat utförare.

[44] Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, Lägesrapport 2021, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen bedömer att tillämpningsområdet för de nya föreskrifterna ska vara detsamma som för föreskrifterna om basal hygien, bland annat på grund av att de innebär krav på att personalen ska erbjudas utbildning i basal hygien.

4.1 Krav på rutiner och riskanalys

Att aktivt arbeta för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning samt att ha en hög följsamhet till reglerna om basal hygien bedöms ha en mycket stor inverkan på verksamhetens kvalitet. Rutiner och riskanalyser ger en god grund för det dagliga arbetet, men kan också öka beredskapen för en krissituation som t.ex. en pandemi eller ett större utbrott av en smittsam sjukdom. Det är samtidigt viktigt att rutinerna är anpassade efter de insatser som ges i den aktuella verksamheten eftersom förutsättningar för att arbeta smittförebyggande kan skilja sig åt beroende på om det t.ex. handlar om hemtjänst eller ett särskilt boende för äldre.

Mot bakgrund av detta föreslår Socialstyrelsen ett krav på att den som bedriver verksamheten ska fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten. Rutinerna bör bland annat avse vem som ansvarar för att olika smittförebyggande åtgärder vidtas i verksamheten, hur smittspridning ska förhindras och hur personalen ska informeras om rutinerna. Det bör även framgå hur de som får insatserna och deras närstående kan få information om hur verksamheten arbetar för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning. Av rutinerna bör det också framgå hur verksamheten kan samverka med hälso- och sjukvården. Här skulle det t.ex. kunna handla om samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården eller med den vårdhygieniska expertis som finns i regionerna.

Som en del i arbetet med ledningssystemet ska den som bedriver verksamheten fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.[45] Socialstyrelsen föreslår att det i den nya författningen förtydligas att verksamheterna som en del av det fortlöpande arbetet med riskanalyser ska bedöma vilka risker för smitta och smittspridning som finns i verksamheten, samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra detta. Att verksamheterna i förväg identifierar risker och adekvata åtgärder bidrar till att stärka det förebyggande arbetet. Vilka risker som kan finnas och hur de kan påverka en verksamhet kan variera beroende på hur den aktuella verksamheten bedrivs och vilka personer som får insatser där. Det kan även variera beroende på vilken typ av smittsam sjukdom det rör sig om.

4.2 Krav på att erbjuda personalen utbildning

För att säkerställa att verksamheterna ser till att personalen har tillräckliga kunskaper för att kunna arbeta smittförebyggande föreslår Socialstyrelsen också ett krav på att den som bedriver verksamheten ska erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten och i basal hygien. Syftet med utbildningen ska vara att personalen ska kunna omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet. Utbildningen bör

[45] Se 5 kap. 1 § Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

bland annat omfatta grundläggande kunskaper om smittvägar och hur dessa kan brytas, vilka risker för smittspridning som finns i verksamheten, vilka rutiner som finns i verksamheten samt praktiska moment om t.ex. basal hygien. I syfte att upprätthålla och uppdatera kunskaperna från utbildningen ska personalen även vid behov erbjudas fortbildning.

5. Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd

Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att tydliggöra att de aktuella verksamheterna behöver ha särskilda rutiner, göra riskanalyser och utbilda personalen för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning. Ett alternativ skulle kunna vara att inte föreslå någon ytterligare reglering alls, utan enbart informera om t.ex. vikten av utbildning samt visa på goda exempel. Myndigheten skulle också kunna ta fram ytterligare former av stödmaterial eller kunskapsstöd. Socialstyrelsen bedömer dock att ett sådant förfarande riskerar att inte ge tillräcklig effekt och att de brister och skillnader i t.ex. följsamhet som finns idag kommer att kvarstå. En nationell reglering kan istället tydliggöra verksamheternas ansvar och bidra till att det smittförebyggande arbetet stärks på ett jämlikt sätt i berörda verksamheter i hela landet.

6. Berörda av regleringen

Direkt berörda av regleringen är alla utförare, oavsett driftsform, av

- hemtjänst i ordinärt boende enligt SoL,
- särskilt boende för äldre enligt 5 kap. 5 § SoL,
- bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt 5 kap. 7 § SoL,
- bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS, och
- bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS.

Berörda av regleringen är även verksamhetsansvariga och personal i berörda verksamheter. Indirekt berörda av regleringen är personer som får insatser i verksamheterna samt deras närstående.

7. Barnkonsekvensanalys

Författningsförslagen riktar sig i första hand till de verksamheter som ger insatser enligt SoL och LSS och berör endast indirekt de personer som tar emot insatserna. I väsentlig utsträckning kommer regelverket att gälla för verksamheter som riktar sig till vuxna personer, men det kommer även gälla barn i den mån de får insatser i de aktuella verksamheterna. De kommer främst gälla verksamheter som bedriver bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS. Det rör sig om drygt 800 barn.[46] Det kan vara barn som bor i verksamheten under hela sin uppväxt.

[46] Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2020, Socialstyrelsen.

Den vanligaste orsaken till att barn och unga bor i en bostad med särskild service enligt LSS är omfattande övriga omvårdnads- och stödbehov (79 procent) eller omfattande medicinska omvårdnadsbehov (12 procent). Dessa barn finns således ofta i situationer som innebär mycket nära kontakter med personal. I sådana situationer kan det finnas en risk för smittspridning, och barnen kan på grund av sina funktionsnedsättningar och sjukdomar vara särskilt känsliga för infektioner. Under covid-19 pandemin har t.ex. smittspridningen bland personer med LSS-insatser varit högre just i boenden med särskild service för vuxna och barn, jämfört med befolkningen i övrigt.[47]

Socialstyrelsen bedömer att författningsförslaget kan bidra till att stärka barns rättigheter som bl.a. uttrycks i FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen. Flera av artiklarna i barnkonventionen, utöver artikel 3 om barnets bästa, är relevanta i sammanhanget, t.ex. artikel 6 om att varje barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 24 om att varje barn har rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. Även FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är viktig att beakta i sammanhanget, t.ex. artikel 25 om att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning.[48] Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att förslaget kan bidra till att berörda barn får en säker omsorg av god kvalitet och att förslaget är förenligt med barnets bästa.

8. Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

Socialstyrelsen grundar sin beslutanderätt på följande bestämmelser.

- 8 kap. 1 § 2 och 3 socialtjänstförordningen (2001:937), SoF. I bestämmelsen ges Socialstyrelsen rätt att meddela föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser äldre personer och personer med funktionsnedsättning.
- 8 kap. 5 § SoF. Socialstyrelsen bemyndigas enligt bestämmelsen att meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av socialtjänstlagen (2001:453) samt föreskrifter om verkställigheten av socialtjänstförordningen (2001:937).
- 13 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. I bestämmelsen bemyndigas Socialstyrelsen att i fråga om verksamhet enligt 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade meddela föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.
- 14 § förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Socialstyrelsen bemyndigas enligt bestämmelsen att meddela ytterligare föreskrifter

[47] Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, Lägesrapport 2021, Socialstyrelsen.
[48] FN:s konvention om barnets rättigheter. New York den 20 november 1989. Utrikesdepartementet; 1990. SÖ 1990:20, samt Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen. New York den 13 december 2006. Utrikesdepartementet; 1990. SÖ 2008:26.

om verkställigheten av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt föreskrifter om verkställigheten av förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

9. Kostnadsmässiga och andra konsekvenser

Beräkningarna bygger på vissa antaganden om t.ex. kostnader ifråga om arbetstid på grund av de krav som ställs i författningsförslaget. Storleken på de kostnadsmässiga konsekvenserna kan variera mellan de verksamheter som berörs av förslaget, eftersom vissa verksamheter t.ex. redan har tagit fram rutiner för att förebygga smittspridning och utbildar personalen i basal hygien.

I tabellen nedan redovisas antalet verksamheter som berörs av författningen. Verksamheter som omfattas av förslaget är:

- hemtjänst enligt SoL
- särskilt boende för äldre enligt 5 kap. 5 § SoL och bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt 5 kap. 7 § SoL[49]
- bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS
- bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS

Antal privata och offentliga verksamheter i respektive verksamhetsform

Typ av verksamhet	Hemtjänst i ordinärt boende SoL	Bostad med särskild service för barn LSS	Bostad med särskild service för vuxna LSS	Särskilt boende för äldre, SoL	Bostad med särskild service SoL
Offentlig	**902**	**108**	**4 165**	**1 580**	**645**
Kommun	896	94	4 131	1 564	645
Region	6	5	23	16	-
Kommunalförbund	-	9	11	-	-
Privat	**429**	**127**	**873**	**308**	**72**
Bolag	388	86	698	259	63
Enskild firma	15	-	6	2	-
Förening	22	22	98	22	5
Övriga privata	4	19	71	25	4
Totalt	**1 331**	**235**	**5 038**	**1 888**	**708**

Källa: IVO:s vårdgivarregister, hämtat 2021-10-14

De privata aktörerna står för cirka 20 procent av de bedrivna verksamheterna. Socialstyrelsen har ingen information om antalet anställda inom varje verksamhetsform, men enligt Vårdföretagarna[50] har 94 procent av de privata vård- och omsorgsföretagen färre än 20 anställda. Om denna fördelning även är applicerbar på de berörda boendeformerna i denna författning innebär det att cirka 1 700 av de drygt 1 800 privata aktörerna har färre än 20 anställda.

[49] Totalt finns det 2 633 verksamheter registrerade för denna boendeform i vårdgivarregistret, 28 verksamheter har dock inte varit möjliga att placera inom särskilt boende för äldre eller bostäder med särskild service då uppgifter om detta inte funnits tillgängliga.

[50] https://www.vardforetagarna.se/vardfakta/foretagen/

9.1 Kostnadsberäkningar av förslagen

Som underlag för beräkningarna används enkätsvar från fyra olika kommuner, information från intervjustudien samt de lönekostnader som redovisas i tabellen nedan.

Genomsnittliga lönekostnader inom äldreomsorg, hemtjänst och LSS

Personalkategori	Månadslön, kr	Månadslön inkl. sociala avgifter*, kr	Årskostnad, kr	Timkostnad, kr
Sjuksköterska (grundutbildad)	38 700	71 208	854 496	473
Undersköterska	29 500	54 280	651 360	360
Vårdbiträde	25 700	47 288	567 456	314
Stödassistent[51]	29 100	53 544	642 528	355
Verksamhetschef (enhetschef inom äldreomsorg, nivå 2)	44 600	82 064	984 768	545

Källa: SCB:s lönestatistik för år 2020

* Schablonvärde om 84 % som inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad. Ekonomiska effekter av nya regler; Tillväxtverket 2017.

9.2 Rutiner

Socialstyrelsen föreslår att den som bedriver verksamheten ska fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten. Myndigheten uppskattar att en verksamhetschef kan behöva cirka 1-2 veckors arbetstid för att ta fram rutinerna, vilket skulle innebära en kostnad om 21 800 – 43 600 kr per verksamhet. Tidsåtgången kan dock variera beroende på verksamhetens storlek, samt beroende på vilka rutiner som finns sedan tidigare.

9.3 Riskanalys

Socialstyrelsen föreslår att den som bedriver verksamheten som en del av det fortlöpande arbetet med riskanalyser ska bedöma vilka risker för smitta och smittspridning som finns i verksamheten, och vilka åtgärder som behöver vidtas för att begränsa dessa risker. Myndigheten uppskattar att en verksamhetschef behöver 1-2 veckor för att ta fram en sådan riskanalys. Kostnaden av förslaget uppskattas till 21 800 – 43 600 kr per verksamhet. Tidsåtgången kan även här variera beroende på verksamhetens storlek och om det finns riskanalyser sedan tidigare.

9.4 Utbildning

Socialstyrelsen föreslår ett krav på att personal som genomför insatser ska erbjudas utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten och i basal hygien. Syftet med utbildningen ska vara att personalen ska kunna omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet. Kravet på utbildning är nytt,

[51] Stödassistent ingår i yrkesgruppen vårdare/boendestödjare (SSYK 2012: 5342).

men i ett flertal verksamheter sker redan idag utbildning i exempelvis basal hygien för en del av personalen. Alla verksamheter har tillgång till bland annat utbildningar som Socialstyrelsen tillhandahåller eller utbildningar som de regionala vårdhygienenheterna erbjuder. Socialstyrelsens utbildningar är kostnadsfria, och det gäller även i många fall de utbildningar som de regionala vårdhygienenheterna erbjuder de kommunala verksamheterna. Det skulle dock i vissa fall kunna tillkomma kostnader om verksamheterna t.ex. behöver instruera personalen avseende vissa praktiska moment om basal hygien. Myndigheten saknar dock underlag för att beräkna hur stor denna kostnad skulle kunna bli.

Socialstyrelsen har tagit fram exempelberäkningar över kostnaden för den arbetstid som behövs för att personalen ska genomgå utbildningen. Att genomföra utbildningen uppskattar myndigheten till 1-3 timmar per anställd. Kostnaden till följd av utbildningen varierar beroende på antalet anställda inom verksamheterna och hur stor del av personalstyrkan som genomför utbildningen. Utbildningens omfattning kan även variera beroende på vilken typ av verksamhet personalen arbetar i.

Det har inte varit möjligt att beräkna kostnaden per verksamhet som omfattas av det aktuella förslaget, då myndigheten inte har hittat någon säker information om antalet anställda i respektive verksamhetsform. Beräkningarna bygger istället på olika antaganden om antal anställda som ska erbjudas utbildning.

I tabellen nedan framgår en uppskattning av antalet anställda bland privata och offentliga verksamheter (inklusive vikarier) inom en kommun med en viss befolkningsstorlek.

Exempelberäkning av merkostnader för utbildning

Kommunstorlek (befolkningstal)	Antal Personal*		Antal utbildnings-timmar	Kostnad där 75% går Utbildning	Kostnad där 90% går utbildning	Kostnad där 100% går utbildning
0 – 14 999	Min	60	1	16 200	19 400	21 500
	Max	400	3	323 100	387 700	430 800
15 000 – 29 999	Min	400	1	107 700	129 200	143 600
	Max	800	3	646 200	775 500	861 700
30 000 – 69 999	Min	800	1	215 400	258 500	287 200
	Max	1 800	3	1 454 000	1 744 800	1 938 700
70 000 – 229 999	Min	1 800	1	484 700	581 600	646 200
	Max	6 000	3	4 846 800	5 816 100	6 462 400
230 000-	Min	6 000	1	1 615 600	1 938 700	2 154 100
	Max	25 300	3	20 437 300	24 524 800	27 249 700

*Uppskattning över antal anställda inom berörda verksamheter i en kommun av en viss befolkningsstorlek.

Beräkningarna görs utifrån antagandet att kommuner i liknande storlek har ungefär samma antal verksamheter, antal brukare, antal anställda och därmed samma kostnader. Exempelberäkningarna utgår från att utbildningen tar 1-3 timmar per anställd och är framtagna för tre olika scenarion, ett där 75 procent av antalet an-

ställda behöver utbildas, ett där 90 procent behöver utbildas och ett där 100 procent av alla anställda utbildas. Timkostnaden som använts i beräkningarna (359 kronor) är ett viktat medelvärde[52] för sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden.[53]

Den som bedriver verksamheten ska också vid behov erbjuda fortbildning så att personalen kan upprätthålla och uppdatera kunskaperna från utbildningen. Det kan t.ex. handla om att upprepa delar av tidigare utbildning eller ta del av uppdaterade delar på grund av ny kunskap. Hur ofta detta kan behöva ske och hur stor andel av personalen som behöver fortbildning kan variera över tid men också mellan olika verksamheter. Kostnaden för detta kommer därför också att variera.

9.5 Totalkostnader för de föreslagna åtgärderna

Myndigheten har inte haft möjlighet att beräkna totalkostnaden av de förslag som tagits fram då det är svårt att göra en rimlig uppskattning av hur många anställda som skulle beröras, vilka verksamheter som redan utbildar sin personal eller redan har etablerade rutiner och arbetssätt, och i vilken utsträckning utbildningen eller rutinerna i så fall motsvarar nuvarande förslag. Mot bakgrund av vad som t.ex. framkommit i dialoger med externa aktörer så finns det viss anledning att anta att det är mer vanligt med etablerade rutiner avseende basal hygien i särskilda boenden för äldre, än i t.ex. vissa LSS-verksamheter.

Det kan även antas att förslagen indirekt kan leda till vissa besparingar eftersom utbrott av smittsamma sjukdomar kan vara mycket kostsamma för en verksamhet, och även kan leda till att personer måste vårdas på sjukhus. Att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner kan minska onödigt lidande hos enskilda, men även minska vissa kostnader för verksamheter i kommuner och regioner. Hur stora dessa besparingar skulle kunna vara har myndigheten inte haft möjlighet att beräkna.

10. Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Författningsförslaget bedöms inte ha någon särskild koppling till EU-rättslig reglering och bedöms därför sakna betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till den Europeiska unionen.

11. Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål

[52] Det viktade medelvärdet tar hänsyn till hur stor del av de anställda som ingår i respektive personalkategori.
[53] Eftersom det exakta antalet anställda i de boendeformer som berörs av denna föreskrift inte finns att tillgå har vi använt statistik över antalet sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden samt stödassistenter som arbetar inom vård och omsorg i kommunerna. Statistiken är hämtad från SKR (Tabell 2B. Antal sysselsatta efter verksamhet och personalgrupp i kommuner nov 2020) och används som en uppskattning över hur fördelningen mellan de olika personalkategorierna ser ut inom verksamheterna kopplat till de berörda boendeformerna.

som föranlett den. Bestämmelsen ger således uttryck för en proportionalitetsprincip.

Författningsförslaget innebär vissa nya krav på kommunala verksamheter och utgör därmed en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Ifråga om specifikationer avseende rutiner och riskanalys bedömer Socialstyrelsen dock att denna inskränkning är relativt liten då det redan finns generella krav avseende detta i föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och en del verksamheter redan idag har rutiner. Kravet på utbildning är helt nytt, men redan idag sker liknande utbildning för en del av personalen i ett flertal verksamheter.

Syftet med författningsförslaget är att stärka verksamheternas förutsättningar att förebygga och förhindra smitta och smittspridning och därigenom bidra till insatser av god kvalitet. Det gäller i synnerhet eftersom de personer som verksamheterna riktas till hör till de grupper som drabbats hårdast av smittsamma sjukdomar och infektioner. Förslaget kan också bidra till mindre ohälsa hos personalen, samt bidra till minskade kostnader och minskat lidande. Med hänsyn till detta bedömer Socialstyrelsen att regelverket kan anses utgöra en sådan inskränkning i den kommunala självstyrelsen som är proportionerlig.

12. Effekter för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt

Av alla personer som beviljades hemtjänst 2020 hade ca 17 procent av de äldre en privat utförare, och av personer med funktionsnedsättning som hade hemtjänst hade 24 procent en privat utförare. Majoriteten särskilda boenden drivs i kommunal regi, och i snitt tillhandahålls 20 procent av omsorgen på särskilda boenden för äldre av privata utförare.[54] 19 procent av alla LSS-boenden drivs av privata utförare.[55] En majoritet av företagen har färre än 20 anställda.[56]

Kostnaderna och tidsåtgången för de krav som anges i förslaget bedöms vara desamma oavsett om det avser en kommunal eller privat verksamhet. I detta hänseende hänvisas därför till de beräkningar som anges under punkt *8. Kostnadsmässiga och andra konsekvenser*. Socialstyrelsen har inte i övrigt kunnat identifiera några särskilda konsekvenser som skulle kunna påverka de företag som bedriver aktuella verksamheter. En del av de åtgärder som föreslås finns sannolikt delvis på plats även i vissa av de privata verksamheterna. Med hänsyn till vad som nu anförts bedömer Socialstyrelsen att förslaget inte får sådana effekter av betydelse för företagens arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt att ytterligare bedömningar enligt 7 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning behöver göras.

[54] Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2020, Socialstyrelsen.
[55] Privat vårdfakta 2021, Vårdföretagarna.
[56] https://www.vardforetagarna.se/vardfakta/foretagen/

13. Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

Socialstyrelsen avser att fatta beslut om författningen under våren 2022. Med hänsyn till att regelverket avser åtgärder som de facto inte är helt nya för verksamheterna bedömer myndigheten att ungefär ett halvår är tillräckligt för att verksamheterna ska kunna anpassa sig till regelverket. Ett ikraftträdande skulle då kunna ske under hösten 2022. Mot en längre ikraftträdandetid talar att det är av vikt för enskildas liv och hälsa att reglerna börjar tillämpas så snart som möjligt.

Socialstyrelsen avser att på olika sätt informera berörda aktörer om regelverket samt i syfte att stödja verksamheterna t.ex. överväga om det finns behov av att göra ändringar i den webbaserade utbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg*.

Kontaktperson

Anna Giertz, Jurist, Socialstyrelsen
anna.giertz@socialstyrelsen.se

Beslutsärende:
Delegationsbeslut
12
22ON71

Delegationsbeslut

1. Avgiftsbeslut
   Perioden 2022-02-04 – 2022-03-09 4 241 st
   Avgifterna har omprövats och gäller fr o m 2022-03-01, därav det höga antalet.

2. Sammanställning av yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

3. Sammanställning av Lex Sarah 2022.

4. Sammanställning av personuppgiftsincidenter till Omvårdnadsnämnden.

Sammanställning av begäran om yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) - 2022

= Avslutade ärenden
= Pågående ärenden

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
1.	2018-03-07	18ON105	Begäran om uppgifter – uppföljning av gynnande domar – bistånd enligt 4 kap 1 § SoL samt insatser enligt 9 § LSS - ej verkställda domar, äldre än 4 månader	2018-05-02	2018-04-23 (skickat 24/4)	Katarina Stistrup, myndighetschef	Vid förfrågan till IVO 10/3 2022 meddelas att de stängt ärendet 9/12 2019. Ärendet avslutas därmed i vårt diarium 10/3 2022.
2.	2018-08-20	18ON392	Begäran om yttrande och handlingar – övervägande om att ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten	2018-10-08	2018-10-04 (skickat 4/10)	Katarina Stistrup, myndighetschef	
2.	2018-12-17	18ON392	Beslut - IVO avslutar ärendet efter att bedömt att det inte funnits skäl för att ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten.			Katarina Stistrup, myndighetschef	Vid förfrågan till IVO 10/3 2022 meddelas att de avslutat ärendet. Ärendet avslutas därmed i vårt diarium 10/3 2022.

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
3.	2020-03-12	20ON93	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter - Klagomål mot hälso- och sjukvården, Forellplan	2020-04-21	2020-04-21 (skickat 21/4, efter OK från IVO)	Kia Fernlund, kontorschef	
3.	2020-11-17	20ON93	Kompletterande begäran - Kopior av listor över kost- och vätskeintag, samt genomförandeplaner	2020-12-02	2020-12-01	Kia Fernlund, kontorschef	
3.	2021-02-10	20ON93	Kompletterande begäran - Nutritionsansvarig dietist – saknar utbildning/legitimation för yrket	2021-03-10	2021-03-09 (1:e vice ordf) (skickat 9/3)	Kia Fernlund, kontorschef	
3.	2021-09-23	20ON93	Beslut IVO har utrett klagomålet och konstaterar följande brister: - Vårdgivaren har inte följt upp och utvärderat den vikt-, kost- och vätskeregistrering som genomförts på strukturerat sätt, vilket lett till att adekvata åtgärder uteblivit. - Det går inte att följa av dokumentationen vilka insatser som genomfördes av dietist under den granskade perioden. - Vårdgivaren har använt den yrkesskyddade titeln dietist för en sjuksköterska som var anställd i verksamheten, trots att sjuksköterskan inte hade legitimation för yrket. Vårdgivaren ska beakta IVO:s beslut i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete. IVO avslutar ärendet men kan komma att följa upp vilka eventuella åtgärder som vårdgivaren har genomfört med anledning av de identifierade bristerna.			Kia Fernlund, kontorschef	Ärendet avslutas.

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
4.	2020-10-26	20ON357 (även AFN och SN)	Meddelande om tillsyn och begäran om uppgifter - IVO genomför, med anledning av utbrottet av covid-19 i Sverige, en tillsynsinsats med underlag av kommunernas inrapporterade ej verkställda beslut. Tillsynen riktar sig till samtliga kommuner i landet. IVO begär svar på ett antal uppgifter, via fomulär.	2020-12-01	Lena Hörnell har hanterat svaren, enligt aktuell formulär från IVO.	Lena Hörnell	
4.	2021-02-15	20ON357 (även AFN och SN)	Meddelande om fortsatt tillsyn - IVO har en pågående tillsyn av verkställighet av socialtjänstinsatser maa utbrottet av covid-19. Tillsynen fortsätter nu i Gävle. - I den fortsatta tillsynen kommer IVO, genom telefon- eller videosamtal med enskilda, att granska vilka konsekvenser kommunens genomförda förändringar i in satser innebär för enskilda samt hur enskilda upplever kommunens hantering av förändringarna. IVO kommer genomföra detta med den chef som nämnden har lämnat kontaktuppgifter till vid IVO:s begäran om uppgifter.			Lena Hörnell	
4.	2021-03-08	20ON357 (även AFN och SN)	Information om intervju i pågående tillsyn samt förslag på tid för intervju - Mailkonversation mellan IVO och Magnus Höijer. Tid för intervju fastställs till den 7 april 2021.			Lena Hörnell	

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
4.	2021-03-31	20ON357 (även AFN och SN)	Underrättelse - Möjlighet att lämna synpunkter. ”Det första underlaget för tillsynen är samtliga uppgifter som ansvariga nämnder i er kommun har lämnat utifrån IVO:s Meddelande om tillsyn och begäran om uppgifter, daterad 2020-10-26. IVO kommer även att intervjua en ansvarig chef, vilket ni har fått information om. Underlaget som består av era nämnders uppgifter är omfattande. För att underlätta för er vid kommuniceringen inför IVO:s beslut har ni möjlighet att redan nu ta del av det underlaget, som bifogas. IVO kommer att komplettera underlaget med protokoll från intervju med ansvarig chef så fort det är genomfört och senast vecka 15. IVO kommer då också att komplettera underlaget med Sammanfattning brukarsamtal, om samtal med enskilda har kunnat genomföras i er kommun.” Bilagor: - Uppgifter som samtliga nämnder i sektorn lämnat in. - Kompletteringar till nämndernas uppgifter från kommunen.			Lena Hörnell	
4.	2021-04-07	20ON357 (även AFN och SN)	Underrättelse - Möjlighet att lämna synpunkter på protokoll från intervju med ansvarig chef. - Synpunkter på det samlade underlaget skall vara IVO tillhanda senast 27 april 2021.	2021-04-27		Lena Hörnell	Magnus Höijer beslutar 26/4 att avstå från att lämna synpunkter
4.	2021-06-22	20ON357 (även AFN och SN)	Beslut - IVO, har inte funnit några brister inom de områden som tillsynen omfattat. IVO avslutar därför ärendet.				Ärendet avslutas
5.	2020-06-24	20ON223	Meddelande om tillsyn och begäran om journaler m m - IVO genomför, med anledning av den pågående smittspridningen av covid-19 i Sverige, en tillsynsinsats som fokuserar på medicinsk vård och behandling för äldre som bor på särskilda boenden. Tillsynen har i ett inledande skede riktat sig mot alla kommuner och regioneri landet. - IVO har genomfört intervju med MAS. - IVO fördjupar granskningen avseende Vallongården och Vardaga Tallåsvägen - IVO begär att ta del av hälso- och sjukvårdsjournaler - IVO begär namn och kontaktuppgifter för patientansvarig sjuksköterska	2020-07-09	2020-06-26 Svar skickat direkt från MAS, Ulrika Carlsson.	Kia Fernlund	

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
5.	2021-02-02	20ON223	Beslut IVO har i tillsynen funnit brister: - Det har, vid det enskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 - Det går, vid det särskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte att följa vården till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende pga brister i hälso- och sjukvårdsjournalera. IVO begär att nämnden ska redovisa sin ställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla ev åtgärder som nämnden vidtagit eller planerar vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska innehålla uppgifter om när ev åtgärder genomfördes eller kommer att genomföras.	2021-03-15	2021-03-12 (skickat 12/3)	Kia Fernlund	
5.	2021-04-22	20ON223	Underrättelse och begäran IVO kommer under 2021 att fortsätta granskningen av nämnden inom ramen för det aktuella tillsynsärendet. Med anledning av den fortsatta tillsynen begär IVO redogörelse på totalt fyra frågeställningar.	2021-09-15 Fyra steg, se föregående kolumn	2021-09-14 (skickat 14/9)	Kia Fernlund	
6.	2021-06-30	21ON211	Begäran om uppgifter inför kommande tillsynsinsats Med anledning av covid-19-pandemin genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2020 en särskild tillsynsinsats som fokuserade på medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende (SÄBO). IVO kommer nu att genomföra en uppföljande tillsynsinsats avseende samma målgrupp. Uppföljningen kommer dock inte begränsas till personer som har eller har haft covid-19. - Begäran är i fyra steg Steg 1 – senast 9 augusti Steg 2 – 27 augusti Steg 3 – vecka 35-36: information från IVO via säker e-post Steg 4 – 30 september	2021-09-15		Kia Fernlund	

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
6.	2021-11-25	21ON211	Information om att tillsynen fortsätter och inbjudan till informationsmöte: - 10, 13 och 16 december Inbjudan vänder sig till ansvarig för den kommunala hälso- och sjukvården.	2021-12-07 Senast dag för anmälan.		Kia Fernlund	
7.	2021-07-07	21ON234	Meddelande om tillsyn och begäran om uppgifter IVO har ett pågående regeringsuppdrag att följa upp Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin. Maa detta genomför IVO en riktad tillsynsinsats på särskilda boenden för äldre under pandemin. Syftet är att ta reda på hur smittsäkra besök har kunnat genomföras på boendena efter den 1 oktober 2020 (när det nationella besöksförbudet togs bort). Som ett led i tillsynen begär IVO uppgifter från ett antal särskilda boenden. IVO inleder en tillsyn av vård- och omsorgsboendet Forellplan i Gävle kommun. Svar skall skickas in via formulär som skickas via e-post från IVO under vecka 27 (till enhetscheferna).	2021-08-13		Kia Fernlund IVO har sänt meddelandet direkt till enhetscheferna Charlotte Larsson och Ulla Danielsson.	
7.	2021-11-29	21ON234	Beslut - IVO avslutar ärendet men påtalar följande brist: Verksamhetsansvarig har inte säkerställt att personalen har god kännedom om och förmåga att i det praktiska arbetet tillämpa de rutiner som har fastställts för verksamheten. IVO vidtar i nuläget inte några ytterligare åtgärder med anledning av bristen men förutsätter att huvudmannen vidtar adekvata åtgärder för att komma till rätta med denna. IVO kan komma att följa upp beslutet.				Ärendet avslutas.
8.	2021-08-19	21ON289	Underrättelse och begäran om uppgifter och svar på frågor IVO har tagit emot en anmälan med klagomål gällande Solberga vård- och omsorgsboende. IVO har med anledning av de inkomna uppgifterna inlett tillsyn för att vidare granska uppgifterna	2021-09-24	2021-09-22 (skickat 22/9)	Kia Fernlund	

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
8.	2021-12-09	21ON289	Begäran om uppgifter IVO har ett pågående tillsynsärende gällande Solberga vård- och omsorgsboende. IVO begär nu svar på ett antal frågeställningar.	2022-01-14	2022-01-13 (skickat 13/1)	Kia Fernlund	
9.	2021-09-17	21ON308	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter IVO har tagit emot en anmälan med klagomål mot hälso- och sjukvården, gällande vården av en av kunderna vid vård- och omsorgsboendet Forellplan. Klagomålet är bl a riktat mot enskild hälso- och sjukvårdspersonal. IVO begär därför namn, pnr och yrkestitel för en specifik sjuksköterska på särskild blankett. IVO ber vårdgivaren informera berörd hälso- och sjukvårdspersonal, som kommer få en kopia på klagomålet till folkbokföringsadressen och även om möjligheten att yttra sig över klagomålet samt information om fortsatt handläggning av ärendet.	2021-09-28	Kia Fernlund ansvarar för att hantera denna begäran.	Kia Fernlund	
9.	2021-09-17	21ON308	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter Klagomål mot hälso- och sjukvården: - Forellplan.	2021-10-12	2021-10-11 (skickat 11/10)	Kia Fernlund	
9.	2022-02-14	21ON308	Underrättelse och möjlighet att lämna synpunkter på förslag till beslut. Klagomål mot hälso- och sjukvården: - Forellplan.	2022-03-07		Kia Fernlund	Avstår från att lämna synpunkter.
9.	2022-03-15	21ON308	Beslut IVO har utrett klagomålet och har inte funnit stöd för att det funnits brister när det gäller bytet av suprapubiskateter. Klagomålet motiverar ingen ytterligare åtgärd av IVO och avslutar därför ärendet. IVO prövar inte frågor om ekonomisk ersättning.			Kia Fernlund	Ärendet avslutas.

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
10.	2021-10-07	21ON339	Underrättelse och begäran om handlingar Klagomål mot hälso- och sjukvården: - Hemsjukvården (anmälan om vårdskada 19ON421) - Komplettera tidigare anmälan? (senast 5/11) - Personuppgifter på vårdpersonal (senast 27/10)	2021-10-27 (personuppg) 2021-11-05 (ev kompl. till klagomålet)		Anneli Lindblom	Anneli Lindblom beslutar 26/10 att avstå från att göra några kompletteringar till tidigare anmälan
10.	2021-12-07	21ON339	Underrättelse – möjlighet att lämna synpunkter på förslag till beslut	2021-12-29		Anneli Lindblom	Anneli Lindblom beslutar 21/12 att avstå från att lämna några synpunkter på förslag till beslut.
10.	2022-02-08	21ON339	Beslut IVO konstaterar följande: - Vårdgivarna har brustit i samordningen och informationen avseende hantering av ändring av läkemedel vilket innebar att patienten inte fick samtliga ordinerade läkemedel. - IVO avslutar ärendet men kan komma följa upp effekterna av de vidtagna åtgärder som vårdgivarna har genomfört.			Anneli Lindblom	Ärendet avslutas.

Sammanställning av Lex Sarah-anmälningar **Omvårdnadsnämnd** **Utskriftdatum:** **2022-03-17**

Dnr	Ink.datum	Händelse-datum	Beskrivning händelse	Enhet	Åtgärd - rutiner	Åtgärd - verksamhet	Åtgärd - personal	Anmälan IVO	Avslut IVO	Ny/uppdsen senaste nämnd
21ON172	2021-05-26	2021-05-14		Våbo - Ängslyckan och Hedesunda hemtjänst (Egen)			x	nej		Uppd
21ON295	2021-09-01	2021-08-24	Kund som blivit knuffad av annan kund	Våbo - Furugården (Egen)		x		nej		Uppd
21ON318	2021-09-29	2021-09-15	Brister i utfröandet av omvårnadsinsatser	Hemtjänst Norr (Egen)			x	nej		Uppd
21ON363	2021-11-03	2021-10-31	Stöld	Hemtjänst Norr (Egen)		x		nej		Uppd
21ON367	2021-11-04	2021-10-13	Trygghetslarm som inte har haft fungerande batterier under en längre tid	Våbo - Forellplan (Egen)	x			nej		Uppd
21ON396	2021-11-26	2021-11-20	Fysiska övergrepp mellan kunder	Våbo - Ängslyckan och Hedesunda hemtjänst (Egen)		x		nej		Uppd
21ON419	2021-12-08	2021-09-17	Olämpligt beteende gentemot kund	Våbo - Furugården (Egen)						Uppd
21ON438	2021-12-21	2021-02-07-2	Stöld av smycken	Våbo - Vallongården (Egen)	x			nej		Uppd
21ON439	2021-12-21	2021-12-07	Kund avviker från boendet	Våbo - Solgårdsgatan (Egen)						Uppd
22ON33	2022-01-31	2022-01-20	Kund avviker från boendet	Våbo - Forellplan (Egen)						Uppd
22ON46	2021-01-28	2021-12-24	Medarbetare filmar och bemöter kunder kränkande	Attendo (Extern)	x		x	ja	2022-02-22	Uppd
22ON61	2022-02-15	2022-02-09	Kund blir inlåst i sittt rum pga. ej fungerande låskolv	Våbo - Fleminggatan (Egen)						Ny
22ON62	2022-02-15	oklart	Brister i omvårdnaden uppmärksammas då medarbetare lämnar klagomål på enheten	Våbo - Forellplan (Egen)						Ny
22ON75	2022-02-22	2022-02-09	Uppmärksammas av medarbetare att kund har flera oförklarliga blåmärken	Våbo - Fleminggatan (Egen)						Ny

22ON80	2022-02-24	2022-02-14	Ett rött märke liknande fingeravtryck uppmärksammas på kunden	Våbo - Solgårdsgatan (Egen)						Ny
22ON114	2022-03-16	2022-01-16	En kund blir aggressiv och vill inte lämna en annan kunds lgh, i situationen leds kunden ut av medarbetare faller medarbetare och skadar sig	Vardaga (Extern)			x	Nej		Ny

Sammanställning av personuppgiftsincidenter år 2022 för Omvårdnadsnämnden (inkluderar pågående ärenden från föregående år)

2	= Avslutade ärenden
4	= Pågående ärenden

Nr	Dnr	Händelse datum	Incident	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till Integritetsskydds-myndigheten	Beslut från Integritetsskydds-myndigheten Datum/ Diarienummer
1.	21ON88	2020-12-04 och 2021-02-25 (i samband med Sveriges radios granskning i kombination med upptäckt av att person-uppgifter inte var anonymisera de.)	Personuppgifter från kommunens webbplats har skickats till tredje land genom Google analytics. Den 4/12 2020 rekommenderades det från dataskyddsombud att byta statistikverktyg. Arbetet påbörjades omgående och det nya systemet tas i bruk under mars 2021. Kommunen behöll Google analytics i övergångsfasen i tron att personuppgifterna var anonymiserade. När det upptäcktes att de inte var det bröt kommunen kopplingen till Google analytics omgående.	Styrning och stöd/ gavle.se		Gävle kommuns webbplats delar inte längre data till Google analytics.	Ja, då incident involverar alla nämnder har kommunstyrelsen skickat in en gemensam anmälan med diarienummer 21KS118.	
2.	21ON118	2021-03-23	Omvårdnadspersonal har tappat bort ett så kallat insatsschema med uppgifter gällande 28 olika kunder. Insatsschemat innehåller såväl känsliga som sekretessbelagda uppgifter: namn, adress, telefonnummer, e-postadress, nyckelnummer och arbetsmoment (vårdbehov). Handlingen har förmodligen tappats utomhus och kan inte återfinnas.	Stöd i hemmet / Hemtjänst och hemsjukvård	Anneli Lindblom	Ny rutin införs och de registrerade meddelas per brev om att det inträffat en incident.	**Ja, och även en komplettering där anmälan dras tillbaka då det inte är en incident, eftersom handlingen sedan återfunnits inom verksamheten och inga personuppgifter därmed röjts.**	

Nr	Dnr	Händelse datum	Incident	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till Integritetsskydds-myndigheten	Beslut från Integritetsskydds-myndigheten Datum/ Diarienummer
3.	21ON286	2021-08-17 / 2021-08-24	I och med fel inställningar på lånedatorer så har biståndshandläggare råkat skriva ut handlingar som hamnat i skrivare på Hagaströms skola	Myndighet / SoL omsorg	Alejandra Olivares Caballeria / Katarina Petterson Södergren	VG-it upprättar intern rutin för lånedatorer från SG-it, skrivarinställningar. *Enheten Myndighet SoL omsorg, lägger til infopunkt på deras veckobrev för större uppmärksamhet.	Ja	
4.	21ON373	2021-11-10/2021-11-10	Stöld av USB-stickor	Furugården/sjuksköterskor	Linda Berglund	Åtgärder har sedan tidigare stölder redan vidtagits, dvs. låst förvaring av USB-minnen.	Ja	

Nya incidenter sedan sammanträdet 2022-02-24

Nr	Dnr	Händelse datum	Incident	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till Integritetsskydds-myndigheten	Beslut från Integritetsskydds-myndigheten Datum/ Diarienummer
5.	22ON34	2022-01-27/2022-01-27	Mejl med personuppgifter skickas till rätt mottagare men okrypterat	Administrativt stöd	Catrin Tranberg	Chef informerar medarbetarna om vikten av att använda säker e-post	Nej	
6.	22ON91	2022-02-28	Internkuvert innehållandes känsliga personuppgifter och uppgifter skyddade med sekretess har skickats felaktigt.	Hemsjukvård sjuksköterskor	Sara Norrbom	Enhetschef informerar arbetsgruppen om det inträffade och påminner om hur dessa typer av uppgifter ska skickas internt samt om vikten att ange korrekt adress vid utskick.	Nej	

Kommande beslut: Remiss - Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga

13

22ON109

Missiv

Ärende Dnr 22KS142
Dok/Handl id 22KS142-5
2022-03-10

kommunstyrelsen@gavle.se

Till	Omvårdnadsnämnden Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden
Ärende	Remiss av slutbetänkande (SOU 2022:6) - Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga
Vårt dnr	**22KS142**
	Begäran om yttrande i rubricerat ärende
Handlingar	Remiss, Slutbetänkande del 1 och del 2 (SOU 2022:6)
Svarsdatum	Senast den **9 maj 2022**

Upplysningar

Översänder remiss från Socialdepartementet gällande Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga för yttrande.

Ert yttrande ska ha inkommit senast den 9 maj 2022 för att gemensamt svar ska hanteras av Kommunstyrelsen.

Beslutsprotokoll samt yttrande skickas till Kommunstyrelsens registrator kommunstyrelsen@gavle.se med hänvisning till 22KS142.

Med vänlig hälsning

Registrator
Styrning och stöd
Kanslienheten

Från: Kundtjänst
Till: Kommunstyrelsen (e-post)
Ärende: VB: Remiss av Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga [2022KC37671]
Datum: den 10 mars 2022 10:41:10
Bilagor: Remissmissiv Hälso och sjukvårdens beredskap.pdf
SOU 2022_6_DEL 1_webb.pdf
SOU 2022_6_DEL 2_webb.pdf

Hej,

Följande mail har inkommit till Gävle kommuns officiella e-postlåda.

Med vänlig hälsning

Katarina Wiklander
Kundkommunikatör Kundtjänst
Gävle kommun
80184 Gävle
Besöksadress: Drottninggatan 22
Kundtjänst: 026-178000
www.gavle.kommun@gavle.se
www.gavle.se
www.facebook.com/gavlekommun

Denna mejlväxling kan innehålla personuppgifter som Gävle kommun behandlar enligt Eu:s dataskyddsförordning.Läs mer på www.gavle.se/dataskydd

Från: S FS Delningar <s.fs-delningar@regeringskansliet.se>
Skickat: den 10 mars 2022 10:29
Till: kommun@hoor.se <kommun@hoor.se>; kommunstyrelsen@malmo.se <kommunstyrelsen@malmo.se>; kommunstyrelse@grums.se <kommunstyrelse@grums.se>; kundtjanst@skelleftea.se <kundtjanst@skelleftea.se>; gavle.kommun@gavle.se <gavle.kommun@gavle.se>; kommun@arvidsjaur.se <kommun@arvidsjaur.se>; kommun@kalmar.se <kommun@kalmar.se>; norrkoping.kommun@norrkoping.se <norrkoping.kommun@norrkoping.se>; regionen@regionorebrolan.se <regionen@regionorebrolan.se>; post@gallivare.se <post@gallivare.se>; kommun@bengtsfors.se <kommun@bengtsfors.se>; registrator@tlv.se <registrator@tlv.se>; stockholm@lansstyrelsen.se <stockholm@lansstyrelsen.se>; lulea.kommun@lulea.se <lulea.kommun@lulea.se>; kommunen@kristinehamn.se <kommunen@kristinehamn.se>; regiongotland@gotland.se <regiongotland@gotland.se>; kommun@vetlanda.se <kommun@vetlanda.se>; kommunstyrelse@jonkoping.se <kommunstyrelse@jonkoping.se>; kommun@sorsele.se <kommun@sorsele.se>; uppsala.kommun@uppsala.se <uppsala.kommun@uppsala.se>; kommun@orebro.se <kommun@orebro.se>; stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se <stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se>; kommun@hudiksvall.se <kommun@hudiksvall.se>; kommunstyrelsen@stockholm.se <kommunstyrelsen@stockholm.se>; kommun@linkoping.se <kommun@linkoping.se>; registrator@esv.se <registrator@esv.se>; kommun@kalix.se <kommun@kalix.se>; kommun@osby.se <kommun@osby.se>; vasternorrland@lansstyrelsen.se <vasternorrland@lansstyrelsen.se>; kommunen@ystad.se <kommunen@ystad.se>; norrbotten@lansstyrelsen.se <norrbotten@lansstyrelsen.se>; vasterbotten@lansstyrelsen.se <vasterbotten@lansstyrelsen.se>; kommun@tyreso.se <kommun@tyreso.se>; regionen@regionhalland.se <regionen@regionhalland.se>;

kontakt@jarfalla.se <kontakt@jarfalla.se>; Eva.Z.Melander@skane.se
<Eva.Z.Melander@skane.se>; sakerhetspolisen@sakerhetspolisen.se
<sakerhetspolisen@sakerhetspolisen.se>; region@skane.se <region@skane.se>;
registrator@lysekil.se <registrator@lysekil.se>; region@regionostergotland.se
<region@regionostergotland.se>; info@mfd.se <info@mfd.se>;
gavleborg@lansstyrelsen.se <gavleborg@lansstyrelsen.se>;
registrator@energimyndigheten.se <registrator@energimyndigheten.se>;
vastragotaland@lansstyrelsen.se <vastragotaland@lansstyrelsen.se>;
jordbruksverket@jordbruksverket.se <jordbruksverket@jordbruksverket.se>;
jamtland@lansstyrelsen.se <jamtland@lansstyrelsen.se>; kontaktcenter@falun.se
<kontaktcenter@falun.se>; raddningstjansten@rtos.se <raddningstjansten@rtos.se>;
dalarna@lansstyrelsen.se <dalarna@lansstyrelsen.se>; trafikverket@trafikverket.se
<trafikverket@trafikverket.se>; skane@lansstyrelsen.se <skane@lansstyrelsen.se>;
kontakt@transportstyrelsen.se <kontakt@transportstyrelsen.se>;
uppsala@lansstyrelsen.se <uppsala@lansstyrelsen.se>; sodermanland@lansstyrelsen.se
<sodermanland@lansstyrelsen.se>; registrator@elsakerhetsverket.se
<registrator@elsakerhetsverket.se>; rg@regiongavleborg.se <rg@regiongavleborg.se>;
kalmar@lansstyrelsen.se <kalmar@lansstyrelsen.se>; info@eskilstuna.se
<info@eskilstuna.se>; registrator@uu.se <registrator@uu.se>; regionen@rjl.se
<regionen@rjl.se>; vastmanland@lansstyrelsen.se <vastmanland@lansstyrelsen.se>;
post@vgregion.se <post@vgregion.se>; orebro@lansstyrelsen.se
<orebro@lansstyrelsen.se>; ostergotland@lansstyrelsen.se
<ostergotland@lansstyrelsen.se>; info@regionvarmland.se <info@regionvarmland.se>;
blekinge@lansstyrelsen.se <blekinge@lansstyrelsen.se>; region.vasternorrland@rvn.se
<region.vasternorrland@rvn.se>; varmland@lansstyrelsen.se
<varmland@lansstyrelsen.se>; registrator@statskontoret.se
<registrator@statskontoret.se>; region@regionjh.se <region@regionjh.se>;
info@folkhalsomyndigheten.se <info@folkhalsomyndigheten.se>;
gotland@lansstyrelsen.se <gotland@lansstyrelsen.se>; halland@lansstyrelsen.se
<halland@lansstyrelsen.se>; registrator.vss@ivo.se <registrator.vss@ivo.se>;
registrator@regionkalmar.se <registrator@regionkalmar.se>; registrator@ki.se
<registrator@ki.se>; registrator@svk.se <registrator@svk.se>; jonkoping@lansstyrelsen.se
<jonkoping@lansstyrelsen.se>; EXP-HKV <exp-hkv@mil.se>; region@kronoberg.se
<region@kronoberg.se>; forvaltningsrattenimalmo@dom.se
<forvaltningsrattenimalmo@dom.se>; konkurrensverket@kkv.se
<konkurrensverket@kkv.se>; registrator@skr.se <registrator@skr.se>;
kommun@stromsund.se <kommun@stromsund.se>; pts@pts.se <pts@pts.se>;
livsmedelsverket@slv.se <livsmedelsverket@slv.se>; registrator.kansli@polisen.se
<registrator.kansli@polisen.se>; kronoberg@lansstyrelsen.se
<kronoberg@lansstyrelsen.se>; registrator@arbetsformedlingen.se
<registrator@arbetsformedlingen.se>; registrator@mpf.se <registrator@mpf.se>;
registrator@oru.se <registrator@oru.se>; regionnorrbotten@norrbotten.se
<regionnorrbotten@norrbotten.se>; socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
<socialstyrelsen@socialstyrelsen.se>; info@lif.se <info@lif.se>; info@vardforbundet.se
<info@vardforbundet.se>; registrator@foi.se <registrator@foi.se>; info@slf.se
<info@slf.se>; registrator@fhs.se <registrator@fhs.se>; kontaktcenter@hassleholm.se
<kontaktcenter@hassleholm.se>; post@regionsormland.se <post@regionsormland.se>;
peter.groon@sll.se <peter.groon@sll.se>; info@mdh.se <info@mdh.se>; registrator@lu.se
<registrator@lu.se>; sjofartsverket@sjofartsverket.se <sjofartsverket@sjofartsverket.se>;
info@rtjamtland.se <info@rtjamtland.se>; lfv@lfv.se <lfv@lfv.se>;
johan.von.schreeb@ki.se <johan.von.schreeb@ki.se>; rmv@rmv.se <rmv@rmv.se>;
registrator@gu.se <registrator@gu.se>; raddningstjansten@rsgbg.se
<raddningstjansten@rsgbg.se>; remisser <remisser@svensktnaringsliv.se>;
registrator@uka.se <registrator@uka.se>; betankande@elanders.com

<betankande@elanders.com>; info@jamy.se <info@jamy.se>; info@vardforetagarna.se <info@vardforetagarna.se>; info@rtog.se <info@rtog.se>; forbundet@kommunal.se <forbundet@kommunal.se>; info <info@pro.se>; registrator <registrator@msb.se>; info.gph@ki.se <info.gph@ki.se>; region.uppsala@regionuppsala.se <region.uppsala@regionuppsala.se>; marten.lindstrom@rjl.se <marten.lindstrom@rjl.se>; infocenter@liu.se <infocenter@liu.se>; post@sverigesfarmaceuter.se <post@sverigesfarmaceuter.se>; sva@sva.se <sva@sva.se>; Leif.Nicklagard@unionen.se <Leif.Nicklagard@unionen.se>; sls@sls.se <sls@sls.se>; registrator@umu.se <registrator@umu.se>; registrator@vardanalys.se <registrator@vardanalys.se>; webb@sosalarm.se <webb@sosalarm.se>; kyrkostyrelsen@svenskakyrkan.se <kyrkostyrelsen@svenskakyrkan.se>; info@svenskt-ambulansflyg.se <info@svenskt-ambulansflyg.se>; kontaktcenter@pliktverket.se <kontaktcenter@pliktverket.se>; registrator.rlk@regionstockholm.se <registrator.rlk@regionstockholm.se>; info@funktionsratt.se <info@funktionsratt.se>; region.dalarna@regiondalarna.se <region.dalarna@regiondalarna.se>; S SMER <s.smer@regeringskansliet.se>; stockholms.tingsratt@dom.se <stockholms.tingsratt@dom.se>; info@kkrva.se <info@kkrva.se>; info@swedishmedtech.se <info@swedishmedtech.se>; region@regionblekinge.se <region@regionblekinge.se>; registrator <registrator@fmv.se>; info@sverigesapoteksforening.se <info@sverigesapoteksforening.se>; johan.waller@sverigesapoteksforening.se <johan.waller@sverigesapoteksforening.se>; region@regionvastmanland.se <region@regionvastmanland.se>; info@spfseniorerna.se <info@spfseniorerna.se>; registrator@ehalsomyndigheten.se <registrator@ehalsomyndigheten.se>; info <info@redcross.se>; imy@imy.se <imy@imy.se>; registrator@lakemedelsverket.se <registrator@lakemedelsverket.se>; regionen@regionvasterbotten.se <regionen@regionvasterbotten.se>; registrator@sbu.se <registrator@sbu.se>

Ämne: Remiss av Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga

OBS! Detta mejl kommer från en avsändare utanför vår IT-miljö. Klicka inte på länkar och öppna inte bifogade filer om du är osäker på användare eller innehåll. Kontakta IT-supporten på 026-178111 om du behöver råd och stöd.

Hej!

Skickar härmed ut Remiss av Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 10 juni 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer **S2022/01247** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Hälsningar

Helen Rudberg
Assistent
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm
Tfn 08-405 34 22
Mobil 070-648 23 63
helen.rudberg@regeringskansliet.se

www.regeringen.se

Socialdepartementet

Remissmissiv - Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga

Remissinstanser

1 Affärsverket svenska kraftnät
2 Arbetsförmedlingen
3 Arbetsmiljöverket
4 Arvidsjaurs kommun
5 Bengtsfors kommun
6 E-hälsomyndigheten
7 Ekonomistyrningsverket (ESV)
8 Elsäkerhetsverket
9 Eskilstuna kommun
10 Falun kommun
11 Folkhälsomyndigheten
12 Funktionsrätt Sverige
13 Försvarets materielverk
14 Försvarshögskolan
15 Försvarsmakten
16 Förvaltningsrätten i Malmö
17 Grums kommun
18 Gällivare kommun
19 Gävle kommun

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

20 Göteborgs kommun

21 Göteborgs universitet

22 Hudiksvalls kommun

23 Hässleholms kommun

24 Hörby kommun

25 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

26 Integritetsskyddsmyndigheten

27 Jämtland Räddningstjänsten

28 Jämställdhetsmyndigheten

29 Järfälla kommun

30 Jönköpings kommun

31 Katastrofmedicinskt centrum/Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet

32 Kalix kommun

33 Kalmar kommun

34 Karolinska Institutet

35 Kommunal

36 Konkurrensverket

37 Kristinehamns kommun

38 Kungliga krigsvetenskapsakademin

39 Kunskapscentrum i katastrofmedicin vid Umeå universitet

40 Kunskapscentrum katastrofmedicin väst vid Göteborgs universitet

41 Kunskapscentrum för Global Katastrofmedicin vid Karolinska Institutet

42 Linköpings universitet

43 Livsmedelsverket

44 Luftfartsverket

45 Luleå kommun

46 Lunds universitet

47 Lysekil kommun

48 Läkemedelsverket

49 Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
50 Länsstyrelsen i Blekinge län
51 Länsstyrelsen i Dalarnas län
52 Länsstyrelsen i Gotlands län
53 Länsstyrelsen i Gävleborgs län
54 Länsstyrelsen i Hallands län
55 Länsstyrelsen i Jämtlands län
56 Länsstyrelsen i Jönköpings län
57 Länsstyrelsen i Kalmar län
58 Länsstyrelsen i Kronobergs län
59 Länsstyrelsen i Norrbottens län
60 Länsstyrelsen i Skåne län
61 Länsstyrelsen i Stockholms län
62 Länsstyrelsen i Södermanlands län
63 Länsstyrelsen i Uppsala län
64 Länsstyrelsen i Värmlands län
65 Länsstyrelsen i Västerbottens län
66 Länsstyrelsen i Västernorrlands län
67 Länsstyrelsen i Västmanlands län
68 Länsstyrelsen i Västra Götalands län
69 Länsstyrelsen i Örebro län
70 Länsstyrelsen i Östergötlands län
71 Malmö kommun
72 Myndigheten för delaktighet (MFD)
73 Myndigheten för psykologiskt försvar
74 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
75 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
76 Mälardalens universitet
77 Norrköpings kommun
78 Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer (LOK)

79 Osby kommun
80 Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
81 Polismyndigheten
82 Post- och telestyren (PTS)
83 Region Blekinge
84 Region Dalarna
85 Region Gotland
86 Region Gävleborg
87 Region Halland
88 Region Jämtland Härjedalen
89 Region Jönköpings län
90 Region Kalmar län
91 Region Kronoberg
92 Region Norrbotten
93 Region Skåne
94 Region Stockholm
95 Region Sörmland
96 Region Uppsala
97 Region Värmland
98 Region Västerbotten
99 Region Västernorrland
100 Region Västmanland
101 Region Örebro län
102 Region Östergötland
103 Räddningstjänsten Storgöteborg
104 Räddningstjänsten Östra Götaland
105 Räddningstjänsten Östra Skaraborg
106 Rättsmedicinalverket
107 Sjöfartsverket
108 Skellefteå kommun

109 Smittskyddsläkarföreningen

110 Socialstyrelsen

111 Sorsele kommun

112 SOS Alarm Sverige AB

113 SPF Seniorerna

114 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

115 Statens energimyndighet

116 Statens jordbruksverk

117 Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

118 Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA)

119 Statskontoret

120 Stockholms kommun

121 Strömsunds kommun

122 Stockholms Tingsrätt

123 Svenska Kyrkan

124 Svenska Läkaresällskapet

125 Svenska Röda Korset

126 Svenskt Ambulansflyg

127 Svenskt nationellt råd inom katastrofmedicin

128 Svenskt Näringsliv

129 Sveriges Apoteksförening

130 Sveriges Farmaceuter

131 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

132 Sveriges läkarförbund

133 Swedish Medtech

134 Säkerhetspolisen

135 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

136 Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)

137 Totalförsvarets plikt- och prövningsverk

138 Trafikverket

139 Transportstyrelsen

140 Tyresö kommun

141 Umeå universitet

142 Unionen

143 Universitetskanslersämbetet

144 Uppsala kommun

145 Uppsala universitet

146 Vetlanda kommun

147 Vårdförbundet

148 Vårdföretagarna

149 Västra Götalandsregionen

150 Ystad kommun

151 Örebro kommun

152 Örebro universitet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 10 juni 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2022/01247 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att

redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Hälso- och sjukvårdens beredskap

– struktur för ökad förmåga

Del 1

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, Försvarsdepartementet, 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, Försvarsmakten, 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 Thyrén, 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 Sid 127(1295) **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 arbetssätt 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 Totalförsvar 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 Planeringbestämmelser 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 totalförsvar 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

Sid 130(1295)

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 Sid 131(1295) 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 laboratorieverksamhet 554
7.2.6 Förstärkningsresurser för sjuktransporter 558
7.2.7 Prioritering av statliga verksamheter 568

7.3 En nationell sammanställning av förstärkningsresurser 569

Sid 132(1295)

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 Ansvaret 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

Sid 135(1295)
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 Sid 137(1295) **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

Sid 139(1295)

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

Sammanfattning

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har haft i uppdrag 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. Utredningen har tidigare lämnat delbetänkandena *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23) och *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19). I detta slutbetänkande redovisar utredningen förslag kring övriga delar av utredningens uppdrag som syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap.

Kommuner och regioner ansvarar för hälso- och sjukvård i hela hotskalan

Utgångspunkten för utredningens arbete och förslag är att kommuner och regioner enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är skyldiga att erbjuda god hälso- och sjukvård till befolkningen. Skyldigheten gäller i alla lägen dvs. även under svåra förhållanden vid fredstida kriser och vid krig. All vård ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller för vård ska upprätthållas. Utredningen har i *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19) föreslagit en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och i krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Denna bestämmelse är ännu inte genomförd.

I krig förväntas Försvarsmakten i första hand ta hand om skadade på stridsfältet men regioner måste stödja Försvarsmakten med t.ex.

specialiserad vård och rehabilitering. Det är en del av regionernas ansvar att erbjuda även de som tillfälligt vistas i regionen omedelbar vård.

Kommuner och regioner har stor frihet att själva bestämma hur de vill organisera sig och hur de vill bedriva sina verksamheter. Något de också tagit fasta på. Hälso- och sjukvården bedrivs i komplexa organisationer med kommunala bolag, kommunalförbund, privata utförare och med en mängd lokala och regionala variationer. Oavsett hur kommuner och regioner väljer att organisera sig måste de dock se till att de kan planera och leda sina verksamheter på ett sådant sätt att de kan uppfylla gällande författningskrav. Detta gäller såväl vid en långdragen händelse, t.ex. en pandemi med många sjuka, som vid en snabbare övergående händelse, t.ex. en omfattande tågolycka med många skadade eller ett cyberangrepp. Det innebär t.ex. att om resurserna på ett visst sjukhus inte räcker till för prioriterad vård måste regionen kunna förstärka verksamheten eller omfördela resurser eller patienter mellan regionens sjukhus så att den mest prioriterade vården kan upprätthållas. Motsvarande behov att flytta resurser finns i kommuner.

Vid händelser med många skadade eller sjuka kan det ibland vara svårt, eller till och med omöjligt, för en enskild kommun eller region att själv klara av att möta alla de vårdbehov som uppstår. De är då beroende av hjälp från andra kommuner eller regioner. I sådana situationer kan kommunernas och regionernas olika organisationer och arbetssätt blir en utmaning när de ska samverka med varandra eller med statliga aktörer när samordning behöver uppnås på nationell nivå.

För att hälso- och sjukvården ska kunna fungera också under svåra påfrestningar krävs ett system för samverkan och ledning där ansvarsförhållandena är tydliga. De samlade nationella resurserna behöver kunna användas på ett effektivt sätt.

Ett system för en bättre beredskap

Utredningen lämnar flera förslag som tillsammans skapar en ordning för hälso- och sjukvårdens beredskap, som bygger på kommuners och regioners ansvar, som möjliggör utjämning av resurser över landet och som tar höjd för sådana extrema utmaningar som kommer av krig. Förslagen utgår ifrån att bestämmelsen om vård som inte kan anstå också införs i hälso- och sjukvårdslagen.

I korthet innebär förslagen att kommuner och regioner ska planera sina verksamheter och vidta åtgärder utifrån alla de faktorer som riskerar att negativt påverka förmågan att bedriva god vård (risker och sårbarheter) samt utifrån statliga planeringsansvisningar för civilt försvar. Vidare ställs krav på att kommuner och regioner tänker igenom, och i planer redovisar, hur de avser leda sina komplexa organisationer, med många olika utförare, vid händelser som negativt påverkar förmågan att bedriva vård.

Vid situationer som kraftigt utmanar en kommun eller regions förmåga att erbjuda vård föreslås vården begränsas till sådan vård som inte kan anstå. Om en kommun eller region inte längre själv kan erbjuda vård som inte kan anstå ska andra kommuner och regioner ge hjälp. Hjälp ska så långt möjligt ges på frivillig grund, men om detta inte sker ska regeringen eller en myndighet som regeringen bestämmer kunna besluta att kommuner eller regioner ska ge hjälp. Ytterst, om även detta är otillräckligt och det inte längre heller går att upprätthålla vård som inte kan anstå, ska det beslutas om att katastroftillstånd råder. Vid ett sådant tillstånd ska en kommun eller regionen erbjuda sådan sjukvård som är möjlig. Det kan innebära ett kraftigt minskat vårdutbud samt att enklare behandlingsmetoder än vanligt används. Så långt det är möjligt ska dock normal vård erbjudas och vårdgivare ska så långt möjligt upprätthålla kvalitetskrav. Närhelst det är möjligt ska beslutet om katastroftillstånd upphävas.

God beredskap förutsätter analys och planering

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av det civila försvaret. Till de mest utmanande situationerna för sjukvården hör händelser som medför ett stort antal samtidigt skadade eller sjuka. Andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att bedriva sjukvård är exempelvis avbrott i elförsörjningen, elektroniska kommunikationer eller cyberangrepp.

Det kan inte uteslutas att olika händelser kan leda till en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att med normala kvalitetskrav utföra vård som inte kan anstå och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de resurserna som krävs. En sådan situation betecknas inom vårdområdet som en katastrof. Med

vård som inte kan anstå avses vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten.

Det är en stor utmaning att under svåra förhållanden erbjuda vård som inte kan anstå till alla som behöver det. För att kunna hantera den värsta tänkbara situationen, en katastrof, krävs särskilt katastrofmedicinsk kunskap men även andra färdigheter. Exempelvis torde ledning och prioritering av verksamheter vara särskilt utmanande under sådana förhållanden. Det krävs också uthållighet eftersom inte alla händelser eller situationer som medför stora utmaningar för vården är kortvariga.

Kommuner och regioner är för utförande av sjukvård beroende av varandra. För att t.ex. kunna frigöra vårdplatser på sjukhus behöver kommunerna kunna ta emot färdigbehandlade patienter som är i behov av stöd från socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård eller hemsjukvård. Kommuner kan i sin tur vara beroende av regionens sjukvård vid t.ex. utbrott av smitta på ett kommunalt boende.

All hälso- och sjukvård behöver planeras. Syftet med planeringsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen är övergripande att kommuner och regioner ska kunna fullgöra skyldigheterna att erbjuda god vård och följa andra rättsliga krav för hälso- och sjukvård. Vid planeringen måste kommuner och regioner ta särskild hänsyn till att det krävs beredskap för att kunna hantera särskilt utmanande situationer, i både fred och krig, och för att mildra de effekter som en katastrof för med sig. Sådan planering måste grunda sig på olika analyser om vilka hot och risker som kan innebära särskilda utmaningar för kommuner och regioner att bedriva hälso- och sjukvård.

Nuvarande planeringsbestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen, som anger att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, är inte tillräckligt tydlig och omfattar inte fullt ut de situationer som en region behöver planera för. Planeringsbestämmelserna för kommuner är inte heller tillräckliga. Utredningen föreslår därför bl.a. att det ska införas ett nytt definierat begrepp och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Med katastrof ska avses 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. De nya planeringsbestämmelserna innebär att kommuner och regioner vid planering av hälso- och

sjukvård särskilt ska beakta 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 eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nämnts ovan.

Utredningen lämnar även förslag som innebär att ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen ersätts med ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer.

Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap måste med anledning av de ovan föreslagna ändringarna ses över. 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 ett förslag till en ny förordning med sådana föreskrifter.

För att underlätta planeringen föreslås också en förordningsändring i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten ska analysera omfattande händelser av betydelse för hälso- och sjukvården, nationellt och internationellt, samt sammanställa slutsatser från större övningar som involverar hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer så att de bättre kan beakta detta i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvårdens beredskap.

Planering och åtgärder för totalförsvaret – nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

Redan i denna utrednings första delbetänkande har framhållits behovet av ett tydligt och sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret. Utredningen har bedömt att totalförsvarsplanering bör utföras enligt ett system som bl.a. säkerställer att riksdagens och regeringens mål och anvisningar, och planeringsinriktningar från Försvarsmakten och

MSB med dimensionerande uppgifter förs vidare till och följs av myndigheter och andra aktörer i deras planering.

Totalförsvarsplaneringen återupptogs år 2015 utifrån det förändrade säkerhetspolitiska läget i Sveriges närområde. Nuvarande planeringssystem för totalförsvaret, så som det presenteras av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, vänder sig till statliga myndigheter. Även med beaktande av det omfattande och bitvis svåra arbete som denna planering innebär har det nu gått ett antal år utan att kommuner och regioner tydligt knutits till planeringssystemet. Att så sker är helt nödvändigt.

Förmågekrav för totalförsvar har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförsvarspropositionen och som omsätts av regeringen och vidare av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap genom konkreta planeringsanvisningar. Det är statens ansvar att bl.a. dimensionera och ge planeringsanvisningar för totalförsvar och kommuner och regioner behöver tydligare bindas till denna planering och de krav på åtgärder som ställs för totalförsvaret. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer måste från kommuner och regioner kunna begära sådana uppgifter som behövs för planeringen. De bestämmelser som finns i gällande rätt bedöms inte i tillräcklig grad säkerställa detta.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen 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 anvisningar och särskilda åtgärder. Det ska också införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård och att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om sådan planering. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela närmare föreskrifter om ovan angivna uppgiftsskyldigt.

Förmågekrav för totalförsvar måste vara tydliga och knytas till finansiering. Ansvaret för att finansiera särskilda åtgärder som är nödvändiga för höjd beredskap vilar på staten. Kostnader för upprätthållandet av den ordinarie vården, t.ex. cancervården, hjärtsjukvården eller äldrevården, vilar dock alltjämt på kommuner och regioner.

Det bedöms lämpligast om finansieringen av de ovan föreslagna åliggandena för kommuner och regioner att vidta särskilda åtgärder för totalförsvaret omhändertas inom ramen för den av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap föreslagna processen för totalförsvarets planering. Genom budgetpropositionerna prioriteras och fastställs vilka medel som ska finnas tillgängliga för planering och åtgärder inom olika delar av totalförsvaret. Anslagna medel för kommuner och regioners planering och åtgärder för totalförsvar bör lämpligen utbetalas och följas upp genom de statliga myndigheter som har sektorsansvar eller motsvarande ansvar inom totalförsvaret.

Ett beredskapsråd inrättas vid Socialstyrelsen

Det finns vid omfattande händelser med många skadade eller sjuka, katastrofer och krig ett stort behov av samordning på hälso- och sjukvårdsområdet mellan statliga myndigheter och kommuner och regioner. För sådan samordning krävs samverkan på flera nivåer både före och under en händelse. Utredningen bedömer att sådan samverkan i dag sker på lägre tjänstemannanivå men att det även behövs en tydlig samverkan på högre nivå, mellan ledande befattningshavare. Socialstyrelsen föreslås därför inrätta ett beredskapsråd där chefer för myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet, Försvarsmakten samt ledande företrädare för kommuner och regioner samlas för att diskutera frågor av betydelse för planering och dimensionering av hälso- och sjukvårdens beredskap och del i det civila försvaret. Socialstyrelsens generaldirektör föreslås vara ordförande. Rådet föreslås också utgöra länken mellan den nationella och regionala planeringen inom hälso- och sjukvård samt omsorg för totalförsvaret. För att Socialstyrelsen och de övriga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet ska kunna delta i, och svara för hälso- och sjukvården, i den nationella planeringsprocessen kring totalförsvar och beredskap måste de ha en tydlig dialog och förankring med ledande chefer i kommuner och regioner. Rådet kan också utgöra en plattform för samverkan under en händelse.

Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer

Kommuner och regioner ska som huvudregel var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. 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.

Det kan inte uteslutas att det uppkommer situationer 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 (katastrof). Vid en katastrof uppkommer ett allvarligt hot mot människors liv och hälsa. Skulle en kommun eller region drabbas av en katastrof i hälso- och sjukvården torde det vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I en situation där det inte går att häva uppkomna katastrofer finns det skäl att försöka säkerställa att kommuner och regioner på andra sätt ges mer likvärdiga förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Staten har inte möjlighet att ta över kommuner och regioners ansvar för att erbjuda vård, men kan lämna stöd till kommuner och regioner exempelvis genom vissa resurser som hålls i beredskap. Staten kan i vissa fall också begära hjälp från andra länder och internationella sammanslutningar.

Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Den lämpligaste ordningen för hjälp att undvika eller mildra katastrofsituationer i hälso- och sjukvården är att kommuner och regioner själva, på frivillig grund, löser uppkomna hjälpbehov. När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få nödvändig hjälp att utföra vård som inte kan anstå måste det dock finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som kan ge hjälp också

gör det och att hjälpen kan samordnas också med hjälpinsatser från staten.

Det saknas i dag bestämmelser som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten och att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård som inte kan anstå. Även med beaktande av det kommunala självstyret finns enligt utredningen skäl att införa sådana bestämmelser.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande, ska en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner 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. Enligt utredningens förslag är det regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska besluta om hjälp ska lämnas. Beslutet ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna där sådan hjälp som kan ordnas genom staten, t.ex. om statliga resurser eller internationell hjälp, 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. Beslutet behöver gälla omedelbart och ska inte kunna överklagas. Det föreslås också införas en skyldighet för kommuner, regioner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov. Kommuner och regioner ska till den som har att besluta om hjälp lämna de uppgifter som behövs. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska också få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs. Kommuner och regioner som har lämnat hjälp med stöd av bestämmelserna ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

De ovan föreslagna bestämmelserna om hjälp ska tillämpas under såväl fred som vid krig. När dessa bestämmelser är tillämpliga, dvs. i de fall hjälpen avser att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov,

Sid 149(1295)

finns inte skäl att tillämpa bestämmelserna i 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och i 2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Det föreslås bestämmelser som medför att hjälpbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas i stället för 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och i 2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Avsteg från bestämmelser i gällande rätt vid katastrofer

Omständigheterna vid en katastrof, oavsett om det avser en fredstida situation eller i krig, avgör i hög grad vilken vård som är möjlig att ge. 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 inte alltid ens möjligt att ge behövlig vård till alla som är svårt sjuka eller skadade, men den vård som är möjlig att ge ska naturligtvis 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. Det finns säkert en relativt utbredd förståelse för att den som har det största vårdbehovet, dvs. som regel de allra svårast sjuka eller skadade, måste ges förtur till vård även i situationer med resursbrister. Om det är möjligt ska naturligtvis även vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå utföras. Det är inte rimligt att tro att det i alla lägen ska gå att upprätthålla vårdgarantier och sådana garantier utgår inte heller 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.

Det finns bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, som kan tänkas vara svåra, omöjliga eller olämpliga att tillämpa vid en katastrof. 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.

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 hälso- och sjukvårdslagen som säkerställer dels tydlighet om när avsteg får göras från centrala bestämmelser, dels att avsteg inte går utöver vad som är nödvändigt.

Det ska därför 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 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 möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åliggande som följer av hälso- och sjukvårdslagen. 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.

Förmåga att mobilisera resurser

Vid händelser med många skadade eller sjuka samt vid katastrofer behöver sjukvården kunna mobilisera resurser för att möta de ökade vårdbehoven och samtidigt, så långt det är möjligt, upprätthålla annan 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. Utredningen har i det föregående betänkandet *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19) föreslagit ett system för lagerhållning av sjukvårdsprodukter som medger resursförstärkning.

Utbrottet av sjukdomen covid-19 har visat på att det finns en viss förmåga att mobilisera resurser inom t.ex. intensivvården men att det bli mycket ansträngt om det pågår under längre tid. Förmågan att mobilisera resurser måste därför särskilt planeras. Det är utredningens bedömning att det endast kan ske utgå ifrån en god grundbemanning. För att möta behoven vid situationer med många plötsligt skadade eller sjuka behöver det även finnas förmåga att t.ex. hantera plötsligt ökad efterfrågan på exempelvis blod och skyddsutrustning men även en förmåga att hantera många avlidna. Utredningen bedömer att uppgifter om regionala förstärkningsresurser ska lämnas till Socialstyrelsen som ska upprätta en nationell sammanställning som i relevanta delar kan delges berörda aktörer för att underlätta samverkan och planering.

Det finns i dag krav på vissa regioner att ha beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands, men det saknas i praktiken en fungerande struktur för planering, beredskap och insats. Socialstyrelsen och berörda regioner behöver planera och vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa att den beredskap som det ställs krav på i lag upprätthålls. Utredningen bedömer att sådana resurser som finns i beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands även bör kunna användas som förstärkningsresurser för liknande händelser nationellt.

Personalförstärkning

Utan personal bedrivs ingen sjukvård. Olyckor, antagonistiska händelser, smittoutbrott eller krigshandlingar kan alla ge upphov till mycket ansträngande situationer i hälso- och sjukvården. Vid dessa situationer behöver vårdpersonalen användas på ett effektivt sätt som innebär att de bibehåller uthållighet över tid.

I hälso- och sjukvården är möjligheterna till personalförstärkning begränsade eftersom vården ställer höga krav på kompetens- och kvalitet. Det finns i huvudsak två sätt att möta det ökade behovet av personal, att nyttja befintlig personal effektivare och att försöka tillföra resurser utifrån. Frågor som då blir centrala är vilken personal

som faktiskt finns att tillföra, vilken kompetens personalen har och hur man på bästa sätt kan stödja sjukvården med andra yrkeskategorier för att på ett hållbart sätt få ut så mycket som möjligt av den kvalificerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Utredningen konstaterar att 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. Planeringen behöver ta sin utgångpunkt i vilken vård som ska bedrivas. Utredningen redogör i betänkandet för olika metoder att använda personal effektivare och hur personal kan tillföras utifrån. Utredningen bedömer att det ska tas fram särskilda beredskapskontrakt för att möjliggöra att förstärka hälso- och sjukvården med extra personal. De närmare villkoren bör tas fram av arbetsmarknadens parter utifrån allmänna utgångspunkter framtagna av Socialstyrelsen och SKR.

Internationellt stöd

Utredningen bedömer att möjligheterna till internationellt stöd på hälso- och sjukvårdsområdet i händelse av fredstida kriser är begränsade. Störst möjligheter till stöd finns under sådana förhållanden när 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. Sådana resurser måste byggas upp lokalt, regionalt och nationellt och utgå ifrån hot och risker samt förmågan i vardagen. Det är en viktig del i det planeringsarbete som ska ske.

Utredningen föreslår också att det bör genomföras mer ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård i samband med Sveriges internationella samarbeten. Detta gäller både civila samarbeten i vardagen och vid kriser samt de försvarssamarbeten som innebär att utländska förband, inklusive sjukvårdspersonal, kan komma att verka eller öva i Sverige. I ett sådant uppdrag behöver bl.a. sjukvårdspersonalens rätt att utföra vård och behoven av att föra journal på andra språk än svenska beaktas. Utredningen anser att de olika frågorna behöver analyseras i ett sammanhang, både för fredstida

kriser och för krig, och inte som det hittills gjort som många olika delfrågor.

Forskning, utbildning och övning

Forskning, utbildning och övning inom katastrofmedicin, krisberedskap och sjukvård i totalförsvaret behöver öka i omfattning för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera situationer med många skadade eller sjuka samt katastrofer. Vårdpersonal behöver få den utbildning och övning som krävs för att de ska kunna lösa sina uppgifter i kris och krig, vilket t.ex. kan innefatta förändrade eller förenklade behandlingsmetoder.

Utredningen föreslår att ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor. Detta ska ske genom en ändring i examensordningen för dessa professioner. Det behövs även en nationellt sammanhållen plan för utbildning och övning som stödjer kommuner, regioner och andra vårdgivare i den utbildning som krävs för att klara hälso- och sjukvårdens uppgifter vid händelser med många svårt skadade eller sjuka och vid katastrofer. Det är viktigt att de uppdrag Socialstyrelsen redan har fått av regeringen att ta fram utbildnings- och övningsplaner inom vissa prioriterade områden resulterar i konkreta planer som kan komma till användning i första hand hos regionerna. Uppdraget att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner för hälso- och sjukvårdens beredskap föreslås införas som ett löpande uppdrag i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Utredningen föreslår också att de medel för kunskap om katastrofmedicin som sedan tidigare finns i Socialstyrelsens ramanslag överförs till ett särskilt forskningsanslag för katastrofmedicin. Inriktningen på forskningen behöver beslutas nationellt utifrån de särskilda behov som finns av att hantera situationer med många svårt skadade och sjuka, katastrofer och skador som uppstår i krig. Socialstyrelsen bör besluta om sådana satsningar och medelstilldelningen kan ske genom riktade utlysningar. Viss del av medelstilldelningen bör vara riktade mot att sprida kunskap och stödja Socialstyrelsens nationella arbete.

Smittskydd och hälsohot

Genom tilläggsdirektiv hösten år 2021 har utredningens uppdrag avseende smittskydd och hälsohot begränsats. Regeringen har med anledning av pandemin tillsatt en annan utredning för att se över smittskyddslagen i syfte att skapa en författningsberedskap för framtida pandemier. Utredningen har dock enligt direktiven fortfarande i uppdrag att lämna förslag till en författningsreglering av statens ansvar för kostnader för inköp av pandemivaccin. Utredningen lämnar därför förslag till en ny bestämmelse i smittskyddslagen (2004:168) som tydliggör detta ansvar.

Därutöver har utredningen i uppdrag att analysera förmågan att vårda och transportera patienter med högsmittsam infektion. Utredningen konstaterar att det behöver säkerställas att det finns högisoleringsenheter i Sverige med ett formellt uppdrag och förmåga att vårda och transportera patienter med högsmittsam infektion. Ett sådant uppdrag ska vara rikstäckande. Socialstyrelsen har sedan utredningen tillsattes påbörjat ett arbete med nivåstrukturering av högisoleringsvården inom processen för nationellt högspecialiserad vård. Om detta arbete bär frukt bedömer utredningen beredskapen för att hantera enstaka patienter med högsmittsam infektion är tillgodosedd. För situationer med många smittade behöver däremot ytterligare planering genomföras.

Avslutningsvis lyfter utredningen fram vissa andra områden inom smittskydd och hälsohot som särskilt behöver beaktas i kommuners och regioners planering av hälso- och sjukvården, t.ex. sjukvård i samband med karantän och nya sjukvårdsbehov som uppkommer av klimatförändringarna.

Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

Regionerna ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för sjuktransporter. Regionerna behöver, var och en för sig eller gemensamt, säkerställa att hälso- och sjukvården har kapacitet att hantera sina behov av sjuktransporter. Vissa myndigheter som normalt inte utför sjuktransporter kan under vissa förutsättningar bistå hälso- och sjukvården, men det kan inte tas för givet eftersom myndigheterna i första hand

är skyldiga att upprätthålla sin egen verksamhet. Deras möjligheter att stödja hälso- och sjukvården är beroende av vad som händer i samhället i övrigt.

Alarmering, prioritering och dirigering av sjuktransporter är centrala funktioner för hälso- och sjukvården och de behöver vara robusta och kunna upprätthållas även vid kris och i krig. Alarmering vid akut skada eller sjukdomsfall sker alltid via nödnumret 112 som besvaras av SOS Alarm. Prioritering och dirigering av sjuktransporter sker däremot på olika sätt i olika regioner utifrån regionala förutsättningar. Samma krav på robusthet och säkerhetsskydd behöver 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 prioritering och dirigering av sjuktransporter.

Det har under lång tid påtalats att det finns behov av ökad nationell samordning av sjuktransporter i luften, på vatten och på väg. Det behöver också finnas en förmåga att, vid situationer med många skadade eller 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 gemensamma definitioner och minimikrav för de olika former av specialiserade sjuktransporter som i dag finns.

Regionerna behöver genom samverkan med kommunal och statlig räddningstjänst säkerställa att prehospitala akutsjukvårdsinsatser kan utföras även i samband med räddningsinsatser i oländig terräng, exempelvis i skog, till sjöss eller i fjällmiljö. Överenskommelser om räddningstjänsten möjligheter att utföra sjukvård finns ofta mellan regioner och kommunal räddningstjänst. Däremot saknas det mellan regioner och statlig räddningstjänst. Utredningen föreslår en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen enligt vilken regioner med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar får sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om att utföra vård i väntan på sjuktransport. Vidare förslås 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. Socialstyrelsen bör vid arbetet med överenskommelserna lämna nödvändigt expertstöd.

I de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där räddningstjänst enligt internationella överenskommelser ankommer på svenska

myndigheter, ansvarar Sjöfartsverket för sjöräddning. Vid sådan sjöräddning ska även sjukvård kunna ges. Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård sträcker sig till endast till territorialgränsen. Utanför denna har regionerna enligt hälso- och sjukvårdslagen möjlighet, men inte skyldighet, att bedriva vård. För att Sverige ska kunna leva upp till ingångna internationella överenskommelser om att utföra sjöräddning med en parallell sjukvårdsinsats föreslår utredningen att Socialstyrelsen får i uppdrag att ingå avtal med regioner om sjukvårdsinsatser vid sjöräddningsinsatser på internationellt vatten. Eftersom sådana sjukvårdsinsatser ligger utanför regionernas skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen bör staten ersätta regionerna för deltagande i sådana insatser.

Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

Försvarsmakten är en statlig vårdgivare som måste kunna bedriva hälso- och sjukvård under mycket speciella förutsättningar. Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen gäller, med ett fåtal undantag, även för Försvarsmaktens verksamhet. På samma sätt som inom den vård som kommuner och regioner är huvudmän för, utförs vården inom Försvarsmakten av personal med olika kompetens. Vissa soldater får särskild sjukvårdsutbildning och blir sjukvårdare eller stridssjukvårdare. Därutöver får alla soldater en grundläggande utbildning så att de kan utföra första hjälpen, s.k. kamrathjälp.

Längst fram på stridsfältet i krig finns normalt inte tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det omedelbara medicinska omhändertagandet efter kamrathjälpen genomförs därför av icke legitimerade sjukvårdare. Dessa behöver kunna utföra vissa vårdåtgärder i avvaktan på att den skadade kan komma under vård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen bedömer att de hinder som finns mot sådant omhändertagande i gällande rätt inte finns i lag och förordning, utan i myndighetsföreskrifter. Mot bakgrund av det aktuella säkerhetsläget och den återupptagna totalförsvarsplaneringen anser utredningen att det kan finnas skäl för Socialstyrelsen och Läkemedelsverket att i nära samverkan med Försvarsmakten göra en översyn av föreskrifterna för att skapa förutsättningar för att tillgodose skadade personers behov av vård även i krig.

Sid 157(1295)

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. 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 vårdinrättning som soldaten befinner sig. Försvarsmakten behöver också kunna få information om ifall en soldat har avlidit på sjukhus eller annan vårdinrättning. Utredningen föreslår därför att det i patientsäkerhetslagen införs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap lämna uppgift till Försvarsmakten om huruvida Försvarsmaktens personal vistas på en sjukvårdsinrättning.

Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens förslag syftar alla till att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap och innebär därmed i vissa delar ökade kostnader. Dessa kostnader behöver ställas i relation till kostnader som är förknippade med dagens system och följderna av de begränsningar i beredskap som i dag finns inom hälso- och sjukvården. Utredningen har uppskattat en del av dessa kostnader utifrån en övning som Socialstyrelsen genomförde på uppdrag av regeringen. Detta s.k. nollalternativ uppvisar ett exempel på vilka effekter och kostnader som skulle kunna undvikas genom en bättre beredskap med ökad utbildning och övning. Nollalternativet bör därmed ställas i relation till utredningens förslag.

De samlade kostnaderna för förslagen i detta slutbetänkande beräknas till 86 miljoner kronor över tidsperioden 2023 till och med 2035. Kostnaderna fördelar sig jämt över åren. Delar av utredningens förslag föreslås finansieras utifrån medel som avsatts för hälso- och sjukvård i totalförsvarspropositionen för åren 2021–2025. Därutöver föreslås att regeringen avsätter medel för utredningens förslag inom ramen för kommande totalförsvarspropositioner för åren 2026–2035.

Sjukvårdens samlade beredskap eller förmåga för fredstida kriser eller krig byggs inte enbart genom denna utrednings förslag. En bättre beredskap i hälso- och sjukvården kommer naturligtvis kosta betydligt mer än det ovan angivna beloppet. Utredningen har tidigare presenterat ett förslag för en stärkt försörjningsberedskap som är för-

enat med betydligt ökade kostnader. Genom de förslag som utredningen presenterar i detta betänkande tydliggörs behoven av analys och planering. I sådant arbete kommer det identifieras behov av både riskreducerande åtgärder och ökade förmågor både för den fredstida beredskapen och för totalförsvaret. Sådana åtgärder och förmågor kommer innebära ökade kostnader och behöver finansieras. Detta är dock inte kostnader som uppstår genom denna utrednings förslag utan behöver finansieras inom ramen för de finansieringsprinciper som redan råder. Det innebär t.ex. att kommuner och regioner ska finansiera åtgärder som kommer av deras skyldigheter att upprätthålla vård även vid situationer med många samtidigt skadade eller sjuka, katastrofer och den normala vården i krig. Staten ska finansiera sådana särskilda åtgärder som krävs för att möta de specifika vårdbehov som uppstår som en konsekvens av krig.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168) att det i 7 kap. ska införas en ny 4 b § av följande lydelse.

	Föreslagen lydelse
7 kap.	
4 b §	*Staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

Sid 161(295)

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap att 1 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 kap.
	3 §
Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen (1997:288).	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).*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

2 kap.

5 §[1]

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).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

[1] Senaste lydelse SFS 2019:926.

1.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) att 6 kap. 15 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
6 kap.	
15 §[1]	
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 *eller* Skatteverket,	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 kabinettssekreteraren,

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 behöver 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 taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

[1] Senaste lydelse SFS 2020:1052.

1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 6 kap. 2 §, 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 §, ska ha följande lydelse,

dels att det ska införa ett nytt kapitel, 16 a kap., sex nya paragrafer 2 kap. 8 §, 7 kap. 2 b och 2 c §§, 11 kap. 2 a och 2 b §§, samt 15 kap. 2 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	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.
	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 sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och	
4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.	*3.* hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,
	4. planering för att hantera händelser som medför ett stort antal

Sid 165(1295)

skadade eller sjuka samt katastrofer, och

5. planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

7 kap.

2 §[1]

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 beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

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.

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 be-

[1] Senaste lydelse SFS 2019:973. Ändringen innebär bl.a. att tredje stycket tas bort.

slutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder som avses i första stycket.

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.

11 kap.

2 §

Kommunen ska 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.

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.

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.

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.

15 kap.

2 §

Regioner får med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar sluta avtal med kommunal eller statlig räddningstjänst om utförande av sådan vård i väntan på sjuktransport som regionen ansvarar för. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för uppdraget.

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 meningen skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

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.

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.

4 §

Regioner, kommuner och statliga myndigheter är på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer skyldiga att samverka i frågor om hjälp.

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.

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.

7 §

Om en kommun eller region har 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 katastrofstillstånd 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.

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.

9 §

Beslut enligt 1 och 8 §§ får inte överklagas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.6 Förslag till förordning om viss planering av hälso- och sjukvård och om tjänsteman i beredskap

Regeringen föreskriver följande.

1 § I denna förordning finns ytterligare föreskrifter om planering av hälso- och sjukvård som avser händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer. Vidare finns föreskrifter om tjänsteman i beredskap.

2 § Kommuner och regioner ska vid planering för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof särskilt beakta

1. att behovet av åtgärder på både kort och lång sikt beaktas vid samverkan och ledning,
2. behovet av åtgärder för uthållighet,
3. att det finns tillräckliga resurser och att det är känt var resurserna finns,
4. behovet av samordning mellan kommuner och regioner för psykiatriskt och psykosocialt omhändertagande, och
5. behovet av att kommunikation når ut till alla grupper i samhället.

3 § Kommuner och regioner ska 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

1. hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och hur verksamheter ska samordnas,
2. 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,
3. var nödvändiga resurser finns tillgängliga,
4. hur personal och andra resurser ska omdisponeras och resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och
5. hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras mellan regioner och kommuner för vård.

Tjänsteman i beredskap

4 § I varje region ska det finnas tjänsteman som är i ständig beredskap för att vid händelser som avses i 1 § eller vid risk för sådana händelser kunna

1. ta emot larm och annan information om en inträffad eller förestående händelse,
2. ta emot begäran om hjälp att utföra hälso- och sjukvård,
3. verifiera mottagen information,
4. föra ett larm eller en begäran om hjälp vidare inom egen organisation,
5. initiera och samordna det inledande arbetet samt särskilt tillse att förbereda och lämna information om händelsen inom egen organisation och till andra aktörer som bedöms vara berörda.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

Regeringen föreskriver att 2 § förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

2 §[1]

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter

1. om de krav för fastställelse som avses i 1 § första stycket 1–3 och 2 § första stycket 1 lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall,

2. om sprututbytesverksamhet enligt lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler till skydd för enskilda,

3. om signeringskravet enligt 3 kap. 10 § patientdatalagen (2008:355) och om undantag från det samt om journalhandlingars innehåll, utformning, hantering och förvaring enligt samma lag,

4. om att

a) annan hälso- och sjukvårdspersonal får fullgöra uppgifter som läkare har enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m.,

b) ingrepp enligt samma lag får göras endast på sjukhus som avses i 7 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller vid annan enhet inom hälso- och sjukvården eller det medicinska området i övrigt, och

c) ett sådant sjukhus eller en sådan enhet där ingrepp för transplantation får utföras ska ha tillgång till en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska med uppgift att förbereda för donationer och ge stöd och information till avlidnas närstående, samt

5. *som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

[1] Senaste lydelse SFS 2021:90.

1.8 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)

Regeringen föreskriver att bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100), under rubriken 4. Examensbeskrivningar, ska ändras på följande sätt,

dels genom att det för läkarexamen görs ett tillägg i tredje strecksatsen under rubriken ”Färdighet och förmåga” samt att det införs en ny fjärde strecksats av följande lydelse,

dels genom att det för sjuksköterskeexamen införs två nya strecksatser efter den femte strecksatsen under rubriken ”Färdighet och förmåga” av följande lydelse.

Läkarexamen *Bilaga*

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Färdighet och förmåga	
För läkarexamen ska studenten	
– visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande av patienter och deras närstående med respekt för patienternas och deras närståendes integritet, behov, kunskaper och erfarenheter,	
– visa förmåga att kritiskt och systematiskt integrera och använda kunskap samt analysera och värdera komplexa företeelser, frågeställningar och situationer,	
– visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd,	– visa förmåga att självständigt diagnostisera *individers omedelbara behov av vård* och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd,
	– visa förmåga att bedöma gruppers vårdbehov under katastrof och masskadesituationer samt initialt prioritera och behandla tillstånd under sådana situationer,

– visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och psykosocialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa,

– visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå,

– visa förmåga att muntligt och skriftligt kommunicera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter och dokumentera dessa i enlighet med relevanta författningar,

– visa fördjupad förmåga att bidra till lärande i olika grupper och att genomföra handledande uppgifter,

– visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället,

– visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som krävs för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete,

– visa fördjupad förmåga att på vetenskaplig grund diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar inom det medicinska området med olika grupper samt att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information, och visa förmåga att använda digitala verktyg inom såväl hälso- och sjukvården som forsknings- och utvecklingsarbete.

Sjuksköterskeexamen

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

Färdighet och förmåga

För sjuksköterskeexamen ska studenten

– visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten och närstående identifiera vårdbehov, upprätta omvårdnadsplan samt ge vård och behandling,

– visa förmåga att hantera läkemedel på ett adekvat sätt samt kunna informera patienten om läkemedlens effekter och biverkningar,

– visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete,

– visa förmåga att initiera metodförbättring och kvalitetssäkring,

– visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och gruppers behov,

– visa förmåga att självständigt, utifrån diagnos eller symtom, inleda omhändertagande av individers akuta livshotande tillstånd,

– visa förmåga att medverka i bedömning och omhändertagande av gruppers akuta vårdbehov i masskadesituationer utifrån sjukvårdsorganisationens principer för prioritering och behandling,

– visa förmåga att informera och undervisa olika grupper samt att genomföra handledande uppgifter,

– visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa,

– visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och

– visa förmåga att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information samt att diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika målgrupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

Regeringen föreskriver att 8 och 9 §§ förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
8 §	
Socialstyrelsen har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om	
1. katastrofmedicin, och	
2. krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.	
Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.	Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. *Myndigheten ska även analysera omfattande händelser nationellt och internationellt samt sammanställa slutsatser från större övningar. Myndigheten ska sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer i syfte att möjliggöra utveckling av beredskapen.*

Inom ramen för vad som sägs i första stycket, 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.

9 §[1]	
Socialstyrelsen ska	
1. medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevaknings-	1. medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevaknings-

[1] Senaste lydelse SFS 2018:1381.

ansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap *samt samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap*,	ansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap,
	2. verka för samordning och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap, samt inom ramen för detta uppdrag inrätta ett beredskapsråd för samverkan med kommuner, regioner och berörda myndigheter, i vilket Socialstyrelsens generaldirektör ska vara ordförande,
	3. tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner för sådan beredskap som avses i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
2. inom sitt verksamhetsområde fullgöra de uppgifter som följer av Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 2119/98/EG,	*4.* inom sitt verksamhetsområde fullgöra de uppgifter som följer av Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 2119/98/EG,
3. på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap och för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap, och	*5.* samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför *fredstida kriser och* höjd beredskap samt för att upprätthålla *en beredskap enligt 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*,[2] och
4. vara sammanhållande myndighet i fråga om 2002 års nordiska	*6.* vara sammanhållande myndighet i fråga om 2002 års nordiska

[2] Utredningen lämnade i delbetänkandet SOU 2021:19 förslag till ändring av nu gällande 9 § första stycket 3. Det förslag som utredningen nu lämnar inkluderar även de tidigare föreslagna ändringarna.

hälsoberedskapsavtal och verka för att intentionerna i avtalet genomförs.	hälsoberedskapsavtal och verka för att intentionerna i avtalet genomförs.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

2 Utredningens uppdrag och arbete

Regeringen beslutade i augusti år 2018 att tillsätta en utredning som 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. Uppdraget skulle redovisas senast den 31 december år 2020 (se bilaga 1). Utredningen tog namnet Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningens sekretariat påbörjade arbetet i januari år 2019 och regeringen utsåg utredningens expertgrupp i maj år 2019.

2.1 Utredningens uppdrag har förändrats

Sedan utredningen tillsattes har flera händelser inträffat i samhället som har medfört förändringar i utredningens uppdrag. Hösten år 2019 drabbades flera regioner i Mellansverige av problem med försörjningen av sjukvårdsmateriel i samband med ett leverantörsbyte. Det och andra omständigheter kopplat till totalförsvarsplaneringen medförde att regeringen i november år 2019 beslutade om tilläggsdirektiv till utredningen (se bilaga 2). Det innebar att utredningens uppdrag utvidgades till att även omfatta åtgärder som behövs för att förebygga och hantera situationer med brist på läkemedel och hälso- och sjukvårdsmateriel under förhållanden då inte någon allvarlig händelse i övrigt påverkar försörjningen. Utredningen fick även i uppdrag att analysera vissa frågor om hanteringen av jodtabletter inom ramen för kärnenergiberedskapen. Genom en delredovisning den 1 april år 2020 skulle utredningen lämna underlag till inriktningen för hälso- och sjukvården inom civilt försvar. Samtidigt förlängdes tiden för uppdraget till den 30 september år 2021. Den 1 april år 2020 lämnade ut-

Sid 181 (1295)

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

Med anledning av den pandemi som utbröt under år 2020 beslutade regeringen i augusti 2020 ytterligare tilläggsdirektiv till utredningen (se bilaga 3). Dessa tilläggsdirektiv innebar bl.a. att utredningen även ska beakta erfarenheter från utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och att utredningen skulle redovisa de försörjningsrelaterade aspekterna av uppdraget enligt samtliga tre direktiv senast den 1 april 2021. Utredningstiden förlängdes så att utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag avseende övriga frågor senast den 28 februari 2022. Utredningen lämnade den 31 mars 2021 delbetänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19).

Som en ytterligare konsekvens av pandemin beslutade regeringen i september 2021 att tillsätta en särskild utredning som ska lämna förslag till en förbättrad författningsberedskap för framtida pandemier. I samband med det beslutade regeringen tilläggsdirektiv till vår utredning. Genom dessa direktiv begränsades uppdraget så 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 (se bilaga 4).

2.2 Många uppdrag till andra aktörer har initierats under utredningstiden

En stor utmaning under detta utredningsarbete har varit mängden parallella processer som har överlappat eller på annat sätt påverkat det uppdrag som utredningen har. Det gäller både inom området civilt försvar och hanteringen av den pandemi som pågått under större delen av utredningstiden. Det är inte helt enkelt att analysera och lämna förslag till förbättringar inom ett område där förutsättningarna delvis har förändrats under utredningstiden, och där det i andra delar har lämnats förslag om eventuella kommande förändringar som utredningen behöver förhålla sig till utan att veta om de kommer att genomföras eller inte. Pandemin har även påverkat EU på ett sätt

som inneburit att Kommissionen tagit initiativ till olika åtgärder och strukturer som beroende på om och hur de genomförs påverkar utredningens arbete.

Redan när utredningen påbörjade sitt arbete hade regeringen med anledning av den återupptagna totalförsvarsplaneringen startat upp flera andra utredningar vars uppdrag delvis påverkade det uppdrag vi har, t.ex. Utredningen om näringslivets roll i totalförsvaret och Utredningen om civilt försvar som hade i uppdrag att lämna förslag på en struktur för ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar och att se över lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.

Ursprungligen var tanken att vår utredning skulle lämna ett samlat betänkande, men med de tilläggsdirektiv som regeringen beslutat har arbetet delats upp i tre redovisningstillfällen. I det första delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23) fick utredningen ta fram förslag till vilka åtgärder som utredningen bedömde skulle prioriteras inom hälso- och sjukvårdsområdet under försvarsbeslutsperioden 2021–2025. De satsningar som utredningen föreslog där sträckte sig över i princip hela utredningens uppdrag enligt direktiven. Utredningen avsåg därefter att utveckla dessa förslag närmare i kommande betänkanden. Många av de förslag som utredningen lämnade tog regeringen vidare i totalförsvarspropositionen för 2021–2025. Regeringen har utifrån utredningens första delbetänkande beslutat ett flertal uppdrag till bl.a. Socialstyrelsen som inkluderar många av de frågor som omfattas av utredningens direktiv och fortsatta uppdrag, t.ex. avseende att ta fram en definition av begreppet katastrofmedicinsk beredskap, ta fram vårdprinciper för kris och krig, ta fram en nationell masskadeplan, nationella utbildnings- och övningsplaner samt samordning av sjuktransporter. Det innebär att Socialstyrelsen och utredningen samtidigt har haft delvis överlappande uppdrag, vilket utredningen och myndigheten har försökt hantera genom att samverka och informera varandra om inriktningen på arbetet.

Under hela utredningstiden har parallella uppdrag kring försörjningsberedskapen pågått. När utredningen fick sitt uppdrag pågick utredningen om näringslivets roll i totalförsvaret. Därefter initierades Utredningen om en materielförsörjningsstrategi för det militära försvaret (Fö 2020:02) och Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) fick i uppdrag att ta fram förslag till hur en utredning om en myndighet

för samordnad nationell försörjningsberedskap skulle kunna utformas. Utifrån detta har regeringen sedan tillsatt utredningen om en nationellt samordnad försörjningsberedskap (Ju 2021:10). Parallellt med detta fick vi lämna vårt andra delbetänkande *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19).

Den pågående pandemin har medfört att intresset för och förståelsen för vikten av beredskap inom hälso- och sjukvården har ökat. Det har på kort tid etablerats nya samverkansstrukturer och lösningar som är anpassade för behoven under denna pandemi. Vissa av dessa strukturer kan säkert ha en viktig roll även i framtida beredskap, medan det på andra områden kan krävas andra lösningar på sikt för att hitta strukturer som är mer ändamålsenliga för olika typer av fredstida kriser och för höjd beredskap. Utöver alla de uppdrag som regeringen under pandemin har gett till bl.a. länsstyrelser, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten och de överenskommelser som regeringen har ingått med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) under pandemin har regeringen också tillsatt Coronakommissionen (S 2020:09), som har i uppdrag att utvärdera hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera pandemin. Därutöver har regeringen också tillsatt en särskild utredning som ska lämna förslag till en förbättrad författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04). Båda dessa utredningar har påverkan på det uppdrag som utredningen fått.

Avslutningsvis kan konstateras att pandemin har gett samhället många erfarenheter som är till stor nytta för att stärka beredskapen inom hälso- och sjukvården. Det är dock viktigt att inte bara utgå från vad som har fungerat bra och mindre bra under pandemin eftersom detta endast utgör en av alla de utmaningar som hälso- och sjukvården kan drabbas av. Det behövs strukturer och system som kan fungera under olika typer av fredstida kriser samt även under höjd beredskap och krig.

2.3 Det övergripande systemet saknas

De strukturer för totalförsvar som fanns under 1980 och 1990-talet monterades ner i början av 2000-talet när det säkerhetspolitiska läget förändrades. Därefter har samhället i stället fokuserats på krisberedskap. Det har åtminstone inom hälso- och sjukvårdens område inneburit en rejäl ambitionssänkning. Det statliga stödet för uppbyggnad

av totalförsvaret hade även många positiva effekter för sjukvårdens beredskap att hantera andra händelser. Sedan 2000-talet har lager avvecklats, antalet vårdplatser har minskat samtidigt som utbildning och övning i katastrofmedicin skett mer sällan. Det har i många delar saknats effektiva nationella strukturer för arbete med krisberedskap inom hälso- och sjukvården och distansen mellan staten och kommuner och regioner har ökat. I och med den återupptagna totalförsvarsplaneringen, pandemin och andra störningar i försörjningskedjorna har fokus ökat på att skapa fungerande beredskap både i vardag, kris och krig. Det har också påbörjats en översyn av bl.a. regeringens normgivningskompetens i allvarliga fredstida kriser (Ju 2021:13).

Eftersom det parallellt med utredningens arbete pågår annat arbete med att skapa nationella strukturer för totalförsvar och försörjningsberedskap har det varit en utmaning för utredningen att skapa en ändamålsenlig lagstiftning för hälso- och sjukvårdens beredskap samtidigt som de nationella strukturerna utreds och håller på att tas fram. Det finns därmed inte fullt ut ett samlat nationellt system att bygga vidare på med bestämmelser för hälso- och sjukvårdens beredskap. Det finns t.ex. ännu inget planeringssystem för totalförsvar som inkluderar kommuner och regioner. Vi vet inte heller vilka av de förslag som lämnats av olika utredningar som kommer att genomföras och vilka ytterligare utredningar som kan komma att tillsättas för att ta fram ytterligare förslag.

Utredningen har därför haft att välja mellan två alternativa angreppssätt. Antingen utgå från att lämnade förslag blir verklighet och att det kommer att tillsättas fler utredningar för att ytterligare utveckla författningarna inom de områden där vi ser behov av vidare förändringsarbete. Alternativt utgå från gällande rätt och det uppdrag utredningen har fått enligt direktiven och lämna förslag till sådana bestämmelser som vi anser behövs för att skapa ett fungerande system för hälso- och sjukvårdens beredskap, även om dessa i vissa delar även skulle kunna finnas i annan sektorsövergripande reglering. Utredningen har valt det senare alternativet, vilket innebär att vi i detta betänkande lägger fram förslag till bestämmelser för hälso- och sjukvårdens som vi bedömer behöver finnas. För det fall att motsvarande sektorsövergripande bestämmelser kommer att införas längre fram kan det i så fall finnas skäl att på nytt överväga om några av de bestämmelser som är specifika för hälso- och sjukvården kan tas bort.

2.4 Kommunal hälso- och sjukvård har nära samband med socialtjänst/omsorg

Utredningens uppdrag avser hälso- och sjukvård, men i den del det gäller den kommunala hälso- och sjukvården behöver beaktas att denna är nära integrerad med omsorgen inom socialtjänsten. Enligt utredningens tilläggsdirektiv 2020:84 ska utredningen vid genomförandet av uppdraget beakta 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.

Utredningen har i det första delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret* (SOU 2020:23) lyft fram att hela vårdkedjan behöver beaktas i totalförsvarsplaneringen och att det behovet är större i dag än tidigare eftersom en allt större del av vården bedrivs utanför sjukhus, både primärvård och t.ex. ASIH. Att i större grad bedriva sjukvård utanför ordinarie vårdinfrastruktur där t.ex. vårdgivarna inte ansvara för el, vatten eller datatrafik ställer nya krav på robusthet och innebär behov av planering för hur vården ska bedrivas om den inte längre kan ske i hemmen. Även den omständighet att betydande delar av både regional och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg utförs av privata aktörer behöver beaktas. Dessa omständigheter ställer krav på en nära samverkan mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg både i vardag, fredstida kris och krig.

Den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens behov i fredstida kris och krig är föremål för särskilda utredningsåtgärder genom att regeringen har gett Socialstyrelsen och länsstyrelserna i uppdrag att kartlägga den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap och behov av stöd för arbete med krisberedskap och civilt försvar.[1] Socialstyrelsen ska i ett nästa steg, i samarbete med länsstyrelserna, ta fram det stödjande underlag som kommunerna behöver för att utveckla och stärka den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med krisberedskap och civilt försvar.

Utredningen lämnar flera förslag som omfattar den kommunala hälso- och sjukvården, och kommenterar i den mån det är relevant

[1] *Uppdrag gällande kartläggning och stöd av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap* (S2021/05469), regeringsbeslut 2021-07-08.

även kopplingen till kommunal omsorg enligt socialtjänstlagen. Därutöver har utredningen inte haft möjlighet att fokusera på omsorgen enligt socialtjänstlagen.

2.5 Utredningens arbetssätt

Utredningen har under hela utredningstiden haft ett öppet arbetssätt och har genomfört en mängd dialoger med bl.a. företrädare för myndigheter, regioner, kommuner, hälso- och sjukvårdsprofessioner, läkemedels- och apoteks- samt medicinteknikbranschen samt medverkat i konferenser och seminarier. Utredningen har också bjudit in till dialog med brukarorganisationer. Under arbetets gång har utredningen samrått med flera andra statliga utredningar, bl.a. Utredningen om näringslivets roll i totalförsvaret, Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Utredningen om civilt försvar (Ju 2018:05), Coronakommissionen (S 2020:09), Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03), Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska (U 2021:02), Utredningen om nationell samordning av försörjningsberedskapen (Ju 2021:10), Utredningen författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) samt därutöver med Totalförsvarets forskningsinstitut avseende deras regeringsuppdrag om nationell försörjningsberedskap.

I januari 2020 genomförde utredningen en studieresa till Finland för att träffa Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, FIMEA, Försörjningsberedskapscentralen och Social- och hälsovårdsministeriet för att diskutera reglerna för den finska hälso- och sjukvårdsberedskapen.

Utredningen har vidare besökt Gotland och där träffat företrädare för regionen/kommunen, länsstyrelsen och Försvarsmakten. Utredningen har också besökt Region Östergötland, Region Gävleborg samt Västra Götalandsregionen och i samband med det även Försvarsmedicincentrum och Sjöfartsverket. Därutöver har utredningen haft närmare dialog med bl.a. Region Skåne, Region Västerbotten, Region Norrbotten, Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen. Utredningen har besökt Länsstyrelsen i Västmanlands län och därutöver vid flera tillfällen träffat representanter för ett antal länsstyrel-

ser, bl.a. länsstyrelserna i Stockholms, Hallands, Gotlands, Uppsala och Västmanlands län.

Utredningen har haft dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) på politisk nivå genom SKR:s styrelse, sjukvårdsdelegationen samt beredningen för primärvård och äldreomsorg. Utredningen har också vid flera tillfällen haft dialog med kommuner och regioner på tjänstemannanivå inom ramen för SKR:s verksamhet, bl.a. genom nätverket för regionernas beredskap, nätverket för kommunernas beredskap och kontaktpersonerna för patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård.

Utöver den expertgrupp som är knuten till utredningen med representanter för departement, myndigheter, organisationer och regioner har den särskilda utredaren också skapat en referensgrupp med representanter för regioner och kommuner som har sammanträtt vid flera tillfällen. Sammansättningen framgår av bilaga 5.

Den pandemi som har pågått under stora delar av utredningstiden har medfört utmaningar för utredningen när det gäller att få underlag och synpunkter från hälso- och sjukvårdens olika aktörer, både kommuner, regioner och berörda myndigheter. Utredningen har förståelse för den utmaning som hälso- och sjukvården har haft och de prioriteringar aktörerna gjort. Trots de stora påfrestningarna som pandemin inneburit har flera aktörer såväl företag, organisationer, myndigheter, kommuner och regioner ändå bistått utredningen med olika underlag, vilket den särskilda utredaren särskilt vill tacka för.

3 Allmänt om staten, kommuner, regioner och hälso- och sjukvård

Detta betänkande handlar om hälso- och sjukvårdens beredskap. Hälso- och sjukvård är till stor del ett kommunalt och regionalt ansvar samtidigt som staten ansvarar för den strategiska styrningen, normering och hälso- och sjukvårdspolitiken i stort. Kommuner och regioner sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund bl.a. de angelägenheter som de ålagts att sköta.

Hälso- och sjukvårdens kärnuppdrag är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. De skyldigheter för regioner och kommuner som följer av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, är långtgående. Skyldigheterna är desamma vid fred och i krig och detta gäller också skyldigheten att tillgodose befolkningens vårdbehov.

En viktig fråga i utredningens arbete i med detta betänkande är frågor om ansvar, ledning och styrning för hälso- och sjukvården vid allvarliga händelser, fredstida kriser och i höjd beredskap. För att kunna diskutera detta ges här en introduktion till hur Sverige är organiserat och vad som allmänt gäller för rikets styre och styret i kommuner och regioner samt mer specifikt styrningen av hälso- och sjukvården. Kapitlet innehåller också ett avsnitt om samverkan och samordning utifrån vardagen och samhällets krisberedskap.

3.1 Sverige ur ett organisationsperspektiv

Av 1 kap. 1 § regeringsformen, i det följande förkortad RF, framgår att all offentlig makt i Sverige utgår från folket. Den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt. Den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt stats-

skick och genom kommunal självstyrelse. Den offentliga makten utövas under lagarna (legalitetsprincipen).

Mycket övergripande kan sägas att det allmännas lagefterlevnad upprätthålls genom bl.a. olika sanktionsbestämmelser som kan tillämpas av domstolar eller tillsynsmyndigheter. I många fall kan statliga och kommunala beslut överklagas och prövas av t.ex. domstol, i andra fall kan lagefterlevnad kontrolleras genom domstolars lagighetsprövningar eller rättsprövningar. En del rättsliga regleringar är dock till sin natur mer målinriktade och rambetonade och sådana regleringar innehåller ofta bestämmelser som är för oprecisa för att sanktioneras. Inte minst talar allmänna rättssäkerhetsskäl mot en ordning med sanktionssystem som syftar till att upprätthålla oprecisa regler. Regleringar i svensk rätt som är målinriktade och rambetonade och riktar sig inte sällan till statliga aktörer, kommuner eller regioner. Den ”sanktion” som kan komma ifråga för bristande uppfyllelse av t.ex. ett i lag angivet mål eller bristande efterlevnad av osanktionerade bestämmelser är, för verksamheter som det allmänna svarar för, i princip begränsat till det politiska ansvar som kan utkrävas vid allmänna val.

Regeringsformen innehåller vissa riktlinjer för den svenska förvaltningsorganisationen. Riksdagen, som är folkets främsta företrädare, stiftar lagar och beslutar om statlig skatt. Riksdagen beslutar också om hur de statliga medlen ska användas samt granskar rikets styrelse och förvaltning. Regeringen styr riket och är ansvarig inför riksdagen. Av 1 kap. 7 § RF framgår att det finns kommuner på lokal och regional nivå. För den offentliga förvaltningen finns statliga och kommunala förvaltningsmyndigheter. De statliga förvaltningsmyndigheterna lyder under regeringen (detta gäller dock inte för myndigheter under riksdagen). Med myndighet avses i RF samtliga statliga och kommunala organ med undantag av riksdagen och de kommunala beslutande församlingarna (t.ex. kommunfullmäktige och regionfullmäktige). I 14 kap. 2 § RF anges att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Inte minst statliga myndigheter har till uppgift att förtydliga innehållet i det som riksdag och regering har beslutat. Regeringens styrning av sina myndigheter sker främst genom förordningar som innehåller instruktioner till myndigheterna, regleringsbrev och regeringsuppdrag.

Gränserna för den kommunala självstyrelsen preciseras inte närmare i RF. Bestämmelser som avgränsar kommunalt självstyre finns i andra lagar. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § RF inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Kommunallagen (2017:725), i det följande förkortad KL, innehåller bestämmelser som anger grunderna för kommunernas organisation och för kommunernas verksamhet som är frivillig (den s.k. allmänna kompetensen). Dessa bestämmelser är givetvis ett centralt regelverk men bestämmelser om kommuner och regioners verksamhet och organisation finns också i många andra lagar.

Statens uppgifter spänner över ett brett område exempelvis rättsväsendet med polis, åklagarväsende, domstolar och kriminalvård. Staten ansvarar också för exempelvis Sveriges försvar och för ett socialförsäkringssystem. Ett antal statliga myndigheter har till uppdrag att utöva styrning och tillsyn över kommuner och regioner. Staten använder sig inte sällan av tillsyn och utvärdering för att kontrollera verksamheter som sköts av kommuner och regioner, exempel på detta är den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg utövar av bl.a. sådan hälso- och sjukvård som kommuner och regioner ansvara för.

De 290 kommunerna ansvarar främst för kommuninvånares samhällsservice. Allmänt gäller att varje kommun ska ta till vara de egna kommuninvånarnas intressen. Till kommunernas uppgifter hör bland annat viss hälso- och sjukvård, socialtjänst, äldreomsorg olika skolverksamheter och renhållning.

Regionerna, som är 21 till antalet, ansvarar för uppgifter som är gemensamma för större geografiska områden. Deras uppgifter omfattar exempelvis hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik samt att stärka regionernas tillväxt och utveckling, dvs. olika verksamheter som ofta kräver tillgång till stora ekonomiska resurser. Även regioner har främst att tillgodose den egna regionens intressen.

Kommuner och regioner har genom bestämmelserna i KL stor frihet att välja hur de ska organisera sig. Hur kommuner och regioner valt att organisera sig skiljer sig åt, främst på grund av de särskilda förutsättningar som gäller för respektive kommun och region men även p.g.a. t.ex. olika organisationsidéer. Organisationernas utformning påverkas också av i vilken grad en kommun eller region samverkar med andra kommuner och regioner.

Bestämmelser i andra lagar än kommunallagen påverkar dock i större eller mindre grad kommuners och regioners organisationer och uppgifter. Exempel på sådana bestämmelser finns i t.ex. lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Gemensamt för staten, kommunerna och regionerna är att deras organisationer i stora delar är präglade av sektorisering och specialisering. Den offentliga förvaltningen ska fullgöra sina uppgifter i enlighet med de beslut som har fattats av riksdag och regering – särskilt gäller detta bindande normer i lagar och i andra föreskrifter – och bl.a. åstadkomma avsedda resultat eller mål som har fastställs av statsmakterna. Av detta följer bl.a. att staten, kommuner och regioner måste tillse att de är organiserade på ett sätt som är ändamålsenligt för de uppgifter som de har ålagts att utföra och att det går att styra och leda de offentliga verksamheterna i den omfattning som krävs.

3.1.1 Normgivning

Legalitetsprincipen gäller vid all offentlig maktutövning. Principen om all maktutövnings lagbundenhet gäller beträffande staten för riksdag, regering, domstolar och förvaltningsmyndigheter. Legalitetsprincipen gäller också på det kommunala området. Samtliga samhällsorgan är således underkastade den rättsordning som gäller i Sverige.

Föreskrifter ska meddelas genom lag om de avser grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden.[1]

Beträffande formell styrning är det också viktigt att framhålla att föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna ska meddelas genom lag under förutsättning att föreskrifterna gäller skyldigheter för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden.[2]

[1] 8 kap. 2 § 3 regeringsformen.
[2] 8 kap. 2 § 2 RF.

Av RF följer också att riksdagen kan bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter enligt 2 § första stycket 2 och 3. Föreskrifterna får dock inte avse annan rättsverkan av brott än böter, skatt, utom tull på införsel av varor, eller konkurs eller utsökning.[3]

Slutligen kan framhållas att riksdagen kan bemyndiga en kommun att meddela föreskrifter enligt 2 § första stycket 2 om föreskrifterna avser avgifter, eller skatt som syftar till att reglera trafikförhållanden i kommunen.[4] Om riksdagen enligt 8 kap. RF bemyndigar regeringen att meddela föreskrifter i ett visst ämne, kan riksdagen också medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet eller en kommun att meddela föreskrifter i ämnet.[5]

3.1.2 Förvaltningsmyndigheters självständighet och myndighetsutövning

De statliga förvaltningsmyndigheterna lyder som regel under regeringen.[6] Det är trots detta inte alltid möjligt för regeringen att styra hur en myndighet ska bestämma i en viss fråga. Förvaltningsmyndigheterna, statliga och kommunala, är i vissa avseenden självständiga i förhållande till överordnade eller sidoordnade organ.

Som framgår av RF får ingen myndighet, inte heller riksdagen eller en kommuns beslutande organ, bestämma hur en förvaltningsmyndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild eller mot en kommun eller som rör tillämpningen av lag.[7] Det bör också noteras att det av 6 kap. 8 § kommunallagen följer att en kommun- eller regionstyrelse inte får ges rätt att fatta beslut som rör andra nämnders *myndighetsutövning, tillämpningen av lag eller ärenden som i övrigt rör enskilda*.

Enligt vad som framgår av författningskommentaren till förvaltningslagen (2017:900) kännetecknas ett ärende av att det regelmässigt avslutas genom ett uttalande från myndighetens sida som är avsett att få faktiska verkningar för en mottagare i det enskilda fallet. Ett ärende avslutas genom ett beslut av något slag.[8]

---

[3] 8 kap. 3 § första stycket ovan nämnda författning.
[4] 8 kap. 9 § ovan nämnda författning.
[5] 8 kap. 10 § ovan nämnda författning.
[6] 12 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[7] 12 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[8] En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag (prop. 2016/17:180), s. 286.

Myndighetsutövning anses ytterst vara ett uttryck för samhällets makt över medborgarna och som nyss redovisats ska all offentlig makt utövas under lagarna. Med myndighetsutövning avses beslut och andra åtgärder som en myndighet vidtar gentemot en enskild med stöd av en befogenhet som myndigheten har givits genom en offentligrättslig författning. Myndighetsutövning har således inte sin grund i befogenheter som ytterst baseras på civilrättsliga regler t.ex. avtal.

Typiska utslag av myndighetsutövning är beslut varigenom den enskilde åläggs att göra, tåla eller underlåta något. Även ett gynnande beslut kan vara ett resultat av myndighetsutövning om den enskilde, för att uppnå den önskade förmånen, är tvungen att vända sig till en myndighet och myndighetens tillämpning av offentligrättsliga regler blir avgörande för utgången.[9]

Stora delar av den offentliga verksamheten innefattar dock inte myndighetsutövning och alla beslut som fattas är inte kopplade till ett ärende. Det allmännas ”faktiska handlande” t.ex. själva utförandet av hälso- och sjukvård, järnvägsdrift och undervisning innefattar som regel inte ärendehandläggning eller myndighetsutövning även om handlandet oftast regleras genom författningar och andra föreskrifter. Inom hälso- och sjukvårdens område förekommer vissa svårbesvarade frågor om myndighetsutövning. Det finns dock även vård där det är tydligt att det förekommer myndighetsutövning, detta gäller särskilt områdena psykiatrisk tvångsvård och smittskydd. Tillsyn är också ett område som innefattar myndighetsutövning.

3.1.3 Övergripande om regioner och kommuner

Kommuner och regioner är politiska organisationer med territoriell avgränsning som med lokal demokrati och självstyrelse sköter angelägenheter som är av allmänt intresse eller som riksdagen i lag ålagt dem att sköta. Kommuner och regioner är offentligrättsliga juridiska personer. Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region.

Behovet av att samverka över kommun- och regiongränser har i princip alltid funnits. Urbanisering, befolkningsutveckling, behovet

[9] Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar, m.m. (prop. 1971:30), del 2 s. 331.

av att säkra kompetensförsörjning och krav på ekonomisk effektivitet är några faktorer som bidrar till behovet av samarbete.

Det kan konstateras att kommunreformer, inte minst vad gäller förslag att skapa större regioner eller kommuner, har genomförts i Sverige vid några tillfällen. Men det finns också flera exempel på sådana förslag som inte har genomförts.

Kommuner och regioner ska främst omhänderta de egna invånarnas behov och intressen (lokaliseringsprincipen). Detta kan ske genom samverkan med andra kommuner eller regioner. Det finns bestämmelserna i kommunallagen som ger goda möjligheter för kommuner och regioner att på frivillig grund samverka med varandra genom t.ex. avtal, gemensamma nämnder och kommunalförbund.

Det är svårt att frigöra sig från slutsatsen att behovet av bestämmelser som utvidgar den kommunala kompetensen och möjligheter till samverkan till betydande del är ett sätt att möta de problem som uppkommer genom att den nuvarande indelningen av kommuner och regioner inte är tillräckligt välfungerande. Men även med en annan indelning än den som finns i dag måste antas att det finns behov av bestämmelser som möjliggör samverkan.

Oavsett det goda som samverkan för med sig, så innebär den också en uppdelning av ansvar eftersom flera aktörer ska samsas om gemensamma resurser; respektive aktör i samverkan kan då inte ensam bestämma hur resurserna ska fördelas. Detta har betydelse för hur frågor om resursfördelning vid fredstida kriser eller höjd beredskap och som omfattar fler än en kommun eller region kan hanteras.

Möjligheterna till samverkan innebär också att den territoriella dimension som är utgångspunkt för indelningen av kommuner och regioner blir allt svagare. Det finns i dag exempel på kommunalförbund som är nationellt heltäckande.[10] Frågor som kommuner och regioner ska hantera har således genom samverkan kommit att få rent nationell karaktär.

På hälso- och sjukvårdens område finns även andra exempel på uppgifter som medfört lösningar av nationell karaktär. Exempelvis samordningen av intensivvårdsplatser m.m. som under pandemin (covid-19) på frivillig grund har skötts inom ramen för Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR. Staten har också sökt åstadkomma samordning av viss hälso- och sjukvård under nämnda pandemi. En fråga som naturligt inställer sig är om det är kommuner,

[10] Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg.

regioner eller staten som bör ansvara för uppgifter som kräver nationell samordning?

Vissa tidigare statliga utredningar

Frågor om kommuners och regioners indelningar och uppdrag är ständigt aktuella och har utretts vid många tillfällen. I februari 2017 beslutade regeringen ge en parlamentarisk kommitté ett utredningsuppdrag i syfte att stärka kapaciteten i kommunerna för att möta samhällsutvecklingen.[11] I kommitténs uppdrag ingick att utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. Kommittén, som antog namnet Kommunutredningen (Fi 2017:02), skulle utifrån kommunernas varierande förutsättningar dels identifiera och analysera de utmaningar som väntas ha särskilt stor påverkan på deras förmåga att klara av sina uppgifter, dels analysera i vilken utsträckning som kommunal samverkan, kommunsammanläggningar, förändrade uppgifter, en asymmetrisk ansvarsfördelning och andra tänkbara åtgärder kan bidra till att stärka deras förmåga att möta samhällsutvecklingen. Kommunutredningen skulle mot bakgrund av denna analys föreslå vilka åtgärder som bör vidtas och hur en genomförandeprocess kan utformas. De åtgärder som utredningen föreslog skulle kunna genomföras inom dagens system för finansiering av den kommunala sektorn och skulle inte innebära en ökning av statens utgifter. Eventuella förslag om kommunsammanläggningar skulle bygga på frivillighet. Utredningen gavs även i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge kommunerna generella möjligheter till avtalssamverkan.

Utredningen föreslog bl.a. att det i KL införs en generell möjlighet till avtalssamverkan.[12] Förslaget innebar att en kommun eller en region får träffa avtal om att dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller region. Genom ett sådant avtal får en kommun eller region utföra uppgifter åt en annan kommun eller region utan hinder av lokaliseringsprincipen. Bestämmelsen innebär ett generellt undantag från lokaliseringsprincipen för kommunala samverkansavtal. Förslaget har införts i bl.a. 9 kap. 37 och 38 §§ KL.[13]

[11] Stärkt kapacitet i kommunerna för att möta samhällsutvecklingen (dir. 2017:13).
[12] En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (SOU 2017:77).
[13] En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (prop. 2017/18:151).

I sammanfattningen till Kommunutredningens slutbetänkande skriver utredningen bl.a.:

> Förväntningarna på att utredningen ska komma med kraftfulla förslag som stärker kommunernas kapacitet att klara utmaningarna är stora, men kommunfrågan är komplex och det är ont om enkla lösningar. De förslag som läggs fram kan på flera avgörande punkter förbättra den kommunala kapaciteten. Men minst lika viktigt är att utredningen genom flera förslag sätter igång processer som kommer behövas under överskådlig tid i ett arbete med frågor som stärker kommunerna. Diskussionen behöver därför fortsätta för att utveckla konkreta lösningar på aktuella och framtida utmaningar för kommunerna. Kommunutredningen menar att detta betänkande ger en god grund för en sådan diskussion.
>
> En viktig del i det långsiktiga arbetet har också varit utredningens kunskapsuppbyggnad avseende kommunernas förutsättningar och möjliga alternativ för kapacitetsförstärkning. Denna del av betänkandet är således en central del av utredningens resultat.[14]

I enlighet med sina direktiv föreslog Kommunutredningen bl.a. en strategi för hur kommunernas kapacitet att möta samhällsutvecklingen ska stärkas. Mot bakgrund av de frågor som denna utredning, dvs. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap, avhandlar i detta betänkande finns några delar av Kommunutredningen slutbetänkandet som rör frågor om samverkan, styrning och ledning som bör beröras. Beträffande samverkan anförde Kommunutredningen bl.a. följande:

> Ett av de bakomliggande teoretiska skälen till samverkan är att kommunerna ges goda möjligheter att ingå olika typer av samverkanskonstellationer utifrån olika verksamheters specifika behov. Skalan på befolkningsunderlaget, och det geografiska området, kan därmed anpassas specifikt för den verksamhet som samverkan avser. På så sätt ges förutsättningar att skapa en effektiv skala specifikt för de kollektiva problem som ska hanteras.
>
> I princip samtliga kommuner ingår i en eller flera samverkanskonstellationer. Dessa olika konstellationer har ofta vuxit fram utifrån konkreta behov av att hantera specifika problem som uppstått i någon av kommunerna vid en viss tidpunkt. Hur de olika samverkanskonstellationerna ser ut varierar dock stort i olika delar av landet. I vissa områden finns en utbredd samverkan mellan ett begränsat antal kommuner. I andra områden finns stor variation i vilka konstellationer kommunerna samverkar inom. Även om den mesta av den interkommunala samverkan sker mellan kommuner som geografiskt gränsar till varandra finns det dessutom exempel på fall där samverkan sker mellan kommuner med långa avstånd från varandra, exempelvis i olika typer av it-samverkan. Kommunutredningen gör mot den bakgrunden bedömningen att strate-

[14] Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget (SOU 2020:8), s. 23.

Sid 197(1295)

> gisk samverkan i fasta kommunkonstellationer i så stor utsträckning som möjligt bör ta hänsyn till och baseras på befintliga samverkanskonstellationer.[15]

Vidare anfördes:

> Alla kommuner har i dag en mer eller mindre utvecklad samverkan med andra kommuner. Kommunernas interkommunala samverkan har ofta uppkommit för att lösa ett specifikt behov vid en viss tidpunkt. Bilden av den interkommunala samverkan är att den ofta omfattar olika kommunkonstellationer för olika verksamheter. Det är vanligt att en kommun ingår i samverkanskonstellationer med olika kommuner för olika verksamheter. Att olika kommunkonstellationer utvecklas är logiskt mot bakgrund av att kommunernas verksamhet omfattar områden som har olika territoriell logik. En konsekvens av utvecklingen är dock en ökad komplexitet som kan göra det svårt för såväl väljare som förtroendevalda att ha kunskap om vem som ansvarar för en viss verksamhet.[16]

Beträffande möjligheterna till styrning och kontroll av samverkansorgan anförde Kommunutredningen bl.a. följande:

> Vilka principer som gäller för beslutsfattande har stor betydelse för medlemskommunernas inflytande och styrningsmöjligheter i ett samverkansorgan.
>
> I grunden finns en inbyggd svårighet att balansera respektive kommuns önskemål och behov mot samverkansorganet. Lokala politiker kan vara ovilliga att överlämna en större del av beslutsmakten till ett samverkansorgan, vilket medför svårigheter att realisera potentialerna i samverkan. Bland annat kan möjligheterna till effektivisering av den verksamhet som samverkansorganet bedriver påverkas. Olika krav från medlemskommunerna medför därtill svårigheter att skapa förutsättningar för en effektiv ledning och styrning för samverkansorganet.
>
> Det kan t.ex. handla om olika prioriteringar mellan kommunerna vad gäller tjänsters utformning och omfattning samt krav på godkännande av samverkansorganens beslut i respektive kommuns fullmäktige. Dilemmat blir att det kan vara svårt att maximera effekterna av samverkan både på kommunal nivå och på samverkansnivå.
>
> Ju mer krav på styrning och kontroll över verksamheten från de enskilda medlemskommunerna, desto svårare att driva samverkansorganet flexibelt och effektivt.[17]

[15] A.a., s. 400 f.
[16] A.a., s. 590.
[17] A.a., s. 396.

Uppdrag avseende den samlade statliga styrningen av kommuner och landsting

Statskontoret fick år 2016 i uppdrag av regeringen att se över den statliga styrningen av offentlig sektor. Övergripande var Statskontorets bedömning att den samlade statliga styrningen av kommunerna hade ökat i omfång, komplexitet och detaljeringsgrad under de senaste decennierna, att det var många myndigheter som styrde den kommunala verksamheten och att inom vissa områden tillkom styrning från EU. Vidare menade Statskontoret att nya styrformer hade tillkommit, i form av bland annat överenskommelser, handlingsplaner och kunskapsstyrning. Styrningen genom specialdestinerade statsbidrag hade också ökat.[18] Beträffande området krisberedskap och skydd mot olyckor var Statskontorets samlade iakttagelser följande.

- Krisberedskapen spänner över många av kommunernas verksamhetsområden. Verksamheten som innefattar skydd mot olyckor (räddningstjänst) kan utöver de operativa uppdragen och arbetet med att förebygga bränder även innehålla krisberedskapsarbete och brottsförebyggande arbete.
- Många aktörer – inom olika sektorer och på flera nivåer – delar på ansvaret och uppgifterna. Det gäller speciellt inom krisberedskapen.
- Den statliga styrningen av räddningstjänsten har gått från regelstyrning till målstyrning under den senaste tioårsperioden. Det innebär att organiseringen och dimensioneringen av verksamheten varierar mellan kommunerna.
- I hälften av kommunerna bedrivs räddningstjänsten av kommunalförbund.
- Krisberedskapsområdet styrs till stora delar genom kunskapsstyrning, även om regelstyrning och olika typer av statsbidrag förekommer.
- I vissa fall saknar länsstyrelserna resurser och kompetens för en effektiv tillsyn och vägledning av kommunernas arbete med krisberedskap och skydd mot olyckor.
- Finansieringen av de statliga myndigheternas arbete med krisberedskap präglas av kortsiktighet.

[18] Statskontorets (2016): *Statens styrning av kommunerna* (Rapport 2016:24).

3.1.4 Kommunallagen

Enligt vad som anges i 1 kap. 2 § kommunallagen (2017:725), i det följande förkortad KL, sköter kommuner och regioner på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i denna lag eller annan författning. På ett stort antal verksamhetsområden finns det i olika författningar bestämmelser om befogenheter och skyldigheter för kommuner och regioner att bedriva viss verksamhet. Sådana bestämmelser kan innehålla regleringar av hur viss verksamhet ska bedrivas eller undantag från de allmänna principer som gäller för kommunal verksamhet. Exempelvis innebär hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, bl.a. att det åligger kommuner och regioner att tillhandahålla god vård till befolkningen.

KL innehåller grundläggande föreskrifter om kommunernas och regionernas kompetens, deras politiska organ och om uppgiftsfördelningen mellan dessa organ. Kommuner och regioner har stor frihet att själva bestämma sin organisation.

Allmänna befogenheter

Kommuner och regioner får själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar.[19] Bestämmelsen ger bl.a. uttryck för lokaliseringsprincipen. Den principen innebär att en kommunal åtgärd måste vara knuten till kommunens eller regionens eget område eller dess medlemmar för att den ska anses som en kommunal angelägenhet i enlighet med bestämmelsen.

Lokaliseringsprincipen är dock inte absolut utan måste bedömas från fall till fall. En åtgärd kan ha anknytning till en kommuns eller en regions medlemmar även om åtgärden som sådan inte sker i kommunen eller regionen. Det finns inget förbud mot att en kommun eller region engagerar sig i t.ex. markinnehav och anläggningar inom en annan kommuns eller regions område förutsatt att dessa anordningar behövs för den egna kommunen eller regionen. Undantag från lokaliseringsprincipen finns och i speciallagstiftning, t.ex. lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Bestämmelsen innefattar

[19] 2 kap. 1 § Kommunallagen (2017:725).

Sid 300(1295)

också ett principiellt förbud mot att ge understöd åt enskilda.[20] Det finns dock undantag från detta förbud i t.ex. den nyss nämnda lagen om vissa kommunala befogenheter och i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

De allmänna befogenheter som kommuner och regioner har enligt den nyss redovisade bestämmelsen begränsas genom en bestämmelse i KL som anger att kommuner och regioner inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.[21] Bestämmelsen tar sikte på när en angelägenhet exklusivt faller inom någon annans befogenhet, t.ex. statliga angelägenheter såsom försvars- eller utrikespolitik. På vissa verksamhetsområden sammanfaller kommunernas och regionernas befogenheter och bestämmelsen utgör då inte något hinder mot att såväl kommuner som regioner tar sig an angelägenheter av samma slag. Det förekommer också i speciallagstiftning att både kommuner och regioner åläggs uppgifter inom samma område, exempelvis inom äldreomsorgen.

Arbets- och uppgiftsuppdelning

KL utgår från en arbets- och uppgiftsfördelning mellan å ena sidan fullmäktige och å andra sidan styrelsen jämte eventuella ytterligare nämnder. Beslutanderätten i kommuner och regioner ska enligt 1 kap. 7 § RF utövas av valda församlingar. I KL anges också att beslutanderätten i kommuner och regioner utövas av valda församlingar (fullmäktige) som utses av röstberättigade medlemmar i allmänna val. Beslut kan också fattas av andra kommunala organ i enlighet med vad som anges i denna lag eller annan författning.[22]

Bestämmelser om kommunernas och regionernas organisation och verksamhetsformer finns i 3 kap. KL. Av bestämmelser i 3 kap. följer att för den kommunala organisationen är endast vissa utpekade organ obligatoriska; det ska finnas ett fullmäktige, en styrelse, revisorer samt, för kommuner, valnämnd och överförmyndare alternativt överförmyndarnämnd.

[20] 2 kap. 1 § kommunallagen.
[21] 2 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[22] 1 kap. 4 § KL.

Sid 201(1295)

Det är fullmäktige som beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen eller regionen, främst

1. mål och riktlinjer för verksamheten,
2. budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor,
3. nämndernas organisation och verksamhetsformer,
4. val av ledamöter och ersättare i nämnder och beredningar,
5. val av revisorer,
6. grunderna för ekonomiska förmåner till förtroendevalda,
7. årsredovisning och ansvarsfrihet,
8. folkomröstning i kommunen eller regionen, och
9. extra val till fullmäktige.[23]

Uppräkningen ovan är inte uttömmande och det är inte alltid självklart vilka beslut som ska fattas av fullmäktige och vilka beslut som kan fattas av styrelsen jämte andra nämnder. Genom domstolspraxis klarläggs dock närmare vilka beslut som ankommer på fullmäktige att fatta. Fullmäktige ska också besluta i andra ärenden som anges i KL eller i andra författningar.[24] Beslutanderätten som tillkommer de folkvalda församlingarna i kommuner och regioner måste utövas med beaktande av bl.a. den legalitetsprincip som följer av RF.

Fullmäktige får uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.[25] Ärenden som anges i 5 kap. 1 § första stycket KL eller som enligt lag eller annan författning ska avgöras av fullmäktige får inte delegeras till nämnderna.

Fullmäktige ska anta reglementen om nämndernas verksamhet och arbetsformer.[26] Det är genom dessa reglementen som fullmäktige bl.a. ska klargöra uppgiftsfördelningen mellan de olika nämnderna.

Styrelsen är som angivits ovan den enda nämnd som enligt KL måste finnas (obligatorisk nämnd). Dock kan det av annan speciallagstiftning framgå att det ska finnas andra nämnder, t.ex. krisled-

[23] 5 kap. 1 § första stycket ovan nämnda författning.
[24] 5 kap. 1 § andra stycket ovan nämnda författning.
[25] 5 kap. 2 § KL.
[26] 6 kap. 44 § ovan nämnda författning.

ningsnämnd[27] eller patientnämnd[28]. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.[29] Styrelsen ska även ha uppsikt över sådan avtalssamverkan som sker enligt 9 kap. 37 § KL eller enligt annan lag eller författning. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 10 kap. 2–6 §§ KL (dvs. olika privaträttsliga subjekt såsom kommunala bolag, stiftelser och föreningar) och sådana kommunalförbund som kommunen eller regionen är medlem i.

Nämnderna beslutar i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning ska ha hand om. Nämnderna beslutar också i frågor som fullmäktige har delegerat till dem.[30]

Nämnderna bereder fullmäktiges ärenden och ansvarar för att fullmäktiges beslut verkställs.[31] Nämnderna kan delegera rätten att besluta i ärenden i enlighet med vad som följer av 6 kap. 37–39 §§ och 7 kap. 5–8 §§ KL. Sistnämnda bestämmelser avser delegering till anställda och av dessa framgår att en nämnd kan överlåta åt en förvaltningschef att i sin tur uppdra åt en annan anställd inom kommunen eller regionen att fatta beslut. Enligt vad som framgår av 6 kap. 38 § KL får beslutanderätten inte delegeras när det gäller

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

[27] 2 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[28] 1 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.
[29] 6 kap. 1 § KL.
[30] 6 kap. 3 § ovan nämnda författning.
[31] 6 kap. 4 § ovan nämnda författning.

Huvudregeln är att delegation av beslutanderätt ska ske formellt, t.ex. genom en delegationsordning. I rättspraxis har emellertid delegation i vissa fall ansetts ha uppkommit trots att en sådan formell delegation inte har förelegat.[32] Givetvis kan beslutanderätt som delegerats återtas, men detta kräver nya beslut.

Avtalssamverkan

En kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan).[33] Sådan avtalssamverkan hindras inte av lokaliseringsprincipens krav på anknytning till kommunens eller regionens område eller dess medlemmar.[34]

Kommuner och regioner får inom ramen för avtalssamverkan, med de begränsningar som följer av 6 kap. 38 §, komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller i den andra regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.[35] I så fall tillämpas 7 kap. 4–8 §§ KL. I bestämmelsen om avtalssamverkan anges slutligen att om det i annan lag eller författning finns bestämmelser som avviker från denna paragraf, tillämpas de bestämmelserna.[36]

Av förarbetena till bestämmelserna om avtalssamverkan framgår att upphandlingsreglerna i princip inte är tillämpliga när kommunal avtalssamverkan avser uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Samverkan om andra tjänster kan beroende på hur samverkan är organiserad och vad de avser vara undantagna upphandlingsreglerna. Vidare innebär upphandlingsreglerna inte något hinder mot en generell regel om avtalssamverkan i kommunallagen. Däremot konstateras det att en konsekvens är att kommunen eller regionen i det enskilda fallet måste pröva om avtalet uppfyller kriterierna för undantaget för upphandling mellan myndigheter (enligt det s.k. Hamburgundantaget) i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller är undantaget upphandlingsreglerna på annan grund. Om det inte finns någon tillämplig undantagsregel måste avtalet konkurrensutsättas.[37]

---

[32] RÅ84 2:85 och RÅ 2006 ref. 78 och HFD 2016 ref. 28.
[33] 9 kap. 37 § första stycket KL.
[34] Lokaliseringsprincipen anges i 2 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[35] 9 kap. 37 § andra stycket KL.
[36] 9 kap. 37 § tredje stycket ovan nämnda författning.
[37] En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (SOU 2017:77), s. 192 f.

Kommunalförbund och gemensamma nämnder

Kommuner och regioner får bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund.[38] Kommunalförbund är egna juridiska personer och är således inte en del av den juridiska person som en kommun eller region utgör. Ett kommunalförbunds verksamhet kan finansieras av de deltagande kommunerna eller regionerna men det kan också vara självfinansierat. Ett kommunalförbund är inte ett privaträttsligt subjekt (jfr bestämmelserna i 10 kap. KL) utan en fristående offentligrättslig juridisk person som är fristående i förhållande till sina medlemskommuner. Ett kommunalförbund kan som offentligrättslig juridisk person förvärva rättigheter och skyldigheter. Kommunalförbund är i första hand en form för frivillig samverkan mellan kommuner. I vissa fall kan en kommunalförbundsbildning dock vara påtvingad.[39]

En uppgift som en kommun eller en region överlämnar till ett kommunalförbund måste falla inom medlemskommunens eller medlemsregionens kompetens, men den behöver inte falla inom kompetensen för såväl de kommuner som den region som ingår i ett kommunalförbund.

När ett kommunalförbund har hand om en angelägenhet som det finns bestämmelser om i en särskild författning, ska den författningens bestämmelser om kommuner eller regioner tillämpas för förbundet.[40] Överförandet av en kommunal uppgift till ett kommunalförbund medför alltså att specialregleringen gäller för kommunalförbundet och inte för den berörda kommunen eller regionen, trots att den särskilda författningen uttryckligen riktar sig till en kommun eller en region. Kommunalförbund kan utan särskilt lagstöd ha hand om myndighetsutövning och andra uppgifter som är specialreglerade. Ett kommunalförbund kan, men måste inte, inrätta en eller flera nämnder.

Kommuner och regioner får även besluta att en nämnd ska vara gemensam med en annan kommun eller en annan region.[41] En sådan nämnd är liksom övriga nämnder en egen myndighet, men en gemensam nämnd är inte en egen juridisk person. En gemensam nämnd får fullgöra uppgifter för vilka det enligt lag eller annan författning ska

[38] 3 kap. 8 § KL.
[39] Se t.ex. 7 kap. 1 och 2 §§ plan- och bygglagen (2010:900).
[40] 9 kap. 2 § andra stycket KL.
[41] 3 kap. 14 § ovan nämnda författning.

finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller region.[42] Uppgifter som kommun- eller regionstyrelsen har vid höjd beredskap enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap får dock inte fullgöras av en gemensam nämnd. Den största begränsningen när det gäller möjligheter för kommuner och regioner att tillsammans bilda gemensamma nämnder är att den gemensamma nämndens uppgifter måste vara en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande parterna. Det är endast inom avgränsade områden som kommuners och regioners kompetens sammanfaller, exempelvis hjälpmedelsfrågor. Varje kommun eller region behåller sitt huvudmannaskap för de frågor som överlämnats till den gemensamma nämnden.

Det kan noteras dels att det av 7 kap. 1 § och 11 kap. 1 § HSL följer att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regioner och kommuner ska utövas av nämnder och att den kommunala kompetensen utvidgats genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet där det allmänna kravet i KL för gemensamma nämnder om att en uppgift ska falla inom de samverkande huvudmännens kompetens i princip har tagits bort. En upplysningsbestämmelse om sistnämnda lag finns i 9 kap. 36 § KL. Ledningen av hälso- och sjukvård torde kunna överlåtas till en nämnd i ett kommunalförbund.

Privata utförare

Kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare.[43] Som framgår av 10 kap. 1 § KL får fullmäktige i kommuner eller regioner, om det inte i lag eller annan författning anges att angelägenheten ska bedrivas av en kommunal nämnd, besluta att lämna över skötseln av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. Om skötseln av angelägenheten innefattar myndighetsutövning, får den lämnas över endast om det finns stöd för det i lag. Sett till lagens lydelse ges intrycket av att bestämmelserna i 10 kap. 1 § KL även omfattar kommunalförbund, som ju också är en juridisk person.

[42] 9 kap. 21 § ovan nämnda författning.
[43] 3 kap. 12 § kommunallagen (2017:725).

Nämnderna, var och en inom sitt område, ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av har lämnats över till någon annan.[44]

Bestämmelser om krig eller krigsfara och extraordinära händelser i fredstid

I 3 kap. 13 § KL finns upplysningar om att bestämmelser om den kommunala organisationen under krig eller krigsfara finns i lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m. och att bestämmelser om kommuners och regioners organisation och befogenheter vid extraordinära händelser i fredstid finns i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Det bör i detta fall noteras att de organisatoriska bestämmelserna också knyter an till bl.a. ledningsuppgifter. Någon annan reglering kring krig eller krigsfara och extraordinära händelser i fredstid finns inte i KL.

3.2 Samhällets krisberedskap

På krisberedskapsområdet finns många olika begrepp, både i författning och i vardagligt tal, som används delvis olika. Bl.a. används begrepp som allvarlig händelse, särskild händelse, extraordinär händelse, fredstida kris, säkerhetspolitisk kris eller samhällsstörning. Krisbegreppet kan ibland också förstärkas med tillägget *allvarlig*. Dessa begrepp spänner över hela krisberedskapsområdet och mellan sektorer. Utredningen om civilt försvar har t.ex. gjort ett försök att ersätta begreppet extraordinär händelse, som endast används i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, med fredstida kris vilket inte gillades av kommuner och regioner trots att innebörden av begreppet extraordinär händelse vållat problem för kommuner och regioner. Det kan konstateras att även om denna utredning inser att det finns utmaningar med

[44] 6 kap. 6 § ovan nämnda författning.

nuvarande begreppsanvändning är det svårt för utredningen att göra annat än att konstatera att detta är ett faktum. Inom ramen för det uppdrag som denna utredning har finns inte möjlighet att skapa en enhetlig begreppsanvändning i ett samhällsövergripande system.

Regeringen har beskrivit en kris som ”en händelse som drabbar många människor och stora delar av samhället och hotar grundläggande värden och funktioner.”[45] I förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap definieras krisberedskap som förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris förebygga, motstå och hantera krissituationer.

Katastrofmedicinsk beredskap är en del av krisberedskapen och beskrivs som beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera negativa konsekvenser vid en allvarlig händelse.[46] För en vidare diskussion om förhållandet mellan den katastrofmedicinska beredskapen och samhällets krisberedskap hänvisas till kapitel 4. Krisberedskap är också den grund på vilken totalförsvaret ska byggas. Totalförsvar är den verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Verksamhet inom totalförsvaret delas in i militär verksamhet (militärt försvar) och civil verksamhet (civilt försvar) (se vidare avsitt 3.3 nedan).

3.2.1 Krisberedskap bygger på daglig verksamhet

Krisberedskap utgår från samhällets normala, dagliga verksamhet.[47] Syftet med samhällets krisberedskap är att värna befolkningens liv och hälsa samt samhällets grundläggande värden och funktionalitet.[48] Krisberedskap är den förmåga som skapas i den dagliga verksamheten och är inte en utpekad organisation eller en aktör.[49] Krisberedskapen är en integrerad del av ordinarie verksamhet och grundar sig på ordinarie förvaltningsstruktur. Det innebär bl.a. att inga särskilda lagar träder i kraft vid en kris. Det finns inget undantagstillstånd i Sverige och heller ingen ”krislag” som reglerar beslutsfattandet på

[45] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 7.
[46] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[47] A.a., s. 8.
[48] Försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016–2020 (prop. 2014/15:109), s. 59–60.
[49] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 8.

nationell nivå. Detta har blivit särskilt tydligt under hanteringen av utbrottet av covid-19 då det i vissa avseenden varit svårt att finna stöd i gällande lagstiftning för olika åtgärder som behövt vidtas med anledning av den pågående krisen. Den år 2021 beslutade pandemilagen är ett tydligt exempel på detta.[50] I oktober år 2021 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentariskt sammansatt kommitté som bl.a. fick i uppdrag att överväga om regeringens normgivningskompetens i allvarliga fredstida kriser bör utvidgas. Detta uppdrag ska redovisas senast den 15 november år 2023.[51]

Det mål som regeringen angivit för krisberedskapen är att minska risken för olyckor och kriser som hotar landets säkerhet, värna människors liv och hälsa samt grundläggande värden som demokrati, rättssäkerhet och mänskliga fri- och rättigheter genom att upprätthålla samhällsviktig verksamhet och hindra eller begränsa skador på egendom och miljö då olyckor och krissituationer inträffar.[52]

Arbetet med krisberedskapen bör även bidra till att minska lidande och konsekvenser av allvarliga händelser i andra länder. Krisberedskapsarbetet utgör också grunden för arbetet med det civila försvaret. Regeringen anser i likhet med Försvarsberedningen att ett starkt totalförsvar bidrar till att förstärka den fredstida krisberedskapen. Arbetet med krisberedskap och totalförsvar blir därför ömsesidigt förstärkande.[53]

Kommuners och regioners uppgifter inom krisberedskap finns bl.a. beskrivna i lagen (2006:544) och förordningen (2006:673) om kommuners och regionernas åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH respektive FEH. LEH utgår, till skillnad från motsvarande regelverk för statliga myndigheter, från begreppet extraordinär händelse i stället för kris. Det faktum att olika begrepp används skapar en del oklarheter.

I detta slutbetänkande beskrivs i huvudsak krisberedskap, katastrofmedicinsk beredskap och totalförsvar utifrån hälso- och sjukvårdens behov av ledning, samverkan och förmåga att bedriva verksamhet. Aspekter kring sjukvårdens förnödenhetsförsörjning har

[50] En tillfällig covid-19-lag (prop. 2020/21:79).
[51] En översyn av regleringen om krigs-delegationen, var riksmötet hålls och regeringens normgivnings-kompetens i allvarliga fredstida kriser (dir. 2021:80).
[52] Budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1), s. 15.
[53] A.a.

Sid 209(1295)

tidigare beskrivits i betänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*.[54]

3.2.2 Krisberedskap kan delas in i olika nivåer

Krisberedskapssystemet delas också in i nivåer utifrån hur Sveriges förvaltning är organiserad. Man säga att det, utifrån principerna om geografiskt områdesansvar, finns en lokal, regional och nationell nivå. Genom Sveriges EU-medlemskap och våra många internationella åtaganden kan man även lägga till en internationell nivå, om man vill skapa ett vidare synsätt. Genom de förslag som lagts fram av Utredningen om civilt försvar kan det även komma att inrättas en högre regional nivå mellan de regionala och nationella för höjd beredskap. Den högre regionala nivån föreslås dock ha en mycket begränsad roll för fredstida kriser.[55]

Ovanstående innebär att det inom ett geografiskt område; en kommun, ett län eller hela Sverige; finns en aktör som ska verka för inriktning och samordning av andra aktörer. På nationell och kommunal nivå har det geografiska områdesansvaret en politisk dimension, medan länsstyrelsens geografiska områdesansvar för ledning och samordning i grunden är en delegering av regeringens ansvar. Det politiska ansvaret för länsstyrelsens åtgärder vilar därmed ytterst på regeringen. Regioner har, till skillnad från kommunerna, inget geografiskt områdesansvar då detta faller på länsstyrelserna. Regionerna har dock precis som kommunerna ett verksamhetsansvar vid fredstida kriser.

Kommunen har ansvar på lokal nivå

Sveriges kommuner står för en mycket stor del av den grundläggande samhällsservicen till medborgarna. På lokal nivå har kommunen ett ansvar för krisberedskapsarbetet, dels i form av ett verksamhetsansvar för den egna verksamheten, dels ett geografiskt områdesansvar.

Verksamhetsansvaret handlar dels om att vidta åtgärder för att minska sårbarheten i, och upprätthålla, den egna verksamheten, dels närmare om hur kommunens olika verksamheter ska ledas så att sam-

[54] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19).
[55] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 361 ff.

ordning uppnås vid fredstida kriser. Kommunen har också ett fortsatt ansvar för sådana verksamheter där de beslutat att organisera verksamheten i kommunala bolag, kommunalförbund eller genom konkurrensutsättning överlåta på privata aktörer utföra sådana tjänster för vilka kommunen har ett ansvar.

Kommunens geografiska områdesansvar framgår av 2 kap. 7 § LEH. Detta innebär att kommunerna i fråga om extraordinära händelser i fredstid ska verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet. Kommunen ska också verka för att de krishanteringsåtgärder som vidtas av olika aktörer under en sådan händelse samordnas, samt att informationen till allmänheten koordineras.

Det är upp till kommunen att mer i detalj närmare utforma krisberedskapsarbetet utifrån vad regeringen angett som övergripande målsättning för samhällets krisberedskap och vad som anges om analys och planering i 2 kap. 1 § i LEH. Krisledningsnämndens befogenheter att fatta beslut regleras i LEH. Ordinarie verksamhet i kommunens nämnder regleras främst i kommunallagen och eventuell speciallagstiftning för olika verksamhetsområden. Hur arbete med, och styrningen av, krisberedskapen närmare organiseras kan se olika ut beroende på kommunens storlek, organisation och styrmodell. Kommunen ska enligt LEH göra risk- och sårbarhetsanalyser där det ska analyseras vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. För varje ny mandatperiod ska kommunen fastställa en plan för hur den ska hantera extraordinära händelser.

Kommunernas arbete med krisberedskap styrs förutom via lagstiftning även genom överenskommelser mellan staten och kommunerna. Dessa överenskommelser ingås mellan MSB och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och anger kommunernas åtaganden och vilket stöd staten åtar sig att lämna samt frågor om finansiering.

Kommunerna har ingen formell skyldighet att ha en tjänsteman i beredskap, i det följande förkortat TiB. Däremot har MSB tillsammans med ett sjuttiotal samhällsaktörer tagit fram förhållnings- och arbetssätt vid samhällsstörningar.[56] I dessa förordar MSB att det bör finnas en inriktnings- och samordningskontakt för aktörer i krisberedskapssystemet då speciella beslutsbefogenheter krävs. En inrikt-

[56] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2018): *Gemsamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar.*

nings- och samordningskontakt kan anses vara närliggande till en tjänsteman i beredskap men är alltså för en kommun ett frivilligt åtagande.

För att stödja kommunerna i deras verksamhet har MSB och SKR, tagit fram en handbok i kommunal krisberedskap. Handboken ska omfatta krisberedskap för olika kommunala verksamheter.[57] I kapitlet ”övergripande processer” beskrivs bland annat kommunens uppgifter enligt lag, som risk- och sårbarhetsanalys, planering, krisledningsnämnd, geografiskt områdesansvar, utbildning och övning samt rapportering.[58] Under år 2022 kommer även kapitel om kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst att publiceras.

Regional nivå

Den regionala nivån i krisberedskapssystemet består i huvudsak av länsstyrelser och regioner, där länsstyrelsen har det geografiska områdesansvaret. Även andra statliga myndigheter som finns på den regionala nivån, eller är indelad i en regional struktur, är viktiga för krisberedskapen på denna nivå t.ex. Polismyndigheten och Trafikverket.

Länsstyrelsen

Länsstyrelserna ansvarar för den statliga förvaltningen i länet i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret för särskilda förvaltningsuppgifter.[59] Länsstyrelserna ska bland annat verka för att nationella mål får genomslag i länet, arbeta sektorsövergripande, samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser, följa tillståndet i länet samt främja samverkan mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra relevanta aktörer i länet.[60] Länsstyrelsens uppgifter har därför en stor bredd och spänner över hela samhället. Detta genomsyrar också myndighetens uppgifter i kris, och även höjd beredskap.

[57] https://skr.se/samhallsplaneringinfrastruktur/trygghetsakerhet/krisberedskap/handbokikommunalkrisberedskap.33471.html, besökt 2021-02-16.
[58] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Handbok i kommunal krisberedskap – 1. Övergripande processer* (Publ.nr. MSB1575).
[59] 1 § förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.
[60] 2 § ovan nämnda författning.

Genom sin verksamhet ska länsstyrelsen minska sårbarheten i samhället, bevaka att risk- och beredskapshänsyn tas i samhällsplaneringen samt utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida kriser. Länsstyrelsen ska ha en tjänsteman i beredskap, i det följande förkortat TiB, som ska kunna initiera och samordna det inledande arbetet för att upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga kriser som berör länet.[61] Länsstyrelsen ska vid en allvarlig kris, som berör länet eller medför behov av samverkan med kommuner eller andra aktörer, omgående kunna upprätta en ledningsfunktion för bl.a. samordning och information.[62] Under en kris är det länsstyrelsens ansvar att ta fram en samlad regional lägesbild.

Det geografiska områdesansvaret på regional nivå följer av förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion, förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap samt förordning (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap. Varje länsstyrelse ska, vid situationer av hot som uppstår hastigt, oväntat och utan förvarning eller en risk för detsamma samt vid situationer som kräver brådskande beslut och samverkan med andra aktörer, inom sitt geografiska område vara en sammanhållande funktion mellan lokala aktörer och den nationella nivån.[63] Lokala aktörer kan exempelvis vara kommuner, regioner och lokalt näringsliv. Länsstyrelserna ska också efter beslut av regeringen prioritera och inrikta statliga och internationella resurser som ställs till förfogande.[64]

Länsstyrelsen ska stödja de aktörer som är ansvariga för krisberedskapen i länet när det gäller planering, risk- och sårbarhetsanalyser samt utbildning och övning.[65] Länsstyrelsen ska precis som övriga bevakningsansvariga myndigheter i syfte att stärka sin egen och samhällets krisberedskap analysera om det finns sådan sårbarhet eller sådana hot och risker inom myndighetens ansvarsområde som synnerligen allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom området.[66] Myndigheten ska minst vartannat år värdera och sammanställa

[61] 2 § förordning (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[62] 3 § ovan nämnda författning.
[63] 6 och 8 §§ förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[64] 6 § ovan nämnda författning.
[65] 4 § andra stycket 2 förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[66] 8 § första stycket förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.

Sid 213(1295)

resultatet av arbetet i en risk- och sårbarhetsanalys.[67] Länsstyrelsen ska också upprätta regionala risk- och sårbarhetsanalyser som ska kunna användas som underlag för egna och andra berörda aktörers krisberedskapsåtgärder.[68]

Länsstyrelserna ska vidare verka för att regionala risk- och sårbarhetsanalyser sammanställs.[69] Länsstyrelsen har också ett ansvar att följa upp kommunernas tillämpning av LEH.[70] Länsstyrelsen ska årligen rapportera till MSB vilka beredskapsförberedelser som kommuner och regioner vidtagit och samtidigt redovisa en bedömning av effekten av de vidtagna förberedelserna.[71] Sammanfattningsvis kan sägas att länsstyrelsen är en spindel i nätet vad avser krisberedskapen på den regionala nivån. Därmed bör det finnas ett stort behov av att interagera med en stor mängd aktörer i regionen före, under och efter en fredstida kris. Detta gäller även hälso- och sjukvårdsfrågor.

Länsstyrelsens roll under coronapandemin

Länsstyrelsen ska enligt instruktionen samordna verksamheter mellan kommuner, regioner och myndigheter men har, enligt vad som beskrivits för utredningen, före pandemin inte i någon större utsträckning hanterat samordning av hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor. I början av coronapandemin var det därför inte tydligt vilken roll länsstyrelserna har att samordna hälso- och sjukvård mellan kommuner och med regionen eller lämna lägesbilder på detta område. För att hantera uppgiften inrättade länsstyrelserna bl.a. en gemensam samordningsfunktion i syfte att samordna landets 21 länsstyrelser. Länsstyrelsen i Halland har haft ansvaret för samordningsfunktionen.

Länsstyrelserna har under pandemin veckovis arbetat fram lägesbilder länsvis och samlat för landet. Samordningsfunktionen har samordnat länsstyrelsernas rapportering och svarat för kontakter med både regeringen, MSB, sektorsmyndigheter, SKR och ett antal övriga berörda aktörer. Samordningsfunktionen har dock inte tagit över

[67] 8 § tredje stycket ovan nämnda författning.
[68] 4 § andra stycket 4 förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[69] 6 § förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[70] 4 § andra stycket 5 förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[71] 4 § andra stycket 6.

den regionala samordning i länet som varje enskild länsstyrelse ska verka för.

Länsstyrelserna har under pandemin också fått flera särskilda regeringsuppdrag. Exempelvis ska länsstyrelserna bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial[72], tillsyn av den tillfälliga covid-19-lagen[73], stöd till regioner vad avser storskalig testning och vaccination[74] samt att följa upp efterlevnaden av rekommendationer, råd och riktlinjer.[75] Länsstyrelserna bedömer att metoden att etablera ett samordningskansli kan vara en modell för att i framtiden även hantera andra fredstida kriser.

Regionerna

Precis som kommunerna ansvarar regionerna för flera olika uppgifter som har betydelse för medborgarna, bl.a. inom områdena hälso- och sjukvård, regional utveckling, kollektivtrafik och kultur. Regionen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortat HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bl.a. den som är bosatt inom regionen men även i vissa fall till invånare i andra regioner. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen.[76] Ett vidare resonemang om regionernas ansvar på hälso- och sjukvårdsområdet finns i kommande kapitel.

Regionerna saknar till skillnad från kommunerna ett geografiskt områdesansvar eftersom detta innehas av länsstyrelsen. Regionerna har dock precis som kommunerna ett verksamhetsansvar vid fredstida kriser. Verksamhetsansvaret handlar dels om att vidta åtgärder för att minska sårbarheten i den egna verksamheten, dels närmare om hur regionens olika verksamheter ska ledas så att samordning uppnås vid fredstida kriser. Regionen har precis som kommunen ett ansvar för sådana verksamheter där de genom olika val beslutat att organisera verksamheten i kommunala bolag, kommunalförbund eller genom

[72] Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19 (S2020/02676/SOF).
[73] 7–11 §§ samt 16 § lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[74] Uppdrag att bistå regionerna i att säkerställa flöden för storskalig testning för covid-19 (S2020/05027/FS, delvis).
[75] Uppdrag att följa efterlevnaden av rekommendationer, riktlinjer och råd för inrikesresor och sommaraktiviteter (S2020/05271/FS).
[76] 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Sid 215(1295)

konkurrensutsättning överlåta på privata aktörer utföra sådana tjänster för vilka regionen har ett ansvar.

Det är upp till regionen att närmare utforma krisberedskapsarbetet utifrån vad regeringen angett som övergripande målsättning för samhällets krisberedskap och vad som anges om analys och planering i 2 kap. 1 § i LEH. Det är krisledningsnämndens befogenheter och organisation som regleras i LEH. Ordinarie verksamhet i regionens nämnder regleras främst i kommunallagen och speciallagstiftning för olika verksamhetsområden. Vad som gäller för hälso- och sjukvårdsområdet beskrivs närmare i avsnitt 3.4 nedan. Regionen ska också göra risk- och sårbarhetsanalyser enligt LEH och för varje mandatperiod fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser. Hur arbete med, och styrningen av, krisberedskapen närmare organiseras kan se olika ut beroende på regionens storlek, organisation och styrmodell.

Regionen ska enligt HSL planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.[77] Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap framgår att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalysen som görs med stöd av LEH. Enligt samma förskrifter ska det i samtliga regioner ska finnas en funktion, tjänsteman i beredskap, med uppgifter att ta emot larm, verifiera uppgifter, larma vidare, initiera och samordna det inledande arbetet och informera om händelsen.[78] Vidare ska det i varje region finnas en funktion som ska ansvara för ledningsuppgifter. Funktionen ska benämnas särskild sjukvårdsledning.[79]

Det kan noteras att det i LEH, precis som för kommunerna saknas en reglering angående TiB vad gäller regionernas samlade krisberedskap.

Även regionernas arbete med krisberedskap styrs delvis av överenskommelser mellan regionerna och staten. Dessa överenskommelser ingås också mellan MSB och SKR och reglerar regionernas respektive statens åtaganden och frågor om finansiering.

[77] 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22).
[78] 6 kap. 1 § ovan nämnda föreskrift.
[79] 6 kap. 2 § ovan nämnda föreskrift.

Nationell nivå

Regeringen är geografiskt områdesansvarig på nationell nivå, vilket innebär att det vid fredstida kriser med nationella konsekvenser är regeringens uppgift att hantera övergripande normativa och strategiska frågor samt att på en övergripande nationell nivå säkra en effektiv krishantering. Regeringen ska också kommunicera med allmänhet och media och hålla kontakten med andra länder, EU och andra internationella aktörer som i olika avseenden kan beröras av en fredstida kris i Sverige.

Regeringen har delegerat delar av den operativa verksamheten till myndigheterna.

Myndigheternas ansvar för krisberedskap

Alla statliga myndigheter ska genom sin verksamhet minska sårbarheten i samhället och utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida kriser och inför och vid höjd beredskap.[80] Av förordningen framgår även att varje myndighet, vars ansvarsområde berörs av en krissituation, ska vidta de åtgärder som behövs för att hantera konsekvenserna av denna. Myndigheterna ska samverka och stödja varandra vid en sådan krissituation.[81] 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.[82]

Myndigheter med särskilt ansvar för krisberedskapen och vid höjd beredskap

Vissa myndigheter har ett särskilt ansvar avseende krisberedskap och höjd beredskap enligt 10 och 16 §§ förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Det åligger dessa myndigheter att särskilt samverka med länsstyrelserna i deras roll som geografiskt områdesansvarig myn-

[80] 1 § förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[81] 5 § ovan nämnda författning.
[82] 9 § ovan nämnda författning.

dighet, samt att samverka med övriga statliga myndigheter, kommuner, regioner, sammanslutningar och näringsidkare som är berörda.[83] Dessa utpekade myndigheter ska även beakta det samarbete som sker inom Europeiska unionen och internationella forum i frågor som rör samhällets krisberedskap.[84] Under en kris ska dessa myndigheter hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet, den förväntade utvecklingen och tillgängliga resurser inom respektive ansvarsområde samt om vidtagna och planerade åtgärder.[85] De myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet som har ett utpekat särskilt ansvar avseende krisberedskap och höjd beredskap är Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten.[86] Dessa myndigheters uppdrag beskrivs närmare nedan. Inspektionen för vård och omsorg är inte bevakningsansvarig myndighet och har därmed inte några särskilda uppgifter inom krisberedskapen på det sättet. Däremot utövar IVO tillsyn över hälso- och sjukvårdens beredskap utifrån den lagstiftning som finns på området. Därför beskrivs även IVO:s uppdrag nedan.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortat MSB, har ansvar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har det ansvaret.

Myndigheten ska enligt myndighetens instruktion[87] bland annat utveckla och stödja arbetet med civilt försvar, utveckla och stödja samhällets beredskap mot olyckor och kriser och vara pådrivande i arbetet med förebyggande och sårbarhetsreducerande åtgärder. Vidare ska myndigheten arbeta med och verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara. Det är även MSB:s uppgift att samordna kommunerna på nationell nivå och stödja dem med råd och information i deras verksamhet enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. Myndigheten ska även utföra tillsyn enligt samma lag

[83] 10 § andra stycket 1 och 2 ovan nämnda författning.
[84] 10 § andra stycket 3 ovan nämnda författning.
[85] 13 § ovan nämnda författning.
[86] 10 § samt bilaga ovan nämnda författning.
[87] Förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

samt följa upp och utvärdera samhällets arbete med krisberedskap och civilt försvar.

Myndigheten tar på regeringens uppdrag vartannat år fram en nationell risk och förmågebedömning som bl.a. bygger på bevakningsansvariga myndigheters, kommuners och regioners risk och sårbarhetsanalyser. Den senaste publicerades under våren år 2021.[88,89] Bedömningen är bland annat ett strategiskt underlag för att inrikta och utveckla krisberedskapen och civilt försvar.

MSB stödjer regioner och kommuner i arbetet med krisberedskap genom att ta fram verktyg och materiel exempelvis för RSA-arbete, kontinuitetshantering, samhällsviktig verksamhet och övningsverksamhet.

MSB ansvarar för och leder ett nationellt forum för tvärsektoriella övningar på nationell och regional nivå, där bland annat en övningsstrategi tagits fram. Forumet består av representanter från de myndigheter som finns med i krisberedskapsförordningen samt av adjungerade organisationer, bland annat Försvarsmakten. Även kommunerna och regionerna är representerade av företrädare som utses vid möten i SKR:s nätverk för krisberedskap.

Under en fredstida kris ska MSB kunna stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder, verka för samordning av samhällets övriga aktörer samt arbeta för att samhällets resurser används på ett effektivt sätt. Myndigheten ska även kunna bistå med underlag och information vid i allvarliga olyckor och kriser.[90]

MSB ansvarar för webbplatsen Krisinformation.se som förmedlar information från myndigheter och andra ansvariga i samband med en fredstida kris eller allvarlig händelse.

MSB har i många år arbetat med att ta fram stöd till samhällets aktörer, privata som offentliga, för att identifiera samhällsviktig verksamhet, som sker på olika nivåer i samhället. Inom samhällssektorn hälso- och sjukvård samt omsorg finns ett stort antal samhällsviktiga verksamheter. Därutöver ansvarar MSB bl.a. för föreskrifter och allmänna råd i fråga om systematiskt informationssäkerhetsarbete och

[88] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för samhällsskydd och beredskap punkt 3.5 (Ju2020/01362/SSK).
[89] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Kraftsamling – för en stärkt civil beredskap, baserad på MSB:s nationella risk- och förmågebedömning 2021*
[90] 7 § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

it-säkerhetsåtgärder samt för drift och utveckling av säkra kommunikationer t.ex. Rakel, WIS m.fl.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är 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. Vidare ska Socialstyrelsen bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde.[91]

Socialstyrelsen ska genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.[92] Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde,[93] samt skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt område.[94] Socialstyrelsen ansvarar för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde. Myndigheten kungör sina föreskrifter i, samt är utgivande myndighet för, Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.[95]

Socialstyrelsen är bevakningsansvarig myndighet och ska därmed medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Enligt Socialstyrelsens instruktion ska myndigheten samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.[96]

Socialstyrelsen har 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. Socialstyrelsen ska på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel

[91] 1 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[92] 4 § 1 ovan nämnda författning.
[93] 4 § 2 ovan nämnda författning.
[94] 4 § 8 ovan nämnda författning.
[95] 7 § ovan nämnda författning.
[96] 9 § 1 ovan nämnda författning.

och sjukvårdsmateriel för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

Socialstyrelsen ansvarar för enligt särskilda regeringsuppdrag för viss beredskapslagring av läkemedel, sjukvårdsmateriel och skyddsutrustning.

Myndigheten genomför årligen en risk- och sårbarhetsanalys med syfte att identifiera och analysera sårbarheter, risker och hot för att förbättra krisberedskapen dels inom myndigheten, dels inom ansvarsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet med analysen, enligt myndigheten, är att bidra till ökad medvetenheten och kunskap hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga. Analysen kan också utgöra ett underlag för inriktningen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete liksom för myndighetens stöd och samordning av dessa. Myndighetens risk- och sårbarhetsanalys ingår som en del i den nationella risk- och förmågebedömningen som sammanställs av MSB.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndighetens uppdrag är att verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta, genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd.[97]

Folkhälsomyndigheten har det övergripande nationella ansvaret för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och samordnar smittskyddet samt beredskapen för gränsöverskridande hälsohot. Folkhälsomyndigheten övervakar smittsamma sjukdomar nationellt, tar fram och förmedlar kunskap om smittskydd, ger vägledning åt hälso- och sjukvården samt vägleder kommunerna i deras hantering av smittskyddshändelser. Folkhälsomyndigheten kan också utföra ett stort antal mikrobiologiska laboratorieanalyser som komplement till de analyser som utförs vid andra laboratorier. De analyser som finns tillgängliga vid Folkhälsomyndigheten är sådana som ingår i landets beredskap för högpatogena smittämnen, är av särskild relevans för landets smittskydd eller som endast utförs i liten omfattning.

[97] 1 § förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Vid myndigheten finns Nordens enda säkerhetslaboratorium med skyddsnivå 4. Folkhälsomyndigheten har ett omfattande samordningsansvar. Myndigheten ska samordna smittskyddet på nationell nivå, samordna förberedelserna för försörjning av läkemedel inför allvarliga utbrott av vissa smittsamma sjukdomar samt, samordna beredskapen mot allvarliga gränsöverskridande hälsohot. Hälsohoten kan vara orsakade av biologiska, kemiska eller radionukleära ämnen. Även hälsohot med miljöursprung eller okänt ursprung omfattas.

Folkhälsomyndigheten är bevakningsansvarig myndighet enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Dessutom ska Folkhälsomyndigheten enligt myndighetens instruktion 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. Myndigheten ska även bistå myndigheter, regioner, kommuner och organisationer med expertstöd vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar. Det ska även finnas en laboratorieberedskap för att tillhandahålla mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier.[98]

Myndigheten ska även samordna beredskapen mot allvarliga hälsohot och är nationell kontaktpunkt enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Myndigheten ska på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar.

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör läkemedel och medicintekniska produkter. Myndigheten ska bl.a. verka för säkra och effektiva läkemedel av god kvalitet och för god läkemedelsanvändning samt för att medicintekniska produkter är säkra och lämpliga för sin användning. Läkemedelsverket ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, narkotika, medicintekniska produkter

[98] 10 § ovan nämnda författning.

och vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står dessa produkter nära.[99]

Läkemedelsverket är sedan år 2020 bevakningsansvarig myndighet och ska därmed medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Därutöver ska Läkemedelsverket svara för stöd till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i deras arbete med beredskapsplanering på läkemedelsområdet.[100]

Läkemedelsverket svarar även för föreskrifter och allmänna råd i fråga om läkemedel och andra produkter som omfattas av myndighetens kontroll eller tillsyn.[101] Myndigheten ska också lämna giftinformation och behandlingsråd till hälso- och sjukvården och allmänheten avseende akuta förgiftningar med läkemedel, kemikalier och andra produkter samt biologiska toxiner[102] samt rekommendera och verka för att det finns effektiva motgifter.[103]

E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten ansvarar för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.[104] E-hälsomyndigheten ansvarar bland annat för att förmedla alla elektroniska recept i Sverige.

E-hälsomyndigheten är central för en fungerande ordinations- och förskrivningsprocess. Myndigheten ansvarar för ett nationellt produkt- och artikelregister över läkemedel samt förbrukningsartiklar och livsmedel som ingår i läkemedelsförmånerna.[105] Myndigheten har också ansvar för ett nationellt register över sortiments- och leveransinformation avseende dosdispenserade läkemedel.[106] Myndigheten får på uppdrag av regioner utveckla och förvalta ett system som möj-

[99] 1 och 2 §§ förordningen (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.
[100] 24 § ovan nämnda författning.
[101] 6 § ovan nämnda författning.
[102] 2 § 18 a ovan nämnda författning.
[103] 2 § 18 b ovan nämnda författning.
[104] 1 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.
[105] 2 § 8 ovan nämnda författning.
[106] 2 § 10 ovan nämnda författning.

Sid 223(1295)

liggör förmedling av information om ordinationer, förskrivningar, uthämtade läkemedel och läkemedelsanvändning.[107] Myndigheten ska särskilt ansvara för det register som anges i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

Myndighetens verksamhet är därmed central för att läkemedel ska kunna ordineras och förskrivas elektroniskt samt att patienterna ska kunna hämta ut sina läkemedel på öppenvårdsapotek.

E-hälsomyndigheten är sedan år 2020 bevakningsansvarig myndighet och ska därmed medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg, i följande förkortat IVO, ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Myndigheten ansvarar också för viss tillståndsprövning.[108]

Det är IVO som tillsynar att kommuner och regioner lever upp till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser avseende beredskap och Socialstyrelsens föreskrifter. IVO tillsynar även andra regelverk av betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap, t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659) och lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster såvitt avser hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Regioner

Bedömning: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är inte en del i det svenska förvaltningssystemet. SKR har en viktig roll i att stödja, och underlätta samordningen för, sina medlemmar i samhällets krisberedskap. SKR:s roll i totalförsvaret är begränsad.

[107] 7 § 3 ovan nämnda författning.
[108] 1 § 3 förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, är en nationell medlems- och arbetsgivarorganisation där alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar. SKR är en politiskt styrd organisation vars högsta beslutande organ är kongressen. Kongressen har 451 ombud som utses per valkrets. Kongressen genomförs normalt en gång per mandatperiod, i övrigt leds förbundet av en styrelse. Som stöd har styrelsen arbetsutskott, delegationer och beredningar. För hälso- och sjukvård är hälso- och sjukvårdsdelegationen och beredningen för primärvård och äldreomsorg av betydelse. För omsorgsområdet finns beredningen för socialpolitik och individomsorg. Organisationsformen för SKR är ideell förening.

SKR:s uppgifter

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. SKR är dels en arbetsgivarorganisation och tecknar centrala kollektivavtal för nästan 1,2 miljoner medarbetare i kommuner och regioner. Därutöver är en viktig uppgift för SKR att arbeta med intressebevakning. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. I detta ingår att ge service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom. SKR erbjuder även kurser och konferenser inom många ämnen. En annan viktig uppgift för SKR är att bevaka det regionala perspektivet i EU. SKR samarbetar precis som många andra intresseorganisationer på europeisk nivå.

Avseende krisberedskap arbetar organisationen för att kommuner och regioner ska ha goda förutsättningar att utveckla sin krisberedskap. Detta arbete består bland annat av intressebevakning, verksamhetsutveckling och att facilitera nätverk. SKR samordnar även kommunernas och regionernas deltagande i nationella forum för krisberedskap. Därutöver förhandlar SKR för medlemmarnas räkning överenskommelser med staten om krisberedskap och civilt försvar.

Politisk organisation, tjänstemannaorganisation, kansli och bolag

För att genomföra alla olika uppgifter har SKR både en politisk organisation och ett kansli med tjänstemän. Kongressen, som är SKR:s högsta beslutande organ, anger inriktningen för SKR:s arbete och utser styrelse och ordförande. Mellan kongresserna leder styrelsen det politiska arbetet. Till sitt stöd har styrelsen förtroendevalda politiker i delegationer och beredningar.

SKR äger också hela eller delar i några olika bolag, bl.a. Adda, före detta SKL Kommentus AB, som erbjuder ramavtal och upphandlingsstöd till kommuner, regioner och deras bolag. SKR äger också del i SOS Alarm Sverige AB som bland annat ansvarar för SOS-tjänsten i Sverige genom att ta emot och förmedla larm på nödnumret 112. Inera AB är ett aktiebolag som ägs av kommuner, regioner och SKR gemensamt. Bolagets uppdrag är att förse ägarna med gemensam digital infrastruktur och arkitektur. Det gör Inera dels genom att utveckla och förvalta gemensamma, kvalitetssäkrade tjänster, dels genom att koordinera den digitala utvecklingen och tillhandahålla kompetens och material som stödjer regioners och kommuners verksamhetsutveckling genom digitalisering.[109]

SKR har inte någon formell roll i krisberedskapssystemet och är ingen förvaltningsmyndighet. Däremot har SKR en viktig roll i att stödja medlemmarna med kunskap, tillhandahålla nätverk för kommunernas respektive regionernas krisberedskap och ingå överenskommelser med staten om kommunernas och regionernas krisberedskap och arbete med civilt försvar. SKR har också haft en viktig roll i att stödja kommuner och regioner vid kriser som exempelvis vid skogsbränderna sommaren 2018 och under coronapandemin. SKR har fortlöpande kontakt med regering och myndigheter där SKR lyfter fram de behov som kommuner och regioner har. SKR fyller också en viktig funktion i krisberedskapen genom att tillhandahålla forum där myndigheter och andra aktörer kan föra dialog med representanter för kommuner och regioner i aktuella frågor.

[109] www.inera.se/om-inera/ineras-uppdrag/, besökt 2021-02-08.

SKR är inte en del i den offentliga förvaltningen

Utredningen kan konstatera att SKR inte är en del i det svenska förvaltningssystemet. SKR har inget ansvar gentemot riksdagen, regeringen eller medborgarna. SKR är en fristående ideell förening för dess medlemmar och inte en överordnad organisatorisk struktur till kommuner och regioner. Det innebär att SKR:s politiska styre inte på något sätt är överordnat det kommunala eller regionala styret. Det är frivilligt för kommuner och regioner att vara medlemmar i SKR och organisationen i sig kan inte fatta beslut som blir bindande för hur en kommun eller region ska agera. I frågor av gemensam betydelse brukar därför SKR:s styrelse eller delegationer fatta beslut om att *rekommendera* medlemmarna att på hemmaplan fatta beslut i vissa frågor och på så sätt få ett enhetligt beslutsfattande. Nationella beslut om rekommendationer åtföljs av en beredningsprocess i respektive kommun eller region och avslutas med ett lokalt eller regionalt politiskt beslut som inte nödvändigtvis landar i samma slutsats som den rekommendation som man kom överens om vid SKR. Oftast är dock förankringen så god att det som överenskoms nationellt också beslutas lokalt och regionalt. SKR kan också ta beslut om att genomföra olika uppgifter i egen regi genom det kansli som organisationen har tillgång till. Sådana beslut kräver ingen förankring men förpliktigar heller inte för enskilda kommuner eller regioner. Man styr så att säga sin egen organisation.

SKR som organisation behöver inte enligt lag följa den s.k. offentlighetsprincipen. Förbundet kan frivilligt välja att lämna ut handlingar men det finns ingen lagreglerad rättighet för allmänheten att få tillgång till allmänna handlingar på motsvarande sätt som i offentlig förvaltning.

Totalförsvaret byggs utifrån den svenska förvaltningen. Planeringsanvisningar tas på nationell nivå fram av Försvarsmakten och MSB på uppdrag av regeringen. Dessa planeringsansvisningar hanteras sektorsvis i ett system med centrala myndigheter under sekretess. Till denna process knyts högre regionala, regionala och lokala strukturer. För att SKR ska kunna delta aktivt i totalförsvarsplaneringen krävs ett omfattande säkerhetsarbete. SKR arbetar för närvarande med införande av säkerhetsskyddsorganisation.

SKR:s roll i totalförsvaret

SKR är som arbetsmarknadsorganisation skyldig att delta i totalförsvarsplaneringen enligt lag (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen. Det innebär att de är skyldiga att överlägga med totalförsvarsmyndigheterna om organisationernas uppgifter inom eller i anslutning till totalförsvaret på central, regional och lokal nivå; medverka vid övningar inom totalförsvaret samt lämna upplysningar eller annat biträde som totalförsvarsmyndigheterna behöver för sitt planeringsarbete.[110] SKR är också som arbetsgivarorganisation som i fredstid är eller brukar vara part i kollektivavtalsförhandlingar, skyldiga att överlägga med sina motparter om kollektivavtal för krissituationer som omfattas av totalförsvarsplaneringen.[111] Skyldigheterna bedöms dock inte sträcka sig utanför rollen som arbetsmarknadsorganisation.

Överenskommelser

Regeringen kan inte lämna uppdrag till kommuner eller regioner, eller till SKR, på samma sätt som till statliga myndigheter. Statens styrning av kommuner och regioner kan ske via lag, förordning och myndighetsföreskrifter eller genom överenskommelser. I den mån staten vill göra överenskommelser med kommuner och regioner om olika sakfrågor och finansiering sker detta med SKR som motpart.

På hälso- och sjukvårdsområdet tecknas en rad överenskommelser kring områden som anses särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. Staten ingår också, genom Socialdepartementet och MSB, överenskommelser med SKR inom krisberedskap och civilt försvar. Under pandemin har ett antal särskilda överenskommelser ingåtts.

Utredningens bedömning

Utifrån ovanstående kan utredningen konstatera att SKR inte är en del i det svenska förvaltningssystemet. SKR har en värdefull roll som plattform för samarbete och samverkan mellan kommuner och regio-

[110] 3 § lagen (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen.
[111] 4 § ovan nämnda författning.

ner, samt mellan staten och kommuner och regioner. Genom SKR:s olika bolag löser kommuner och regioner en del gemensamma uppgifter som inköpssamverkan och gemensamma frågor som rör it-infrastruktur. SKR saknar beslutsbefogenheter och bygger på frivillig samverkan. Nu är alla kommuner och regioner medlemmar i SKR, men det står kommuner och regioner fritt att lämna samarbetet om de inte är nöjda med hur det bedrivs. När det gäller samhällets krisberedskap kan SKR ha en kunskapsstödjande roll gentemot kommuner och regioner och tillhandahålla forum för erfarenhetsutbyte. SKR kan företräda kommuners och regioners intressen gentemot regeringen och myndigheter och förhandla överenskommelser med staten.

Under en kris bör däremot samverkan och samordning i första hand ske inom den offentliga förvaltningsstrukturen. Statliga myndigheter behöver därför utveckla sin samverkan med kommuner och regioner i krisberedskapssystemet. Coronakommissionen konstaterade att SKR har haft en mycket central roll i pandemibekämpningen. I avsaknad av andra användbara strukturer för dialog mellan staten och kommuner/regioner har SKR fullgjort en nödvändig uppgift för samordning och för att överbrygga problemen med det decentraliserade systemet. Enligt Coronakommissionen framstår det emellertid i flera avseenden som problematiskt att en betydande del av ansvaret för pandemibekämpningen i realiteten måste vila på en arbetsgivar- och intresseorganisation, en organisation som inte ansvarar inför vare sig riksdag, regering eller medborgare för sina beslut eller åtgärder.[112]

När det gäller totalförsvarsplanering kan SKR ingå överenskommelser med staten om detta och bistå kommuner och regioner med kunskap. SKR har en roll i totalförsvaret som arbetsmarknadsorganisationen men saknar än så länge de organisatoriska och säkerhetsmässiga förutsättningar som krävs för att vara en aktiv del i totalförsvaret. Den faktiska totalförsvarsplaneringen behöver därför ske direkt mellan statliga myndigheter och kommuner och regioner.

[112] Coronakommissionen (2021): Sverige under pandemin (SOU 2021:89), s. 749.

3.2.3 Grundläggande principer för krisberedskap

Sid 229(1295)

Bedömning: Ansvars-, likhets- och närhetsprincipen, som ligger till grund för krisberedskapen, måste tolkas tillsammans med lokaliseringsprincipen och det geografiska områdesansvaret i ett större sammanhang. Principerna är i vissa fall delvis överlappande. Kommuner och regioner måste därför analysera hur deras verksamheter förhåller sig till det geografiska områdesansvaret, lokaliseringsprincipen och statens ansvar.

Förutom att krisberedskapen baseras på daglig verksamhet och delas in i lokal, regional och nationell nivå så brukar Sveriges krisberedskapssystem beskrivas genom de grundläggande principerna ansvars-, närhets- och likhetsprincipen samt principen om geografiskt områdesansvar. När det gäller kommunal och regional verksamhet behöver även bl.a. lokaliseringsprincipen beaktas.

– *Ansvarsprincipen* innebär att den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer också har motsvarande ansvar vid kriser och/eller samhällsstörningar. Aktörer har ett ansvar att agera även i osäkra lägen samt att vidta de åtgärder som krävs för att både skapa robusthet och krishanteringsförmåga. Den utökade ansvarsprincipen innebär att aktörerna ska stödja och samverka med varandra. I propositionen Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull tydliggjorde regeringen att det i ansvarsprincipen även ingår att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan. Regeringen bedömde då att förmågan att samverka över sektorsgränserna bör förbättras.[113] Regeringen har också uttryckt att den anser att den myndighet eller utförare som har ansvaret för verksamhet under normala förhållanden, i enlighet med ansvarsprincipen, även har ansvar för att finansiera de åtgärder som krävs för att verksamhet kan bedrivas även i en krissituation.[114]

– *Närhetsprincipen* innebär att kriser ska hanteras på lägsta möjliga nivå i samhället. Med detta avses att den ledningsnivå eller instans som närmast berörs av det akuta krisförloppet normalt ska svara för ledningen av de åtgärder som erfordras för att man ska kunna hantera krisen på ett effektivt sätt. Krishanteringen bör lyftas till

[113] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 37.
[114] Förslag till statens budget för 2015 (prop. 2014/15:1), Utgiftsområde 6 s. 98.

högre nivåer endast om detta krävs för en rationell prioritering av olika åtgärder eller om samordningen av insatserna av andra skäl blir lidande av att krisen hanteras på den närmast berörda nivån.[115]

- *Likhetsprincipen* innebär att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Verksamheten under fredstida kriser och/eller samhällsstörningar ska fungera som vid normala förhållanden, så långt det är möjligt.
- *Geografiskt områdesansvar* innebär kortfattat att kommunen[116], länsstyrelsen[117] och regeringen[118] har ett ansvar för samordning av krishanteringen mellan olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå.
- *Lokaliseringsprincipen* utgår ifrån kommunallagens bestämmelser om att kommuner och regioner själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar.[119]

Det anges ofta att ansvarsprincipen är otydlig och inte fungerar i händelse av en kris. Regeringen har flera gånger fått kritik för ansvarsprincipen bl.a. i Riksrevisionens rapport om lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015.[120] Även under utbrottet av covid-19 har flera aktörer lyft frågan om ansvarsprincipens tillämplighet i kris.

Riksrevisionen ifrågasatte i rapporten från år 2015 om ansvarsprincipen har den tydlighet som behövs för att vara vägledande i krissituationer. Regeringen instämde inte i Riksrevisionens kritik. Regeringen menade att ansvarsprincipen ger uttryck för den självklara uppfattningen att det ansvar som en myndighet tilldelats också gäller i kristägen. Ansvaret gäller i hela hotskalan så länge inte något annat finns angivet i författning. Regeringen ansåg att det är grundläggande att alla samhällsinstitutioner har en förmåga att hantera kriser som inträffar inom deras ansvarsområde. Riksrevisionens iakttagelse om ansvarsprincipens bristande genomslag hos myndigheterna visade en-

[115] Fortsatt förnyelse av totalförsvaret (prop. 2001/02:10), s. 77.
[116] 2 kap. 7 § lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[117] 7 § förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion samt 6 § förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[118] Utgår ifrån regeringsformens bestämmelser att det är regeringen som styr riket.
[119] 2 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).
[120] Riksrevisionen (2015): *Lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015 – beredskap och hantering* (RiR 2017:4).

Sid 231(1295)

ligt regeringen snarare på ett behov av ökad kunskap. Regeringen angav att vikten av en enhetlig tolkning av ansvarsprincipens innebörd skulle uppmärksammas inom ramen för den ordinarie myndighetsstyrningen.[121]

Riksrevisionen konstaterar också i en rapport år 2018 om livsmedels- och läkemedelsförsörjningen att ansvarsprincipen, eftersom den inte är reglerad i författning, inte heller är tvingande eller direkt styrande för privata aktörer.[122] Revisionen rekommenderar regeringen att klargöra mål, krav och ansvar på området samt att förtydliga vad man förväntar sig av de myndigheter som har samordningsansvar.[123] Det kan förvisso vara så att det inte finns ett i lag utpekat ansvar för privata aktörers krisberedskap då de på det allmännas uppdrag utför uppgifter som enligt olika lagar ankommer på det allmänna. Det är dock inte samma sak som att det är ett otydligt ansvar enligt ansvarsprincipen. Ansvaret för hälso- och sjukvård ankommer till exempel på kommuner och regioner som huvudmän, oavsett om dessa i sin tur har lagt ut hela eller delar av verksamheten på privata aktörer eller i andra driftsformer. Det finns dock områden där ansvaret för t.ex. läkemedelsförsörjningen till patienter som får sina läkemedel på recept i sin helhet utförs av privat- eller offentligt ägda bolag. Dessa frågor har utredningen behandlat i det tidigare delbetänkandet SOU 2021:19.

Det geografiska områdesansvaret och lokaliseringsprincipen är till skillnad från ansvars-, likhets- och närhetsprinciperna tydligt reglerade i lag. Även om ansvarsprincipen i sig inte är reglerad i lag så är det ansvar som olika aktörer har ofta reglerat. Så länge inget annat sägs är det en självklarhet att detta ansvar kvarstår i händelse av en fredstida kris. Någon allmän ansvarsprincip behöver därför enligt utredningen knappast regleras.

Av principerna ovan framgår också att närhetsprincipen innebär att hanteringen av en händelse kan lyftas till en annan nivå när så anses vara rationellt för prioritering eller samordning. En sådan förändring kan innebära att en fråga blir någon annans ansvar enligt ansvarsprincipen. Det är inte i strid med ansvarsprincipen, utan en

[121] Regeringens skrivelse med anledning av Riksrevisionens rapport om lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015 – beredskap och hantering (Skr. 2016/17:206), s. 11 f.
[122] Livsmedels- och läkemedelsförsörjning – samhällets säkerhet och viktiga samhällsfunktioner (RiR 2018:6), s. 19.
[123] A.a., s. 9–10.

logisk konsekvens av principernas tillämpning, och i förekommande fall tydligt uttryckt i lag.

3.2.4 Geografiskt områdesansvar

Det geografiska områdesansvaret utvecklades i början av 2000-talet efter ett betänkande från sårbarhets- och säkerhetsutredningen[124] och infördes genom propositionen Samhällets säkerhet och beredskap.[125] Inom ett geografiskt område ska det finnas ett organ med ansvar för inriktning, prioritering och samordning av tvärsektoriella krishanteringsåtgärder. Samordningen innebär att de geografiskt områdesansvariga organen ska initiera och underlätta den samverkan som krävs vid en kris. Områdesansvaret är en viktig del i krisberedskapen. Enligt regeringens bedömning bör den grundläggande strukturen för tvärsektoriell samordning inom samhällets krisberedskap även fortsättningsvis vara det geografiska områdesansvaret, dvs. det ansvar för initiativ och samordning som vilar på regeringen för hela nationen, på länsstyrelsen för länet och på kommunstyrelsen för kommunen.[126]

Det geografiska områdesansvaret har för regeringens del utgångspunkt i regeringsformens bestämmelser. De statliga förvaltningsmyndigheterna lyder under regeringen och regeringen kan, då samhällets säkerhet hotas, fatta beslut i olika avdömningsfrågor eller för att åstadkomma nationell samordning. Regeringens uppgift avseende det nationella områdesansvaret är bl.a. att ansvara för den övergripande samordningen, prioriteringen och inriktningen av samhällets krisberedskap.[127]

När det gäller ansvaret för att hantera krissituationer avgörs detta av krisens karaktär och omfattning. Hanteringen av kriser utgår från det geografiska områdesansvaret och präglas i regel av ett nedifrån–upp-perspektiv. En krissituation som enbart drabbar en kommun hanteras i första hand lokalt, även om konsekvenserna också kan behöva hanteras parallellt på regional eller nationell nivå. Är krisen mera omfattande hanteras den även på länsnivå med stöd av nationella myndigheter. Utifrån vad utredningen om civilt försvar föreslår ska regionala kriser som omfattar flera län kunna hanteras av läns-

[124] Fortsatt förnyelse av totalförsvaret (prop. 2001/02:10), s. 45.
[125] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 52 f. och 57 f.
[126] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/07:92), s. 13.
[127] A.a., s. 14.

Sid:233(1295)

styrelserna gemensamt i ett civilområde med stöd av civilområdeschefen.[128]

Principerna behöver ses i ett sammanhang

Det är viktigt att förstå att de olika principerna ovan kompletterar varandra och att de måste ses i ett sammanhang. I grunden har kommuner, regioner och myndigheter fått ansvar att utföra vissa uppgifter. Även om ansvarsprincipen i sig inte är lagstadgad så är ansvaret för offentliga verksamheter bl.a. reglerat genom lag eller andra föreskrifter.

För kommuner och regioner anknyter det utpekade ansvaret i betydande mån till lokaliseringsprincipen i kommunallagen, dvs. ansvaret är kopplat till kommunens eller regionens territoriella område eller deras invånare. När det gäller statliga myndigheter, t.ex. Polismyndigheten eller Trafikverket, är ansvaret som regel nationellt men kan genom myndighetens organisation ha en lokal eller regional geografisk dimension. För andra myndigheter som Läkemedelsverket eller E-hälsomyndigheten saknas i princip den lokala och regionala dimensionen helt. För Läkemedelsverket, som bl.a. fattar beslut om nationella godkännanden av läkemedel, är i stället EU en ”högre nationell” geografisk dimension att förhålla sig till eftersom många av myndighetens uppgifter är reglerade i EU-rätten och att myndigheten utför uppgifter gemensamt inom arbete med EU:s gemensamma läkemedelsmyndighet (EMA). Även MSB och Folkhälsomyndigheten har uppgifter som tydligt knyter an till den internationella dimensionen, även utanför EU.

Det geografiska områdesansvaret är också att betrakta som ett ansvar. Geografiskt områdesansvar syftar till att skapa en gemensam inriktning och samordning av betydelse för en kris mellan sektorer. Detta sker på olika geografiska nivåer. Det innebär att kommunen eller länsstyrelsen utifrån sina olika geografiska områdesansvar kan underlätta samordning genom att tillhandahålla en arena för samverkan för t.ex. myndigheter, kommuner, regioner och andra aktörer när de försöker lösa uppgifter kopplat till deras ansvar. För den nationella nivån sker samverkan ofta hos MSB även om det formellt är regeringen som har det yttersta ansvaret.

[128] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 412.

Även närhetsprincipen innefattar, så som den uttrycks, ett visst mått av flexibilitet. Principen som anger att en kris ska hanteras på lägsta möjliga nivå i samhället innehåller en skrivning om att om det behövs för att krisen ska hanteras rationellt eller för samordningen kan en fråga lyftas till en annan nivå. Det framgår inte direkt av principen, men det kan antas att, detta innebär att om ett ansvar ligger på en lokal aktör och det finns skäl att lyfta frågan till en högre nivå och att ansvaret här utövas av någon annan så är det i linje med principerna. Ett sådant ansvar för en annan nivå kan då också uttryckas tydligt i författning.

Utifrån ovanstående kan man konstatera att en kommun eller region har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård. Detta ansvar riktar sig i första hand till de egna invånarna enligt lokaliseringsprincipen. Regionerna har dock genom HSL fått utökat ansvar för att tillhandahålla viss sjukvård även till andra. Det är dock inte tydligt uttryckt att kommuners och regioners ansvar sträcker sig till att även säkerställa att rikets samlade sjukvårdsresurser används på ett optimalt sätt och fördelas rättvist över riket i händelse av en fredstida kris. Det finns i LEH vissa möjligheter för kommuner och regioner att frivilligt stödja andra, men inget som tydligt uttrycker en skyldighet att göra det vid fredstida kriser.

3.3 Totalförsvar

Totalförsvar är sådan verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Under högsta beredskap är totalförsvar all samhällsverksamhet som då ska bedrivas. I totalförsvaret ingår militär verksamhet (militärt försvar) och civil verksamhet (civilt försvar).[129] Det civila försvaret bygger på samhällets krisberedskap och samhällets samlade motståndskraft. Krisberedskapen och civilt försvar hänger således samman och det civila försvaret förmåga har stor betydelse för det militära försvaret.

Det övergripande målet för totalförsvaret är att ha förmåga att försvara Sverige mot väpnat angrepp och värna vår säkerhet, frihet, självständighet och handlingsfrihet. Verksamhet inom totalförsvaret

[129] 1 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

ska kunna bedrivas enskilt och tillsammans med andra, inom och utom landet.[130]

Målet för det civila försvaret är att

- värna civilbefolkningen,
- säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna,
- upprätthålla en nödvändig försörjning,
- bidra till det militära försvarets förmåga vid väpnat angrepp eller krig i vår omvärld,
- upprätthålla samhällets motståndskraft mot externa påtryckningar och bidra till att stärka försvarsviljan,
- bidra till att stärka samhällets förmåga att förebygga och hantera svåra påfrestningar på samhället i fred, och
- med tillgängliga resurser bidra till förmågan att delta i internationella fredsfrämjande och humanitära insatser.[131]

Civilt försvar är ingen organisation och ingen organisation ansvarar ensamt för att civilt försvar kommer till stånd. Civilt försvar utgörs av den verksamhet som statliga myndigheter, kommuner, regioner, privata aktörer och frivilligorganisationer genomför i syfte att göra det möjligt för att samhället att hantera situationer vid höjd beredskap och krig. Enligt regeringen ska arbetet med civilt försvar utgå från krisberedskapen och dess strukturer och processer där förmågan att hantera kriser ska ge en grundläggande förmåga att även hantera krigssituationer.[132,133] Regeringen anger dock att i den mån dessa strukturer och processer behöver revideras utifrån erfarenheterna av covid-19 ska detta göras.[134]

Totalförsvarsresurser ska utformas så att de även kan användas vid internationella insatser och för att stärka samhällets förmåga att förbygga och hantera svåra påfrestningar i fredstid.[135]

I fredstid genomför berörda aktörer totalförsvarsplanering, det vill säga aktörerna förbereder och planerar inför att aktivt kunna

[130] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 86.
[131] A.a., s. 89.
[132] Försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016–2020 (prop. 2014/15:109), s. 105.
[133] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 127.
[134] A.a.
[135] 2 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

verka i händelse av ett skärpt säkerhetsläge. Totalförsvaret aktiveras först vid ett beslut om höjd beredskap. Höjd beredskap är ett samlingsnamn för beredskapsnivåerna ”skärpt beredskap” eller ”högsta beredskap”. Det är regeringen som beslutar om skärpt eller högsta beredskap. Om Sverige är i krig råder högsta beredskap.[136]

Till skillnad från vid fredstida kriser finns det särskilda regler i regeringsformen och i ett flertal andra författningar som ska snabba på och underlätta beslutsfattande vid krig. Regleringarna ska även understödja omställningen av samhället från fredstida behov till försvar av landet. Samlingsbegreppet för lagar och föreskrifter som förbereder och anpassar samhället till höjd beredskap är administrativ beredskap. Den inbegriper två delar:

– Författningsberedskap: lagar, förordningar och bestämmelser för att planlägga och reglera samhällets omställning från fred till krig och för att säkerställa att samhället fungerar även i krig.
– Organisationsberedskap: bestämmelser om myndigheters uppgifter och organisation i krig eller vid krigsfara samt vid planeringen i fredstid.

Exempel på regleringar

Förordning (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap syftar till att samtliga statliga myndigheter genom sin verksamhet ska utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter inför och vid höjd beredskap. Denna förordning ansluter till lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

I förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, som tidigare nämnts i samband med krisberedskapen, finns också bestämmelser om bevakningsansvariga myndigheters åtgärder inför och vid höjd beredskap. Bevakningsansvariga myndigheter har i förhållande till andra myndigheter ett utpekat ansvar att vidta ytterligare förberedelser inom respektive ansvarsområde vid höjd beredskap.[137] Samtliga myndigheter som har ett särskilt ansvar för krisberedskap är även

[136] 3 § ovan nämnda författning.
[137] 16–18 §§ förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.

Sid 237(1295)

bevakningsansvariga myndigheter.[138] Även länsstyrelserna är bevakningsansvariga myndigheter.[139]

I lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap finns bl.a. bestämmelser om att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap.[140] Under höjd beredskap ansvarar kommunstyrelsen för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva. Motsvarande föreligger för regionen dvs. att regionstyrelsen ansvarar för ledningen under höjd beredskap.[141] Kommunens alternativt regionens krisledningsnämnd har ingen funktion under höjd beredskap.

Exempel på myndigheternas ansvar

MSB ska enligt sin instruktion bland annat utveckla och stödja arbetet med civilt försvar.[142] Myndigheten ska också stödja berörda aktörer i planeringen för civilt försvar. Myndigheten ska särskilt verka för att aktörerna samordnar planeringen samt för att samordning sker i förhållande till det militära försvaret.[143]

Vad gäller hälso- och sjukvård framgår det bland annat av Socialstyrelsens instruktion att myndigheten ska samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.[144]

3.3.1 Totalförsvaret 2021–2025

I december år 2020 beslutade riksdagen inriktningen för totalförsvaret 2021–2025.[145] Där anges att utgångspunkten för planeringen av totalförsvaret bör vara att under minst tre månader kunna hantera en säkerhetspolitisk kris i Europa och Sveriges närområde som inne-

[138] Bilaga till förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[139] 10 § ovan nämnda författning.
[140] 3 kap. 1 § lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[141] 3 kap. 2 § första respektive andra stycket ovan nämnda författning.
[142] 1 § andra stycket 1 förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[143] 6 § ovan nämnda författning.
[144] 9 § 1 förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[145] Totalförsvaret 2021–2025 (Prop. 2020/21:30), rskr. 2020/21:135.

bär allvarliga störningar i samhällets funktionalitet samt krig under del av denna tid.[146] Regeringen bedömer att det under perioden 2021–2025 är särskilt viktigt att arbetet med att stärka motståndskraften i de viktigaste samhällsfunktionerna vidareutvecklas och fördjupas.[147]

Arbetet med att utveckla styrningen och uppföljningen av det civila försvaret bör fortsätta. Styrningen och uppföljningen bör vara långsiktig och tydligt inriktad mot verksamhetens resultat.[148] Verksamheten bedrivs av många olika aktörer på central, regional och lokal nivå. För att sådan omfattande verksamhet ska utföras effektivt krävs välfungerande planering, samordning och uppföljning. Regeringen har därför bl.a. aviserat att den avser att inrätta en ny myndighet för uppföljning och utvärdering av verksamheten i totalförsvaret som ska inrättas senast den 1 januari 2023.[149] Utredningen kan också konstatera att detta kräver en tydlig styrning av hälso- och sjukvården och dess resurser.

Stöd till Försvarsmakten

I händelse av krigsfara eller krig kommer totalförsvarets ansträngningar inledningsvis att kraftsamlas till det militära försvaret, samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna behöver säkerställas och civilbefolkningen skyddas. Samhället behöver snabbt kunna ställas om till krigsförhållanden, genomföra en nationell kraftsamling samt mobilisera militära och civila resurser som gynnar försvarsansträngningarna.[150] Det civila försvarets stöd till Försvarsmakten kan innebära svåra avvägningar, såväl i en akut situation som på längre sikt, avseende hur resurser bör prioriteras med hänsyn tagen till samhällets generella behov och Försvarsmaktens behov under höjd beredskap. Det är viktigt att det under perioden 2021–2025 sker ett arbete med att ta fram en planering och principer för hur prioriteringar ska göras.[151] Inom de flesta områden innebär det att det offentliga inte kommer kunna leverera annan verksamhet eller service än den som bedöms vara samhällsviktig för totalförsvarets behov.[152] Detta inne-

[146] A.a., s. 84.
[147] A.a., s. 134.
[148] A.a., s. 95.
[149] A.a., s. 97.
[150] A.a., s. 128.
[151] A.a., s. 128.
[152] A.a., s. 128.

bär att hälso- och sjukvården initialt kan tvingas prioritera hårdare för att uppnå den kraftsamling som krävs för totalförsvarsansträngningarna än vad som är fallet i ett längre perspektiv. Även sådan angelägen vård som endast kan anstå kortare tid kan därmed inledningsvis få skjutas upp. Det kan också innebära att nationell hänsyn måste ställas över kommunal och/eller regional hänsyn.

I händelse av allmän mobilisering och intagande av krigsorganisation kommer friktioner uppstå, bl.a. kommer personal som arbetar i vården mobilisera med Försvarsmakten, som innebär att vården inte kommer fungera som normalt. I ett något längre perspektiv kommer dock sjukvården tvingas hitta former för ”det nya normala”.

Inom det civila försvaret ska berörda aktörer planera för att under höjd beredskap och ytterst krig kunna stödja Försvarsmakten. Denna planering bör fortsätta att utvecklas på såväl nationell som regional nivå. De stödbehov som identifieras inom det militära försvaret, liksom civila aktörers förmåga att tillgodose dessa behov, är en viktig del av planeringen.[153]

Försvarsmaktens försvarsplanering är en viktig utgångspunkt för den sammantagna totalförsvarsplaneringen på central, regional och lokal nivå. Regeringens inriktning av Försvarsmaktens försvarsplanering är därmed viktig även för planeringen för det civila försvaret.[154]

Sjukvårdens funktionalitet ska upprätthållas

Regeringen framhåller också att det är viktigt att upprätthålla funktionaliteten inom hälso- och sjukvården i krig.[155] Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. 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.[156]

Regionerna har förvisso redan i grunden ett ansvar för att erbjuda vård om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där

[153] A.a., s. 128.
[154] A.a., s. 129.
[155] A.a., s. 139.
[156] A.a., s. 139.

behöver omedelbar hälso- och sjukvård.[157] Omedelbar vård bör uppfylla kriteriet för sådan vård som inte kan anstå. Det innebär i praktiken att regionerna redan i dag är skyldiga att ta hand t.ex. stridsskadade om de är i behov av omedelbar vård då Försvarsmakten bedriver väpnad strid i regionen. Det är dock inte rimligt att anta att regionen ska planera, dimensionera eller finansiera sådan vård som kommer av totalförsvarsansträngningar på egen hand. Det kan inte ha varit avsikten med bestämmelsen. För hälso- och sjukvården innebär dock det som anges i Totalförsvarspropositionen att regioner kan behöva anpassa sitt vårdutbud till att, utöver vad som kommer av hälso- och sjukvårdslagen, även svara upp mot de behov som kommer av Försvarsmaktens planering. Det kan till exempel innebär att planera för ett mycket större antal traumafall i anslutning till ett stridsområde och/eller att upprätta ett stort antal vårdplatser för eftervård i syfte att stödja Försvarsmakten och andra regioner som har en större belastning på den akuta vården. Vad som är aktuellt för olika kommuner och regioner är beroende av bl.a. försvarsplaneringen. Det är dock viktigt att understryka att ingen kommun eller region kan lösa så stora åtaganden som kommer av Försvarsmaktens behov utan att det tillförs ekonomiska medel. Sådana medel måste stå i proportion till den uppgift som ska lösas, vilket alltså kan variera mellan olika kommuner och regioner. Detta måste knytas till planeringen.

3.3.2 Gråzon och hybridhot – mellan krig och fred

Gråzon brukar förstås som ett tillstånd mellan fred och krig och betecknas ibland även som hybridhot. Konceptet gråzonskonflikt (”gray zone conflict”) har fått en ökande betydelse inom militär policy- och strategiutveckling, där den framtida hotmiljön beskrivs som ett ”kontinuum” eller spektrum av många olika typer av konflikter där traditionella militära medel undviks.[158] Gråzonsproblematik orsakas av ett antal kombinerade antagonistiska aktiviteter som angriparen avser inte ska uppfattas som krigföring. Aktiviteterna kan exempelvis utgöras av politisk påverkan, manipulering av marknader, desinformation, informationspåverkan, stöd till ytterlighetsrörelser, makt-

[157] 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[158] Totalförsvarets forskningsinstitut (2018): *Gråzonsproblematik och hybridkrigföring – påverkan på energiförsörjning* (FOI-R--4590—SE), s. 13.

demonstrationer, illegal underrättelseinhämtning, hot och påtryckningar mot beslutsfattare, cyberangrepp och fysiska sabotage.[159]

Att använda gråzonsstrategi handlar grovt sett om att försöka uppnå politiska eller andra mål via tillgängliga maktmedel utan att eskalera en situation till krig eller annan kraftfull motreaktion. Försvarsmakten uttrycker det som att

> … motståndaren strävar efter att kringgå grunderna för [den svenska] statens verktyg för institutionellt våld.[160]

Regeringen skriver i Totalförsvarspropositionen att vid en säkerhetspolitisk kris, konflikt eller krig i närområdet kan Sverige bli utsatt för en kombination av olika maktmedel där också militära operationer utgör en komponent. Hybridhot och icke-linjär krigföring är exempel på två begrepp som förekommer för att beteckna staters eller statsunderstödda aktörers användning av olika medel för att avsiktligt störa samhällets funktionalitet eller påverka opinioner, beslutsfattare och demokratiska processer. Tillvägagångssättet som sådant har funnits i alla tider. Det som utmärker vår tid är uppkomsten av nya tillämpningar och ökade sårbarheter som den samhälleliga och tekniska utvecklingen skapat, liksom vissa staters förmåga och beredskap att använda antagonistiska påverkansmedel på ett samordnat sätt. Västerländska demokratiska samhällen med fri opinionsbildning och öppna ekonomier har särskilda kännetecken som en antagonistisk motpart kan utnyttja till sin fördel.[161]

Hybridhoten i fredstid riktas i hög grad, men inte enbart, mot det civila samhället. Sårbarheter i civila strukturer måste minskas, den fredstida hanteringen av hybrida hot stärkas och hanteringen präglas av ett helhetsperspektiv.[162]

Betydelsen för hälso- och sjukvården

För hälso- och sjukvården innebär gråzon och hybridhot precis som för samhället i stort att hänsyn måste tas till att en framtida säkerhetspolitisk konflikt inte med nödvändighet kommer utspela sig i höjd beredskap, krig eller genom ett väpnat angrepp på Sverige. Det

[159] A.a., s. 3.
[160] A.a., s. 14.
[161] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 61–62.
[162] A.a., s. 137.

kan noteras att situationen med hybridhot eller gråzonsproblematik kan vara nog så utmanande för samhället. Många olika icke attribuerbara händelser som både leder till samtidiga och omfattande störningar i teknisk infrastruktur och skadeutfall kombinerat med påverkan i informationsmiljön innebär enligt utredningens bedömning att hälso- och sjukvården kan sättas under mycket hård press. Det går inte att utesluta att den press som uppstår är minst lika omfattande som den press som skulle uppstå under ett väpnat angrepp även om den är av en annan karaktär. Detta är något som behöver beaktas när det kommer till behoven kring hur hälso- och sjukvården ska ledas och hur resurser ska fördelas.

3.3.3 Planering av totalförsvaret

Återupptagandet av totalförsvaret innebär också ett behov av återtagande av en planeringsprocess för totalförsvarets behov. Regeringen konstaterar i Totalförsvarspropositionen att MSB och Försvarsmakten, som ett resultat av ett gemensamt regeringsuppdrag under föregående försvarsbeslutsperiod, har utarbetat en modell för sammanhängande planering, med fokus framför allt på det civila försvaret. Regeringen angav vidare att det är av vikt att myndigheternas påbörjade arbete med att åstadkomma en ändamålsenlig planering och uppföljning av det civila försvaret fortsätter att utvecklas under försvarsbeslutsperioden 2021–2025.[163]

Regeringen fattade i december 2020 beslut om anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025.[164] Enligt beslutet ska de bevakningsansvariga myndigheternas arbete med civilt försvar stärkas och förmågehöjande åtgärder vidtas. Myndigheterna ska i genomförandet av uppdraget vid behov samarbeta med berörda aktörer, till exempel statliga myndigheter, kommuner, regioner frivilligorganisationer och näringsliv. Den del av uppdraget som handlar om förmågan att bidra till det militära försvaret ska genomföras i samråd med Försvarsmakten.

Regeringen har också med anledning av totalförsvarsbeslutet beslutat om en inriktning för en sammanhängande planering av totalförsvaret.[165] Beslutet innebär att Försvarsmakten och MSB, i samver-

[163] A.a., s. 96.
[164] Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025 (Ju2020/04658).
[165] Inriktning för en sammanhängande planering för totalförsvaret (Fö2020/01269).

kan med bevakningsansvariga myndigheter, ska främja och utveckla en sammanhängande planering för totalförsvaret för 2021–2025 vad avser planeringsförutsättningar och stöd till bevakningsansvariga myndigheter med flera. Uppdraget innebär bl.a. att Försvarsmakten och MSB ska ta fram gemensamma planeringsantaganden som bl.a. ska användas av de bevakningsansvariga myndigheterna i deras fortsatta planering. Av uppdraget framgår vidare att det för att säkerställa den samlade förmågan i totalförsvaret är av stor vikt att arbetet med en sammanhängande planering utvecklas och genomförs på statlig, regional och kommunal nivå av såväl offentliga som privata aktörer. Försvarsmakten och MSB ska fortsatt stödja och verka för att bevakningsansvariga myndigheter samt regioner och kommuner stärker sin förmåga att hantera höjd beredskap och då ytterst krig. Resultatet av uppdraget till Försvarsmakten och MSB finns publicerat i rapporten *Handlingskraft*.[166]

Regeringen har också gett MSB i uppdrag att göra en samlad bedömning av förmågan inom det civila försvaret.[167] MSB ska återkoppla slutsatserna till de bevakningsansvariga myndigheterna och Försvarsmakten i syfte att återföra kunskap och möjliggöra lärdomar. I genomförandet av uppdraget ska MSB använda sig av de bevakningsansvariga myndigheternas redovisningar som lämnas i enlighet med Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025. Genomförandet av uppdraget ska ske i samarbete med de bevakningsansvariga myndigheterna och Försvarsmakten. Vid behov ska samarbete även ske med övriga berörda aktörer, till exempel kommuner, regioner, frivilligorganisationer och näringsliv.

Planeringsansvar för höjd beredskap

Bevakningsansvariga myndigheter har ett planeringsansvar för höjd beredskap i enlighet med vad som framgår av bl.a. 4 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Där framgår att varje myndighet ska i sin verksamhet beakta totalförsvarets krav. I myndigheternas planering för totalförsvaret ska det ingå att myndigheten under höjd beredskap ska fortsätta sin verksamhet så långt det är möj-

[166] Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Handlingskraft* (dnr FM2021-17683:2, MSB202016261-3).
[167] Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att göra en samlad bedömning av förmågan inom det civila försvaret (Ju2020/04658, delvis).

ligt med hänsyn till tillgången på personal och förhållandena i övrigt. Myndigheternas planering för totalförsvaret ska vidare ske i samverkan med de statliga myndigheter, kommuner, regioner, sammanslutningar och näringsidkare som är berörda.

Även kommuner och regioner har ett ansvar att planera för höjd beredskap vilket framgår av 3 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Där framgår att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Bestämmelsen anger dock inget om utifrån vad eller mot vilken förmåga som kommuner och regioner ska planera. Enligt 5 kap. 1 § LEH ska kommuner och regioner a få ersättning av staten för kostnader för förberedande uppgifter som de utför enligt 2 och 3 kap. Uppgifter som rör extraordinära händelser i fredstid berättigar till ersättning endast 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.

Statens styrning av regionernas arbete – överenskommelser

Staten arbetar sedan många år med överenskommelser för frågor som är strategiskt viktiga för de politiska målen. Överenskommelser inom hälso- och sjukvårdsområdet ingås mellan regeringen (Socialdepartementet) och SKR inom områden där regeringen och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Sådana överenskommelser är inte bindande för kommuner och regioner. Det finns sedan några år tillbaka även överenskommelser avseende civilt försvar som rör regionernas hälso- och sjukvård. Syftet med överenskommelserna är att ge regionerna långsiktiga förutsättningar för hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar.[168] I överenskommelserna listas de insatser som regionerna ska genomföra. Det framgår också vissa uppgifter kring SKR:s roll avseende att stödja regionerna och kommunerna. De ovan nämnda överenskommelserna har ingen tydlig koppling till den process för planering vid statliga myndigheter som redovisas ovan.

[168] Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2021 (S2021/02919), s. 14.

3.4 Särskilt om samverkan och samordning

Många frågor som ska hanteras i offentlig förvaltning eller i vården spänner över flera olika ansvarsområden. Samverkan är en stor del av vården i vardagen. Som exempel kan nämnas att regioner har ansvar för att tillhandahålla vård, kommunen har ansvar för räddningstjänst och polisen har bl.a. ansvar för att förebygga och förhindra brott samt övervaka den allmänna ordningen och säkerheten. Vid t.ex. en trafikolycka behöver dessa tre aktörer gemensamt göra en insats på olycks-/skadeplatsen utifrån sina respektive ansvarsområden. Detta kräver samverkan. Även i situationer kring utskrivning av en patient från sjukhus kan samverkan krävas mellan en region och en kommun. För att utskrivningen ska kunna verkställas krävs t.ex. att kommunen har en plats i ett särskilt boende, eller de andra stödresurser som krävs vid överflyttningen.

Oavsett hur staten, regionen, kommunen eller ett företag valt att organisera sig uppkommer gränsdragningsfrågor. Hur en viss organisatorisk enhet väljer att hantera en uppgift kan i hög grad inverka på andra organisatoriska enheters förutsättningar att hantera sina uppgifter.

3.4.1 Allmänt om samordning av verksamheter

Bedömning: Samordning är en effekt som uppnås endera genom ledning eller samverkan. Att använda verbet *samordna* som uppdragsformulering till aktörer som endast kan bidra till att samordning mellan aktörer uppnås genom samverkan kan leda till en övertro på den effekt som aktören kan uppnå. Att samordna är därför inte en lämplig uppdragsformulering till en aktör som inte direkt kan leda det som ska samordnas. För sådana aktörer som endast kan uppnå samordning genom samverkan bör i stället ett uppdrag uttryckas som att *verka för samordning*.

I svensk förvaltning används ofta begrepp som samverka och samordna. Att samverka är en grundläggande skyldighet för alla statliga myndigheter. Det finns en generell plikt för myndigheter att samarbeta och samverka som är förordningsstyrd. Myndighetsförordningen (2007:515) slår fast att myndigheten fortlöpande ska verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de

fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.[169] Enligt 8 § förvaltningslagen (2017:900) ska en myndighet inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter. Även av förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap framgår uttryckligen att myndigheterna ska samverka och stödja varandra vid en krissituation.[170]

Trots att samverkan är en grundläggande skyldighet för myndigheter uttrycks det ändå i vissa sammanhang särskilt att vissa myndigheter ska samverka med andra myndigheter. Exempelvis framgår att Läkemedelsverket och Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten. Myndigheternas arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende av hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.[171,172] Det är inte heller ovanligt att samverkan mellan myndigheter särskilt uttrycks i regeringsuppdrag. Att separat uttrycka samverkansskyldigheten riskerar enligt utredningen att leda till att den grundläggande generella samverkansskyldigheten urholkas och att det blir otydligt huruvida man ska samverka om detta inte uttryckligen anges.

Inom krisberedskapen refereras ofta till ansvarsprincipen när det gäller offentliga aktörers ansvar för verksamheter i kris, dvs. även kommuner och regioner. Regeringen konstaterade i propositionen *Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull* att ansvarsprincipen, så som den delvis har utvecklats, begränsats till den egna verksamheten.[173] Regeringen gjorde därför bedömningen att det i ansvarsprincipen, som innebär att den som bedriver verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar även under krissituationer, även ingår att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan.[174] Detta har lett till vad som brukar kallas den utökade ansvarsprincipen som alltså tolkats till att omfatta ett krav på att samverka med andra, även utanför statliga myndigheter och mellan aktörer inom en sektor.

Även begreppet samordning används i uppgifter till myndigheter. MSB ska till exempel samordna kommunerna på nationell nivå och

[169] 6 § myndighetsförordningen (2007:515).
[170] 5 § förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap.
[171] 11 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[172] 32 § förordning (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.
[173] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 38.
[174] A.a., s. 37.

stödja dem med råd och information i deras verksamhet enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor[175] samt stödja och samordna arbetet med samhällets informationssäkerhet.[176] Länsstyrelserna ska utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande samt inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser.[177] I vissa avseenden uttrycks uppgiften i stället som att myndigheten ska verka för samordning. MSB ska t.ex. arbeta med och verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara.[178]

Samarbete, samverkan och samordning

Orden samverka och samordna är som framgår ovan vanligt förekommande i regleringar som rör svensk förvaltning men också i andra sammanhang som rör hanteringen av frågor som berör olika ansvarsområden. Andra ord som ofta används i bl.a. rättsliga regleringar är samarbete och samråd.

Med **samarbete** avses enligt Socialstyrelsens termbank gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift. Med **samordning** avses enligt samma termbank koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet och med **samverkan** avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.

MSB har tagit fram en ledningsmodell, *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*, som stöd för samverkan och ledning inom samhällsskydd och beredskap, både i offentlig och privat verksamhet samt på lokal, regional och nationell nivå. I modellen beskrivs ledning och samverkan som funktioner som leder till inriktning och samordning.[179] Den grundläggande tesen är att du endast kan leda sådana resurser som du har ett mandat över, endera genom att det är dina egna resurser eller att det kan ske genom en överenskommelse. Att leda någon annans resurser ställer dock krav

[175] 1 § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[176] 11a §.
[177] 2 § förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.
[178] 1 § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[179] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2018): *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*, s. 197 ff.

på att många andra frågor är lösta som till exempel vem som har arbetsmiljöansvar osv. Om ett ledningsmandat saknas återstår alltså samverkan, en dialog för att komma överens om vad som ska åstadkommas (inriktning) och hur resurserna bäst används (samordning). Eftersom det svenska förvaltningssystemet är indelat i många olika självbestämmande aktörer som i komplexa situationer behöver arbeta tillsammans är samverkan den funktion som oftast behöver användas för att nå samordning. Inom ramen för totalförsvaret kan samordning ofta uppnås genom ledning i det militära försvaret medan samordning i det civila försvaret måste uppnås genom samverkan.

Innebörden av olika begrepp kan således beskrivas på olika håll. Att tolka vad lagstiftaren eller andra regelgivare avser med olika begrepp i lagar och andra föreskrifter är ytterst en fråga för domstolarna. Det är dock inte givet att alla uttryck som används i t.ex. en lag blir föremål för tolkning av en domstol.

Syftet med samordning kan allmänt sägas vara att åstadkomma att ett flertal aktörer tillsammans ska uppnå ett resultat som är gynnsammare än det resultat de var för sig kan åstadkomma. När det gäller frågor som rör sig över organisatoriska gränser är frågan ofta hur resultatet samordning ska uppnås.

Samverkan bygger på frivillighet

Även om det i 8 § förvaltningslagen (2017:900) finns en skyldighet för myndigheter att samverka inom sitt verksamhetsområde så bygger resultatet av samverkan på frivillighet. En aktör som saknar mandat kan inte tvinga en annan aktör att göra något mot dennes vilja. I det fall en organisatorisk enhet inte ensam har rätt att bestämma hur en viss fråga ska lösas, är det främst genom samverkan och konsensusbeslut som effekten ”samordning” kan uppnås. Dock kan det finnas andra regler som tvingar aktörer att hantera händelser. Man kan t.ex. inte välja bort att agera i en kris. Hur kraftfullt och vad man de facto gör är dock upp till den egna myndigheten. Om man strävar mot ett högre mål, att lösa den uppkomna krisen kan det dock te sig rimligt att tro att de flesta försöker göra vad de kan för att lösa situationen. Samordnade resurser är då bättre än att alla arbetar var för sig. Det finns därmed en god grund för att samverkan ska kunna leda till samordning. Det finns dock situationer där det kan vara svårt att få till

en effektiv samordning och det är när enskilda aktörer måste fatta svåra beslut som de också enskilt kan ställas till ansvar för. Om risken att ställas till ansvar för ett enskilt beslut är större än risken att ställas till ansvar för det kollektiva beslutsfattandet som leder till samordning så riskerar detta att leda till att samverkan inte leder till samordning.

Att ställa krav på en myndighet eller någon annan aktör att de ska samordna aktörer eller verksamheter riskerar mot ovanstående bakgrund att skapa falska förutsättningar. Möjligheterna att åstadkomma samordning utan att ha ett (lednings)mandat är starkt begränsade. En myndighet eller annan aktör som får en sådan uppgift kan svårligen ställas till ansvar för sitt misslyckande. I vissa fall används i stället skrivningen ”verka för samordning” inom ett område. Detta uttryck kan uppfattas som vagt men stämmer bättre med de mandat som myndigheten eller aktören normal sett har. Uppgiften samordning kan endast med säkerhet ställas till en myndighet som har ett mandat att leda verksamhet och man kan fråga sig vad relevansen är att exempelvis kravställa att Försvarsmakten ska samordna sina förband, det får ändå ses som en självklarhet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att samordning kan uppnås genom samverkan. Samordning kan också uppnås genom att någon aktör formellt får rätt att bestämma hur en viss fråga ska hanteras, exempelvis genom beslut eller föreskrifter som andra berörda aktörer är skyldiga att följa.

Samverkan och formell styrning eller beslutsrätt är således olika medel för att uppnå resultatet samordning. För vissa situationer där det bedömts olämpligt att förlita sig på att konsensusbeslut alltid kommer kunna uppnås, kan regelgivare eller beslutsfattare säkerställa att en fråga kan lösas genom att en aktör får mandat att genom normer eller beslut ge direktiv som andra aktörer är skyldiga att följa.

Mot ovanstående bakgrund bedömer utredningen att samordning är en effekt som uppnås endera genom ledning eller samverkan. Den som ansvarar för att samordna något behöver mandat att leda. Annars kan aktören endast verka för samordning genom samverkan i frivilliga dialoger. Att samordna är inte en lämplig uppdragsformulering till en aktör som inte direkt kan leda det som ska samordnas.

3.4.2 Samordningsansvar för hälso- och sjukvården

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter måste planeras. En av de mer centrala utgångspunkterna för planering av vård är hur stort antal patienter som ska kunna behandlas, vårdas eller omhändertas. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[180] Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare och ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Även kommunen ska 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.[181] Hälso- och sjukvårdsverksamheter ska därför vara resurssatta så att de klarar sina uppdrag. Även om en sådan verksamhet skulle drivas med vissa säkerhetsmarginaler är det inte rimligt att förvänta sig att en verksamhet ska klara av att ge vård till betydligt fler patienter än den har dimensionerats för. Om vårdresurserna skulle understiga vårdbehoven, även efter att förstärkningsresurser tillförts och viss omställning av vårdflöden gjorts, krävs prioriteringar.

Målet med hälso- och sjukvården är 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.[182]

För att hälso- och sjukvården ska kunna hantera sådana belastningar som kan uppkomma vid fredstida kriser och krig krävs att vårdens aktörer kan samordnas så att vård på lika villkor för hela befolkningen kan ges. Patienter eller vårdresurser kan då behöva omfördelas inom en region, mellan regioner, mellan kommuner eller mellan regioner och kommuner.

[180] 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[181] 11 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[182] 3 kap. 1 § ovan nämnda författning.

Socialstyrelsen har genom sin instruktion och genom bestämmelser i andra författningar, exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659) och förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, ett omfattande ansvar för frågor som rör hälso- och sjukvårdsområdet.

Av förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen finns bestämmelser om Socialstyrelsen ansvar för samordning.[183] Det finns särskilt skäl att framhålla bestämmelserna om ansvar för samordning i 9 §. Bestämmelsen i 9 § 1 innebär att Socialstyrelsen ska medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap samt *samordna* och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Bestämmelsen i 9 § 3 innebär att Socialstyrelsen på regeringens uppdrag ska *samordna* förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap och för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

För att säkerställa att samordning uppnås enligt har Socialstyrelsen bemyndigats att meddela vissa föreskrifter. Av 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. följer att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.

Kommuner eller regioner kan under vissa förutsättningar på frivillig väg bistå andra kommuner och regioner, men är som regel inte skyldiga att hjälpa andra offentliga huvudmän för sjukvård för att lösa deras vårdproblem. För nationell samordning inom ramen för det geografiska områdesansvaret krävs att kommuner och regioner själva *vill* hjälpa andra i en kris. Ansvarsprincipen genom att alla har ett ansvar för sitt, men ingen har ansvar för det kollektiva. Denna brist på ansvar för det kollektiva hanteras normalt inom ramen för det geografiska områdesansvaret där samordning uppnås genom samverkan mellan aktörer. Genom de förslag som Utredningen om civilt

[183] Se 2 §, 7 a §, 9 § 1 och 3, 10 § 2 och 11 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

försvar presenterar med beredskapssektorer görs försök till att skapa en struktur för att hantera det geografiska områdesansvaret inte bara mellan sektorer utan även inom en sektor.

Problemet med ansvarsprincipen är därmed inte att varje enskild aktör har ett verksamhetsansvar för sin egen verksamhet. Det är att det saknas ett tydligt uttryckt ansvar för att helheten går ihop. Denna helhet bygger på tron om att olika aktörer genom frivillig samverkan kommer uppnå den samordning som krävs på de olika geografiska nivåer där det finns ett uttryckt geografiskt områdesansvar. På det kommunala och regionala området kommer en sådan uppoffring alltid stå i konflikt med ansvaret att bedriva verksamhet för de som kommuner och regioner i grunden finns till för, dvs. invånarna i kommunen eller regionen.

Genom de friheter som kommuner och regioner har att organisera sig fritt finns möjligheter för kommuner och regioner att på olika sätt frångå lokaliseringsprincipen i kommunallagen och därmed genom bl.a. gemensamma nämnder, kommunalförbund eller avtalssamverkan skapa kommun- eller regionöverskridande strukturer. Genom kommunalförbund innebär detta även att huvudmannaskapet, dvs. ansvaret för en verksamhet, kan övertas av annan. Det är dock ändå så att det oavsett möjligheter att organisera sig kommun- eller regionöverskridande saknas en skyldighet för kommuner och regioner att ta ansvar för det samlade nationella behovet.

3.4.3 Samverkansområden eller beredskapssektorer

Bedömning: Dagens breda samverkansområden bör ersättas med smalare beredskapssektorer. För att ett system med beredskapssektorer inom området hälsa, vård och omsorg ska fungera och att sektorn på nationell nivå ska kunna företräda hela hälso- och sjukvården samt omsorgen måste dock de kommunala och regionala verksamheterna och intressena tydligt knytas till sektorn.

Samverkansområden

Utifrån förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap organiseras statliga myndigheter i olika samverkansområden. Utöver de myndigheter som pekats ut i förordningen eller av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortat MSB, deltar bl.a. Försvarsmakten och representanter för kommuner och regioner i samverkansområdenas arbete. MSB stödjer de sex områdena med samordning och utveckling av arbetet och deltar dessutom som expertmyndighet i samtliga.[184]

Grunden till samverkansområdena lades fram i propositionen *Samhällets säkerhet och beredskap* och vidareutvecklades i propositionen *Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull* som ett sätt att tydliggöra skyldigheten och skapa förutsättningar för att samverka.[185,186] Myndigheterna arbetar tillsammans med gemensam planering och analys samt föreslår och/ eller utför förbättringsåtgärder. Analyser av kritiska funktioner, privat-offentlig samverkan, informationsutbyte, internationellt arbete och forskning är exempel på frågor som tas upp i samverkansområdena. Gemensamma grunder för samverkan och ledning samt planering för civilt försvar är exempel på viktiga områden att utveckla och implementera tillsammans.

För hälso- och sjukvården är samverkansområdena skydd, undsättning och vård (SOSUV) samt farliga ämnen (SOFÄ) de viktigaste. Folkhälsomyndigheten tillhör tillsammans med andra myndigheter samverkansområdet Farliga ämnen medan E-hälsomyndigheten, Läkemedel och Socialstyrelsen tillsammans med andra myndigheter tillhör samverkansområdet Skydd, undsättning och vård. Ingen myndighet pekas i dag ut som ansvarig för den övergripande planeringen inom respektive samverkansområde. Representant för MSB är ordförande i samtliga samverkansområden. Regioner och kommuner finns representerade bland annat i samverkansområdet Skydd, undsättning och vård.

Båda dessa samverkansområden är dock mycket breda, exempelvis ingår i SOSUV myndigheterna Kustbevakningen, Migrationsverket, MSB, Polismyndigheten, Sjöfartsverket, SMHI, Socialstyrel-

[184] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016): *Faktablad – Samverkansområden för samverkan mellan aktörer inom krisberedskapsområdet* (publ.nr: MSB739).
[185] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 39.
[186] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 15.

sen, Transportstyrelsen och Tullverket. Fokus i samverkansområdet ligger inte på sjukvårdsfrågor. Enligt SKR bedrivs nästan ingen verksamhet i samverkansområdena i dag.

Beredskapssektorer

Utredningen om civilt försvar har föreslagit en ny struktur för nationell samverkan inom krisberedskapen och totalförsvaret genom inrättande av beredskapssektorer för statliga myndigheter.[187] Dessa sektorer föreslås ersätta nuvarande samverkansområden som bl.a. anses vara för diversifierade, sakna funktion i höjd beredskap och saknar beslutsfunktion.[188] Utredningen bedömer att en struktur med beredskapssektorer som tar sin utgångspunkt i samhällsviktiga verksamheter och funktioner är det mest ändamålsenliga sättet att organisera de statliga myndigheternas arbete med att utveckla och upprätthålla ett starkt civilt försvar och en effektiv fredstida krisberedskap.

I den föreslagna strukturen är den viktigaste sektorn för hälso- och sjukvården den beredskapssektor som benämns hälsa- vård och omsorg och som föreslås omfatta E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen föreslås vara sektorsansvarig myndighet.[189] I jämförelse med samverkansområdet för skydd undsättning och vård ger beredskapssektorn en helt annat fokus på hälso- och sjukvårdsfrågor för människor. Det finns dock områden som inte hanteras av denna sektor, det handlar då om sjukvård för djur (inkl. läkemedel) och frågor relaterade till farliga ämnen. Därmed finns det flera delar av de verksamheter som Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten i dag deltar i som inte kommer hanteras i denna beredskapssektor. För farliga ämnen föreslår Utredningen om civilt försvar ingen särskild sektor utan att MSB fortsatt ska stödja arbete på området. Både Försvarsmakten och Folkhälsomyndigheten har invändningar mot denna lösning.[190,191]

[187] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 208.
[188] A.a., s. 206.
[189] A.a., s. 237.
[190] Remissyttrande Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25) (FM2021-8946:2).
[191] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25).

Uppgifter för sektorsansvariga myndigheter

De sektorsansvariga myndigheterna föreslås av Utredningen om civilt försvar ha uppgifter i planering och förberedelser inom civilt försvar samt för fredstida krisberedskap, under höjd beredskap samt vid fredstida krissituationer.[192] Under höjd beredskap föreslås den sektorsansvariga myndigheten få meddela de föreskrifter som behövs om verksamheten hos andra statliga myndigheter inom beredskapssektorn vad gäller prioritering och fördelning av resurser.[193]

Den sektorsansvariga myndigheten föreslås bl.a. ansvara för att det bedrivs ett arbete med sammanhängande planering för fredstida krissituationer och höjd beredskap samt verka för att det finns förmåga att hantera uppgifterna inom beredskapssektorn såväl under fredstida krissituationer som vid höjd beredskap. Den sektorsansvariga myndigheten föreslås också lämna förslag till prioriteringar mellan beredskapsåtgärder inom beredskapssektorn, besluta om inriktningen för arbetet, följa upp beredskapsförberedelser och åtgärder inom beredskapssektorn samt verka för att nödvändiga avtal med näringsliv samt överenskommelser med andra myndigheter upprättas. Utredningen om civilt försvar föreslår att de sektorsansvariga myndigheterna vid fredstida krissituationer ska ta initiativ till de åtgärder som behövs för att sektorn ska kunna hantera uppkomna krissituationer och dess konsekvenser. De ska också företräda beredskapssektorn kring behov och omfattning av stöd från MSB samt ha förmåga att vid behov hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen inom beredskapssektorns sakområde samt om vidtagna och planerade åtgärder.[194]

Uppgiften – en lösning för statliga myndigheter

Även om uppgiften för Utredningen om civilt försvar var att organisera statliga myndigheter i sektorer konstaterar de att en stor del av den verksamhet som upprätthåller de viktiga samhällsfunktionerna bedrivs av kommuner, regioner, näringsliv, statliga bolag och frivilligorganisationer. En förutsättning för att samhället ska ha förmåga att hantera de påfrestningar som kan uppstå vid en fredstida krissitua-

[192] A.a., s. 312.
[193] A.a.
[194] A.a., s. 319.

tion, höjd beredskap och då ytterst krig, är därmed att myndigheterna i beredskapssektorerna samverkar med relevanta aktörer som genom sin verksamhet upprätthåller de samhällsfunktioner som beredskapssektorerna syftar till att säkerställa. Även andra myndigheter och organisationer utöver de som formellt ingår i en beredskapssektor kan behöva adjungeras till beredskapssektorerna.[195]

Kommunernas och regionernas medverkan i beredskapsarbetet är t.ex. helt avgörande för att samhällsviktig verksamhet och funktioner inom hälsa, vård och omsorg, dricksvattenförsörjning och avlopp ska fungera. För att säkerställa att samhället har förmåga att hantera de påfrestningar som kan uppstå vid kris och höjd beredskap och då ytterst krig, ska beredskapssektorerna därför ha ett nära samarbete med relevanta aktörer i respektive beredskapssektor.[196]

Hur detta är tänkt att ske beskrivs dock inte ytterligare. Tyvärr är detta ganska vanligt förekommande när staten under 2000-talet har utrett krisberedskapen. Den kommunala och regionala aspekten samt näringslivet beskrivs ofta perifert och det är ofta oklart hur de ska utgöra en del i systemet. Detta trots att de i dag står för en mycket stor del av den samhällsviktiga verksamheten.

Utmaningar

Utredningen om civilt försvar har inte haft i uppdrag att skapa strukturer för samhällets motståndskraft utan uppdraget avsåg enbart den statliga strukturen. Ju fler aktörer som är centrala för att upprätthålla en samhällsfunktion, desto större är utmaningen att samla och effektivt samverka med alla aktörer. Många samhällssektorer består i dag av många olika aktörer både inom den idéburna, offentliga och privata sektorn. Redan i dag finns utmaningar när det gäller frågor om samverkan mellan t.ex. staten och de 21 regioner och 290 kommuner som finns i Sverige.

Vad gäller uppgifter på det regionala och kommunala planet är förslagen därmed i flera avseenden inte tillräckligt tydliga. Ett exempel på detta är förslaget som innebär att en sektorsvis samverkan ska hantera många av de uppgifter som är av betydelse för planering före och hantering av en fredstida kris. Det föreslås att den sektorsansva-

[195] A.a., s. 208–209.
[196] A.a., s. 210.

riga myndigheten ska företräda hela sektorn i samtal med MSB men det är oklart hur det ska ske vad avser kommuners och regioners verksamheter. Förslaget att i höjd beredskap kunna utfärda föreskrifter om prioritering av resurser sträcker sig också bara gentemot statliga myndigheter vilket till stor del saknar betydelse för sektorer där en stor del av ansvaret ligger på kommuner och regioner.

En effektiv samordning på nationell nivå vad avser hälso- och sjukvården kan endast ske om de aktörer som är av betydelse för systemet ingår. En sådan ordning måste minst omfatta huvudmännen för hälso- och sjukvården, dvs. kommuner och regioner.

Samverkan är ett bra sätt att uppnå samsyn och samordning i situationer då det finns tillräckligt med tid för att genomföra den samverkan som krävs för att uppnå konsensus. När kravet på att aktörer ska agera genast eller inom ett mycket kort tidsfönster är det många gånger synnerligen svårt att genom samverkan uppnå någon form av konsensus.

3.4.4 Strukturer för samverkan och samordning inom hälso- och sjukvårdssektorn

Nedan beskrivs de befintliga strukturer för samverkan och samordning som är relevanta för hälso- och sjukvårdens ledning och styrning.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

MSB ska enligt instruktionen bl.a. arbeta med och verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara.[197] MSB ska vidare stärka samhällets förmåga att hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara genom samverkan med organisationer som har uppgifter inom krisberedskapsområdet och civilt försvar.[198]

[197] 15 § andra stycket 3 förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[198] 15 § första stycket ovan nämnda författning.

MSB har, genom de senaste årens operativa hantering av olika samhällsstörningar[199], dragit lärdom av erfarenheter och utvecklat praktiska arbetssätt för att aktivt och systematiskt driva aktörsgemensam hantering vid samhällsstörningar. Genom kontinuerlig omvärldsbevakning, framtagande av dagliga lägesbilder, vid behov kontakt med andra myndigheter och regelbunden rapportering till Regeringskansliet bedrivs ett löpande operativt arbete i vardagen som vid samhällsstörningar kan skalas upp.

Regelbundna samverkanskonferenser

En gång i veckan, året runt, genomför MSB en nationell samverkanskonferens med myndigheter och andra aktörer i syfte att muntligen dela aktuella lägesbilder. Genom dessa regelbundna samverkanskonferenser kan situationer och händelser som riskerar att utvecklas till mer utmanande samhällsstörningar tidigt identifieras och hanteras. Genom samverkanskonferenserna upprätthålls också en god samverkansförmåga i krishanteringssystemet. Inbjudan skickas till de bevakningsansvariga myndigheterna samt ett antal andra aktörer som ansvarar för samhällsviktig verksamhet eller har en annan viktig roll i samhället, exempelvis SOS Alarm, Svenska Röda Korset och 1177 Vårdguiden. Inbjudan går till sammanlagt drygt 60 aktörer och i medeltal deltar runt 80 inringande från de inbjudna organisationerna varje vecka. Socialstyrelsen företräder vid dessa konferenser, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, huvuddelen av sjukvårdsperspektivet. Under pandemin har även SKR deltagit.

Vid större samhällsstörningar ökar behovet av samverkan mellan olika sektorer, myndigheter och andra aktörer för att främja en effektiv och samlad hantering av händelsen. Utifrån de behov som identifieras i lägesbildsarbetet och genom dialog med myndigheter och andra aktörer tar MSB i samverkan med berörda aktörer initiativ till olika samordnande åtgärder. Det kan handla om att lyfta frågor till regeringen för avdömning eller att MSB stationerar samverkanspersoner hos andra myndigheter. Oftast handlar det om att föra dialog, genom möten i olika former och på olika nivåer, för att dela infor-

[199] MSB använder begreppet samhällsstörning för sådana händelser som hotar och ger skadeverkningar på det som ska skyddas i samhället. Begreppet är ett försök att komma ifrån de oklarheter som finns relaterat till övriga reglerade begrepp som t.ex. allvarlig händelse, kris och extraordinär händelse.

mation, diskutera olika frågor i hanteringen och vid behov komma överens om åtgärder. Myndighetens samverkan kan alltså utgöras av allt från stora samverkanskonferenser med många deltagare, till direktkontakter eller möten i en mindre krets. Ett samverkansmöte är ett forum som, genom att aktörer kommer överens, åstadkommer inriktning och samordning.

MSB:s samverkan under utbrottet av covid-19

Den första särskilda samverkanskonferensen med anledning av det nya coronaviruset genomfördes 24 januari 2020 och handlade om kommunikationssamordning. Sedan dess har MSB under utbrottet av covid-19 genomfört ett stort antal samverkanskonferenser på nationell nivå med olika tema, exempelvis lägesbild, kommunikationssamordning och avstämningar för stödlinjer som 1177 och 113 13. Deltagande aktörer vid samverkanskonferenserna har varierat beroende på tema och syfte men inkluderar oftast länsstyrelser, centrala myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, och ett antal andra aktörer såsom SKR och SOS Alarm.

MSB har under pandemin också regelbundet genomfört samverkanskonferenser på myndighetschefsnivå. MSB har även verkat för samordning genom dialog i andra mötesformer. Särskilda avstämningar har genomförts regelbundet mellan chefer vid Folkhälsomyndigheten, MSB, Polisen, Socialstyrelsen, länsstyrelsernas samordningskansli och SKR under hela pandemin. MSB har även haft särskilda avstämningar enbart med länsstyrelserna. Vid flera tillfällen har det också funnits behov av en mer fördjupad dialog mellan vissa aktörer för att komma överens om en gemensam inriktning. I dessa fall har MSB bjudit in till möte för nationell inriktning och samordning i enlighet med MSB:s gemensamma grunder för samverkan och ledning.

Samverkan under utbrottet av covid-19 har bland annat resulterat i försörjningsanalyser av läkemedel och skyddsutrustning, klargörande av ansvarsförhållanden och överenskommelser kopplade till handhavande av avlidna, samsyn kring handhavande av smittbärande avfall samt överenskommelse mellan berörda aktörer avseende effektivare rapporteringsformer. Samordningen på kommunikationsområdet har bland annat gett effekt genom aktörsgemensamma kommunikations-

insatser. Dessutom har en aktörsgemensam kommunikationsstrategi tagits fram tillsammans med övriga ansvariga myndigheter.

Under år 2020 genomfördes totalt mer än 200 samverkansmöten med fokus på hanteringen av covid-19. Intresset för mötena har enligt MSB genomgående varit mycket stort. Som mest deltog år 2020 160 myndigheter och andra berörda aktörer vid en nationell samverkanskonferens.

MSB genomförde även under 2020/2021 en samordningsinsats för att öka motståndskraften mot ransomware inom hälso- och sjukvårdssektorn för att minska risken med ytterligare påfrestning för vården i form av bortfall av it-stödsystem. Insatsen omfattade flera samordningsmöten mellan regioner, privata vårdgivare och relevanta myndigheter för personal inom det operativa it-säkerhetsarbetet.

MSB:s eventuella framtida roll

Utbrottet av covid-19 har, trots att det på många sätt drabbat stora delar av samhället, i huvudsak berört hälso- och sjukvårdssektorn även om det på grund av den smittorisk som situationen inneburit spillt över på arbetsplatser, produktion, transporter och befolkningens möjligheter att röra sig i samhället. Frågan kan ställas om en situation som samtidigt drabbat många fler sektorer hade kunnat hanteras på samma sätt. Om en samtidig påverkan hade skett i t.ex. elektroniska kommunikationer och i drivmedelsförsörjningen, hade MSB då kunnat genomföra lika mycket samverkan inom samtliga sektorer?

Utredningen om civilt försvar har haft i uppgift att analysera och lämna förslag på hur Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps roll att verka för samordning kan utvecklas.[200] Utredningens förslag presenteras i betänkandet Struktur för ökad motståndskraft. I betänkandet konstateras att varje myndighet, vars ansvarsområde berörs av en krissituation, ska vidta de åtgärder som behövs för att hantera den uppkomna situationen och konsekvenserna av denna. Myndigheterna ska samverka och stödja varandra vid en sådan situation. I ansvarsprincipen ingår även att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan. Den sektorsansvariga myndigheten[201] ansvarar för att den operativa krishanteringen samordnas inom sektorn. Myn-

[200] Kommittédirektiv, Ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar (dir. 2018:79).
[201] Utredningen om civilt försvar har föreslagit en indelning i beredskapssektorer med sektorsansvariga myndigheter, se avsnitt 3.4.3.

digheterna inom beredskapssektorn behöver beakta behovet av tvärsektoriell samlad hantering och det geografiska områdesansvaret på lokal, regional nivå och nationell nivå.[202]

Utredningen om civilt försvar bedömer att den struktur med beredskapssektorer som föreslås med tillhörande uppgifter för de sektorsansvariga myndigheterna leder till att dessa myndigheter behöver utveckla sin egen förmåga att hantera och samordna åtgärderna vid inträffade kriser. MSB ska fortsatt stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder vid en kris.[203] Utredningens förslag innebär därmed att MSB ska se till att berörda aktörer, utifrån deras behov, när det gäller krishantering, under sådana förhållanden får tillfälle att samordna åtgärder, samordna information till allmänhet och medier, effektivt använda samhällets samlade resurser och internationella förstärkningsresurser samt samordna stödet till centrala, regionala och lokala organ i fråga om information och lägesbilder.[204]

MSB:s roll i höjd beredskap

Utredningen om civilt försvar föreslår att MSB vid höjd beredskap ska ha förmåga att, om regeringen så beslutar, särskilt stödja regeringen och Regeringskansliet med samordningsuppgifter på central nivå. MSB:s uppgifter i 7 § p 1–4 i förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap ska därmed inte längre automatiskt gälla under höjd beredskap.[205]

Socialstyrelsen

Det är inte enbart MSB som genomför veckovisa samverkanskonferenser. Sedan ett par år tillbaka genomförs även veckovisa konferenser mellan Socialstyrelsen och regionerna. Konferenserna utgår ifrån den katastrofmedicinska beredskapen och syftet är att skapa en nationell lägesbild avseende aktuella eller kommande allvarliga händelser[206] i hälso- och sjukvården. Samverkanskonferensen vänder sig

[202] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 411.
[203] A.a., s. 418.
[204] A.a., s. 416.
[205] A.a., s. 419.
[206] Med allvarlig händelse avses en händelse som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

till regionernas tjänsteman i beredskap och leds av Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap. Konferensen inleds med att Socialstyrelsen rapporterar från MSB:s veckovisa myndighetsövergripande samverkanskonferens (se föregående avsnitt). Därefter lämnar varje region en lägesrapport om eventuella inträffade allvarliga händelser som krävt en åtgärd av tjänsteman i beredskap på regional nivå eller sådana kommande omständigheter i närtid som bedöms föranleda åtgärd. Regionerna redogör vid behov för vidtagna åtgärder samt återstående resurs- och samverkansbehov. Regionerna besvarar också alltid frågan om huruvida regionen bedömer förmågan att upprätthålla regional katastrofmedicinsk beredskap som god. Om förmågan inte bedöms som god ombeds regionen kortfattat beskriva anledning till detta. Regionen redovisar också aktuellt vårdplatsläge enligt kategorierna acceptabel eller ansträngd. Resultatet från samverkanskonferenserna i form av anteckningar och lägesbilder sparas och delas i WIS[207].

Socialstyrelsen har också regelbundna konferenser med regionernas chefläkare med syfte att diskutera patientsäkerhetsfrågor. Dessa konferenser avhandlar normalt inte katastrofmedicinska frågor.

Socialstyrelsens samverkan under utbrottet av covid-19

Under utbrottet av covid-19 har Socialstyrelsen genomfört regelbundna avstämningar specifikt för covid-19 utöver ovanstående samverkanskonferenser. Periodvis har dessa genomförts på daglig basis. Även chefsläkarnas konferenser har intensifierats under pandemin och avhandlat snarlika frågor som samverkanskonferenserna. Konferensen har under pandemin utöver chefläkare vänt sig till den som är ansvarig för regionernas medicinska inriktningsbeslut.[208]

Den 19 mars år 2020 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser med syfte att stödja regionerna i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet med anledning av utbrottet av covid-19.[209] I uppdraget

[207] WIS är en portal för Sveriges krisberedskap som underlättar för aktörer att dela information före, under och efter samhällsstörningar. Alla inblandade ska enkelt och effektivt kunna skapa sig en helhetsbild av läget, en samlad lägesbild, genom att aktivt dela information. WIS tillhandahålls av MSB.

[208] Med ansvarig för regionernas medicinska inriktningsbeslut avses sannolikt den som har till uppgift att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig) enligt 6 kap. 4 § SOSFS 2013:22.

[209] Uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser (S2020/01849/FS [delvis]).

ingick bl.a. att skapa en nationell lägesbild av antalet intensivvårdsplatser och ECMO intensivvårdsplatser, kontinuerligt förmedla aktuella lägesbilder till regionerna för att stödja regionerna i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet och stödja regionernas arbete med att utöka antalet intensivvårdsplatser.

Samverkan utvecklades tidigt under våren år 2020 till att i huvudsak bedrivas i en IVA-samordningsgrupp i regional regi men med medverkan från SKR och Socialstyrelsen.[210] Hälso- och sjukvårdsdirektörerna i regionerna utsåg en representant från IVA-verksamheterna i respektive region att delta i samordningsarbetet. Till gruppen utsågs också en representant från Socialstyrelsen och från SKR. Det nationella kvalitetsregistret för intensivvård, Svenska Intensivvårdsregistret[211] blev en central del i samordningen genom att alla regioner registrerade data kring IVA-vården. Registrets data utgjorde sedan utgångspunkt för analyser och prognoser.

Arbetsgruppen har letts av en medarbetare i en region, tätt knuten till svenska intensivvårdsregistret. SKR har haft en stödjande roll och tillhandahållit en digital plattform för kommunikation och dokumentation, hanterat deltagare och mötesbokningar, och varit en sammanhållande länk mellan olika nätverk kring närliggande frågor. En viss kritik har riktats mot informationshanteringen från vissa regioner då den information som hanterats avhandlat detaljerade förmågor och möjligheter att tillskapa extra kapacitet. De aktuella systemen har inte möjliggjort en hantering som lever upp till den skyddsklass som åtminstone enskilda medarbetare i dessa regioner ansett vara nödvändig. Det är för utredningen oklart vilken säkerhetsskyddsanalys som på nationell och regional nivå föregått beslut om hur samordningen organiserats och innan information delats och sammanställts.

IVA-samordningsgruppen har haft regelbundna, periodvis dagliga, möten. Under dessa möten har bl.a. presenterats sammanställda data i grafer som gett en lättöverskådlig bild av historik, nuläget och planeringen framåt. Även frågor om brist på läkemedel och medicinteknisk utrustning samt transportfrågor utöver ordinarie transportkapacitet har avhandlats i forumet. Regioner som haft hög beläggning på IVA och behövt stöd från andra regioner har genom samordningsgruppen fått kontakt med regioner som har mottagarkapacitet. Detaljer

[210] Sveriges kommuner och regioner (2020): *Självstyre och samverkan*, s. 12.
[211] Svenska intensivvårdsregistret är en ideell förening med syfte att driva ett Nationellt Kvalitetsregister för intensivvård i Sverige. Registerhållande myndighet för Svenska Intensivvårdsregistret är Region Värmland.

kring överflyttningen av patienter mellan regioner har inte hanterats under samordningsmötena.[212]

All kommunikation kring IVA-samordningen har skett genom en digital plattform där information funnits tillgänglig även mellan mötestillfällena. Där samlades all data och alla som är involverade i IVA-samordningen har när som helst kunnat ta del av sammanställningar över dagsläget och utifrån detta ta nödvändiga kontakter om behov finns av stöd från annan region. Regionerna har även lämnat digitala rapporter till Socialstyrelsen, under en period lämnades dagliga rapporter

Utredningens iakttagelser

Det kan konstateras att uppdraget om samordning kring IVA-platser som initialt gavs av regeringen till Socialstyrelsen kom att lösas ut i huvudsak av regionerna själva men med Socialstyrelsen som åhörare. Det finns sannolikt fördelar med en sådan ordning eftersom regionerna ensamma ansvarar för den intensivvård som skulle samordnas. Inga privata eller statliga resurser i övrigt berördes.

Samordningen kom däremot att koncentreras till en enskild individ i en region och som varit central för uppgiften. Utredningen kan konstatera att det är mycket positivt att bygga på professionens kunskaper men en ordning som så tydligt bygger på en enstaka individ är mycket sårbar. Det finns en bortre gräns för hur mycket enskilda individer kan arbeta och det kan även inträffa andra händelser eller sjukdom som gör ett sådant upplägg mycket sårbart. I kommande planeringsarbete bör samordning därför i största möjliga mån försöka bygga på funktioner i organisatoriska strukturer. Sådana funktioner i organisatoriska strukturer byggs med fördel upp på ett robust sätt av flera individer med relevant kompetens.

Det kan konstateras att två centrala faktorer utöver den nära kopplingen till professionen funnits. Det handlar om det svenska intensivvårdsregistret och den digitala plattformen för kommunikation som använts. Här kan det övervägas om syftet med ett kvalitetsregister är att registrera och redovisa faktorer som operativt tillgänglig kapacitet som behövs för ledningsbeslut. Kvalitetsregistrens information bygger på personuppgifter och det krävs samtycke för registrering.

[212] Sveriges kommuner och regioner (2020): Självstyre och samverkan.

Det innebär att ett kvalitetsregister inte med nödvändighet innehåller information om alla patienter. Kvalitetsregister kan förvisso ge viktig information om medelvårdtid för olika patientgrupper och vara en viktig källa som stöd för planering, även under en händelse, men kvalitetsregister är specifika och kanske inte lämpliga som systemstöd för vårdens övergripande kapacitet och förmåga.

En fråga man måste ställa sig är huruvida det är möjligt och lämpligt att i stället ta fram ett mer generellt system med syfte att dokumentera och samla in uppgifter om kapacitet och förmåga som kan användas i olika scenarier när olika former av kapacitet står i centrum. Sådana verktyg behöver i så fall bygga på väldefinierade förmågor (se utredningens tidigare förslag i SOU 2020:23). Sådan information kan säkerligen kompletteras med information ur kvalitetsregister när sådan är tillgänglig. Det ska också beaktas att många kvalitetsregister drivs av ideella föreningar och det är oklart vilka krav som ställs på dessa vad avser tillgänglighet och driftsäkerhet. Dessa föreningars roll och ansvar gentemot huvudmännen måst också vara mycket klara om systemen ska utgöra delar i ett ledningssystem. Det är till exempel oklart i vilken grad ett kvalitetsregister träffas av kraven på informationssäkerhet och NIS-direktivets krav.

En annan viktig faktor att beakta i detta sammanhang är behovet av sekretess. Sådana uppgifter som nu registrerades och samlades i SIR och delades via SKR:s digitala plattform kan anses utgöra känsliga uppgifter ur olika säkerhetsperspektiv. Vissa regioner flaggade för detta men rapporterade ändå data. System för samverkan och informationsdelning kan behöva tillhandahållas av en myndighet så att informationen kan ges det säkerhetsskydd som den kräver. Både SKR och SIR är till sin organisatoriska struktur ideella föreningar och omfattas därmed inte av samma lagstiftning om t.ex. offentlighet och sekretess som myndigheter, kommuner och regioner. Däremot kan de omfattas av säkerhetsskyddslagens bestämmelser.

I händelse av höjd beredskap och krig kommer även Försvarsmakten att bedriva hälso- och sjukvård. Försvarsmakten kommer härvid ha ett stort beroende till den civila sjukvården. Försvarsmakten kommer i dessa sammanhang behöva inkluderas som en samverkanspart på åtminstone högre regional och nationell nivå. När det gäller Försvarsmaktens samverkan kan denna av naturliga skäl inte ske under vilka former som helst eller med hur många parter som helst. Det är nästan att anta att det är en förutsättning att det på nationell

utgörs av en statlig myndighet som ingår i totalförsvarsplaneringen och kan leva upp till de särskilda krav på säkerhet som Försvarsmakten ställer, bl.a. vad avser säkra kryptografiska funktioner. Sådana förutsättningar finns inte vid SKR eller ett kvalitetsregister.

Ett sätt att kunna försöka ta hänsyn till de olika faktorer som redogörs för ovan är att vid Socialstyrelsen inrätta en samordningsfunktion med ett system för att redovisa kapacitet och förmåga. Ett sådant system behöver ha en rimlig skyddsnivå som samtidigt möjliggör för regioner och kommuner att rapportera data. Funktionen behöver ha stöd i form av relevant medicinsk kompetens. En sådan funktion uppbyggd för höjd beredskap och krig skulle med stor sannolikhet även kunna användas vid fredstida kriser. Utredningen lämnar förslag kring detta i kapitel 5.

Avslutningsvis kan sägas att den samverkan som skett kring omfördelning av patienter under utbrottet av covid-19 har skett på individnivå, bilateralt mellan sändande och mottagande region, där den enskilde patienten stått i centrum. Det är mycket positivt att man under utbrottet av covid-19 kunnat upprätthålla denna kvalitet i omfördelningen av patienter. Det kan dock konstateras att det med den möjliga belastning som Försvarsberedningen redovisade inför totalförsvarsbeslutet, 20–30 000 döda och skadade, inte är möjligt att upprätthålla en individbaserad omfördelning.[213] Ett framtida system behöver kunna ta höjd för såväl en sådan mycket omfattande situation som en situation då individens behov kan stå i centrum.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten bedriver regelbunden samverkan i vardagen på flera områden inom myndighetens ansvarsområde, både med regioner, myndigheter och andra aktörer. Sådan samverkan sker t.ex. varje vecka med landets smittskyddsenheter. Andra grupper för regelbunden samverkan och samordning mellan myndigheter i vardagen är t.ex. gruppen för samverkan för utredning och bevakning av utbrott (SUBU), Zoonosrådet och vårdhygien. Dessutom finns grupper som vanligen är vilande men som snabbt kan sammankallas inför och vid kriser t.ex. nationella pandemigruppen (NPG) och zoonossamverkansgruppen (ZSG). Nationella pandemigruppen består av general-

[213] Motståndskraft (Ds 2017:66), s. 190.

direktören eller motsvarande från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen MSB, Arbetsmiljöverket, Sveriges Kommuner och Regioner och Länsstyrelsens samordning.

Det finns också samordning kopplat till strukturen för nationell kunskapsstyrning med programområden i regionerna. Taktiska samordningsgruppen synkroniserar aktuella och relevanta frågor för kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Underlagen omfattar all kunskapsstyrning inkl. den som rör covid-19-pandemin och ska belysa centrala frågor och arbeten som är relevanta för den aktuella grupperingen och dess syfte dvs. för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Syftena med samverkan är bl.a. att diskutera och även ge stöd till implementering av framtagna vägledningar och eventuella justeringar av dessa. Ett annat syfta är naturligtvis även erfarenhetsdelande av kunskap.

Samverkan under pandemin

Under utbrottet av covid-19 har helt andra samverkansbehov uppstått. Samverkan har varit bred och involverat samtliga sektorer i samhället. Syfte har varit att minska smittspridningen och främja så att inte vården belastas för hårt dvs. fokus har legat på preventiva och främjande hälsoinsatser. Folkhälsomyndigheten har medverkat i en mängd olika samverkansforum. Smittskyddsläkarna har under pandemin fortsatt ha möten myndigheten, under vissa perioder med en högre frekvens än i vardagen. Även regionernas vaccinationssamordnare och de som ansvarat för leveranser av vaccin har haft frekventa möten med myndigheten.

Laboratoriesamverkan

Sedan år 2017 har Folkhälsomyndigheten och regionerna inlett ett samarbete kring referenslaboratorier (SLIM). Kortfattat syftar samverkan till att dela upp ansvaret och kunskapsbyggandet kring sådana analyser som inte är vanligt förekommande mellan landets olika laboratorier. Mycket av arbete koncentreras till universitetssjukhusen och till Folkhälsomyndigheten.[214] Samverkan har intensifierats under

[214] Folkhälsomyndigheten (2016): *Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi*.

pandemin för att stödja regionerna i arbetat med testkapacitet och även vägledning rent praktiskt.

Sveriges Kommuner och Regioner och regioner i samverkan

SKR:s roll har beskrivits ovan. Vid SKR finns ett flertal nätverk för tjänstepersoner på olika nivåer i kommuner och regioner. Det kan handla om olika specialistnätverk som regionernas kontaktpersoner i läkemedelsfrågor, nätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommun eller nätverket för regionernas beredskap (NRB) och nätverk för ledande tjänstemän som kommundirektörsnätverket, nätverket för kommunernas socialchefer, regiondirektörsnätverket eller hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket.

Nätverken har inte några beslutsmandat utan utgör forum för informationsutbyte och diskussion i gemensamma frågor. Nätverken kan t.ex. vara basen för SKR att samla in synpunkter från medlemmarna i samband med att de lämnar remissvar till regeringen i olika frågor. SKR stödjer de olika nätverken genom att administrera och hålla samman dessa samt tillhandahålla t.ex. möteslokaler eller teknisk infrastruktur för möten.

HSD-nätverket och regiondirektörsnätverket

Två nätverk av särskild betydelse är hälso- och sjukvårdsdirektörs- och regiondirektörsnätverken. Det finns också ett kommundirektörsnätverk. Dessa är intressanta just för att de rör personer som i sin funktion är beslutsfattare och ofta har beslutsrätt i olika frågor på delegation från de politiska organen på hemmaplan. Det är inte helt ovanligt att det i olika sammanhang uttrycks att nätverken fattat olika beslut som har betydelse för regionernas arbete, inte minst i samband med pandemin år 2020–22.

De två nätverken saknar precis som alla andra nätverk vid SKR formell beslutsbefogenhet och utgör endast diskussionsforum. Det är frivilligt att delta i nätverken. Som diskussionsforum kan nätverken dock vara viktiga i att sträva efter att uppnå en samordning mellan regionerna i frågor som inte rör behov av samordning med andra aktörer. Deltagarna i nätverken deltar på mandat från sina respektive organisationer. Beroende på vilka befogenhet dessa tjänstemän har

kan de i kraft av sina egna mandat i regionen ta beslut i enlighet med vad de gemensamt kommer fram till i nätverket. Det är endast de personer som har mandat som kan ansluta sig till det som överenskommits. I vissa fall kan det vara så att en fråga behöver tas hem för förankring för någon eller några av deltagarna. Dessa kan då vid en senare tidpunkt ansluta sig till den gemensamma linjen.

Vid nätverksmöten förs minnesanteckningar, ofta med stöd av SKR:s kansli. Dessa anteckningar blir inte allmänna handlingar. Beslut som tas av befattningshavare som deltar i nätverken ska i stället dokumenteras och hanteras i regionen i enlighet med vad som följer av kommunallagen. De samlade diskussionerna blir dock inte alltid dokumenterade i regionerna utan stannar inom medlemsorganisationen.

Regioner i samverkan och fyrlän

Regionerna samverkar också via SKR genom det som ibland kallas *regioner i samverkan*. Sådan samverkan kan ha som syfte att uppnå samordning och genomförs utifrån att regionerna är överens om att agera gemensamt i olika frågor. Överenskommelse i dessa frågor har en förankring i den politiska ledningen i regionerna. Sådan samverkan kan underlättas genom att SKR stöttar regionerna med en gemensam kanslifunktion. Exempel på sådan samordning är regionernas gemensamma arbete med kunskapsstyrning. Detta utgår ifrån ett politiskt beslut att rekommendera regionerna att ansluta sig vilket alla regioner gjort. Kunskapsstyrningen bemannas med personal ur regionerna men stöds av tjänstepersoner i SKR:s kansli.

Regionerna kan i samverkan också uppdra åt en eller flera av regionerna att lösa vissa uppgifter med eller utan stöd från SKR:s kansli. Ett sådant exempel är det s.k. fyrlänssamarbete när det gäller ordnat införande av nya läkemedel där regionerna uppdragit till Region Skåne, Region Stockholm, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen att tillsammans med SKR för samtliga regioners räkning utföra olika delar i processen kring analys, rekommendation, införande och utvärdering av introduktionen för nya läkemedel.[215] Utredningen har i tidigare delbetänkande utförligare beskrivit fyrlänsarbetet.[216]

[215] https://janusinfo.se/nationelltinforandeavlakemedel.4.7c82b0fc1638b8db71b12b21.html, besökt 2021-06-11.
[216] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 743.

Samverkansregioner

Regionernas samverkan finns bl.a. reglerat i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där anges att för hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i samverkansregioner (tidigare sjukvårdsregioner). I dag finns sex olika samverkansregioner. Varje samverkansregion omfattar de län och de kommuner som anges i förordningen. Samverkansregionerna är den högre regionala struktur som finns inom hälso- och sjukvården i dag. Samverkansregionerna består på politisk nivå i de flesta fall av en samverkansnämnd, men kan även bestå av ett kommunalförbund. På tjänstemannasidan finns ofta någon form av regiondirektörsgrupp, hälso- och sjukvårdsdirektörsgrupp, och ett mindre sekretariat. Olika arbetsgrupper och andra forum finns också inrättade i samverkansregionerna.

Högspecialiserad vård

För att upprätthålla eller förbättra kvaliteten och patientsäkerheten i vården behöver hälso- och sjukvården i vissa fall koncentreras. Sådana behov har funnits mycket långt tillbaka i historien. Av 6 kap. 1 § 1 HSL följer att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Som ordet samverkansregion antyder rör det sig om organisatoriska entiteter för samarbete. Bestämmelsen i 7 kap. 8 § HSL, som anger att regioner ska samverka i frågor som rör regionövergripande hälso- och sjukvård, har en stark koppling till 6 kap. 1 § 1 HSL om samverkansregioner.

Regeringen har i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) föreskrivit om inrättandet av sex (6) samverkansregioner. Dessa regioner omfattar följande län och kommuner:

- Samverkansregion Stockholm (Stockholms län och Gotlands län).
- Samverkansregion Linköping (Östergötlands län, Jönköpings län och Kalmar län).
- Samverkansregion Lund/Malmö (Kronobergs län, Blekinge län, Skåne län, Halmstad kommun, Hylte kommun och Laholms kommun).

Sid 271(1295)

- Samverkansregion Göteborg (Västra Götalands län, Falkenbergs kommun, Kungsbacka kommun och Varbergs kommun).
- Samverkansregion Uppsala/Örebro (Uppsala län, Södermanlands län, Värmlands län, Örebro län, Västmanlands län, Dalarnas län och Gävleborgs län).
- Samverkansregion Umeå (Västernorrlands län, Jämtlands län, Västerbottens län och Norrbottens län).

Regionerna har organiserat samverkansregionerna som gemensamma nämnder och i ett fall som kommunalförbund (Norra sjukvårdsregionförbundet). På tjänstemannasidan finns ofta någon form av regiondirektörsgrupp och hälso- och sjukvårdsdirektörsgrupp samt ett mindre sekretariat. I övrigt inrättas olika arbetsgrupper och forum för sådana frågor som behandlas inom samverkansregionen. Exempel på frågor som koncentreras inom samverkansregioner är Regionala cancercentrum, kunskapsstyrning och HTA-verksamhet (health technology assessment). Vad utredningen erfar sker samverkan avseende krisberedskap, katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar i samverkansregionen endast i undantagsfall. För frågor om civilt försvar samverkar regionerna snarare i grupperingar som överensstämmer med nuvarande militärregioner eftersom det är så Försvarsmakten och Länsstyrelserna valt att arbete i dessa frågor.

Samverkansregionerna har en lång historia som tog sikte på vad som tidigare kallades regionsjukvård dvs. vård som ”kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas”.[217] Regionsjukvården hade således sin grund i behoven att *koncentrera resurser och kunnande* för att kunna ge god vård. Även i det nuvarande sjukvårdssystemet finns sådana behov. I dag har det även tillkommit nationell högspecialiserad vård där en särskild ordning med bl.a. tillståndskrav gäller. Samverkansregionerna kan också själva besluta om koncentration av vård inom den egna regionen.

Med nationell högspecialiserad vård avses enligt HSL offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvali-

[217] Om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (prop. 1981/82:97), s. 124 f.

teten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås (2 kap. 7 § HSL).

I bestämmelsen i 7 kap. 8 § HSL ställs krav på att regioner ska samverka i frågor som rör regionövergripande hälso- och sjukvård. Bestämmelsen har som redan nämnts stark koppling till 6 kap. 1 § 1 HSL och kravet på samverkan torde endast avse sådan vård där regioner finner behov av att koncentrera olika resurser till samverkansregional nivå. Koncentration av vårdresurser och kunnande sker dock inte enbart inom samverkansregioner. Koncentration av resurser och kunnande förekommer exempelvis även inom luftburen ambulansverksamhet (i form av kommunalförbund för helikoptrar och flyg) och ambulansdirigering m.m.

Länsstyrelserna

I varje län finns en länsstyrelse som ansvarar för den statliga förvaltningen i länet, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret för särskilda förvaltningsuppgifter.[218] Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig myndighet enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och den högsta civila totalförsvarsmyndigheten inom länet.[219] Det geografiska områdesansvaret innebär att länsstyrelsen ska initiera och underlätta den samverkan som krävs vid en kris. Genom sin verksamhet ska länsstyrelsen minska sårbarheten i samhället, bevaka att risk- och beredskapshänsyn tas i samhällsplaneringen samt utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida krissituationer och höjd beredskap.[220]

Inriktnings- och samordningsfunktion

Länsstyrelserna arbetar efter de principer som tagits fram av aktörer gemensamt för samverkan och ledning vid samhällsstörningar. Det innebär att länsstyrelsen som geografiskt områdesansvarig inom länet vid en samhällsstörning, om behov finns, inrättar en inriktnings- och

[218] 1 § förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.
[219] 7 § första stycket.
[220] 7 § andra stycket.

samordningsfunktion.[221] En inriktnings- och samordningsfunktion är en icke-permanent grupp representanter från flera aktörer som har till uppgift att träffa överenskommelser om aktörsgemensam inriktning och samordning av åtgärder för att hantera konsekvenserna av samhällsstörningar. Den aktiveras när behov uppstår. Den består av utsedda representanter för de inblandade aktörerna och har det handlingsutrymme som krävs för att hantera samhällsstörningar. Varje aktör som berörs av överenskommelsen om inriktning och samordning fattar själv beslut om hur denna ska genomföras i den egna organisationen.[222]

Nationella samordningskansliet för skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial

Under utbrottet av covid-19 fick länsstyrelserna i uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna kommunernas lägesbilder och behov av skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial, inom ramen för det uppdrag som Socialstyrelsen fått watt på nationell nivå säkra tillgången på skyddsutrustning och annat material till följd av spridningen av covid-19.[223]

Även om länsstyrelsen ska samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser och inom sin verksamhet främja samverkan mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra relevanta aktörer i länet konstaterades att länsstyrelsen bl.a. saknade mandat att begära in uppgifter. Kommunernas rapporteringsskyldighet enligt 2 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap grundar sig på att kommunen anser att det råder en extraordinär händelse, vilket vissa kommuner inte ansåg att det gjorde. För att länsstyrelserna skulle kunna fullgöra de uppgifter som samordningsprocessen innebar, hemställde de därför om ett bemyndigande för att kräva in underlag från berörda kommuner samt möjlighet att göra en bedömning av kommunernas lägesbilder och anmälda behov av sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning.

---

[221] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2018): *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*, s. 79.
[222] A.a.
[223] Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19 (S2020/02676/SOF).

Själva arbetet med att sammanställa behov och tillgång på skydds-utrustning löstes av respektive länsstyrelse i dialog med länets kommuner. I de fall omfördelning kunde genomföras inom länet verkade länsstyrelsen för att en sådan skulle komma till stånd. För den nationella samordningen valde länsstyrelserna att inrätta ett nationellt samordningskansli vid länsstyrelsen i Halland. Samordningskansliet uppgift var att samla in uppgifter från de olika länsstyrelserna och samlat redovisa detta till övriga aktörer.

Därutöver har länsstyrelserna fått ett flertal andra regeringsuppdrag med anledning av pandemin.

3.5 Hälso- och sjukvårdsområdet

Svensk hälso- och sjukvård är i huvudsak decentraliserad. Det är kommuner och regioner som har det huvudsakliga ansvaret att tillhandahålla god vård åt befolkningen. Detta avspeglas också i utgifterna för vård. Enligt uppgifter, som inte är helt aktuella, stod regioner och regionägda bolag för 56,5 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för Sverige, kommunerna för 25,4 procent och staten för 1,5 procent.[224]

Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är utformad som en skyldighetslagstiftning till skillnad från en rättighetslagstiftning. Vårdskyldigheten för kommuner och regioner är omfattande och innefattar i princip all vård som är medicinskt motiverad. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar är nära knutet till kommunernas ansvar enligt socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortad SoL. Det är staten som har ansvar för den lagstiftning som gäller på hälso- och sjukvårdens område. Utöver lagstiftning finns en omfattande reglering i hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverk på lägre normnivå dvs. i förordningar och i olika statliga myndigheters föreskrifter och allmänna råd.

Staten är således på övergripande nivå systemansvarig för hälso- och sjukvården. Om den rättsliga reglering som gäller skulle visa sig otillräcklig är det staten som ska tillse att regleringarna ändras eller kompletteras. Staten bidrar också till vårdens finansiering. Staten bedriver också vård, i mycket liten omfattning, exempelvis den vård som ges inom Försvarsmakten.

[224] Statistiska centralbyrån, hälsoräkenskaper 2001–2015, flik Tabell 2 HC-HF rad 130–137.

De finns drygt 250 olika författningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Tre av de mest centrala av allmängiltig karaktär är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL. Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag som lämnar stor frihet för sjukvårdshuvudmännen att organisera sin verksamhet utifrån lokala och regionala behov. Annan lagstiftning reglerar mer avgränsade delar av hälso- och sjukvården, exempelvis smittskyddslagen (2004:168), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl.

De föreskrifter som finns på hälso- och sjukvårdsområdet syftar i slutändan till att säkerställa att befolkningen har tillgång till en patientsäker och effektiv vård av god kvalitet. I smittskyddslagen (2004:168) och i lagar som gäller psykiatrisk tvångsvård finns det bestämmelser som även syftar till att skydda andra än patienter. I många fall är dessa bestämmelser skrivna utifrån att det är fred och i frånvaro av fredstida kriser.

Vissa tidigare statliga utredningar

Hälso- och sjukvårdsområdet har genom åren varit föremål för en ansenlig mängd statliga utredningar. Vårdens utveckling har i hög grad utgått från slutsatser och förslag från sådana utredningar. Frågor om styrning, ledning, samverkan, resursutnyttjande och kompetensförsörjning hör till sådana frågor som utredningarna har analyserat.

Några slutsatser avseende bl.a. produktivitet, styrning och ledning från utredningar som avslutats under senare år kommer nedan att redovisas på ett mycket summarisk vis för att ge en bakgrund till de frågor om styrning och ledning som denna utredning ska hantera. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården[225] har på regeringens uppdrag genomfört analyser av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. I uppdraget ingick även bl.a. att belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns.

[225] Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).

Beträffande vårdens effektivitet konstaterades bl.a. att det fanns ett antal utmaningar med att mäta effektivitet i hälso- och sjukvården och utredningen menade att det inte var möjligt att på ett samlat och riktigt rättvisande sätt beskriva hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsoutvecklingen relaterat till insatta resurser.[226] Utredningen konstaterade att produktiviteten sjunker inom hälso- och sjukvården och anförde med anledning av detta 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 av 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 överbeläggningsproblem, vilket inverkar menligt på deras förmåga att producera. Sammantaget tycks det som om det svenska sjukvårdssystemet har en ”produktivitetskris” i den sjukhusbundna vården. Därmed inte sagt att lösningarna endast ligger i förändringar knutna till sjukhusen. Lösningarna ligger säkerligen i förändringar inom det sammantagna systemet.
>
> Som berörts i avsnitt 3.2 är dock produktivitet endast en del i effektivitet, varför en låg produktivitet bör tolkas med viss försiktighet. Det är emellertid intressant att jämföra hur mycket vården åstadkommer i dag jämfört med tidigare och jämfört med andra. Det är inte bara en viktig diskussion utan utgår också från det offentligas skyldighet att använda de gemensamma resurserna så effektivt som möjligt.
>
> Det kan också konstateras att inte finns några belägg för att produktivitet (i meningen endast hur mycket som produceras) har negativa följder för kvalitet. I produktivitetsjämförelser av nordiska sjukhus verkar det snarare finnas ett motsatt samband (se avsnitt 4.1.5).[227]

Mycket övergripande kan beträffande frågor om styrning konstateras att ovan nämnda utredning sammanfattade sina iakttagelser om styrsystemen på följande vis.

> Styrsystemen är inte ändamålsenliga. För patienten avgörande frågor som kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn främjas inte genom nuvarande sätt att styra vården. Styrningen av hälso- och sjukvården är uppdelad på många aktörer, bl.a. stat, landsting, kommuner,

[226] Effektiv vård (SOU 2016:2), s. 68.
[227] A.a., 120 f.

privata vårdgivare och professioner som på olika sätt utövar styrning av vården.

Resultatet är en splittrad, mångfaldig och ibland detaljerad styrning. Det saknas väsentligen samordning av de styrsignaler som skickas och vanligen också en sammanhållen analys av de konsekvenser som styrningen får.

Landstingens styrning saknar ofta ett helhetstänkande. Inte sällan används kortsiktiga lösningar för att snabbt åtgärda ekonomiska problem eller punktvisa kvalitetsbrister. Man väljer att ”skruva” i detaljer och åtgärdar inte bakomliggande systemfel. T.ex. går det inte att åtgärda en väntelista separat utan det krävs en rad bredare åtgärder för att förbättra flöden etc. Ersättningssystemen skiljer sig åt mellan landstingen i varierande grad. Det har dock funnits och finns ännu en klar tendens till successivt ökande detaljstyrning. Antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom att nya införs utan att gamla tas bort. Detta ger en mångfald av styrsignaler som skapar osäkerhet om vad som är prioriterat och minskar utrymmet för professionernas egna bedömningar (s.k. professionell autonomi). En tung administrativ börda kopplat till ekonomiska styrmedel skapas.

Även statens styrning är fragmentarisk och skapar problem. De många och dåligt koordinerade prestationsbaserade överenskommelserna mellan Socialdepartementet och SKL innehåller ofta indikatorer som förutsätter nya mätningar i vårdens verksamheter. Detta bidrar ytterligare till detaljreglering av vården och genererar mer administration.[228]

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård har utrett hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård.[229] Enligt uppdraget skulle analysen omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, landstingens ersättningssystem, vårdvalssystemen, användandet av inhyrd personal, tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården samt socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion. Såvitt gäller styrningen av hälso- och sjukvården anförde utredningen bl.a. följande.

> Styrsystemen eller den sammantagna styrningen är, givet antalet aktörer och ”logiker”, svårt att ge en rättvisande beskrivning. Mångfalden och avsaknaden av systemtänkande gör att begreppet styrsystem rentav är missvisande. Det antyder att det finns en verkligt sammantagen styrning, som hänger ihop mellan nivåer och logiker, vilket ofta inte verkar vara fallet.[230]

[228] A.a., s. 9 f.
[229] Ordning och reda i vården (dir. 2017:128).
[230] Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning (SOU 2018:55).

Utredningen lämnade också följande sammanfattande problembeskrivning

> De gångna årens erfarenheter har tydligt visat på komplexiteten i hälso- och sjukvården som system. Att styra hälso- och sjukvården är en form av balansgång mellan olika inbyggda potentiella målkonflikter. Styrningen av hälso- och sjukvården har sannolikt blivit än mer komplex i takt med den ökande kunskapsmassan inom medicin, omvårdnad och närliggande områden. Ökad kunskapsmassa öppnar för många positiva möjligheter, men leder också till ökad subspecialisering, vilket ökar komplexiteten i systemet. Det leder också till ökad fragmentering med åtföljande ökat behov av koordinering mellan vårdens olika delar. Det är en stor utmaning att åstadkomma system med helhetssyn och styrsystem som främjar samverkan, och en ökad måluppfyllelse i form av en mer jämlik, behovsbaserad och effektiv vård.[231]

Utifrån de analyser och förslag som lämnades i betänkandet Effektiv vård, gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. I utredningens uppdrag ingick att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredningen, som antog namnet Samordnad utveckling för god och nära vård, lämnade inom ramen för sitt uppdrag flera betänkanden.

Som framgår av det första betänkandet, ansåg utredningen att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras, så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd.[232] En förstärkning av primärvården bedömdes nödvändig. Särskilt viktigt var att förbättra vården för dem med störst behov. Utredningen lämnade förslag till bl.a. ändringar av HSL som genomförts.

[231] A.a., s. 10 f.
[232] Samordnad utveckling för god och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

3.5.1 Vårdens utveckling och nya utmaningar som måste hanteras

Inom den offentligfinansierade vården pågår sedan en tid en omställning i linje med slutsatser som dragits i främst de ovan redovisade utredningarna på hälso- och sjukvårdsområdet. Vårdresurser flyttas, eller ska åtminstone flyttas, från sjukhus till primärvård och till mer eller mindre avancerad hemsjukvård. Syftet med denna omställning av hälso- och sjukvårdssystemet är att skapa en mer resursstark och kompetensförstärkt nära vård. Att vården ska ges nära är inte uteslutande en geografiskt baserad utgångspunkt; vård på distans med stöd av informationsteknologi utgör också nära vård. Uttrycket ”nära vård” är således till stor del kopplat till frågan om vårdens tillgänglighet.[233] Omställningen medför delvis andra förutsättningar vad gäller ledning och styrning av verksamheterna. Dessutom påverkar omställningen bl.a. regionernas försörjningssystem inte minst vad gäller läkemedel eftersom sjukhusapotekens roll i försörjningen minskar när vården flyttar ut från sjukhusen.

Ur ett beredskapsperspektiv innebär omställningen också andra utmaningar. När vården flyttar längre ut och ges närmare patienten, endera på en vårdinrättning eller i hemmet måste t.ex. kraven på robusthet i elförsörjning, vatten och informations- och kommunikationstjänster omfatta alla platser där vård ges. Då räcker det inte att ha reservkraft till sjukhus. Hemvård och annan patientnära vård måste åtminstone klara av mindre och kortare störningar i den tekniska försörjningen. Frågan om hur patienter ska hanteras vid långvariga bortfall av el- eller vatten måste dock också lösas.

En annan utveckling som varit tydlig under en lång rad år är den ökade valfriheten för patienter att välja utförare och mångfalden av vårdgivare. Andelen privata utförare inom vården varierar betydligt mellan olika kommuner och regioner. I takt med att inslagen av privata vårdutförare ökar tar kommuner och regioner i allt mindre utsträckning själva ansvar för själva utförandet av vård. I huvudsak förekommer privata utförare inom primärvården, men det finns också privata utförare som utför sådan vård som ges på sjukhus.

Personella och även materiella resurser och det kunnande som krävs för att utföra vård finns således ofta hos privata utförare. I takt

[233] Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/ 18:83), s. 46 f.

med att verksamhetsnödvändiga kunskaper lämnar en organisation blir beroendet av att köpa kunnande från andra aktörer successivt allt större. Att beställa och leda hälso- och sjukvård förutsätter ett stort mått av kunnande även om utförandet av vården ska skötas av andra.

Lagkrav som avser exempelvis ledning av hälso- och sjukvården och en rad andra bestämmelser avseende beredskap riktar sig i mycket stor utsträckning till aktörer i offentlig sektor, såsom kommuner, regioner eller beslutande organ i kommuner och regioner, och inte till de privata utförarna av vård. När vårdens resurser finns hos privata utförare måste vårdens huvudmän noga överväga hur nödvändiga omfördelningar av vårdresurser eller patienter ska kunna ske vid kriser eller krig. Eftersom kommuner och regioner enligt olika lagar är skyldiga att tillhandahålla olika tjänster inom bl.a. socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden och eftersom de enligt lagkrav också ska kunna leda verksamheter är det således av stor betydelse att kommuner och regioner säkerställer att de inte bara kan styra och leda egna organ utan även privata vårdaktörer som anlitas för att utföra offentligfinansierad vård eller andra offentligfinansierade tjänster.

3.5.2 Regionernas och kommunernas ansvar att erbjuda vård

I HSL finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän.[234]

Med huvudman avses i HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård[235] och med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.[236]

En huvudman har enligt HSL inte någon skyldighet att bedriva vård i egen regi. Utförandet av vården kan överlåtas på någon annan. Teoretiskt sett kan en huvudman överlåta all vård på andra aktörer, men en sådan ordning har dock ännu inte införts i någon del av landet.

Det centrala i huvudmannaskapet enligt HSL är således skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård och det centrala ansvaret för

[234] 1 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[235] 2 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[236] 2 kap. 3 § ovan nämnda författning.

vårdgivare är att utföra en effektiv och patientsäker vård. Regioner och kommuner måste således avsätta de resurser som krävs för att fullgöra skyldigheten att erbjuda god vård.

Noterbart är att begreppet huvudman inte förekommer i kommunallagen, i det följande förkortad KL. När fullmäktige ger en nämnd ett ansvar för en viss uppgift är det nämnden som enligt 6 kap. 6 § KL ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Bestämmelser i HSL som särskilt rör regioners ansvar som huvudmän finns i avdelning III och bestämmelser som särskilt rör kommuners huvudmannaansvar finns i avdelning IV. I avdelning V finns bestämmelser som gäller både för regioner och kommuner i deras roll som huvudmän.

Utöver de nämnda avdelningarna omfattas huvudmän av bestämmelserna i avdelningarna I och II som gäller för all hälso- och sjukvård. De bestämmelser i HSL som riktar sig mot vårdgivare gäller förstås också för de kommuner och regioner som är vårdgivare. Bestämmelserna i avdelning II omfattar enligt vad som anges i bl.a. avdelningsrubriken all hälso- och sjukvård. I propositionen En ny hälso- och sjukvårdslag uttalar regeringen att huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla kraven i bestämmelser för all hälso- och sjukvård enligt avdelning II.[237] Det framgår inte av propositionen i vilka situationer så inte är fallet.

I svensk rätt finns inte enbart bestämmelser som medför skyldighet att erbjuda vård. Det finns också bestämmelser som ger möjlighet för regioner eller kommuner att tillhandahålla vård på frivillig grund.

Vid sidan av HSL finns andra bestämmelser, t.ex. i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, som innebär att kommuner och regioner i vissa fall får och i andra fall ska lämna hjälp till andra kommuner och regioner.

[237] En ny hälso- och sjukvårdslag (prop. 2016/17:43), s. 87.

Bestämmelser som innefattar en skyldighet att erbjuda vård[Sid 282(1295)]

Regioner har enligt HSL en omfattande skyldighet att erbjuda vård. Sådant ansvar omfattar inte hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för.

En region ska enligt HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är *bosatt* inom regionen. Detsamma gäller i fråga om den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen.[238] Utöver detta är regionen skyldig att erbjuda vård åt vissa som inte är bosatta i regionen, bl.a. vissa studenter.[239]

Regioner är också skyldiga att erbjuda *öppen vård* även *till personer som omfattas av en annan regions ansvar* för hälso- och sjukvård[240], men det finns också bestämmelser om kostnadsansvar för vården som innebär att kostnadsansvaret är beroende av om patientens hemregion ställt upp remisskrav för den aktuella vården. Att remisskrav följs är visserligen inte en förutsättning för att tillhandahålla öppenvård åt en annan regions patienter, men om remisskraven frångås hamnar kostnadsansvaret för vården på den region som utfört vården. I praktiken torde detta innebära att få, om ens några, regioner tillhandahåller vård i strid med andra regioners remisskrav. På SKR:s hemsida finns en sammanställning över regionernas krav på remiss i den öppna vården.

För sluten vård, dvs. hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, gäller inte samma vårdansvar som för öppen vård. Om någon som *vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård*, ska regionen erbjuda sådan vård.[241] Utförandet av omedelbar vård kan kräva intagning på en vårdinrättning. Bestämmelsen innebär dock inte att en vårdansvarig region kan kräva att patienter som befinner sig i den egna slutenvården ska omhändertas av en annan region på grund av exempelvis personalbrist eller platsbrist. Sådant omhändertagande kan dock lösas genom att en annan region åtar sig att vårda patienter, men detta sker på frivillig grund i enlighet med bestämmelserna i

[238] 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[239] 8 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[240] 8 kap. 3 § ovan nämnda författning.
[241] 8 kap. 4 § ovan nämnda författning.

riksavtalet för utomlänsvård, som är en rekommendation som är beslutad av SKR:s styrelse.

Vidare bör framhållas att det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård 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. Regioner är också skyldiga att erbjuda vård enligt de nämnda lagarna.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar är nära knutet till kommunernas ansvar enligt socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortad SoL. En kommun är enligt HSL skyldig att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen enligt SoL bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och därför har en särskild boendeform eller bostad.[242] Vårdskyldighet omfattar även personer som efter beslut av kommunen bor i liknande boendeformer i enskild verksamhet (även verksamheter som är tillståndspliktiga). Kommunens ansvar omfattar vård i samband med hemtjänst och dagverksamhet.

Kommunens vårdansvar enligt vad som nu redovisats gäller inte, sådan hälso- och sjukvård *som ges av läkare*. Det finns dock i HSL bestämmelser för att tillgodose den läkarmedverkan som krävs i den kommunala vården.[243]

Det bör också nämnas att det även finns bestämmelser i HSL som innebär att regioner och kommuner har ansvar för att tillhandahålla vissa hjälpmedel[244] och vissa förbrukningsartiklar.[245]

Bestämmelser som ger möjlighet att erbjuda viss vård eller att överlåta skyldighet att erbjuda vård

En region får till en kommun i regionen överlåta sin skyldighet att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende och i sådana särskilda boendeformer som en kommun inrättat för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.[246] En kommun får också erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i

[242] 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.
[243] 16 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[244] 8 kap. 7 § 2 och 12 kap. 5 § första stycket ovan nämnda författning.
[245] 8 kap. 9 § och 12 kap. 6 § ovan nämnda författning.
[246] 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

hemmet i ordinärt boende och i sådana särskilda boenden.[247] Överlåtelse kan inte avse hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Regioner får således till kommuner överlåta skyldigheten att erbjuda bl.a. hemsjukvård om regionen och kommunen kommer överens om det.[248] Samtliga regioner, med undantag för Region Stockholm, har träffat sådana överenskommelser. I princip samtliga regioner har därför också skyldigheter att till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att en kommun ska kunna erbjuda enskilda en god hälso- och sjukvård i särskilda boenden, i dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende.[249] Regionen och kommunerna ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för sådan läkarmedverkan.[250]

Utöver vad som ovan angivits finns bestämmelser som innebär att en region får erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård.[251]

I samband med sjöräddningsinsatser i de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där sjöräddningstjänsten ankommer på svenska myndigheter, får regionen bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna av en olycka.[252]

En region kan också genom överenskommelse med en kommun inom regionen, överlåta till kommunen att ansvara för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.[253]

Som framgår av 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter får kommuner ingå avtal med regioner om att utföra sådana transporter som avses i 7 kap. 6 § HSL. Kommuner får även ingå avtal med regioner om att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sådana transporter.

[247] 12 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[248] 14 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[249] 16 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[250] 14 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[251] 8 kap. 5 § ovan nämnda författning.
[252] 10 kap. 4 § ovan nämnda författning.
[253] 14 kap. 3 § ovan nämnda författning.

3.5.3 Smittskydd och internationella hälsohot Sid 285(1295)

Även om hantering av smitta och internationella hälsohot kan ses som en del av den allmänna krisberedskapen finns särskild lagstiftning på området.

Smittskyddslagen

Av smittskyddslagen (2004:168) framgår att samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.[254] Det är regionerna som ansvarar för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om anmälningsplikt och handläggning av vissa smittsamma sjukdomar samt bestämmelser om smittskyddsåtgärder.

Smittskyddsläkaren i regionen 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 lagen finns 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. Regeringen får med stöd av 9 kap. 5 § 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.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Varje region ansvarar för att behövliga smitt-

[254] www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1962381-om-allman-forsakring_sfs-1962-381.

skyddsåtgärder vidtas inom regionens område.[255] I smittskyddslagen regleras också allmänna vaccinationsprogram vilket är en viktig förebyggande åtgärd mot spridning av smittsamma sjukdomar.[256] Allmänna vaccinationsprogram kan vara särskilt viktiga i händelse av omfattande kriser då levnadsförhållandena försämras och smitta lättare sprids.

Tillfällig pandemilag

Med anledning av utbrottet av covid-19 har riksdagen i januari 2021 beslutat om en särskild ny pandemilag.[257] I lagen finns bestämmelser om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.[258] Lagen var avsedd att upphöra vid utgången av september 2021 men har därefter förlängts vid två tillfällen och gäller nu fram till och med den 31 maj år 2022.[259] Regeringen motiverar i propositionen att den svåra situation som har uppkommit till följd av den pågående pandemin har aktualiserat behov av tvingande åtgärder som inte kan vidtas inom ramen för smittskyddslagen.[260] Detta anknyter till det utredningen anförde ovan att det i Sverige i vissa avseende saknas lagar som träder i kraft och tillför ytterligare verktyg i händelse av kriser eller allvarliga samhällsstörningar i fred.

Internationella hälsoreglementet

Utöver smittskyddslagen finns även bestämmelser om genomförande av Världshälsoorganisationens internationella hälsoreglemente, i det följande förkortat IHR, som antogs i Genève den 23 maj 2005. 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.

---

[255] 1 kap. 8 § ovan nämnda författning.
[256] 2 kap. 3 a–f §§ ovan nämnda författning.
[257] En tillfällig covid-19 lag (prop. 2020/21:79), rskr 2020/21:155.
[258] 1 § lagen(2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, samt lagen (2021:861) om fortsatt giltighet av lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 och lagen (2022:30) om dels fortsatt giltighet av lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, dels ändring i samma lag.
[259] Punkten 2 i övergångsbestämmelser till lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[260] En tillfällig covid-19 lag (prop. 2020/21:79), s. 20.

IHR omfattar samtliga allvarliga hälsohot, såväl kemiska, biologiska som radiologiska och nukleära hot, oavsett om dessa sprids avsiktligt eller oavsiktligt. De svenska bestämmelserna om detta finns i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Med ett internationellt hot mot människors hälsa avses en risk för att smittämnen eller andra ämnen som utgör eller kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder. De sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga ska alltid anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa.[261] Kommunen svarar enligt lagen för att åtgärder till skydd för människors hälsa vidtas i fråga om transportmedel, bagage och annat gods samt djur. Regionen svarar enligt lagen för att smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor vidtas. Detta gäller också en kommun som inte ingår i en region.[262]

Folkhälsomyndigheten ska vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.[263] IHR är en del av det svenska krishanteringssystemet och bör hanteras inom ramen för respektive myndighets ansvar. En rad myndigheter har ansvar för att förebygga och hantera händelser med farliga ämnen inom respektive sektor. De hot som faller inom ramen för IHR sträcker sig över samtliga dessa områden. Den aktör som normalt har ansvaret för ett område har det både under en nationell kris och under en IHR-relaterad händelse.[264]

3.5.4 Styrning och ledning av hälso- och sjukvård

Styrning och ledning av hälso- och sjukvård sker som tidigare framhållits på många olika nivåer. I bl.a. lagtext söker man skilja ut vilka beslut som ska fattas på en viss styrnings- eller ledningsnivå genom ord som t.ex. ”övergripande”, ”principiell” eller ”viktig”.

Av KL följer som tidigare redovisats bl.a. att det är fullmäktige som beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större

[261] 2 § lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.
[262] 4 § ovan nämnda författning.
[263] 5 § ovan nämnda författning.
[264] 10 § lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, samt information på Folkhälsomyndighetens webbplats IHR – Internationella hälsoreglementet – Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se), besökt 2021-02-22.

vikt för kommunen eller regionen.[265] Beslutanderätten i sådana ärenden kan inte delegeras.

Genom nämnda bestämmelse i KL framgår, genom en inte uttömmande uppräkning, ett antal ärenden där det ankommer på fullmäktige att besluta b.la. ”övergripande mål och riktlinjer för verksamheten” och ”budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor” och ”nämndernas organisation och verksamhetsformer”.

Den kanske viktigaste grundfrågan när det gäller ledning, men som är relevant också för frågor om styrning, är vilket organ eller person som har rätt eller skyldighet att fatta beslut i en viss fråga.

Friheten för kommuner och regioner enligt KL att välja hur deras verksamheter ska styras, ledas och bedrivas stor och förutsättningarna för styrning och ledning kan därför i hög grad skilja sig åt mellan olika regioner och kommuner. Gränserna för lednings- eller styrningsmandat kan se mycket olika ut.

Ur bl.a. ett demokrati- och medborgarperspektiv är det centralt att det är tydligt vem som har ansvar för olika beslut som är av betydelse för vården. Många regioner och en del kommuner har relativt komplexa organisationer och uppdelningar av ansvar.

En grundläggande förutsättning för att styrning och ledning ska fungera väl är att gränserna för olika styrnings- och ledningsmandat är tydliga. Således krävs bl.a. väl genomtänkta och tydliga reglementen för regionala- och kommunala nämnder och väl utformade arbets- och delegationsordningar.

Bestämmelser om ledning och styrning av hälso- och sjukvården finns i olika författningar. Grundläggande bestämmelser om ledning i hälso- och sjukvården finns i bl.a. HSL och KL. Det finns dock även avvikande bestämmelser om ledning under vissa förhållanden då hälso- och sjukvården ska ledas på ett särskilt sätt. I det följande redogörs övergripande för ovan nämnda bestämmelser samt för ledning som inte är rättsligt reglerad.

[265] 5 kap. 1 § första stycket KL.

Grundläggande bestämmelser om ledningen i vardagen av hälso- och sjukvården

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer.[266] Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen ska som tidigare nämnts utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller det som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725), i det följande förkortad KL. Beträffande gemensam nämnd bör noteras att bestämmelser om sådana nämnder inte bara finns i KL utan också i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Enligt HSL är det således inte fullmäktiges uppgift att leda hälso- och sjukvårdsverksamheten, men som tidigare redovisats följer av KL att det är fullmäktige som beslutar i *ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt* för kommunen eller regionen b.la. budget och övergripande mål och riktlinjer för verksamheten. Detta ansvar kan enligt KL inte delegeras. Den ledning av hälso- och sjukvården som nämnderna ska utöva omfattar inte ledningsbeslut som det ankommer på fullmäktige att fatta.

Nämndledningen av vården i regioner och kommuner kan vara uppdelad mellan flera nämnder. Den kan exempelvis vara uppdelad mellan flera nämnder i kommunen eller regionen eller mellan sådana nämnder och en nämnd i ett kommunalförbund eller/och en nämnd som är gemensam med en annan kommun eller en annan region (gemensam nämnd).

Utöver denna ledning tillkommer sådan ledning som måste utövas av den som bedriver vård (vårdgivaren). En vårdgivare kan vara en nämnd i kommunen eller regionen, en gemensam nämnd, ett kommunalförbund, ett av kommunen- eller regionen helägt eller delägt bolag – ett sådan bolag kan också sortera under bl.a. ett kommunalförbund. En vårdgivare kan också vara ett privat bolag eller annan enskild aktör. Andra associationsrättsliga former än bolag är förstås möjliga.

Där det bedrivs vård ska det enligt HSL finnas en verksamhetschef och regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen.[267]

[266] 11 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[267] 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Ansvaret för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap. 1 och 3 §§ smittskyddslagen (2004:168) ska utövas av en chefsöverläkare som har specialistkompetens. Om verksamhetschefen inte är en läkare med specialistkompetens, ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller, i fråga om smittskydd, av en befattningshavare som har förordnats med stöd av 5 kap. 24 § smittskyddslagen.[268]

Verksamhetschefer har genom den rättsliga regleringen ålagts visst ansvar.[269] Av hälso- och sjukvårdsförordningen framgår bl.a. att verksamhetschefen bl.a. får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.[270] Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.[271] Utöver detta ansvar är det upp till vårdgivaren att bestämma vilka uppgifter en verksamhetschef ska ansvara för.

Inget hindrar att det finns många verksamhetschefer. Vårdgivaren avgör själv hur stora enheter eller verksamhetsområden som en verksamhetschef ska ansvara för. En verksamhetschef kan således ansvara för en enhet eller verksamhet som är liten, men också för stora enheter som rymmer ett många olika medicinska specialiteter. En och samma verksamhetschef kan samtidigt ansvara för både sluten och öppen vård.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, i det följande förkortad MAS.[272] Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vad nu sagts gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ HSL i en kommun som inte ingår i en region, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

Som framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen ska MAS bl.a. ansvara för patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjuk-

[268] 4 kap. 3 § ovan nämnda författning.
[269] 4 kap. 1–5 §§ hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[270] 4 kap. 4 § ovan nämnda författning.
[271] 4 kap. 5 § ovan nämnda författning.
[272] 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.[273]

Styrning och ledning av andra juridiska personer än kommunen eller regionen, exempelvis kommunalförbund och privaträttsliga subjekt såsom bolag, innebär vissa särskilda utmaningar. Ledning och styrning av gemensamma nämnder ställer också särskilda krav.

Skyldigheten för ett kommunalförbund eller ett bolag att följa direktiv från en kommun eller region är beroende av bl.a. förbundsordningar, bolagsordningar, ägardirektiv, avtal och tvingande rättsliga regleringar. Vilka bestämmelser som är tillämpbara vid ledning och styrning av juridiska personer varierar. Vid kommuners och regioners styrning av bolag krävs att hänsyn tas till bestämmelser som gäller för bolag, exempelvis bestämmelser i aktiebolagslagen (2005:551).

Kommuner och regioners styrning av aktiebolag, särskilt delägda bolag, torde bl.a. förutsätta mycket väl avpassade bolagsordningar och aktieägaravtal. Vidare kan styrningen av aktiebolag behöva ske genom s.k. ägardirektiv eller ägaranvisningar, dvs. sådana särskilda anvisningar till bolagsstyrelsen som har antagits av bolagsstämman. Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, har tagit fram en skrift som innehåller ett antal principer som kan användas som stöd för styrning av kommun- och regionägda bolag.[274] Principerna är i första hand avsedda att tillämpas på sådana aktiebolag där kommunen eller regionen, eventuellt tillsammans med andra kommuner och regioner, har aktiemajoriteten, men det mesta i principerna anges kunna tillämpas i alla typer av kommun- och regionägda bolag, oavsett storlek och ägande.

När det gäller styrning av privata aktörer kan vidare konstateras att det främst är genom avtal som ”styrning” kan ske.

3.5.5 Särskild sjukvårdsledning

Av 7 kap. 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Katastrofmedicinsk beredskap innebär enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap en beredskap att bedriva hälso- och

[273] 4 kap. 6 § 1 och 2 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[274] Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *Principer för styrning, kommuner och regionägda bolag* (ISBN: 978-91-7585-900-2).

sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse. En allvarlig händelse är en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.[275] Det kan noteras att många olika typer av händelser kan betraktas som *allvarliga händelser* men att ovan nämnda föreskrifter begränsar sig till sådana händelser som ryms inom 7 kap. 2 § HSL.

Under 1990-talet inträffade flera stora skadehändelser i Sverige, bland annat förlisningen av Estonia och diskoteksbranden i Göteborg. Utvärderingarna efteråt visade på att Sverige behövde ett bättre ledningssystem inom hälso- och sjukvården och den katastrofmedicinska beredskapen samt att landstingens förmåga att leda och samverka vid olyckor och katastrofer behövde stärkas. Den dåvarande modellen med ett s.k. ledningssjukhus var otillräcklig. En begrepps och processmodellering initierades därför av Socialstyrelsen i ett stort ledningsprojekt. Projektet pågick mellan 1999–2002 och samtliga landsting och många andra aktörer deltog. Målet var att detta arbete skulle ligga till grund för nya föreskrifter och en gemensam syn på ledning inom hälso- och sjukvården. Arbete syftade till att beskriva respons på och hantering av händelser som vardagliga olyckor, extraordinära händelser och katastrofer.[276] Som vanligt när arbete bygger på och begränsas till redan inträffade händelser begränsas ofta lösningarna till det inträffade. I det ovanstående avsåg man att lösa ledningsfrågor vid sådana situationer som har ett snabbt och plötsligt förlopp och som uppkommer utanför regionens ordinarie verksamhet. I modelleringen inkluderades inte långdragna förlopp som pandemier eller krig, eller för den delen bortfall i teknisk infrastruktur.

Metoden finns publicerad i två vetenskapliga tidskrifter och arbetet har rönt stort internationellt intresse. Projektet resulterade i vad som benämndes en nationell ledningsmodell med en gemensam terminologi, ledningsnivåer, ledningsroller och definierade beredskapslägen. Ledningsmodellen innehöll ett tydliggörande av hälso- och sjukvårdens regionala nivå, dvs. landstingets ansvar, begreppet allvarlig händelse och funktionen tjänsteman i beredskap. Varje landsting erhöll därefter centrala medel för att införa en s.k. larmmottagare, eller tjänsteman i beredskap för hälso- och sjukvården. Ur ledningsmodellen kunde sedan även mätbara kvalitetsindikatorer för särskild

[275] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[276] The development of a national doctrine for management of major incidents and disasters, Rüter et al., Scand J Trauma Resus Emerg Med 2006;14;177–181.

Sid 293(1295)

sjukvårdsledning på alla tre nivåer tas fram och dessa blev hörnstenar i utbildningar, utvärderingar och forskning inom området.[277] Socialstyrelsen tog utifrån arbetet fram nya föreskrifter för katastrofmedicinsk beredskap.[278] Föreskrifterna ändrades år 2013 och omfattar i dag inte riktigt samma delar som ovan beskrivits.

Enligt dagens föreskrifter och allmänna råd ska det i varje region ska finnas *en funktion* som ska ansvara för ledningsuppgifter vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse. Funktionen ska benämnas *särskild sjukvårdsledning*.[279]

Sjukvårdsledningen enligt föreskrifterna ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.[280] Vidare ska den särskild sjukvårdsledningen ha befogenhet och förmåga att samordna verksamheter, prioritera insatser, leda personal, omdisponera resurser, mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.[281] Den särskilda sjukvårdsledningen ska minst vara bemannad med personal som har förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser, benämnd sjukvårdsledare, och hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder, medicinskt ansvarig.[282] Sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvariga kan vara en och samma person.

Regionerna ska också ha en *tjänsteman i beredskap*, ofta förkortad TiB, med uppgift att ta emot larm, verifiera uppgifter, larma vidare, initiera och samordna det inledande arbetet samt informera om händelsen.[283]

De ovan redovisade föreskrifterna har i praktiken omsatts till en organisatorisk modell (”funktion”) som, vad gäller organisatoriska komponenter, ser ut att vara relativt lika i alla regioner.

En av komponenterna i modellen är *Regional särskild sjukvårdsledning*. Under denna regionala ledning sorterar följande komponenter; *Lokal särskild sjukvårdsledning* (normalt en per sjukhus samt

[277] Linköpings Universitet (2014): PS – Prehospital Sjukvårdsledning, ett nationellt koncept (2014-06-01).
[278] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.
[279] 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[280] 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[281] 6 kap. 3 § ovan nämnda föreskrifter.
[282] 6 kap. 4 § ovan nämnda föreskrift.
[283] 6 kap. 1 § ovan nämnda föreskrift.

en för primärvården) samt *Prehospital särskild sjukvårdsledning* (för ledning i skadeområdet). Utredningen har inte kunnat undersöka i vilken mån de olika komponenterna i modellen ser lika ut i alla regioner.

Särskild sjukvårdsledning ska etableras vid händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Det kan vara för att händelsen behöver hanteras snabbt och kräver resurser från olika delar av linjeorganisationen vilket kräver särskilda mandat. Det kan också vara för att det behövs en sammanhållande ledningsfunktion dit alla kan vända sig för att få samlad information eller lägesbild kring en händelse. Särskild sjukvårdsledning samlar ledningsresurser från flera delar av organisationen och ska på så sätt kunna ge en effektivare ledning. Syftet är att minska de negativa effekter som händelsen kan ge upphov till på människors liv och hälsa, och på kritiska verksamheter inom hälso- och sjukvården med målet att upprätthålla/återställa normala medicinska kvalitetskriterier.[284] Det kan särskilt noteras att etableringen av särskild sjukvårdsledning inte följer intentionerna i likhetsprincipen (se avsnitt 3.2.3).

Under händelsen i samband med ett leverantörsbyte i fem regioner hösten 2019, då en betydande materielbrist uppstod aktiverade samtliga av de drabbade regionerna särskild sjukvårdsledning. Under pågående pandemi har huvuddelen av regionerna aktiverat särskild sjukvårdsledning för att bland annat hantera de stora patientflöden som uppstått över tid och den inledande bristsituationen avseende sjukvårdsmateriel och läkemedel. Ingen av ovanstående händelser ingår i det som särskild sjukvårdsledning en gång modellerades för. Konsekvenserna av detta beskrivs närmare i avsnitt 4.2.

Annan regionövergripande tjänstemannaledning vid kris

Regionernas ansvar är inte begränsat till enbart hälso- och sjukvård. När samtliga landsting blev regioner med ansvar för kollektivtrafik och regional utveckling inrättade ett fåtal regioner ytterligare en krisledningsfunktion med ansvar för regionens samtliga områden. Någon enhetlig benämning av denna ledning finns inte men i vissa regioner benämns den *krisledning* eller *regional ledning*.

[284] Socialstyrelsen (2020) *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse*, s. 52.

Sid 295(1295)

Nämnda ledningsfunktion är inte rättsligt reglerad, utan har i de fall den finns tillkommit utifrån behovet av en särskild tjänstemannaledning för att regionerna även ska kunna krigsleda andra verksamheter än hälso- och sjukvård. I regioner som inte inrättat denna särskilda ”krisledning” har ibland den särskilda sjukvårdsledningen givits ansvar för hela regionens verksamhet vid en allvarlig eller extraordinär händelse. Vad ovan beskrivits kan föranleda gränsdragningsfrågor kring mandat i egen organisation men också skapa oklarheter vid samverkan med andra aktörer.

Beredskapslägen

I Socialstyrelsens numera upphävda katastrofmedicinska föreskrift från 2005, fanns krav på att dåvarande landstingen vid en allvarlig händelse skulle använda tre beredskapslägen; *stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge*.[285] Kravet finns inte i nu gällande katastrofmedicinska föreskrifter, men beredskapslägena används fortfarande av många regioner i katastrofmedicinska beredskapsplaner. De olika beredskapslägena används för att hälso- och sjukvården gradvis ska kunna anpassa sin förmåga och kapacitet utifrån normalläget. Termerna förklaras också i Socialstyrelsens termbank. Beredskapslägen kan användas för både särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå. Regional och lokal nivå behöver inte befinna sig i samma beredskapsläge, ett lokalt sjukhus kan befinna sig i katastrofläge samtidigt som regional särskild sjukvårdsledning befinner sig i stabsläge.

– Stabsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen.
– Förstärkningsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner.
– Katastrofläge innebär att en sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner.

[285] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

3.5.6 Krisledningsnämnd

Av 2 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, framgår bl.a. att det i kommuner och regioner ska finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Om särskild sjukvårdsledning är tjänstemannaorganisationens svar på en allvarlig händelse så skulle man kunna se krisledningsnämnden som motsvarigheten för den politiska strukturen. Bestämmelserna i LEH om krisledningsnämnden ska inte tillämpas under höjd beredskap. Av nämnda 2 kap. 2 § framgår även att närmare bestämmelser om krisledningsnämnden finns i detta kapitel. I övrigt ska bestämmelserna i kommunallagen tillämpas.

Det är krisledningsnämndens ordförande som beslutar om nämnden ska träda i funktion och när det ska ske. Ordföranden får besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut ska därefter snarast anmälas till nämnden. Har ordföranden i krisledningsnämnden förhinder träder vice ordföranden i dennes ställe.[286]

Krisledningsnämnden får fatta beslut om att överta hela eller delar av verksamhetsområden från övriga nämnder i kommunen eller regionen i den utsträckning som är nödvändig med hänsyn till den extraordinära händelsens art och omfattning. När förhållandena medger det ska krisledningsnämnden besluta att de uppgifter som nämnden har övertagit från andra nämnder ska återgå till ordinarie nämnd.[287]

Krisledningsnämndens beslut ska anmälas vid närmast följande fullmäktigesammanträde. Fullmäktige beslutar om omfattningen av redovisningen och formerna för denna.[288]

Kommun- respektive regionstyrelsen får, när krisledningsnämndens verksamhet som är föranledd av den extraordinära händelsen inte längre behövs, besluta att verksamheten ska upphöra. Om styrelsen fattar ett sådant beslut återgår de verksamhetsområden som krisledningsnämnden har övertagit till ordinarie nämnd. Ett sådant

[286] 2 kap. 3 §§ lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[287] 2 kap. 4 § ovan nämnda författning.
[288] 2 kap. 5 § ovan nämnda författning.

beslut om att krisledningsnämndens verksamhet ska upphöra kan även fattas av fullmäktige.[289]

Särskilda regler för krisledningsnämnden finns således i LEH. I övrigt gäller KL:s bestämmelser exempelvis vad gäller krav på beslutsförhet, protokollföring m.m. Det är enligt vad som tidigare har redovisats fullmäktige som ska anta reglementen om nämndernas verksamhet och arbetsformer.[290] Det är genom dessa reglementen som fullmäktige bl.a. ska klargöra uppgiftsfördelningen mellan de olika nämnderna.

3.5.7 Ledning och beslutsförhet vid höjd beredskap

Av LEH framgår att det är kommunstyrelsen som *under höjd beredskap* ansvarar för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva.[291] Av nämnda lag följer också att det är regionstyrelsen som *under höjd beredskap* ansvar för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt den övriga verksamhet för det civila försvaret som regionen ska bedriva.[292] Krisledningsnämnden (LEH) eller någon annan kommunal eller regional nämnd (HSL) har således inte några ledningsuppgifter under höjd beredskap.

Som framgår av författningskommentaren till 3 kap. 2 § motsvarar första stycket i paragrafen 3 kap. 1 § första stycket lagen om civilt försvar medan andra stycket motsvarar 3 kap. 2 § samma lag. Av kommentaren till den upphävda lagen om civilt försvar framgår bl.a. att

> … ansvaret för ledningen av det civila försvaret inom kommunen under höjd beredskap åvilar kommunstyrelsen. Här åsyftas det övergripande ansvaret för ledningen av det civila försvaret. Det är däremot inte meningen att kommunstyrelsen skall ägna sig åt att leda operativ verksamhet, såsom t.ex. räddningsinsatser.

För att bl.a. underlätta beslutsfattande under krig eller krigsfara finns i lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m. särskilda bestämmelser om bl.a. den kommunala organisationen under krig eller krigsfara. Bestämmelser i lagen medger bl.a. vissa lättnader för besluts-

[289] 2 kap. 6 § ovan nämnda författning.
[290] 6 kap. 44 § kommunallagen (2017:725).
[291] 3 kap. 2 § första stycket lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[292] 3 kap. 2 § andra stycket ovan nämnda författning.

förhet och även ökade förutsättningar att besluta i ärenden som inte kan anstå.

Enligt förordningen (1988:1215) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m. får en beslutande kommunal församling i särskilda fall besluta att de som tjänstgör hos kommunen ska tjänstgöra i andra tjänster eller uppdrag hos kommunen. En kommunal förvaltningsmyndighet har samma befogenhet i fråga om dem som tjänstgör hos myndigheten.[293]

För att säkerställa att olika uppgifter kan utföras även vid höjd beredskap finns behov av en rad olika åtgärder. En nyckelfråga för det civila försvaret är hur tillgången till nödvändig personal ska säkerställas. Utredningen har i ett tidigare betänkande behandlat frågan om bl.a. behovet av tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal, men inte frågor om förtroendevalda.[294] Förmågan att tillskapa personalresurser eller att med befintlig personal utföra mer vård behandlas i kapitel 8. Här avhandlas frågor relaterade till ledning.

Kommun- och regionstyrelser utgör exempel på organ som består av förtroendevalda.[295] I enlighet med vad som tidigare redovisats har olika organ med förtroendevalda ansvar för att leda och styra olika verksamheter, exempelvis vilar ledningsansvaret för hälso- och sjukvård enligt HSL på kommunala och regionala nämnder. I kommuner och regioner ska det också enligt LEH finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Av LEH följer också att det är kommunstyrelsen som under höjd beredskap ansvarar för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva. Regionstyrelsen har enligt LEH under höjd beredskap ansvar för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt den övriga verksamhet för det civila försvaret som regionen ska bedriva.

[293] 3 § förordningen (1988:1215) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m.
[294] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23).
[295] 4 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).

Begränsningar i säkerhetsprövningen

Det ligger i sakens natur att uppdraget som förtroendevald på många sätt skiljer sig från andra uppdrag som grundas på ett avtal eller en anställning. För förtroendevalda finns det i tillämpliga regelverk vissa särskilda bestämmelser. Förtroendevalda i kommun- och regionfullmäktige är till exempel undantagna säkerhetsprövning.[296] Det finns inget uttryckligt undantag för styrelseledamöter eller ledamöter i nämnder och inte heller av förarbetena kan utläsas att ett sådant undantag varit avsett.[297,298,299] I och med den nu gällande säkerhetsskyddslagen gäller undantaget hela säkerhetsprövningen, enligt föregående lag gällde undantaget endast registerkontroll. Kraven på säkerhetsprövning av folkvalda politiker har därmed minskat.[300]

Det kan tyckas vara märkligt om de som enligt gällande rätt anses utöva ledning över hälso- och sjukvården i fullmäktige och därmed beslutar om planer inte ska kunna säkerhetsprövas. Detta är i så fall något som särskilt måste beaktas internt i kommuner och regioner när planeringen genomförs.

Även förtroendevalda behöver kunna utföra sitt arbete

Att de förtroendevalda som i olika sammanhang ska leda hälso- och sjukvård eller verksamheter i det civila försvaret kan genomföra sina uppdrag är naturligtvis av största betydelse. Vid höjd beredskap krävs att de är beslutsföra. Det måste således finnas tillräckligt många personer som tillhör kommun- och regionstyrelser.

Vad gäller beslutsförheten i kommuner och regioner i höjd beredskap finns regler i lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m. Av 6 § framgår att fullmäktige får handlägga ett ärende endast om mer än en tredjedel av ledamöterna är närvarande. Fullmäktige kan dock föreskriva att en interpellation eller fråga får besvaras, även om antalet närvarande är lägre. Om en närvarande ledamot i fullmäktige på grund av jäv är hindrad att delta i handläggningen

[296] 3 kap. 1 § säkerhetsskyddslagen (2018:585).
[297] Ett modernt och stärkt skydd för Sveriges säkerhet – ny säkerhetsskyddslag (prop. 2017/ 18:89) s. 78.
[298] En ny säkerhetsskyddslag (SOU 2015:25), s. 536.
[299] Säkerhetsskydd (prop. 1995/96:129), s. 78 ff.
[300] En ny säkerhetsskyddslag (prop. 2017/18:89), s. 78.

av ett visst ärende, får fullmäktige handlägga detta, även om antalet närvarande på grund av hindret inte uppgår till det antal som avses i första stycket. Ett sammanträde med en beslutande kommunal församling kan utan hinder av vad som annars är föreskrivet kungöras på annat betryggande sätt som ordföranden bestämmer.

Av 7 § framgår vidare att styrelsen i ett ärende som inte kan anstå får besluta i stället för fullmäktige. Styrelsen får dock inte besluta i ett ärende som rör

1. val av ledamöter och ersättare i styrelsen eller någon annan nämnd eller av revisorer,
2. ansvarsfrihet för styrelsens eller en annan nämnds ledamöter eller åtgärd för att bevara kommunens, regionens eller kommunalförbundets rätt.

Beslut som har fattats med stöd av första stycket ska anmälas till fullmäktige vid nästa sammanträde.

Styrelsen eller en annan nämnd får handlägga ett ärende endast om mer än en tredjedel av ledamöterna är närvarande. Antalet ledamöter ska dock alltid vara minst tre.[301] Om det är av synnerlig vikt att ett beslut som enligt 7 § eller på annan grund ankommer på styrelsen fattas innan styrelsen kan sammanträda, får dess ordförande besluta i ärendet. Detsamma gäller en annan nämnds ordförande i fråga om beslut som ankommer på den nämnden. Ett beslut som har fattats med stöd av första stycket ska anmälas till styrelsen respektive nämnden vid dess nästa sammanträde.[302]

De folkvaldas uppdrag påbörjas och avlutas inte sällan i valtider, men de förtroendevalda kan också själva avsluta sina uppdrag. Enligt KL ska fullmäktige befria en förtroendevald från uppdraget när den förtroendevalde önskar avgå, om det inte finns särskilda skäl mot det.[303] Det krävs således särskilda skäl för att fullmäktige ska kunna avslå en avgångsansökan. Enligt författningskommentaren till denna bestämmelse skulle ett rent obstruktionssyfte kunna anses som giltig grund för avslag på den förtroendevaldes begäran.[304] Ett annat kan vara att någon under en tid måste kvarstå vid sitt uppdrag för att

[301] 8 § lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m.
[302] 9 § ovan nämnda författning.
[303] 4 kap. 6 § kommunallagen (2017:725).
[304] Proposition om en ny kommunallag (prop. 1990/91:117), s. 167.

Sid 301(1295)

t.ex. en nämnd ska kunna vara beslutsför.[305] Det finns således bestämmelser som i viss mån säkerställer beslutsfattande vid höjd beredskap och krig.

[305] En ny kommunallag (prop. 2016/17:171), s. 312 f.

4 Utmaningar för hälso- och sjukvården i kris och krig

I det närmast föregående kapitlet har utredningen redogjort allmänt för hur Sverige styrs och för de nuvarande förutsättningarna för planering, ledning och styrning av hälso- och sjukvården i vardag, kris och krig. Det är en komplex bild med många aktörer och stora friheter i hur aktörerna väljer att organisera sig. Mot bakgrund av vad som där sagts och de bedömningar som utredningen gör kan konstateras att det i vissa avseenden finns behov av en tydligare ansvars- och ledningsstruktur.

För att hälso- och sjukvården ska kunna fungera också vid svåra påfrestningar, såsom allvarliga händelser, fredstida kriser och krig, krävs ett tydligt system för samordning genom ledning och samverkan där ansvarsförhållandena är tydliga. En sådan struktur behöver

- tydligt ange vem som har ansvar för och säkerställer samverkan och ledning under olika förhållanden och med olika regelverk, t.ex. vid fredstida kriser och i krig,
- säkerställa att ledning kan utföras vid fredstida kriser som pågår under kort (dagar till veckor) och under lång tid (år),
- möjliggöra att arbetet vid kris eller krig kan ske parallellt i flera olika tidsperspektiv, t.ex. kort, medellång och lång sikt,
- ta höjd för ett före, under och efterperspektiv, dvs. planering genomförande och eftervård/utvärdering, samt
- möjliggöra att de samlade nationella resurserna, oavsett fredstida kris eller krigssituation, kan användas på för samhället så effektivt vis som möjligt.

Det kan konstateras att de olika förslag som lades fram av Utredningen om civilt försvar[1] även kan ha betydelse för förslag som denna utredning lämnar. Förslagen om beredskapssektorer samt om en ny högre regional nivå och inrättandet av civilområdeschefer är av särskild betydelse. Det är ännu oklart om och hur de olika förslagen kommer genomföras vilket gör det svårare för vår utredning att utforma förslag.

Av de statliga utredningar avseende kommuner och regioner samt av hälso- och sjukvården som redovisats i kapitel 3 framgår att det på sina håll finns problem med bl.a. styrsystem och ledningsfunktioner. Det är vidare uppenbart att ett flertal problem kan uppkomma om en kommun eller region av något skäl inte kan förfoga över och omfördela resurser på det sätt som krävs för att utföra vård även vid fredstida kriser eller krig.

Ansvar, ledning och samverkan/samordning är av betydelse för alla de tre faserna planering, genomförande och uppföljning. Exempelvis kan staten besluta om planeringsanvisningar och på så sätt skapa ett ledningsmandat för planering. Alternativet är att samverka om vad som ska uppnås. Detta säkerställer dock inte effekt.

4.1 Allmänna utgångspunkter beträffande planering av hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård utförs i landets samtliga kommuner och regioner. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, är utformad för att ge huvudmännen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

I hälso- och sjukvårdens kärnuppdrag ingår åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör också sjuktransporter och omhändertagande av döda. Kommuner och regioner är genom bestämmelser i HSL, bl.a. skyldiga att erbjuda befolkningen god hälso- och sjukvård. Vårdskyldigheten är generellt uttryckt avgränsad till sådan vård som är medicinskt motiverad. Vården ska vara tillgänglig. Patienter ska ges vård efter behov. Den som har det största behovet ska ges företräde till vården och vården ska ges inom den tid som är medicinskt motiverad.

[1] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25).

Av 1 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap framgår bl.a. att under högsta beredskap är totalförsvar all samhällsverksamhet som då ska bedrivas. Totalförsvar består av militärt och civilt försvar. Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av civilt försvar. Hälso- och sjukvård är därmed en av de samhällsverksamheter som enligt nu aktuella bestämmelsen ska upprätthållas även under högsta beredskap.

Befolkningens vårdbehov ska tillgodoses i alla lägen

HSL innehåller inte någon bestämmelse som medger att en kommun eller region, ens vid kriser eller krig, frångår skyldigheterna om att tillgodose befolkningens behov av god vård eller andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. På motsvarande sätt förhåller det sig med bestämmelserna i t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL och patientlagen (2014:821).

Kommuner och regioner är således enligt HSL skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen, dvs. i ett normalläge, vid kris och vid krig oaktat vad som t.ex. står i lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap. För att detta ska vara möjligt måste hälso- och sjukvården bl.a. planeras, ledas och organiseras effektivt och nödvändiga vårdresurser avsättas.

Det är ett omfattande och mycket krävande uppdrag att i alla lägen kunna ge befolkningen den hälso- och sjukvård de behöver. Det ligger i sakens natur att det vid kriser och krig finns extra stora utmaningar med att fullgöra en så omfattande vårdskyldighet och att leva upp till andra rättsliga krav som gäller för vård.

Privat vård ett viktigt och stort inslag i vården

Skyldigheten att erbjuda vård har lagts på kommuner och regioner. Dessa kan välja att i olika grad låta privata aktörer utföra offentligfinansierad vård, bl.a. genom valfrihetssystem. Det finns också möjlighet för privata aktörer att erbjuda vård utanför det offentligfinansierade systemet om de så vill och om det finns de som är villiga att betala för detta.

Även om många krav på att tillhandahålla vård riktas mot huvudmännen så finns även krav riktade mot de som bedriver vård, dvs.

vårdgivare. Sådana krav finns t.ex. både i HSL och PSL. När det gäller planering och ledning av verksamheter kommer detta betänkande i första hand att fokusera på huvudmännen och deras skyldigheter. Skälet till detta är just att det är huvudmännen, dvs. kommuner och regioner som är skyldiga att erbjuda vård och det är också mot dessa som övergripande krav på planering och ledning är riktade.

Det faktum att huvudmännens skyldighet att erbjuda vård innebär inte att vårdgivare kan bortse från planering och ledning. Alla verksamheter behöver planeras och ledas på olika sätt. Vidare måste betänkas att det alltid ytterst är kommuner och regioner som ska erbjuda vård. Om detta inte kan ske genom uppdrag till privata utförare måste kommuner och regioner således själva ordna så att vården kan utföras.

Det stora beroende som det allmänna har till det privata näringslivet kan inte nog understrykas. När det ställs krav på exempelvis viss ledning av en offentlig verksamhet måste alltid beaktas att privata utförare som utför uppdrag åt det allmänna som regel inte kan ledas i den bemärkelse som ordet leda normalt används. Vid kommuner och regioners planering av hälso- och sjukvård måste således beroendet av privata utförare beaktas och vid upphandling av tjänster eller produkter måste kommuner och regioner genom avtal säkerställa att privata aktörer medverkar i den utsträckning som är nödvändig även då mycket svåra förhållanden kan råda.

När det gäller offentlig förvaltning men även annan offentligt bedriven verksamhet är det en självklar utgångspunkt att beslutsfattare på olika nivåer ska fatta sina beslut utifrån adekvata beslutsunderlag. För att kunna planera, leda, organisera och samordna hälso- och sjukvård samt för att kunna fatta beslut om vårdresurser krävs således att beslutsfattare på olika nivåer har tillgång till olika planerings- och beslutsunderlag. Underlagens innehåll och utformning beror på vad de ska användas till.

Den som är ansvarig för en viss verksamhet, oavsett om den är offentlig eller privat, förväntas som regel vidta adekvata åtgärder, t.ex. planering, för att verksamheten ska kunna bedrivas effektivt och i enlighet med rättsliga krav. En komplex verksamhet som hälso- och sjukvård måste planeras ingående. Stora krav ställs på fungerande ledning och organisation samt på att det fattas beslut som leder till tillräcklig resurstilldelning.

Med ett verksamhetsansvar följer också att tillse att rimliga åtgärder vidtas för att minska kända sårbarheter i verksamheten och att säkerställa tillräckligt skydd mot händelser i omvärlden som kan medföra stora avbräck i verksamheten. Detta är särskilt viktigt när det, som i hälso- och sjukvårdens fall, rör sig om en verksamhet som enligt lagkrav alltid ska upprätthållas. Risker och sårbarheter som hotar verksamheten måste därför identifieras och värderas så att beslutsfattare i kommuner och regioner har tillgång till beslutsunderlag som gör det möjligt för dem att vidta rimliga åtgärder för att säkerställa att vårdbehov som ska tillgodoses också kommer att tillgodoses.

Behov av hjälp att utföra vård

Genom bl.a. coronapandemin har det blivit tydligt att det förekommer situationer i hälso- och sjukvården då viss vård måste anstå. Det har också visat sig att vårdresurserna i vissa fall kan vara så knappa och att vårdläget i en kommun eller region kan vara så ansträngt att det kan behövas hjälp av andra för att säkerställa att alla patienter får den vård de behöver.

Patienter måste få vård inom den tid som är medicinskt motiverad. Utredningen har i sitt närmast föregående delbetänkande bedömt att det inte framstår som realistiskt att vården i alla lägen kan klara att utföra hela sitt vårduppdrag. Utredningen lämnade därför lagförslag som innebär en anpassning av målsättningarna för hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig. Enligt förslaget ska hälso- och sjukvården vid sådana förhållanden ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Med uttrycket vård som inte kan anstå avses vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. I uttrycket innefattas även följdinsatser till sådan vård.[2]

Ansvaret för utförandet av en mycket stor andel av den vård som inte kan anstå faller på regionerna, men när resurserna i vården alltmer inriktas på primärvård och hemsjukvård kan kommuner komma att spela en allt större roll vid sådan vård. En stor del av den vård som inte kan anstå bedrivs också av patienterna själva, som egenvård, efter ordination av hälso- och sjukvårdspersonal. Det får exempelvis antas att en diabetiker inte kan klara sig särskilt länge utan sitt insulin

[2] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 285 ff.

Sid 307(1295)

eller att en stomipatient får en mycket besvärlig tillvaro utan stomipåsar. Under alla förhållanden är det centralt att kommuner och regioner inte minst vad gäller patienter med trängande vårdbehov har ett nära och väl fungerande samarbete som leder till samordning av vårdinsatser.

Även om det ovan redovisade förslaget till anpassning av målsättningarna för hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig införs så medför den även fortsatt en högt ställd ambitionsnivå för hälso- och sjukvården. När det råder ytterst svåra förhållanden i samhället är det inte givet att vården kommer att ha tillgång till de resurser som krävs för att ge all vård som inte kan anstå.

Vid kriser och krig kan ökade vårdbehov och bristande tillgång till vårdresurser leda till att en kommun eller region får svårt att leva upp till sina skyldigheter att erbjuda vård. Om en region eller kommun trots vidtagna planerade åtgärder, omprioriteringar och omställningar i sina verksamheter och andra egna insatser inte längre kan säkerställa de resurser som krävs för att med normala kvalitetskrav utföra vård som inte kan anstå, är regionen eller kommunen ytterst beroende av andras hjälp för att skydda sina patienters liv och hälsa. Enligt gällande rätt har dock kommuner och regioner som huvudregel att var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. Staten har inte heller möjlighet att ta över skyldigheten att tillgodose befolkningens vårdbehov men kan lämna stöd till kommuner och regioner.

Finansieringsansvar

Den hälso- och sjukvård som kommuner och regioner är skyldiga att tillhandahålla finansieras huvudsakligen genom kommunala skatter och andra avgifter. Statliga skattemedel används dock också för olika hälso- och sjukvårdsändamål. Sådana skattemedel används i visa fall för att uppfylla en uttrycklig rättslig skyldighet för staten att finansiera vissa åtgärder, men tillskjutandet av statliga medel till vården måste inte komma av en sådan skyldighet.

Staten har finansieringsansvaret för åtgärder som är nödvändiga för höjd beredskap. Staten ersätter emellertid också vissa åtgärder

som också är nödvändiga för krisberedskap. Vad nu sagts gäller även
åtgärder inom hälso- och sjukvården.

4.1.1 Planeringbestämmelser för hälso- och sjukvård

Bedömning: Planeringsbestämmelserna i HSL innebär att kommuner och regioner ska planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård kan fullgöras i alla lägen dvs. i ett normalläge, vid kris och vid krig och så att andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvården kan uppfyllas.

Utöver bestämmelser om kommuner och regioners skyldighet att erbjuda god hälso- och sjukvård finns i HSL bl.a. en generellt utformade bestämmelse som anger 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 och i en annan bestämmelse anges att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.[3]

I PSL finns bl.a. en bestämmelse om vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Exempelvis ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls och vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.[4]

De ovan nämnda bestämmelserna i HSL gäller för kommuner och regioner (som huvudmän för vård) och PSL:s bestämmelser riktar sig till kommuner, regioner och andra som själva utför vård (vårdgivare). PSL:s bestämmelser är dock också av intresse för regioner och kommuner som huvudmän eftersom det är huvudmännens ansvar att erbjuda god vård vilket bl.a. innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[5] Vård som inte är

[3] 1 kap. 3–4 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[4] 3 kap. 1–2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
[5] 5 kap. 1 § 1 och 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

patientsäker kan knappast anses uppfylla kraven på god vård och det är kommuner och regioner som är skyldiga att erbjuda god vård.

Beträffande hälso- och sjukvårdens planering kan konstateras att sjuklighet samt sjukdoms- och skadepanoraman som regel är relativt stabila över tid. Vid planering av vård är det därför normalt möjligt att med relativt god precision förutse vilka vårdbehov och vårdvolymer som ska tillgodoses och det är därmed även möjligt att anpassa resurserna efter behoven. Vid anpassningar av vårdens resurser måste dock även beaktas att det då och då inträffar vissa händelser, exempelvis trafikolyckor eller stora sjukdomsutbrott, som kan medföra att det hastigt uppkommer behov av tillgång till vårdresurser för att akut omhänderta ett stort antal skadade eller sjuka.

Vårdbehov och förutsättningarna att utföra vård kan förändras hastigt genom t.ex. stora olyckshändelser, terrorattentat, epidemier eller olika krigshandlingar. Vid krig finns anledning att räkna med att behoven av hälso- och sjukvården kan öka högst avsevärt, främst genom tillkommande krigsskador, men även genom ett ökat antal infektionssjukdomar och olycksfall. Detta samtidigt som tillgången till sådana resurser som vården behöver kan minska. Krig och vissa andra antagonistiska handlingar kan också leda till förändrade sjuk- och skadepanoraman, exempelvis genom användandet av biologiska, kemiska, radiologiska eller nukleära medel.

Planeringsbestämmelser

Även utan att det anges särskilt i en rättslig reglering framstår det som givet att hälso- och sjukvården måste planeras ingående. I lagstiftningen finns dock också uttryckliga krav om planering. Enligt HSL ska regionen 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 beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[6] Med undantag från det planeringskrav som gäller katastrofmedicinsk beredskap finns motsvarande planeringsbestämmel-

[6] 7 kap. 7 § i ovan nämnda författning.

ser för kommuner.[7] Vid planering av hälso- och sjukvård måste också beaktas att det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård 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.

Planeringsbestämmelser av betydelse för upprätthållande av hälso- och sjukvårdens verksamhet finns även i andra författningar t.ex. i PSL och i lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Det finns även andra planeringsbestämmelser i bl.a. HSL som allmänt kan sägas syfta till patientorienterad vårdplanering, som det dock inte finns skäl att nu gå närmare in på.

Av 3 kap. 1 § LEH framgår också att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Ett exempel på sådan förberedelse som ska vidtas är planering.[8] Mot bakgrund av att hälso- och sjukvård ska upprätthållas i alla lägen och att det finns planeringsbestämmelser i HSL som syftar till detta blir bestämmelsen i 3 kap. 1 § LEH såvitt avser planering till viss del överlappande. Vi återkommer till förhållandet mellan HSL och LEH senare i detta betänkande.

Planeringsbestämmelserna i HSL innebär enligt utredningens bedömning att kommuner och regioner ska planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård kan fullgöras i alla lägen dvs. i ett normalläge, vid kris och vid krig och så att andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvården kan uppfyllas.

4.1.2 Planering för katastrofmedicinsk beredskap

En fråga som ofta återkommer i diskussioner med regioner och som vållat dem problem är hur bestämmelserna i LEH förhåller sig till andra bestämmelser om planering, inte minst kraven på planeringen för katastrofmedicinsk beredskap i HSL. Exempelvis upplever många regioner att det är svårt att avgöra om störningar i t.ex. infrastruktur som el, vatten eller informations- och kommunikationsteknologi utgör delfrågor inom katastrofmedicinska beredskapen eller om det utgör frågor om förmågan att hantera extraordinära händelser. I dag avhandlar Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om

[7] 11 kap. 2 och 3 §§ i ovan nämnda författning.
[8] se även 4–5 §§ i förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

katastrofmedicinsk beredskap ett antal sådana frågor. Detta berörs närmare i avsnitten 4.1.5 och 4.2.4 nedan.

Allmänt om förhållandet mellan katastrofmedicinsk beredskap och krisberedskapen

Bestämmelserna i LEH syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera *krissituationer i fred*. Kommuner och regioner ska därigenom också uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar. Detta framgår direkt av den inledande bestämmelsen till LEH. En kris är enligt vissa förarbetsuttalanden oväntad, utanför det vanliga och vardagliga och att lösa krisen kräver samordnade åtgärder från flera aktörer.[9] Förarbetsuttalanden visar också på att för förmågan till civilt försvar skulle ses mot bakgrund av det då gynnsamma säkerhetspolitiska läget. Regeringen ansåg när bestämmelserna infördes att det torde vara tillräckligt att kommuner och regioner vidtar de beredskapsförberedelser som bedöms behövas för att de ska kunna anpassa sin verksamhet inför en förändrad säkerhetspolitisk situation.[10]

I 2 kap. LEH, som innehåller bestämmelser om förberedelser för och verksamhet under *extraordinära händelser i fredstid*, ställs bl.a. krav på kommuner och regioner att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser, i det följande förkortat RSA. Vidare är de skyldiga att med beaktande av dessa analyser fastställa planer för hur de ska hantera extraordinära händelser. Utöver detta finns bestämmelser som ger möjlighet att skapa snabbare beslutsvägar när det inträffat en extraordinär händelse (krisledningsnämnden). Det finns också särskilda krav, kopplade till extraordinära händelser, om kommuners geografiska områdesansvar, om utbildning och övning samt om rapportering. För extraordinära händelser ger LEH också kommuner och regioner vissa befogenheter, bl.a. befogenheter att ge varandra hjälp.[11]

Begreppen kriser, krissituation, krisledningsnämnd, krishanteringsåtgärder, krisberedskapsläget, kristidsverksamhet används i olika bestämmelser i LEH men någon definition av vad som utgör en kris finns inte i lagen. Nämnda bestämmelser är många gånger, men inte

[9] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 77.
[10] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 107.
[11] 4 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

alltid, knutna till begreppet *extraordinär händelse* som enligt definitionen i LEH avser en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.[12]

En stor skillnad mellan HSL och LEH är att sistnämnda lag reglerar regionens åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap på en övergripande nivå, även den politiska ledningen, och oavsett verksamhetsområde. LEH tar sikte på hela den regionala verksamheten dvs. hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regional utveckling, kultur och utbildning. Den katastrofmedicinska beredskapen begränsas till hälso- och sjukvård. På föreskriftsnivå återfinns också krav på en särskild tjänstemannaledning för hälso- och sjukvårdsverksamheten som det saknas motsvarighet till i LEH.

HSL är inte utformad eller avgränsad på samma sätt som LEH. Hälso- och sjukvård ska som tidigare framhållits erbjudas och utföras i alla lägen utföras enligt alla de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. Detta 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.

Såvitt avser hälso- och sjukvårdens område kan övergripande sägas att såväl bestämmelserna om krisberedskap i LEH som bestämmelser om planering i HSL ytterst syftar till att säkerställa att befolkningens vårdbehov i alla lägen kan tillgodoses i enlighet med rättsliga krav som gäller för vården. Även bestämmelser om planering av totalförsvar kan såvitt avser hälso- och sjukvård sägas ha ett sådan syfte, även om det också finns andra syften.

Bestämmelsen i HSL om katastrofmedicinsk beredskap

Förarbetena till bestämmelsen om katastrofmedicinsk beredskap i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL finns i propositionen *Samhällets säkerhet och beredskap*.[13] Någon författningskommentar till bestämmelsen gjordes inte då bestämmelsen infördes. Följande centrala argument

[12] 1 kap. 4 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[13] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 74 f.

för införandet av bestämmelsen anfördes. Notera att de kursiveringar som finns i texten är gjorda av denna utredning. Sid 313(1295):

> I dag saknas bestämmelser som ålägger landstingen att ha *en speciell medicinsk katastrofberedskap*. I 7–8 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), finns visserligen bestämmelser om att landstingen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt från befolkningens behov samt i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. I detta ligger dock *inte uttryckligen en skyldighet för landstingen att ha sådana resurser eller sådan beredskap att dessa kan hantera svåra påfrestningar under fredstida förhållanden*. Det saknas således bestämmelser som ålägger landstingen att ha en katastrofplanering.

Regeringen menade också att katastrofplanering får betydelse för hanteringen av stora olyckor. Den dagliga sjukvården är inte anpassad till de resursbehov som kan uppstå i samband med svåra påfrestningar i fred. Regionerna fick i samband med regleringen inga extra medel eftersom regeringen bedömde att regionerna redan hade en sådan beredskap.[14]

Vidare bör framhållas att det vid införandet av planeringsbestämmelsen i nuvarande 7 kap. 2 § tredje stycket HSL hade uppmärksammats frågor som indikerade att det kunde finnas behov av planering även för kommuner. Socialstyrelsen framhöll bl.a. följande i sitt remissvar.[15]

> … en inte oväsentlig del av den sjukvård som bedrivs av kommunerna är avancerad om än inte av akutkaraktär och dessa patienter är i många fall inte mobila utan kräver kontinuerlig vård och omsorg. Utredningen har heller inte berört den allt mer ökade hemsjukvården. Ökningen av denna vårdform är såväl kvalitativ, med avancerad utrustning och övervakning, som kvantitativ. Inte heller problematik relaterad till socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd behandlas av utredningen. Sambanden mellan dessa verksamheter bör beaktas i såväl löpande beredskapsarbete som i akuta krissituationer.

Katastrofmedicinsk beredskap handlar såvitt kan utläsas av förarbetena till bestämmelsen främst om planering för att säkerställa nödvändiga *medicinska förmågor och arbetssätt* för att klara svåra påfrestningar under fredstida förhållanden. Till nödvändiga medicinska förmågor hör t.ex. att medicinskt kunna hantera masskadeutfall. Andra förmågor som hör till katastrofmedicinsk beredskap är t.ex. förmågan

[14] A.a., s. 75–76.
[15] A.a., s. 74 f.

att leda, förmågan att ställa om vården samt förmågan att korrekt prioritera mellan olika vårdbehövande i situationer då ett stort antal patienter måste ges vård samtidigt som vården av andra patienter med lika omfattande vårdbehov ska upprätthållas. För att uppnå sådana förmågor krävs bl.a. planläggning, resurser, utbildning och övning.

Krisberedskap kan mot denna bakgrund ses som ett mer omfattade begrepp än katastrofmedicinsk beredskap. Krisberedskapen *innefattar både medicinska och icke medicinska förmågor* såsom robusthet och teknisk försörjning. Brister i personaltillgång kan vara en allmän begränsning för att bedriva verksamhet (krisberedskap) men också specifik (avseende medicinsk personal, dvs. katastrofmedicinsk beredskap).

Vissa menar att krisberedskapen kräver större mått av förebyggande och riskreducerande åtgärder än den katastrofmedicinska beredskapen som beskrivs som reaktiv. Krisberedskapens förebyggande karaktär framgår bl.a. av den definition av krisberedskap som används i förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap. Här definieras krisberedskap som förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris förebygga, motstå och hantera krissituationer, och säkra kryptografiska funktioner. Även om alla riskreducerande åtgärder inte genomförs av en dedikerad krisberedskapsfunktion utan av de verksamheter där riskerna eller sårbarheterna finns betyder inte att det inte är en del av det förebyggande krisarbetet. Att den katastrofmedicinska beredskapen är mer reaktiv kan till viss del sägas vara korrekt eftersom det kan vara svårt för en region att eliminera eller reducera de risker som kan ge upphov till stora olyckor såsom explosioner i fabriker, tågurspårningar och terrorattentat, men bestämmelsen om katastrofmedicinsk beredskap uttryckt som en planeringsåtgärd vilket visar på dess förebyggande karaktär.

Av den inledande bestämmelsen i Socialstyrelsens föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap framgår att föreskrifterna i 2–7 och 9 kap. ska tillämpas på regionernas verksamhet enligt 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. Vidare framgår att katastrofmedicinsk beredskap avser beredskap att bedriva hälso- och sjukvård *i syfte att minimera följderna vid en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.*[16] Definitionen

[16] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

är inte avgränsad till att endast avse stora olyckor och kan exempelvis omfatta situationer i den allmänna vården då det föreligger ett bortfall i teknisk försörjning. Föreskrifterna kan sägas fokusera på behovet av förändrade ledningsförhållanden, omställning och prioritering och inte på tillskapande av resurser. Föreskriften tycks mer knyta an till bestämmelserna i LEH än till 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. Enligt utredningens mening bidrar nuvarande föreskrifter inte till att skapa större klarhet i frågan om gränsdragning mellan vad som utgör katastrofmedicinsk beredskap och vad som utgör sådan mer allmän krisberedskap som LEH syftar till.

Det förekommer alltså vissa oklarheter vad gäller avgränsningarna mellan katastrofmedicinsk beredskap och krisberedskapens robusthets- och kontinuitetsaspekter, exempelvis frågan om den katastrofmedicinska beredskapen omfattar planering av sjukvårdens upprätthållande vid elbortfall eller bortfall av funktionalitet i informations- och kommunikationsteknologi. Det kan mycket väl tänkas att allmän vårdplatsbrist, ett plötsligt elbortfall på ett sjukhus eller en cyberattack mot ett it-system kan innebära att sjukvården behöver organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt. I förarbetena till bestämmelsen i HSL om planering för katastrofmedicinsk beredskap finns dock endast exempel avseende hantering av masskadeutfall, dvs. situationer då det i och för sig kan vara aktuellt att tillämpa katastrofmedicinska principer.

Även om förarbetena till bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen kan anses skapa oklarheter, kan det utläsas att bestämmelsen främst avser planering för att kunna omhänderta masskadeutfall vid stora olyckor. Det måste för förståelse av denna planeringsbestämmelse åter erinras om att kommuner och regioner i alla lägen är skyldiga att erbjuda sådan vård som är medicinskt motiverad. Vården ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller ska då också upprätthållas.

Planeringsbestämmelsen måste mot denna bakgrund sägas syfta till att ytterligare säkerställa att patienter som drabbats av en stor olycka får vård enligt vad som följer av gällande rätt. Tillräcklig katastrofmedicinsk beredskap enligt nu gällande ordning innebär således att det finns tillräckligt med medicinska resurser för att undvika att stora olyckor leder till katastrofsituationer i vården.

Problem som rör begreppet extraordinär händelse

En del av de svårigheter som uppkommit för kommuner och regioner bedöms relatera till begreppet extraordinär händelse i LEH dvs. en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.

Enligt en nyligen utgiven vägledning från MSB behöver kommunens eller regionens bedömning av att det föreligger en extraordinär händelse inte formaliseras i ett beslut för att LEH ska bli tillämplig. Kommunens eller regionens beslut i enlighet med LEH, t.ex. att aktivera en krisledningsnämnd, kan dock behöva formaliseras utifrån kommunallagens bestämmelser.[17] Enligt 2 kap. 3 § LEH är det ordföranden i krisledningsnämnden som bedömer när en extraordinär händelse i fredstid medför att nämnden ska träda i funktion och beslutar i sådana fall att så ska ske. Ett sådant beslut kan överklagas enligt 10 kap. kommunallagen och kan innefatta frågan om en extraordinär händelse är för handen.[18]

Det kan alltså också uppstå en extraordinär händelse där det inte finns behov av att koncentrera beslutsfattandet och krisledningsnämnden behöver därmed inte aktiveras. Detta kommenteras inte närmare i förarbetena till lagen. Vissa regioner har tidigare tolkat det som att en extraordinär händelse endast inträffat om eller när krisledningsnämnden träder in. Bland annat detta har fått till följd att uppfattningarna skiljt sig åt i regionerna om vad som är en extraordinär händelse. Vissa regioner har bedömt att torka, stora snöoväder, mygginvasion m.m. utgjort extraordinära händelser, medan andra regioner ansett att eftersom de aldrig har aktiverat sin krisledningsnämnd, så har de aldrig haft någon extraordinär händelse. Inte heller den senaste pandemin, med alla de utmaningar som den medfört för hälso- och sjukvården, har föranlett alla drabbade kommuner och regioner att ”deklarera” att en extraordinär händelse inträffat.

Hanteringen av händelser med t.ex. ett stort antal skadade eller sjuka tycks i de allra flesta fall hanteras med utgångspunkt i HSL:s bestämmelser. Såvitt utredningen kunnat finna har det också som regel vara möjligt att hantera sådana händelser utan de särskilda redskap

[17] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Juridisk vägledning – Kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser* (dnr 2020-02881), s. 4.
[18] Extraordinära händelser i kommuner och landsting (prop. 2001/02:184), s. 21.

Sid 317(1295)

som återfinns i LEH, t.ex. bestämmelserna om krisledningsnämnd och befogenheterna att lämna hjälp. Det kan dock inte uteslutas att det kan inträffa situationer som är av en helt annan storleksordning i antal skadade och allvarlighetsgrad och som innebär att även redskapen i LEH behöver tillämpas. Sådana exempel kan vara omfattande terrorattentat, tågurspårningar eller krigshändelser.

Eftersom de risk- och sårbarhetsanalyser, i det följande förkortat RSA som kommunen och regionen utför ska utgå ifrån extraordinära händelser som kan inträffa i en kommun eller region får tolkningen av vad som är en extraordinär händelse till konsekvens att även RSA:erna kan ha helt olika innehåll. Den tidigare nämnda vägledningen från MSB är därmed välkommen. Där framgår nu att kommunen eller regionen kan komma fram till att det även i samband med en extraordinär händelse är mer ändamålsenligt att fatta behövliga beslut i ordinarie nämnder. Kommunen eller regionen ska med andra ord själva besluta om den organisationsform och det arbetssätt som de anser är mest lämpligt i situationen.[19] Det finns dock fortfarande ett stort mått av tolkningsmån avseende vilka händelser en kommun eller region ska planera inför.

Som utredningen tidigare påpekat saknas en gemensam syn på arbete med RSA:er och vilken typ av risker och sårbarheter dessa ska ta hänsyn till.[20] Arbetet med sådana analyser är direkt knutna till begreppet ”extraordinära händelser” och det råder stor oklarhet bland kommuner och regioner vad som ska anses utgöra en extraordinär händelse.

Att Socialstyrelsen valt att knyta dimensioneringen av den katastrofmedicinska beredskapen till RSA:er är förståeligt men eftersom RSA:er ska utgå ifrån vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i regionen kan det innebära att händelser som bör beaktas vid planeringen av hälso- och sjukvården helt enkelt inte beaktas. Detta problem tycks i mindre eller större grad kunna återverka på all planering som hälso- och sjukvården ska utföra och således också den katastrofmedicinska planeringen.

[19] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Juridisk vägledning – Kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser* (dnr 2020-02881), s. 5.
[20] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), s. 34.

Problem som rör begreppet katastrofmedicinsk beredskap

Det som enligt lagstiftarens intentioner ska åstadkommas genom planeringsbestämmelsen i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL är säkerställd *medicinsk beredskap* för hantering av stora olyckor. Detta kom dock i HSL att uttryckas som *katastrofmedicinsk beredskap*. Förarbetena till bestämmelsen har enligt utredningens bedömning på ett olyckligt vis kommit att fokusera för mycket på hantering av ”stora olyckor”. Förarbetena ger också anledning till frågor om begreppen katastrof och katastrofmedicin.

Begreppen stor olycka och katastrof

Inom katastrofmedicinen skiljer man på två olika situationer, *stor olycka* och *katastrof*. Dessa begrepp kan användas för att definiera omfattningen av en händelse i efterhand. Begreppet stor olycka inom katastrofmedicinen ska inte blandas samman med hur man ser på begreppet inom räddningstjänsten.[21] Det kan ifrågasättas om begreppet stor olycka är en lämplig utgångspunkt för vården då det dels starkt anknyter till just räddningstjänst, dels borde omfatta sådana situationer som inte är att betrakta som olyckor, t.ex. uppsåtliga antagonistiska handlingar men också stora sjukdomsutbrott. Det ska noteras att man med olyckor inom räddningstjänsten enligt förarbeten till lagen om skydd mot olyckor även innefattar avsiktliga handlingar.[22]

Inget av de aktuella begreppen är definierade i författning men kan delvis anses vara parallella till de två engelska begreppen *major incident*[23] och *mass casualty*[24] som internationellt används inom katastrofmedicinen. Även om dessa begrepp inte är identiska med de i Sverige använda begreppen stor olycka och katastrof är det tydligt att det i fallet om *mass casualty* handlar om situationer där de finns en stor diskrepans mellan skadeutfall och tillgängliga resurser.

[21] MSB avser med stora olyckor sådana olyckor där minst fyra personer har omkommit, minst tio personer har skadats eller där konsekvenserna på annat sätt bedömts vara särskilt omfattande.
[22] Proposition om räddningstjänstlag (prop. 1985/86:170), s. 61.
[23] En händelse där de skadade till antal, allvarlighetsgrad, skadetyp eller där händelsen inträffat kräver särskilda resurser och en koordinerad insats (Nato, Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation, AMedP-1.10 EDA V1 2015).
[24] En situation där det föreligger en stor skillnad mellan skadeutfall samt medicinska förmåga och kapacitet lokalt tillgängliga för att hantera händelsen (Nato, Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation, AMedP-1.10 EDA V1 2015).

Begreppet katastrof kan anses vara väldigt laddat och används bl.a. för att beskriva svåra situationer av olika karaktär. Ändå är det detta begrepp som används både i Sverige och internationellt kopplat till katastrofmedicin (internationellt benämnt *disaster medicine*). I en introduktion till katastrofmedicin beskrivs användandet inom det medicinska området.[25] Här framgår att begreppet katastrof inte enkelt låter sig definieras men att situationer som Tsunamin i Thailand år 2004 och jordbävningen på Haiti år 2010 som båda dödade mer än 200 000 människor enkelt anses uppfylla kriterierna för att vara en katastrof. Flodvågen i Peru år 2015 som däremot endast dödade 20 personer eller den tropiska stormen på Madagaskar samma år som dödade 14 personer har också benämnts katastrofer. På samma sätt har rymdfärjan Columbias återinträde i atmosfären, som dödade sju astronauter, benämnts katastrof i pressen. Hur kan det komma sig att så olika situationer alla benämns katastrofer? Författaren menar att det är lätt att se att en händelse med flera tusen döda utgör en katastrof. Men vad är det som gör det så? När det gäller medicinska behov är det helt enkelt en fråga om att det inte finns något hälso- och sjukvårdssystem i världen som är rustat för den mängden skadade. Det handlar om en situation där behoven vida överstiger resurserna. I linje med detta menar författaren att varje situation där behoven överstiger de samhälleliga resurserna utgör en katastrof. Detta ligger också mycket nära definitionen av katastrof som används av FN i den internationella strategin för att förebygga katastrof (på engelska förkortat UNISDR):

> En allvarlig störning i samhällets funktionalitet som inbegriper omfattande mänskliga, materiella, ekonomiska eller miljömässiga effekter eller förluster och som överskrider det påverkade samhällets förmåga att med egna resurser klara situationen.[26]

Även WHO har en liknande definition. Om man tillämpar dessa definitioner så är det lätt att se att 20 svårt skadade personer på landsbygden kan utgöra en lokal katastrof. Avslutningsvis konstaterar författaren att olyckan med rymdfärjan Columbia dock inte uppfyller kriterierna för att utgöra en katastrof hur tragisk olyckan än må vara.

---

[25] Ciottone GR. Introduction to Disaster Medicine: Elsevier Public Health Emergency Collection 2016, s. 2–5.

[26] Fritt översatt från engelska, a *serious disruption of the functioning of a community or a society involving widespread human, material, economic, or environmental losses and impacts, which exceeds the ability of the affected community or society to cope using its own resources.*

Det kan alltså konstateras att det inom det medicinska området är vanligt att begreppet katastrof används. Katastrof används i svensk rätt endast i ett fåtal fall, oftast i samband med händelser utomlands som naturkatastrofer eller i samband med internationella insatser men begreppet används även i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.[27]

Med katastrof avses enligt Socialstyrelsens termbank, som omfattar terminologi för vården, en särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.[28] En stor olycka definieras på samma sätt som en särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.[29]

I Socialstyrelsens definition av både katastrof och stor olycka är resurserna otillräckliga i förhållande till det akuta behovet. Skillnaden mellan de två begreppen är huruvida kvalitetskraven kan upprätthållas genom anpassning eller inte.

Det bör särskilt noteras att det initialt vid en händelse med många skadade nästan alltid finns en resursbrist dvs. innan det anländer tillräckligt med sjukvårdspersonal och ambulanser till platsen. Det är dock inte så att varje trafikolycka med t.ex. tre skadade kan anses utgöra en stor olycka eller katastrof endast för att det initialt bara finns en ambulans på platsen. Det finns också en viss dynamik i begreppen, en stor olycka som initialt kan se ut som en katastrof kan genom olika åtgärder övergå till att inte vara det. Det finns dock även händelser som är så omfattande att det aldrig med de resurser som kan mobiliseras kan hanteras med upprätthållande av normala kvalitetskrav. Av dessa anledningar är det oftast inte meningsfullt att annat än i efterhand försöka definiera själva händelsen.

Det bör slutligen noteras att den internationella allmänna definitionen av katastrof inte tar hänsyn till frågan om upprätthållande av kvalitetskrav utan begränsas till frågan om resursbrist.

I det följande kommer utredningen inte att ordagrant eller fullt ut knyta an till någon av de ovan redovisade definitionerna som rör begreppet katastrof. Med katastrof avser utredningen i den fortsatta

[27] *Rättsregler i kris*, Johan Hirschfeldt och Olof Petersson, Dialogos Förlag 2020 (ISBN 978-91-750 4-380-7), s. 44.
[28] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=167, beslutad 2018.
[29] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=173, beslutad 2018.

framställningen *en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna*. Det är således en definition som utgår från hur begreppet katastrof används inom hälso- och sjukvård, men som kan konstateras finns det betydande likheter med hur FN ser på begreppet när det används i ett vidare perspektiv.

Det har under utredningen framförts betänkligheter mot användningen av ordet katastrof eftersom det kan anses som ett av svenska språkets ”allra starkaste ord för att beskriva svåra händelser”. Utredningen har förståelse för att kunskapen om den närmare innebörden och användningen av begreppet katastrof inom hälso- och sjukvård kan vara obekant för många och att ordet katastrof kan användas i många andra sammanhang för att beskriva en mycket allvarlig situation eller en händelse. I allmänt språkbruk används ordet på många olika sätt och då även i situationer där ordets innebörd kan sägas bli kraftigt devalverat såsom att det var en katastrof att laget A förlorade fotbollsmatchen. Det finns dock inom hälso- och sjukvård liksom inom alla andra fackområden behov av att kunna använda vissa begrepp som kan vara främmande för andra.

Begreppet katastrofmedicin har t.ex. en särskild anknytning till hälso- och sjukvård på samma sätt som andra begrepp knyter an till andra sammanhang t.ex. begreppen extraordinär händelse, höjd beredskap, och krig. Så länge det är möjligt att förstå innebörden av ett begrepp kan det inte sägas medföra särskilda problem.

Utredningen vill betona att den definition utredningen använder har en avgränsad innebörd eftersom den endast avser situationer i hälso- och sjukvården och att definitionen är helt i linje med hur uttrycket används inom detta område både nationellt och internationellt. Definitionen tar inte sikte på vilka händelser som kan orsaka en katastrof i vården. Det bör vidare betonas att en katastrof i vården inte måste handla om många sjuka eller många skadade, antalet skadade eller sjuka är inte avgörande, utan det handlar om situationer där det saknas tillräckliga resurser för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna.

Begreppet katastrofmedicin

Begreppet katastrofmedicin har ett uppenbart samband till begreppet *katastrof.* Katastrofmedicinen omfattar medicinska situationer då det föreligger en resursbrist, där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav. 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.[30]

Den övergripande målsättningen inom katastrofmedicin är att i största möjliga utsträckning reducera eller eliminera förlust av liv och hälsa samt fysiskt och psykiskt lidande som följd av händelser där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till vårdbehovet.[31]

Omhändertagandet vid ett stort skadeutfall kan skilja sig från vardagen både vad gäller hanterandet av den enskilde patienten och hela patientgrupper, till följd av medicinska inriktningsbeslut. Majoriteten av den personal som förväntas arbeta i en sådan händelse förvärvar inte nödvändig förmåga genom sitt vardagliga arbete. Detta ställer i stället stora krav på rätt utbildning, träning och övning för att förbereda personalen på denna typ av arbete. Behovet av utbildning och övning måste bedömas utifrån resultatet av genomförda risk- och sårbarhetsanalyser, tidigare övningar och förmågebedömningar.

Utöver medicinsk utbildning, krävs att de individer som har en ledningsroll vid katastrofer har god kännedom om hur man leder arbetet i skadeområdet, på sjukhus och på regional nivå. Även kunskaper om hur andra aktörer som deltar i insatser är organiserade och hur samverkan med sådana aktörer etableras är viktiga delar för samordning. Hälso- och sjukvården ska även kunna samordnas med andra aktörer utifrån ett nationellt helhetsperspektiv och gemensamt synsätt inom det svenska krisberedskapssystemet enligt ansvarsprincipen.

Begreppet katastrofmedicinsk beredskap

Katastrof är alltså en situation i hälso- och sjukvården då resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna. Katastrofmedicin är en del av den medicinska

[30] Socialstyrelsen (2018), *En stärkt katastrofmedicinsk beredskap*, s. 14.
[31] Sten Lennquist (red.), *Katastrofmedicin,* (ISBN 978-91-47-08481-4), s.11–18.

vetenskapen som studerar, undervisar, utvecklar och utvärderar metoder för att bedriva hälso- och sjukvård på effektivast möjliga sätt i situationer med bristande resurser. Begreppet katastrofmedicin knyter an till medicinska situationer då det föreligger en resursbrist och där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav, dvs. en katastrof. Katastrofmedicinsk beredskap syftar dock till att det ska finnas tillräckligt med medicinska resurser *för att undvika att stora olyckor leder till en katastrofsituation i vården*.

Enligt utredningens mening är det mot denna bakgrund tydligt att användningen av begreppet katastrofmedicinsk beredskap i nu gällande planeringsbestämmelse i HSL leder tanken fel. Planeringen måste omfatta både masskadehändelser och händelser med stora sjukdomsutbrott. Vid planeringen måste också händelser som allvarligt kan inverka på kommunernas och regionernas förutsättningar att leva upp sina skyldigheter att erbjuda vård och andra rättsliga krav beaktas.

Det saknas inte skäl att planera även för katastrofer, men först och främst bör planering syfta till att långt möjligt undvika sådana situationer.

Avsaknaden av planeringskrav för kommuners beredskap och behovet av samordning för intakta vårdkedjor

Det är som redan framhållits tveklöst så att ansvaret för utförandet av en mycket stor andel av den vård som inte kan anstå faller på regioner, men när resurserna i vården nu alltmer inriktas mer på primärvård och hemsjukvård kommer kommuner troligtvis komma att spela en allt större roll vid sådan vård. En stor del av den vård som inte kan anstå bedrivs också av patienterna själva, som egenvård, efter ordination av hälso- och sjukvårdspersonal.

Landets kommuner och regioner är olika på flera sätt. Befolkningsunderlag och demografi skiljer sig åt likväl som möjligheterna till sysselsättning och skattebas. Kommuner och regioner skiljer sig också åt vad gäller de risker och sårbarheter som förekommer inom det geografiska området och vad gäller typen av geografi. För en del kommuner och regioner förändras mängden människor som vistas där under vissa perioder på året högst avsevärt. Detta gäller exempelvis Gotland och Skåne på sommaren så väl som Jämtlandsfjällen på vintern. Dessa faktorer har förstås betydelse för planeringen av

vård och den beredskap som är nödvändig för att klara de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Vid en tragisk olycka år 2017, då en buss med ungdomar körde av vägen i Sveg, omkom flera och andra blev svårt skadade. Olyckan visar på den sårbarhet och de utmaningar som kan finnas i en region. Avstånden kan vara långa, prehospitala akutsjukvårdsresurser är få och har långa omloppstider och sjukhusen är inte heller dimensionerade för många svårt skadade. Därför krävs samverkan mellan regioner för att lösa vårdbehoven vid sådana händelser. Under en pandemi uppstår också utmaningar att kunna ta hand om de som hastigt insjuknar och kräver omedelbar vård. Om man till exemplen ovan lägger sådana för samhället och vården mycket utmanande händelser som t.ex. terrorattentatet i Madrid år 2004, skjutningarna på Utöya år 2011 och tågurspårningen i Buenos-Aires år 2012, når utmaningarna en nivå som inga enskilda regioner eller kommuner bedöms kunna hantera själva.

Sjukvården finansieras med offentliga medel som i huvudsak kommer från kommunal- och regional skatt även om staten tillskjuter medel för hälso- och sjukvård. Skattebasen är begränsad och de offentliga åtagandena många. Därmed görs prioriteringar mellan olika offentliga verksamheter och inom hälso- och sjukvården. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste ske utifrån de etiska principer som riksdagen har fastställt. Det faller sig då naturligt att lägga mer resurser på att kunna behandla allvarliga tillstånd som förekommer dagligen och mindre resurser på att bygga upp förmåga till att hantera händelser som inträffar mycket sällan. Vilka extraordinära händelser som kan inträffa utgör en del av arbetet med de risk- och sårbarhetsanalyser som kommuner och regioner ska utföra enligt 2 kap. 1 § LEH, men även utan bestämmelserna i LEH utgör detta arbete en viktig förutsättning för att det ska gå att säkerställas att vård som ska ges också kan ges.

Modern hälso- och sjukvård är fragmenterad genom att vården är spridd på många olika aktörer och på många olika platser. Vård ges både i kommuner och regioner och av offentliga eller privata aktörer. Sjukvård utförs även i hem och på särskilda boenden. Utvecklingen går mot både mer centraliserad vård genom regional eller nationell högspecialisering samtidigt som det sker en decentralisering genom ett ökat fokus på primärvården som innebär att mer avancerad sjukvård flyttas ut från sjukhusen (se avsnitt 3.5.1). Sammantaget inne-

bär detta en mer komplex situation ur ett beredskapsperspektiv. Det som i stället för aktör eller geografi ska hålla ihop vården är dess olika processer i vårdkedjan. En vårdkedja som spänner över flera huvudmän och aktörer.

Skyldigheten att tillhandahålla vård och planeringskraven i HSL är allmänt hållna men långtgående. Beredskapen måste dimensioneras för att kunna ta hand om alla de vårdbehov som kan uppstå och inte bara för det som har en grund i den vardag som förekommer under stora delar av året. Detta gäller i synnerhet befolkningens behov av vård som inte kan anstå. Sådana behov kan öka hastigt vid massskadehändelser eller större sjukdomsutbrott.

Kommuner och regioner är huvudmän för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Kommunerna har därtill ett stort ansvar för omsorgen genom socialtjänsten. Kommuner och regioner måste gemensamt bära ansvaret för att planera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att vårdkedjorna kan upprätthållas. De måste också gemensamt ta ansvar för att vården samlat kan möta de hot och risker som finns utifrån genomförda risk- och sårbarhetsanalyser och de planeringsanvisningar som beslutats för det civila försvaret.

Redan i vardagen finns behov av ett gott samarbete mellan länets kommuner och regionen utifrån det vardagliga behovet att upprätthålla vårdkedjan. Flera, men inte alla, regioner och kommuner har en gemensam nämnd för denna uppgift. En särskild lösning finns i Norrtälje genom kommunalförbundet vård i Norrtälje som är gemensamt mellan Region Stockholm och Norrtälje kommun. Inom ramen för detta kommunalförbund finns också ett sjukhus i bolagsform, TioHundra AB.

Det är onekligen så att det behövs tydliga strukturer för att ta hand om gemensamma frågor som uppkommer i interaktionen mellan kommuners och regioners vård. Det finns utifrån kommunallagen stora friheter för landets kommuner och regioner att organisera sig på det sätt som de bedömer är mest lämpligt för att lösa ställda uppgifter (se även avsitt 3.1.4). Ett sätt att lösa en sådan återkommande och mellan kommunerna och regionerna gemensam planeringsuppgift är inrättandet av gemensamma nämnder.

Det är utifrån utredningens uppdrag av stor vikt att säkerställa en fungerande planering för hälso- och sjukvården som tar höjd för särskilt svåra förhållanden. Utredningen har övervägt att ställa krav på kommuner och regioner att inrätta en gemensam nämnd för sådan

vård som behöver planeras gemensamt mellan kommuner och regioner. Utredningen har dock bedömt att ett sådant krav inte är nödvändigt eftersom bestämmelserna i HSL redan innebär att regioner och kommuner vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[32]

Många gånger tvingas regioner och kommuner lösa uppkomna svårigheter i samverkan med varandra, men det finns inte någon skyldighet för regioner och kommuner att hjälpa varandra i fredstid (se vidare utredningens förslag i avsnitt 4.4.2). Vilken hjälp de kan få är beroende av t.ex. lokalisation, tillgången till prehospitala och andra resurser, beläggning och den allmänna situationen i närliggande regioner.

Vid exempelvis en pandemi eller värmebölja som drabbar sköra patienter i kommunala boendeformer måste det säkerställas att patienternas behov av sådan vård som regionerna ansvarar för kan tillgodoses. En pandemi innebär också att det finns särskilda behov av samverkan mellan länets kommuner och regioner, inte minst utifrån smittskyddsåtgärder och tillgång på skyddsutrustning. I en situation med många skadade har regionerna behov av att kunna få stöd av kommunerna för att kunna skriva hem patienter som finns på sjukhusen. Det kan också vara så att det kan vara lämpligt att i vissa fall upprätta tillfälliga vårdplatser som bemannas gemensamt av kommunens och regionens personal för att på så sätt samla resurser och med gemensamma ansträngningar skapa förutsättningar för den vård som patienter behöver.

Socialstyrelsen gjorde en utvärdering av socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens krisberedskap efter värmeböljan år 2018. I denna utvärdering konstaterar Socialstyrelsen att patienter med hemsjukvård är speciellt sårbara vid en kris både av organisatoriska och medicinska skäl. Roll- och ansvarsfördelning mellan regioner och kommuner när det gäller krisberedskap för dessa patienter behöver förtydligas. Vidare konstaterade myndigheten att socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens krisberedskap behöver formaliseras och organiseras för att hantera framtidens utmaningar. Det behövs en tydlig inriktning för att ge goda förutsättningar för en enhetlig krisberedskap och krishantering över hela landet. Utifrån denna inriktning behöver krisberedskap inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård också bli en integrerad del av kommunens övriga arbete med krisberedskap.[33] Erfarenheter visade att arbetet

[32] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[33] Socialstyrelsen (2018): *Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*, s. 7–8.

med krisberedskap inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården i huvudsak drivs av enstaka engagerade personer, men är inte formellt organiserat. Eftersom krishantering inom socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvarsområden inte är en integrerad del i kommunernas övergripande organisation för krisberedskap och krishantering är det svårt för sjukvården och socialtjänsten att nå kommunens strategiska nivå.

Det kan mot ovanstående bakgrund konstateras att till de mest utmanande situationerna för vården, oavsett om de uppstår på grund av händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller någon annan påfrestning, kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem. Kommuner och regioner är beroende av varandras resurser även för att upprätthålla vård som inte kan anstå. Utredningen har redan i delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* pekat på att kommuner och regioner behöver samverka för att skapa en krigsorganisation som täcker hela vårdkedjan och särskilt planera gemensamt för att upprätthålla hemsjukvård och vård på särskilda boenden.[34]

4.1.3 Behov av nya lagbestämmelser avseende kommuners och regioners planering

Bedömning: Nuvarande planeringsbestämmelse i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL som avser katastrofmedicinsk beredskap bör ersättas med nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid planering. Vid planering bör kommuner och regioner särskilt beakta behovet av att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda god hälso- och sjukvård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. De bör vidare särskilt beakta behovet av gemensam planering för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts.

[34] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 62 ff.

Kommuner och regioner är således enligt HSL skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen. Planeringsbestämmelserna i HSL, innebär att kommuner och regioner ska planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård och andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård kan uppfyllas. För att planering ska kunna genomföras och för att rättsliga krav ska upprätthållas måste kommuner och regioner måste avsätta tillräckliga resurser. Om hälso- och sjukvården resurser skulle vara 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 katastrof. Vid en katastrof uppkommer omedelbart allvarlig fara för människors liv och hälsa.

Planering utifrån vårdbehov och vårdvolymer

Sjuklighet, men också sjukdoms- och skadepanoraman, är som regel relativt stabila över tid. Således är det möjligt att exempelvis göra bra prognoser över hur många som varje år behöver vård för olika former av cancer, vilka former av cancer som förekommer och hur många som insjuknar i de olika formerna av cancer. Vid planering av vård är det därför normalt möjligt att med relativt god precision förutse vilka vårdbehov och vårdvolymer som ska tillgodoses och det är därmed även möjligt att planera och anpassa resurserna efter behoven.

Vid planering och anpassningar av vårdens resurser måste dock även beaktas att det då och då inträffar vissa händelser, exempelvis stora olyckor eller terrorhandlingar där många blir svårt skadade eller vid epidemier och pandemier där många på kort tid blir sjuka. Även situationer som uppstår på grund av klimatförändringar så som värmebölja eller extrem nederbörd kan ge upphov till sjukvårdsbehov som inte är normala. Sådana händelser medför vårdbehov som kan sägas gå utöver de mer lättplanerade vårdbehov som är stabila över tid.

Vårdbehov och förutsättningarna att utföra vård kan alltså förändras hastigt. Vid krig finns dessutom särskild anledning att räkna med att behoven av hälso- och sjukvården kan öka högst avsevärt, främst genom tillkommande krigsskador men även genom ett ökat antal infektionssjukdomar och olycksfall. Detta samtidigt som tillgången till sådana resurser som vården behöver kan minska. Krig och vissa andra antagonistiska handlingar, men även klimatförändringar,

kan också leda till förändrade sjuk- och skadepanoraman, exempelvis genom biologiska eller kemiska stridsmedel eller ökade perioder med värmebölja.

Planering måste omfatta mer än stora olyckor

Det står klart att hälso- och sjukvårdens planering måste ta höjd för det vårduppdrag som följer av lag. Det finns ett särskilt behov av planering och resurser som säkerställer att regioner och kommuner i alla lägen och med iakttagande av gällande rätt i övrigt, kan erbjuda alla som behöver det sådan vård som inte kan anstå. I detta ligger bl.a. att det ska vara möjligt att erbjuda vård till ett stort antal patienter vars vårdbehov beror på en masskadehändelse eller ett omfattande sjukdomsutbrott (t.ex. en pandemi) samtidigt som andra patienter med omfattande vårdbehov också erbjuds sådan vård.

Av 7 kap. 2 § tredje stycket HSL följer att regioner ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Syftet med den katastrofmedicinska beredskapen torde, såvitt kan utläsas av förarbetena till bestämmelsen, vara att det ska finnas tillräckligt med medicinska resurser *för att undvika* att stora olyckor medför katastrofsituationer i vården. Användningen av begreppet katastrofmedicinsk beredskap i leder därför tanken fel.

Mot bakgrund av de uppdrag som gäller för hälso- och sjukvården är det också så att nyss nämnda planeringsbestämmelse måste uppfattas som ett sätt för lagstiftaren att särskilt framhålla att planering för att kunna omhänderta många svårt skadade är viktig eftersom sådana situationer är särskilt utmanande. Om någon särskild planeringsbestämmelse för sådan beredskap inte fanns, skulle dock regioner och kommuner ända vara skyldiga att planera behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[35]

Den ovan angivna planeringsbestämmelsen i HSL avseende katastrofmedicinsk beredskap fokuserar enbart på en beredskap för stora olyckor som medför ett stort antal skadade. Även om planering för sådan beredskap är viktig, så är det inte tillräckligt för den beredskap som är nödvändig för hälso- och sjukvården där det i lika viktigt att omhänderta vårdbehov som uppstår genom stora sjukdomsutbrott

[35] 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

som att omhänderta vårdbehov som uppkommer genom masskade-händelser.

Planering för katastrofer

Hälso- och sjukvårdens långtgående uppdrag medför stort behov av planering för att i alla lägen klara uppdraget. Det finns dock alltid en gräns för vilka åtgärder som är möjliga och rimliga att vidta för att upprätthålla beredskap. Dessvärre finns anledning att utgå från att det i undantagsfall kan uppkomma katastrofsituationer i vården. Sådana situationer bedöms främst kunna uppstå vid krig eftersom vi i Sverige hittills varit förskonade från omfattande naturkatastrofer. Det kan dock inte uteslutas att katastrofsituationer även uppkommer i fredstid.

Det är givet att hälso- och sjukvård måste kunna utföras i katastrofsituationer trots att förutsättningarna att ge vård kan vara mycket dåliga. Katastrofmedicinen omfattar medicinska situationer då det föreligger en resursbrist, där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav. Hälso- och sjukvårdens planeringen för katastrofsituationer bör syfta till att säkerställa att de resurser som finns tillgängliga kan användas på bästa sätt och det är vid just sådana situationer som det är särskilt viktigt att ha god katastrofmedicinsk förmåga. Genom sådan beredskap kan skadeverkningarna av en vårdkatastrof mildras.

Försörjning av sjukvårdsprodukter är en viktig beredskapsaspekt. Det kan vidare konstateras att en av de verkligt stora utmaningarna i vården är masskadehändelser eller stora sjukdomsutbrott. Även för sådana situationer krävs ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem men utmaningarna att hålla en vårdkedja intakt ökar.

Behov av sammanhängande vårdkedjor

Utredningen beskrev i delbetänkande *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* att kommuner och regioner behöver samverka för att skapa en krigsorganisation som

täcker hela vårdkedjan och särskilt planera gemensamt för att upprätthålla hemsjukvård och vård på särskilda boenden.[36]

Modern hälso- och sjukvård är fragmenterad så till vida att vården är spridd på många olika aktörer och på många olika platser. Vård ges både i kommuner och regioner och av offentliga eller privata aktörer. Sjukvård utförs även i hem och på särskilda boenden. Utvecklingen går mot både mer centraliserad vård genom regional eller nationell högspecialisering samtidigt som det sker en decentralisering genom en allmän tyngdpunktsförskjutning till primärvården som innebär att mer avancerad sjukvård flyttas ut från sjukhusen (se avsnitt 3.5.1). Sammantaget innebär detta en mer komplex situation. Det som i stället för aktör eller geografi ska hålla ihop vården är dess olika processer, vårdkedjan. En vårdkedja som spänner över huvudmän och aktörer.

Före Ädelreformen 1992 (prop. 1990/91:14) upptogs många platser på sjukhus av patienter som var färdigbehandlade i väntan på annan vård och omsorg utanför sjukhus. Ett sätt att komma tillrätta med detta var att införa ett kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade patienter genom lag (1990:1404). År 2003 genomfördes ändringar i betalningsansvarslagen som bland annat knöt kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara (termen ersatte ”medicinskt färdigbehandlade”) patienter till ett krav på att en vårdplan upprättas. Senare har utredningen om betalningsansvarslagen i sitt betänkande Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård (SOU 2015:20) föreslagit att betalningsansvarslagen ska upphävas och ersättas med en lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus. Numera finns lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som bl.a. ska främja att en patient med behov av insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården, skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

[36] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23) s. 63 ff.

Gemensam planering mellan huvudmännen

En gemensam planering mellan kommuner och regioner är en förutsättning för att kunna säkerställa en sammanhängande vårdkedja. För att vården och omsorgen ska fungera behövs en effektiv och sammanhållen vård- och omsorgsprocess. Det innebär att vården och omsorgen ska vara individanpassad, samordnad och kontinuerlig. Vården och omsorgen ska ske i en obruten kedja av insatser som en person behöver och som olika huvudmän utför, till exempel kommuner och regioner. Den enskilde individens behov ska vara utgångspunkten för alla insatser som erbjuds. Det innebär till exempel att en person så långt det är möjligt ska vara delaktig i och ha inflytande över den vård och omsorg som ges. Ett begrepp som används ibland är ”personcentrerad vård och omsorg” och det innebär bland annat att den enskilde personen – inte sjukdomen – står i centrum. En personcentrerad arbetskultur bidrar till en sammanhållen vård och omsorg.

Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Den sedan 1 juli 2021 nya definitionen av primärvården innebär att den ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Särskilda medicinska resurser kan avse annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller likvärdig specialitet, som till exempel geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. Särskilda tekniska resurser innebär exempelvis avancerad eller kostsam utrustning som brukar finnas på sjukhusen. Samtidigt infördes en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om primärvårdens grunduppdrag, där det bland annat framgår att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, att de olika insatserna för patienten ska samordnas och där så är mest ändamålsenligt ska samordningen ske inom primärvården.

Viss vård kan erhållas i hemmet i stället för att åka till vårdcentral eller vårdas på sjukhus. Vården i hemmet kan ges av läkare, sjuksköterska eller annan personal. Exempel på vårdinsatser kan vara såromläggning, insulin eller andra injektioner, provtagningar, dropp och rehabilitering. För den som har svårt att ta sig till vårdinrättning kan en läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal göra hembesök utan-

för kontorstid, till exempel vid långvarig hosta och feber, urinvägsbesvär eller värk i öronen. Vilken vårdpersonal som kommer, beror på vilken hjälp som bedöms behövas. En jourläkare ger ungefär samma vård som den som kan ges på en husläkarmottagning eller närakut. En sjuksköterska eller undersköterska som jobbar jourtid kan göra hembesök när det behövs hjälp med till exempel byte och/eller spolning av kateter, såromläggning, byte av förband, provtagning, injektioner, medicinintag eller mer specialiserad vård som annars skulle göras på sjukhus. Inom hemsjukvården finns också annan vårdpersonal som till exempel sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Den som har komplexa besvär kan behöva få avancerad sjukvård i hemmet (förkortat ASIH). ASIH och är ett alternativ till att bli inlagd på sjukhus, till exempel för den som hellre vill vårdas hemma. I den avancerade hemsjukvården arbetar sjuksköterskor och läkare som är specialister inom olika områden. De kan erbjuda ungefär samma vård som på sjukhus med reservation för de begränsningar hemmiljön utgör, och infusionsbehandlingar och avancerad smärtlindring är exempel på sådan vård. Den som har en obotlig sjukdom eller vårdas inför livets slut har ofta särskilda behov av vård. Denna vård brukar kallas för palliativ vård eller vård i livets slutskede, och den kan ges av den basala hemsjukvården eller av ett ASIH-team, beroende på hur vårdbehoven ser ut.

Det kan antingen vara kommunen eller regionen som ansvarar för basal hemsjukvård. Om regionen ansvarar för basal hemsjukvård utgår den från primärvården (vårdcentral eller motsvarande). Regionen ansvarar alltid för avancerad sjukvård som utförs i hemmet som annars hade givits på sjukhus. Hemsjukvården, oavsett om den drivs under kommunen eller regionen, kan delegera vissa sjukvårdsinsatser till hemtjänstpersonal. I dessa fall blir även hemtjänsten involverad i sjukvården. Kommunen har inga läkare anställda och ansvarar därmed inte för läkarinsatser. Regionen ansvarar för läkarstödet via primärvård/husläkare eller genom slutenvården. Regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. I avtalen brukar ingå vilka planerade uppgifter som läkare ska ansvara för och hur tillgången till läkare vid behov, till exempel vid akuta ärenden, ska lösas. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen. Det kan också finnas samverkansavtal som be-

skriver rutiner för samarbetet mellan läkare och legitimerad personal i kommunen. Kommunen och regionen har ansvar för att det görs en samordnad individuell plan när det behövs insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. En region och en kommun ska samverka så att en enskild person som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar som vederbörandes tillstånd fordrar. En samordnad individuell plan, SIP, är ett dokument som ger en samlad beskrivning av alla pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser för en person. SIP är ett instrument för samverkan och kan vara till hjälp när ansvarsfördelning behöver tydliggöras, när kompetens behövs från flera verksamheter eller när insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordning.

Utredningens bedömning

Det kan konstateras att hantering av de mest utmanande situationerna som kan uppstå i vården också kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem. Kommuner och regioner är beroende av varandras resurser även för att upprätthålla vård som inte kan anstå. Även kommuner måste planera så att de har beredskap att undvika eller, om det inte är möjligt, lindra effekter av katastrofsituationer.

Uttryckliga planeringsbestämmelser i HSL som tar sikte på kommuners planering för att hindra eller mildra katastrofsituationer och nuvarande planeringsbestämmelse saknas. Gällande 7 kap. 2 § tredje stycket HSL är inte tillräcklig för den planering som måste ske. Det finns visserligen vissa allmänna bestämmelser i LEH, om att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap, men några motsvarande bestämmelser för kriser i fred finns inte i LEH.

Kommuner och regioners planering måste samordnas. Nuvarande planeringsbestämmelser i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL ställer krav på att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Bestämmelserna bedöms tillräckliga för den samverkan kring planering som regioner och kommuner behöver genomföra för att upprätthålla vårdkedjor i svåra situationer och för övrig beredskap.

Sid 335(1295)

Enligt utredningens bedömning bör nuvarande planeringsbestämmelse i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL som avser katastrofmedicinsk beredskap, ersättas med nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid planering. Vid planering bör kommuner och regioner särskilt beakta behovet av att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda god hälso- och sjukvård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. De bör vidare särskilt beakta behovet av gemensam planering för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts. Utredningen lämnar förslag till sådana bestämmelser och till följdändringar av vissa bemyndiganden i HSL i kapitel 5.

4.1.4 Ytterligare föreskrifter om planering

Det kan konstateras att det vid sidan av hälso- och sjukvårdslagens planerings- och ledningsbestämmelser redan finns ytterligare föreskrifter som ställer krav på bl.a. planering. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSF 2013:22) innehåller bl.a. krav om att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalyser, krav om planering för samverkan vid allvarlig händelse, krav om fastställande av en katastrofmedicinsk beredskapsplan samt krav som anger vad som ska framgår av sistnämnda plan. Det finns vidare planeringskrav avseende personal, lokaler utrustning och krisstöd. Det finns också krav avseende obligatoriska funktioner, som avser bl.a. larmfunktioner och ledning. Det finns därutöver vissa förmågekrav samt krav om uppföljning och utvärdering.

Det finns anledning att beröra ett antal aspekter som rör dessa föreskrifter i det följande. Det har av framställningstekniska skäl bedömts lämpligt att dela upp frågor som rör föreskrifterna i två delar, planering och ledning, i stället för att behandla dem i ett sammanhang. Vissa frågor om planering behandlas därmed nedan medan frågor om ledning behandlas närmare i avsnitt 4.4.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap

Av det inledande kapitlet i Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrifter, som innehåller en enda bestämmelse (1 kap. 1 §), framgår att föreskrifterna i 2–7 och 9 kap. ska tillämpas på regionernas verksamhet enligt 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. Sistnämnda bestämmelse är en planeringsbestämmelse och detta innebär att föreskrifterna avser regionens verksamhet med planering. Inte alla bestämmelserna i föreskrifterna ger dock ett direkt intryck av detta eftersom det exempelvis finns bestämmelser utformade som krav på viss förmåga eller krav på att inrätta särskilda funktioner (se t.ex. 4 kap. 1 § och hela 6 kap.) samtidigt som det finns ett särskilt kapitel benämnt ”Planering” (5 kap.).

I det nästkommande kapitlet, som också endast innehåller en bestämmelse (2 kap. 1 §), finns definitioner av termerna allvarlig händelse, katastrofmedicinsk beredskap och skadeområde. Katastrofmedicinsk beredskap definieras i föreskrifterna som *beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse*. Med allvarlig händelse avses i föreskrifterna *en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt*. Så som uttrycken är beskrivna kan det exempelvis vara fråga om en pandemi, en klimathändelse, ett elavbrott eller en allvarlig störning i kritiska it-system. Utredningen har utifrån bl.a. förarbeten gjort en annan bedömning av vad som innefattas i uttrycket katastrofmedicinsk beredskap och har även bedömt att uttrycket medför oklarheter och leder till missförstånd (avsnitt 4.1.2 ovan).

Att Socialstyrelsen kopplat den katastrofmedicinska beredskapen till termen allvarlig händelse visar att myndigheten tydligt insett behovet av en planering för att hantera även andra händelser och situationer än en stor olycka. Detta är helt i linje med de behov av planering som utredningen anser finns. Utredningen har också framhållit de svårigheter som många kommuner och regioner har när det gäller att förstå hur de i olika situationer ska förhålla sig till uttrycket extraordinär händelse. Att det kan göras olika bedömningar av vilken innebörd ett oklart laguttryck har är inte märkligt, men det framstår som mindre lämpligt att definiera en term i en myndighetsföreskrift på ett sätt som kan avvika från samma uttryck i lagen.

Sid 337(1295)

Vidare kan konstateras att föreskrifterna innehåller ett antal bestämmelser av upplysningskaraktär. Sådana bestämmelser finns i 3 kap., i 4 kap. 2 och 3 §§ och i 5 kap. 1 §. Eftersom föreskrifterna också innehåller allmänna råd hade det varit möjligt och kanske lämpligare att ta in nödvändiga upplysningar om andra föreskrifter i de allmänna råden.

I en bestämmelse i föreskrifterna anges att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från sådana risk- och sårbarhetsanalyser som det ställs krav på i 2 kap. 1 § LEH (5 kap. 2 §). Vidare anges i förskrifterna att varje region ska ta fram en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Den ska utarbetas med utgångspunkt i den plan som regionen ska fastställa för varje ny mandatperiod enligt 2 kap. 1 § andra stycket LEH. Även andra planer av betydelse för den katastrofmedicinska beredskapen ska beaktas i arbetet (5 kap. 3 §). Frågan är om dessa bestämmelser med sin koppling till LEH kan medföra vissa problem.

Begreppet extraordinär händelse i LEH har som redan nämnts ovan visat sig medföra problem för kommuner och regioner. Det torde inte heller nödvändigt och inte heller lämpligt att knyta den katastrofmedicinsk beredskapsplanen till LEH på det sätt som gjorts. Utgångspunkten för planering av hälso- och sjukvård är alla de krav som ställs på vården i gällande rätt och då ska särskilt framhållas att skyldigheten för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvård gäller i alla lägen dvs. även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten exempelvis kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka en regions verksamhet.

Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.

Planeringsbestämmelser finns även i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. Av 1 § framgår att 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 samordna planen för ambulanssjuk-

vården med den fredstida katastrofmedicinska beredskapsplanen och planläggningen inför höjd beredskap.

Bestämmelserna i 2 kap. 2 § är mycket detaljerade. 2 § 2 innehåller bestämmelser som redan bör framgå av patientsäkerhetslagen eller patientdatalagen. Vad som framgår av 2 § 3 är närmast att betrakta som en uppmaning att följa gällande rätt. Ambulanssjukvård måste upprätthållas i alla lägen och har stor betydelse för att kunna ge omedelbar sjukvård samt transportera skadade och sjuka till en vårdinrättning. Ambulanssjukvården har stor betydelse vid situationer med många skadade eller sjuka. Därmed kan det, liksom för alla annan vård, finnas skäl att upprätta en särskild plan för ambulanssjukvården. En sådan plan måste förhålla sig till alla de situationer då ambulanssjukvården är av betydelse, dvs. från vardag till fredstida kris och krig.

Mål för verksamheter är enligt 5 kap. 1 § kommunallagen något som ska fastställas av fullmäktige vilket kan göra det problematiskt att i en plan inom ambulanssjukvården upprätta egna mål. I vilket fall torde det vara svårt att upprätta mål som inte är förenliga med sådana mål som fullmäktige beslutat.

Den plan för hantering av extraordinära händelser som tas fram för varje mandatperiod enligt 2 kap. 1 § LEH fastställas av fullmäktige.[37,38] Den katastrofmedicinska beredskapsplanen ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter utarbetas med utgångspunkt i denna plan. Vidare ska planen för ambulanssjukvården samordnas med den katastrofmedicinska beredskapsplanen. Det är ett stort beroende mellan planer där ändringar i en plan kan påverka andra planer. Dessa beroenden mellan planer bör tydligt framgå av planerna då en ändring i en plan lätt påverkar en annan.

4.1.5 Behovet av ytterligare föreskrifter om planering och frågor om bemyndiganden

Närmare bestämmelser om planering finns redan i dag genom bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22). Det finns dock skäl att något modifiera dessa bestämmelser. Med anledning av de bedömningar beträffande planering som lämnats ovan och som bl.a. innebär att uttrycket

[37] Extraordinära händelser i kommuner och landsting (prop. 2001/02:184), s. 26.
[38] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 158.

Sid 339(1295)

katastrofmedicinsk beredskap bör utmönstras ur HSL och bedömningarna av behoven att ändra och skapa nya tydliga bemyndiganden för sådan planering som krävs, passar det väl med en översyn av de planeringsbestämmelser som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

Flera av de bestämmelser som finns i 5 kap. i de nyss nämnda föreskrifter och allmänna råd bedöms kunna tjäna som utgångspunkt för nya bestämmelser. Dessa föreskrifter omfattar dock endast regioner eftersom det endast är regionerna som enligt dagens bestämmelser ska upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Utredningen menar att även om uppgifterna till del skiljer sig åt mellan en kommun eller en region så är det av betydelse att även kommunen gör en samlad planering för hälso- och sjukvårdens beredskap. En sådan planering bör då följa av samma bestämmelser som för regionen. För kommuner kan det också finnas behov av att särskilt beakta att kommuners ansvar för hälso- och sjukvård hänger nära samman med det ansvar för socialtjänst som kommuner har. Att även kommunerna har ett närmare uttryckligt krav på planering av hälso- och sjukvården ökar förutsättningarna för att kommuner och regioner ska planera för en sammanhållen vårdkedja. Utredningen menar sammanfattningsvis att sådana föreskrifter därför bör omfatta både kommuner och regioner.

Utredningen anser att nya föreskrifter om planering bör innehålla närmare krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof. Det bedöms inte nödvändigt eller lämpligt att knyta planeringen till LEH på det sätt som görs i dag. Utgångspunkten för planering av hälso- och sjukvård är alla de krav som ställs på vården i gällande rätt och då ska särskilt framhållas att skyldigheten för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvård gäller i alla lägen dvs. även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten exempelvis kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka en regions verksamhet.

Mot bakgrunden av vad som ovan anförts anser utredningen att det att det utöver planeringsbestämmelser i lag finns behov av vissa ytterligare föreskrifter om planering. Sådana mer detaljerade föreskrifter hjälper huvudmännen att analysera planeringsfrågor av sär-

skild betydelse för beredskapen och gör det också i högre grad möjligt att utöva tillsyn av planering. Det ger också en bättre grund för att kunna rapportera och jämföra kommuners och regioners förmåga vilket är av avgörande betydelse för att kunna bedöma vilka satsningar som behöver genomföras för totalförsvaret. Planerna utgör även en viktig del i den samverkan som huvudmännen behöver göra med andra aktörer exempelvis genom att planeringen i sig sannolikt kräver att samverkan sker redan under planeringsfasen. Denna samverkan kommer sannolikt underlätta samverkan även under en händelse.

Enligt utredningens mening kan som en allmän utgångspunkt för att underlätta för regioner och kommuner att planera är att så långt som möjligt hålla ihop de planeringsbestämmelser som de ska följa. Om det inte bedöms olämpligt finns skäl att samla bestämmelser om planering i en och samma föreskrift. Bedöms det olämpligt att ordna på nyss nämnda sätt är det ett utmärkt exempel på när det kan finnas skäl att överväga införandet av upplysningsbestämmelser eller, om möjligt, upplysningar genom allmänna råd.

Det bör slutligen nämnas att det även i LEH finns bestämmelser som innebär att kommuner och regioner med beaktande av risk- och sårbarhetsanalysen, för varje ny mandatperiod, ska fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser.[39] Det finns i dag inga närmare föreskrifter om denna planering. Vad som här sägs om planering i hälso- och sjukvården för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården utgör enligt utredningen *en del* av vad som bör ingå i den plan som LEH ställer krav på.

Allmänt om vad ytterligare föreskrifter om planering ska innehålla

Eftersom den föreslagna bestämmelsen i HSL är en planeringsbestämmelse för beredskap förefaller det rimligt att syftet med föreskrifterna till stor del är att närmare anger vad som behöver beaktas vid sådan planeringen snarare än att ange konkreta åtgärder eller dimensioneringar. Detta ligger också i linje med de tankar som ligger bakom utformningen av HSL. När det gäller planering och åtgärder för totalförsvar är det dock andra faktorer som väger tyngre och som leder

[39] 2 kap. 1 § 2 lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Sid 341(1295)

till särskilda utgångspunkter för såväl planering som krav på genomförande av åtgärder (se avsnitten 4.1.8 och 4.2.6).

Vad beträffar föreskrifterna som närmare anger vad som behöver beaktas vid planeringen kan inledningsvis konstateras att nuvarande föreskrifter och allmänna råden från Socialstyrelsen innehåller bestämmelser om att varje region ska ta fram *en* katastrofmedicinsk beredskapsplan.[40] Det är inte med nödvändighet så att hanteringen av de situationer som denna planering avser kräver samma typ av åtgärder eller sker på samma sätt. Det är därmed inte säkert att de kan eller ska dokumenteras i en och samma plan. Det kan t.ex. behövas olika planer eller delplaner för dammbrott, kärnteknisk olycka, epidemi, värmebölja osv. Det kan också behövas särskilda stödplaner för it, försörjning, kommunikation m.m. Utifrån regionens övergripande plan behöver sannolikt också lokala planer tas fram utifrån kommunens eller regionens organisation, t.ex. för ett sjukhus, en förvaltning eller ett bolag. De lokala planerna bör ta sin utgångspunkt i den övergripande planen.

Utredningen anser att ytterligare förskrifter om sådan planering som är nödvändig för bör omfatta sådant som är av särskild betydelse för att kunna hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofsituationer i vården. Resultatet av sådan planering bör sammanställas i *en eller flera planer*.

Planer behöver utgå ifrån risker och uppdateras

Som utredningen redogjort för i avsnitt 4.1.6 är risk- och sårbarhetsanalyser av stor betydelse för att identifiera dels de sårbarheter och kritiska beroende som finns i verksamheten dels sådana händelser som kommuner och regioner inte på egen hand kan påverka eller bygga bort och som kan leda till ett stort antal skadade eller sjuka. Det är i huvudsak för det senare som man behöver genomföra särskild planering. Planen blir därmed den riskreducerande åtgärden.

Planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården behöver bygga på analyser och scenarier. Det är en rimlig utgångspunkt att sådan information hämtas från kommunala eller regionala risk- och sårbar-

[40] 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

hetsanalyser men det är sannolikt inte tillräckligt. Även händelser i andra angränsande län eller kommuner kan behöva beaktas om de riskerar att påverka den egna verksamheten eller vårdbehoven. Slutsatser från nationella risk- och sårbarhetsbedömningar behöver också beaktas. Arbete med risk- och sårbarhetsanalyser regleras i LEH och problem kopplat till detta belyses mer utförligt i avsnitt 4.1.6.

Risker förändras med tiden; vägar byggs om, fabriker stängs eller etableras, nya smittorisker uppstår och klimatet förändras. Dessa förändringar behöver fångas upp i arbete med att identifiera risker och sårbarheter. Även kommuners och regioners verksamheter förändras med tiden, dels organisatoriskt, dels verksamhetsinnehållet ex. genom omställningen till nära vård och den allt mer högspecialiserade vården. Det är ett kontinuerligt arbete och en nödvändighet för planeringen i alla verksamheter.

Mot ovanstående bakgrund anser utredningen att planeringen behöver grunda sig på sådana risker som kommer av egna eller andras risk- och sårbarhetsanalyser, scenarier och nationella bedömningar av risker och som kan leda till händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården. Sådan planering måste löpande uppdateras. Utredningen bedömer att sådana krav som ovan nämnts är lämpliga att meddela på annan nivå än lag och det finns skäl att föra in sådana krav i planeringsföreskrifter som meddelas med stöd av ett lagbemyndigande.

Planerna ska fastställas och vara kända

Den planering som här avses behöver sannolikt omfatta många olika delar av vårdens organisation. Det krävs därför en sammanhållen planeringsprocess där det säkerställs att t.ex. relevanta medicinska verksamheter och andra stödfunktioner involveras. Det är sannolikt så att inköp, kommunikation, personal, smittskydd, delar av försörjningsorganisationen och larmcentral alla behöver vara en del av planeringen. Det är också viktigt att planeringen sker på en central nivå och att ledningen är engagerad. Av effektivitetsskäl kan dock planeringen behöva brytas ner i olika delar och hållas samman av en central planeringsgrupp. De slutgiltiga planverken måste fastställas och innehållet i dessa vara kända av personalen. Enligt utredningens bedömning finns skäl för närmare planeringsföreskrifter som säkerställer detta.

4.1.6 Planeringsunderlag på hälso- och sjukvårdsområdet

Bedömning: Genomförandet av risk- och sårbarhetsanalyser utgör en av de viktigaste förutsättningarna för en god beredskap och en robust verksamhet. Oklarheter beträffande finansieringen får inte utgöra ett hinder för detta arbete. Det bör betonas att risk- och sårbarhetsanalyser även fortsättningsvis bör omfatta samhällsviktiga verksamheter som utförs av privata aktörer utifrån bl.a. valfrihetssystem.

Arbetet med analyserna skulle vinna på större enhetlighet. Det finns utrymme att genom föreskrifter från regeringen eller statliga myndigheter höja enhetligheten och även kvaliteten på analyserna. Staten bör i detta syfte också ge stöd genom handledningar.

Det bedöms lämpligt att ställa uttryckliga krav på verksamhetsspecifika analyser och att anpassa bestämmelserna om rapporteringsskyldighet till vad som är lämpligt och nödvändigt för de olika verksamheter som kommuner och regioner ansvarar för. Det bör i LEH göras tydligt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas för att fullgöra rapporteringskrav.

Arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser, i det följande förkortat RSA, beskrivs ofta som omfattande, resurskrävande och betungande. Det finns också finansieringsfrågor som ställer till problem. Utredningen har vid flera tillfällen tidigare lyft problematiken kring finansieringen av krisberedskapen i kommuner och regioner och att de oklara gränsdragningar som finns leder till en bristande beredskap.

Utredningen har som redan framhållits också behandlat frågor om grunderna för kommuners och regioners beredskapsplanering[41] och betydelsen av ett sammanhållet system för analys och planering av försörjningen av sjukvårdsprodukter och vilka olika underlag som bör finnas som ingångsvärden för planering av katastrofmedicinska beredskap och krisberedskap.[42] Frågor om lägesbilder har då också avhandlats. I detta avsnitt behandlas frågor om planeringsunderlag ytterligare. Frågor om lägesbilder behandlas i avsnitten 4.2.5 och 4.3.

[41] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), s. 34 f.
[42] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 415 f. och s. 621 f.

Nödvändigt underlag för planering och genomförande av riskreducerande åtgärder

I LEH finns bl.a. bestämmelser som syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. För att minska olika kända sårbarheter krävs som regel att riskreducerande åtgärder vidtas. Sådana åtgärder måste finansieras.

I PSL finns dessutom bestämmelser som innebär att vårdgivare ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.[43]

Av LEH följer 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.

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. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser samt planer för hanteringen av extraordinära händelser.[44] Av förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap följer att MSB får meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser.[45] MSB har utfärdat sådana separata föreskrifter för kommuner och regioner.[46]

Att beslutsfattare i kommuner och regioner skaffar sig kännedom om vilka händelser som leder till eller som med stor sannolikhet kommer att leda till att vårdbehov som *ska* tillgodoses inte kommer att kunna tillgodoses i enlighet med de rättsliga krav som gäller för vården, är av största betydelse för bl.a. planering. I förarbetena till LEH uttalas också att hanteringen av risker och sårbarhet först och

[43] 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[44] 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[45] 12 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[46] Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (2015:4) om landstings risk- och sårbarhetsanalyser samt Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (2015:5) om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser.

främst är en angelägenhet för den som har ett verksamhetsansvar. I det ansvaret ligger att så långt som möjligt sörja för att verksamheten är säker och kan genomföras också under störda förhållanden om så behövs.[47]

Det har till utredningen framförts att risk- och sårbarheter *endast* görs för kommuners och regioners egna behov. Utredningen delar inte den uppfattningen. Risk och sårbarhetsanalyser är som framgår ovan först och främst ett verktyg för den egna verksamheten men de har även betydelse för andra aktörer. Statliga myndigheter har t.ex. också att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser. Länsstyrelserna ska i sina risk- och sårbarheter ta hänsyn till andra verksamheter inom länet.[48] MSB sammanställer vart annat år en nationell risk- och förmågebedömning på uppdrag av regeringen. Det är naturligt att en statlig förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård behöver veta vilka brister som finns inom hälso- och sjukvården, inte minst mot bakgrunden att de även ska medverka i krisberedskap och totalförsvar samt vara sammanhållande myndighet i fråga om 2002 års nordiska hälsoberedskapsavtal och verka för att intentionerna i avtalet genomförs.[49] I förarbetena till LEH anför regeringen:

> Vidare anser regeringen, i likhet med utredningen, att skyldigheten för kommuner och landsting att lämna information till den regionalt områdesansvariga myndigheten samt till berörd sektorsansvarig myndighet om krisberedskapsläget såväl före som under en extraordinär händelse bör lagfästas. På den regionala nivån har länsstyrelserna ett områdesansvar för arbetet med allvarliga kriser i fred och höjd beredskap. Rapporteringen bör därför ske till länsstyrelsen. På central nivå bör rapporteringen ske till Krisberedskapsmyndigheten. När det gäller landstingens arbete på krishanteringsområdet är det viktigt att rapportering även sker till Socialstyrelsen, som sektorsansvarig myndighet för hälso- och sjukvården. Beroende på situationen kan det alltså vara aktuellt att rapportera till olika myndigheter och i vissa lägen kan det vara nödvändigt att rapportera till fler än en myndighet.[50]

Den rapportering som ska ske avser inte enbart händelsestyrd rapportering under en inträffad händelse, utan även rapportering om krisberedskapsläget före en inträffad händelse. Det är svårt att förstå varför en risk- och sårbarhetsanalys inte skulle utgöra en del av vad

[47] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 105.
[48] 5 § Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (2016:7) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser.
[49] 9 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[50] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 109–110.

som behöver rapporteras om krisberedskapsläget. MSB har också i de föreskrifter som riktar sig till både kommuner och regioner ställt krav på rapportering av RSA till statliga myndigheter. Det framförs ofta från SKR att dessa rapporteringskrav är underfinansierade från statens sida. Utredningen kan dock konstatera att som framgår ovan är risk- och sårbarhetsanalyserna i *första hand* till för den egna verksamheten. Att rapportera det man ändå behöver göra för sin egen verksamhet kan inte anses utgöra ett alltför betungande och därmed heller inte särskilt kostsamt.

I förarbetena till LEH anförs bl.a. att samhällsviktiga verksamheter ska kunna upprätthålla en grundläggande funktionalitet vid extraordinära händelser och *krav på förmåga för samhällsviktig verksamhet bör formuleras* för att tydligare styra arbetet med att identifiera lämpliga åtgärder.[51] I nämnda förarbeten anges också att det för samhället som helhet är viktigt att vissa tjänster kan levereras oavsett omständigheter, inte hur dessa levereras. Därför bör krav på dessa verksamheter formuleras i termer av förmåga att upprätthålla en grundläggande funktionalitet även vid störningar som kan uppstå till följd av t.ex. stora olyckor och extraordinära händelser. I detta ingår att ange vilka avnämare som under alla omständigheter bör betjänas.[52]

Det kan mot bakgrund av det nyss redovisade förarbetsuttalandet konstateras att det för vissa områden kan vara så att det saknar större betydelse för hur en tjänst levereras, detta gäller dock inte hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt gällande rätt är dessutom skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård inte avgränsad på annat sätt än att medicinsk motiverade vårdbehov ska tillgodoses i alla lägen. Denna utredning lämnade i sitt närmast föregående delbetänkande förslag som syftar till att något inskränka nuvarande ordning så att hälso- och sjukvårdens uppdrag vid fredstida kriser och krig ska ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå.[53]

Om en verksamhetsansvarig känner till att det finns en stor risk för att en viss händelse inträffar och att konsekvenserna av denna händelse för en verksamhet blir svåra, finns det goda skäl att vidta åtgärder för att antingen reducera risken för att händelsen inträffar eller att vidta åtgärder som minskar händelsens negativa konsekvenser. Eventuellt finns skäl och möjlighet att vidta båda typerna av

[51] A.a., s. 43.
[52] A.a., s. 84.
[53] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 285 f.

åtgärder. Som framgår av förarbetena till LEH är det viktigaste syftet med att ta fram RSA att öka medvetandet och kunskapen hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga om vilka hot och risker som finns inom det egna verksamhetsområdet. Ett annat viktigt syfte är naturligtvis att få fram ett *underlag för planering och genomförande av åtgärder* som minskar riskerna och sårbarheten i kommunen. Underlaget utgör dessutom en viktig källa till information som måste lämnas till kommuninvånarna och de anställda.[54]

Det kan konstateras att det inte heller är möjligt att göra en plan för katastrofmedicinsk beredskap utan att beakta de olika risker som finns externt i det geografiska ansvarsområdet (här avses inte geografiskt områdesansvar utan det geografiska område inom vilka kommun och region ska bedriva vård).

För att kunna vidta åtgärder som säkerställer upprätthållandet av hälso- och sjukvårdsverksamhet krävs att risker- och sårbarheter som hotar verksamheten har på ett systematiserat sätt identifierats och värderats samt att planer för åtgärdernas genomförande har upprättats. RSA är ett nödvändigt verktyg för att identifiera och värdera risker och sårbarheter och vad som framkommer av en RSA utgör ett viktigt planerings- och beslutsunderlag för såväl folkvalda som anställda beslutsfattare. Utan sådana underlag är det inte möjligt att fatta beslut om och genomföra riskreducerande åtgärder.

Enligt utredningens bedömning måste beslutsfattare på olika nivåer i hälso- och sjukvården skaffa sig kännedom om vilka händelser som medför eller med stor sannolikt medför att vårdbehov som *ska* tillgodoses inte kommer att kunna tillgodoses i enlighet med de rättsliga krav som gäller. Underlaget har stor betydelse för planering och för olika beslut inom vården. En RSA som avser hälso- och sjukvård borde rimligen avse alla händelser som allvarligt försämrar eller som med stor sannolikhet allvarligt kommer försämra förmågan att upprätthålla denna samhällsviktiga verksamhet. Klimathändelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi och i el- eller vattenförsörjningen, stora olyckor och krigshandlingar är några exempel på händelser och situationer som allvarligt kan påverka förutsättningarna att ge vård. Det bedöms helt enkelt inte möjligt att säkerställa upprätthållandet av hälso- och sjukvård i enlighet med rättsliga krav utan att RSA:er genomförs med nyss angivna utgångspunkt.

[54] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 105.

Skyldighet för kommuner och regioner att vidta riskreducerande åtgärder?

Det har från några håll framförts att det vore bra om det i LEH också ställdes krav på att det ska vidtas riskreducerande åtgärder. Krav på sådana åtgärder borde gälla för alla händelser som medför eller som med stor sannolikhet kommer medföra att förmågan att upprätthålla samhällsviktig verksamhet allvarligt försämras.

Ansvaret för att vidta riskreducerande åtgärder måste, i vart fall beträffande hälso- och sjukvård, ses mot bakgrund av att det redan finns rättsliga krav om att sådan verksamhet ska upprätthållas i alla lägen. Verksamhetsansvariga som underlåter att försöka skaffa sig tillräckliga kunskaper om risker och sårbarheter eller som med kännedom om stora risker och sårbarheter underlåter att vidta rimliga riskreducerande åtgärder, kan inte anses sköta sina uppdrag. Om verksamheten på grund av en sådan underlåtenhet skulle drabbas av ett allvarligt avbräck får man förmoda att åtgärder kommet att vidtas för att utkräva ansvar. Det framstår som sannolikt att nu förda resonemang äger giltighet även på andra områden än hälso- och sjukvårdsområdet. När det gäller risker som kan vara aktuella för vården att beakta bör vidare beaktas att det inte alltid möjligt att vidta andra riskreducerande åtgärder än planering. Sjukvården kan t.ex. inte på egen hand besluta om att flytta eller stänga en riskfylld industri. Sjukvården kan inte heller dra om sträckningen på en järnväg för att minska risken för eventuella tågolyckor eller säkerställa att terrorattentat inte inträffar.

Trots vad som sagts ovan är det möjligt att det ansvarsutkrävande som i dag står till buds inte bedöms vara tillräckligt. Det kan finnas fördelar med krav som tydligt anger i vilka fall riskreducerande åtgärder ska vidtas. Men det kan också finnas nackdelar.

Generellt avfattade krav, såsom att det ska vidtas åtgärder i det fall risken för allvarliga konsekvenser är hög eller om vissa tydligt angivna riskvärden överskrids, torde medföra behov av att tolkningssvårigheter och gränsdragningsproblem ägnas särskild uppmärksamhet, men det torde inte vara svårare att lösa sådana frågor än det är i andra lagstiftningssammanhang. För att vara effektiva bör krav vara sanktionerade och de måste kunna följas upp. En sanktion skulle kunna bestå av straffrättsligt ansvar eller av sanktionsavgifter. Möjligen skulle föreläggande med vite en tillräcklig sanktion för bristande följsamhet.

Flera modeller för ett system med sanktionerade åtgärdskrav och uppföljning torde vara möjliga. Emellertid måste särskilt beaktas att HSL är anpassad för att ge huvudmännen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Vidare måste principen om kommunalt självstyre tillmätas stor betydelse. Det är inte heller otänkbart att ett hot om sanktion kan leda till att endast ett minimum av sårbarheter identifieras och ett sanktionssystem skulle därmed kunna förutsätta ytterligare krav som säkerställer att alla risker och sårbarheter som bör beaktas också beaktas. Utredningen kan inte bedöma om det vore lämpligt med ett sanktionssystem och lämnar heller inte förslag om något sådant. Under alla förhållanden bedöms det inte lämpligt att införa ett system med sanktioner som enbart omfattar hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredningen om civilt försvar

Risk- och sårbarhetsanalyser har även behandlats i Utredningen om civilt försvar, särskilt i anslutningen till förslaget om en ny lag om kommuners och regioners beredskap. Utredningen om civilt försvar föreslår vissa förändringar av RSA-arbetet vilka förtjänar att kommenteras. Vidare behandlas frågor om scenariobaserad analys och om kontinuitetshantering. I det följande lämnas ett antal synpunkter och bedömningar som rör dessa förslag.

Vissa förslag och bedömningar från Utredningen om civilt försvar

Utredningen om civilt försvar föreslår att det tydligare ska framgå att risk- och sårbarhetsanalyserna ska omfatta perspektivet höjd beredskap. Samtidigt konstaterar utredningen att vilka scenarier som är relevanta att planera för inte är något som kommuner och regioner själva ska komma fram till.

Nämnda utredning anser att risk- och sårbarhetsanalyserna för kommuner ska inriktas på att identifiera *samhällsviktig verksamhet i den egna verksamheten*. Verksamhet som upphandlats eller bedrivs via valfrihetssystem anses inte ingå *i den egna verksamheten*. Motivet till detta är att analysarbetet kräver mycket resurser och att det finns utmaningar att få del av information från företag och myndigheter. Utredningens förslag avseende risk- och sårbarhetsanalyser innebär

också bl.a. att kommuner och regioner ska analysera om det inom *deras ansvarsområde* finns sådan sårbarhet eller sådana hot och risker som i fredstid eller under krig allvarligt kan hota eller skada det som ska skyddas i samhället eller försämra förmågan till verksamhet inom området. Vid analysen ska kommunen respektive regionen särskilt beakta händelser som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som ofta kräver skyndsamma insatser av den egna organisationen.

När det gäller kommuner och regioner, och den nya föreslagna lagen om kommuners och regioners beredskap, framhåller Utredningen om civilt försvar vidare att den övervägt om arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser bör kompletteras med ett lagkrav om att bedriva ett systematiskt arbete för att upprätthålla den egna samhällsviktiga verksamheten (kontinuitet). Ett sådant arbete är en viktig del i att öka motståndskraften och robustheten i verksamheten. Emellertid skulle ett sådant krav enligt Utredningen om civilt försvar innebära en ny omfattande uppgift för kommuner och regioner och bedöms därmed inte rymmas inom de nuvarande ersättningsramarna.

Synpunkter och bedömningar avseende förslagen

Vår utredning ställer oss bakom förslaget om att tydliggöra att risk- och sårbarhetsanalyserna även ska omfatta perspektivet höjd beredskap. Vi delar också uppfattningen att scenarier bör vara en av utgångspunkterna för planering för höjd beredskap och anser att staten ska ansvara för att ta fram och delge alla berörda aktörer dessa planeringsförutsättningar.

När det står klart för kommuner och regioner vilka uppgifter de har att ansvara för i höjd beredskap kommer detta ge ytterligare vägledning för att identifiera andra risker och behov av att åtgärda andra sårbarheter. Kostnader som uppkommer för planering av sådana risker och sårbarheter som särskilt kommer av höjd beredskap ska bekostas av staten.

Hälso- och sjukvård har ett betydande inslag av privata utförare inom ramen för valfrihetssystemen, både inom kommunal och regional vård. Därtill finns ett antal privata aktörer som bedriver t.ex. ambulansverksamhet på uppdrag av regionerna. Laboratorieverksam-

het, inklusive blodverksamhet, är andra exempel på verksamheter som utförs av privata aktörer.

Ansvaret för att bedriva hälso- och sjukvård och planera för en katastrofmedicinsk beredskap åvilar sjukvårdshuvudmännen. RSA-arbete är som här tidigare anförts, och som även beskrivs av utredningen om civilt försvar, ett centralt verktyg i arbetet med beredskap. Detta arbete är också en del i utgångspunkten för den katastrofmedicinska beredskapen.

Av 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) framgår att regionen med utgångspunkt i risk- och sårbarhetsanalysen ska bedöma vad som är nödvändigt för att uppnå viss förmåga. Av 5 kap. 2 § framgår att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalysen.

Det bör mot denna bakgrund understrykas att en förändring av kommuners och regioners skyldigheter att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser som innebär att de inte ska ta hänsyn till privata uppdragstagare som utför uppgifter åt kommuner och regioner, bedöms medföra en allvarlig urholkning av systemet med risk- och sårbarhetsanalyser. Nödvändig planering för kommuner och regioner skulle försvåras och detta skulle motverka strävandena att säkerställa god beredskap. Lösningen på de svårigheter med att få tillgång till uppgifter som redovisas i betänkandet från Utredningen om civilt försvar, bör inte tillåtas få sådana konsekvenser. Det framstår som lämpligt att söka en annan lösning på problemet. Verksamhet som kommuner och regioner beställer och som utförs genom avtal kan ju normalt styras genom vad som anges i det aktuella avtalet. Det är också möjligt att ge vägledning till kommuner och regioner i hur de kan involvera sådana utförare av offentligt finansierade välfärdstjänster som anses samhällsviktiga så att dessa kan inkluderas i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser. Teoretiskt sett skulle den föreslagna ordningen kunna innebära att om all verksamhet lades ut på entreprenad så slipper en kommun eller region helt att göra RSA:er och vidta riskreducerande åtgärder. Det säger sig självt att en sådan ordning är orimlig. Omvänt kan konstateras att om en kommun eller region inte som huvudmän kan garantera verksamhetens utförande då denna läggs ut på privata utförare kanske inte kommunen eller regionen ska välja en sådan lösning givet de krav de har som huvudmän. Vidare bör, som denna utredning tidigare framhållit, oklarheter beträffande finan-

sieringen inte få utgöra ett hinder för att det viktiga RSA-arbetet genomförs med rätt ambition.

Som tidigare konstaterats är kommuner och regioner enligt HSL skyldiga att erbjuda god hälso- och sjukvård i alla lägen. Det skulle mot bakgrund av dessa skyldigheter framstå som både märkligt och olämpligt om kommuner och regioner inte analyserade vilka händelser som allvarligt skulle kunna hota upprätthållandet av hälso- och sjukvården. Även händelser utanför egen verksamhet måste analyseras, särskilt händelser i det egna geografiska området som kan få stor påverkan på både räddningstjänst och hälso- och sjukvård. Som framgår av 3 kap. 8 § 2 lagen (2003:778) om skydd mot olyckor ska en kommun ha ett handlingsprogram för räddningstjänst. I programmet ska kommunen bl.a. ange de risker för olyckor som finns i kommunen och som kan leda till räddningsinsatser. Det finns således redan bestämmelser som medföra att risker för olyckor i en kommuns geografiska område ska identifieras. Det finns därmed också underlag som kan beaktas vid risk- och sårbarhetsanalyser som ska utföras enligt gällande LEH.

Som utredningen förstår innebär de förslag som Utredningen om civilt försvar lämnat avseende risk- och sårbarhetsanalyser att sådana analyser avgränsas till att enbart avse risker och sårbarheter i kommunernas och regionernas egna verksamheter. En sådan ordning skulle enligt vår uppfattning kunna medföra allvarliga konsekvenser för kartläggning av risker och sårbarheter, vilket i sin tur skulle kunna medföra att huvudmännen för hälso- och sjukvård saknar nödvändiga underlag för att säkerställa sin verksamhet och erbjuda hälso- och sjukvård. Förslaget rimmar också mycket illa med skyldigheter i HSL som innebär att planeringen av vården ska ske med beaktande av vård som erbjuds av andra vårdgivare.[55] Enligt vår bedömning bör det aktuella förslaget inte genomföras.

Utredningen om civilt försvar föreslår en ny lag och två nya förordningar för att reglera myndigheternas och kommuner och regioners beredskap. I beredskapsförordningen, som föreslås ersätta förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, föreslås en ny bestämmelse med innebörden att varje myndighet ska identifiera samhällsviktig verksamhet i den egna verksamheten. Myndigheten föreslås också bedriva ett systematiskt arbete för att upprätthålla den egna sam-

[55] 11 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

hällsviktiga verksamheten (kontinuitet) i fredstida krissituationer och under höjd beredskap.

Utredningen om civilt försvar konstaterar att uppgiften att upprätthålla och säkerställa samhällets funktionalitet är en grund för både den fredstida krisberedskapen och för det civila försvaret. Det har under de senaste åren allt mer uppmärksammats att kontinuitetshantering är viktigt för beredskapen i stort. Utredningen om civilt försvar menar att lagkrav om kontinuitetshantering skulle innebära en ny omfattande uppgift för kommuner och regioner och den bedöms inte rymmas inom de nuvarande ersättningsramarna.[56] Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, har till vår utredning framfört att kontinuitetshantering bör ses som ett nytt krav gentemot kommuner och regioner och att detta krav är ofinansierat. Vi delar dock inte den uppfattningen. I avsnitt 4.5 diskuteras dock frågor om finansiering som har bäring även på det som sägs nedan.

Kommuner och regioner måste givetvis upprätthålla sådan verksamhet som de enligt lag har en skyldighet att upprätthålla. De ska också planera för detta. Planeringen syftar till att säkerställa att vård som ska utföras också utförs i enlighet med de krav som gäller. Sådan planering behöver regelmässigt innefatta bl.a. personalförsörjning, materielförsörjning, robust informations- och kommunikationsteknologi och fastigheter. Det är inte en ”ny uppgift” för kommuner och regioner att tillse att de kan upprätthålla sin verksamhet och leva upp till krav i gällande lagar eller andra föreskrifter.

Kontinuitetshantering är endast ett av flera verktyg som kan användas som stöd för att upprätthålla en verksamhet. Genom kontinuitetshantering kan organisationer mildra konsekvenserna av inträffade störningar och varigenom störningsperioder i verksamheten blir kortare. Systematisk kontinuitetshantering syftar till att personella, ekonomiska, funktionella och informationsrelaterade värden inte ska gå förlorade.

Kontinuitetshantering är också en metod där MSB erbjuder omfattande stöd. Med tanke på detta framstår det för utredningen som att det kan vara lämpligt att kommuner och regioner använder detta verktyg för att bl.a. säkerställa att rättsliga regleringar följs, även om det naturligtvis står dem fritt att använda andra metoder som står till buds.

[56] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 461.

Avslutande synpunkter och sammanfattande bedömningar avseende risk- och sårbarhetsanalyser och lägesbilder

En av de viktigaste förutsättningarna för en god beredskap och en robust verksamhet är identifiering av verksamhetshot och sårbarheter samt vidtagande av riskreducerande åtgärder. Oklarheter beträffande finansieringen får inte utgöra ett hinder för att det viktiga RSA-arbetet genomförs med rätt ambition och kvalitet.

En RSA bör alltid leda till bedömningar av om det finns behov av riskreducerande åtgärder. Sådana åtgärder är befogade om en händelse medför eller med stor sannolikhet kan medföra ett allvarligt hot mot en samhällsviktig verksamhet, t.ex. hälso- och sjukvård. Om det bedöms krävas riskreducerande åtgärder måste förslag om sådana åtgärder tas fram och olika åtgärder bör prioriteras och kostnadsberäknas. Utifrån detta skapas förutsättningar för de planer som enligt LEH ska fastställas vart fjärde år. Det skapar också på andra sätt nödvändigt beslutsunderlag för befattningshavare på olika nivåer i hälso- och sjukvården och i andra verksamheter. Det kan konstateras att det enligt gällande ordning är upp till varje kommun och region att avgöra vilka åtgärder som rimligen bör vidtas med anledning av vad som framkommer genom arbetet med RSA:er.

Vid framtagande av RSA:er måste särskilt beaktas att en och samma händelse kan medföra problem för flera av kommunernas och regionernas olika verksamheter. Konsekvenserna av en händelse för en verksamhet kan dock skilja sig mycket från de konsekvenser som uppstår i en annan verksamhet. Det är angeläget att reda ut vilka verksamhetsspecifika konsekvenserna och det finns skäl att för kommuner och regioner att genomföra verksamhetsspecifika analyser. Om de olika analyserna ska samlas i en särskild sammanställning för alla verksamheter eller inte är en fråga för kommuner och regioner att avgöra. Verksamhetsspecifika RSA:er skulle också föra med sig att det blir enklare att delge de olika statliga myndigheter som har behov av att få del av kommuner och regioners RSA:er enbart får del av de uppgifter som är av särskilt intresse för dem. Detta är också lämpligt med beaktande av de rapporteringskrav som följer av 2 kap. 9 § andra stycket LEH eftersom krav på rapportering till staten måste anpassas till vad som är nödvändigt för respektive verksamhet som en kommun eller region ansvarar för. Det bedöms således lämpligt att ställa uttryckliga krav på verksamhetsspecifika RSA:er och att anpassa den

rapporteringsskyldighet som följer av LEH till vad som krävs för respektive verksamhet.

Arbetet med RSA:er och kvaliteten i dessa skulle sannolikt även främjas genom större enhetlighet. Arbetet skulle sannolikt även främjas om de svårigheter som kommuner och regioner har kring begreppet extraordinära händelser i LEH undanröjs. Eftersom nuvarande krav på RSA i LEH är kopplade till extraordinära händelser finns det risk för att RSA:er inte omfattar alla de händelser som behöver analyseras. En RSA bör avse alla händelser som allvarligt försämrar eller som med stor sannolikhet försämrar förmågan att upprätthålla en samhällsviktig verksamhet och det bedöms under alla förhållanden inte möjligt att säkerställa upprätthållandet av hälso- och sjukvård i enlighet med rättsliga krav utan att RSA:er genomförs med den utgångspunkten.

Om arbetet med RSA utvecklas och ensas och rapporteringskrav anpassas till vad som är relevant för olika verksamhetsområden kan olika svårigheter med RSA:er och onödiga kostnader sannolikt undvikas. Statens sammanställningar av uppföljning och av kommunernas och regionernas RSA:er bedöms också underlättas av en större enhetlighet och av verksamhetsspecifika analyser och rapporteringskrav.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får enligt 2 kap. 1 § tredje stycket LEH meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser samt planer för hanteringen av extraordinära händelser. Det bedöms således redan finnas vissa verktyg för att uppnå större enhetlighet kvalitet, bl.a. genom verksamhetsspecifika RSA:er.

Lägesbilder och rapporteringskrav måste också rimligen vara verksamhetsanpassade. Det framstår som lämpligt att rapporteringsbestämmelserna i LEH anpassas så att detta är möjligt. I nuläget saknas bestämmelser som tydligt anger vilka uppgifter kommuner och regioner ska rapportera. Det vore lämpligt om bestämmelserna i LEH om rapportering ändrades så att det tydligt framgick att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva om vilka uppgifter som ska rapporteras eller att kommuner och regioner är skyldiga att lämna de uppgifter som begärs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Utredningen om civilt försvar har föreslagit att risk- och sårbarhetsanalyserna för kommuner ska begränsas till den egna verksam-

heten. Enligt vår bedömning bör det nu aktuella förslaget från Utredningen om civilt försvar inte genomföras. Kommuners och regioners arbete med risk- och sårbarhetsanalyser måste enligt vår bedömning således fortsättningsvis även inkludera sådana samhällsviktiga verksamheter som utförs av privata aktörer utifrån bl.a. valfrihetssystem.

Utredningens bedömningar är sammanfattningsvis att framtagandet av risk- och sårbarhetsanalyser utgör en av de viktigaste förutsättningarna för en god beredskap och en robust verksamhet. Oklarheter beträffande finansieringen får inte utgöra ett hinder för att detta viktiga arbete. Arbetet med RSA:er skulle vinna på större enhetlighet. Det finns utrymme att genom föreskrifter från regeringen eller statliga myndigheter höja enhetligheten och även kvaliteten på RSA:er. Staten bör i detta syfte också ge stöd genom handledningar.

Det bedöms också lämpligt att ställa uttryckliga krav på verksamhetsspecifika RSA:er och att anpassa bestämmelserna om rapporteringsskyldighet till vad som är lämpligt och nödvändigt för de olika verksamheter som kommuner och regioner ansvarar för. Det bör i LEH göras tydligt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas för att fullgöra rapporteringskrav.

4.1.7 Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering

Bedömning: Socialstyrelsens ansvar för att ta fram och tillgängliggöra Kamedo-rapporter bör tydliggöras. Socialstyrelsen bör också ansvara för att sammanställa och tillgängliggöra sådana erfarenheter från större övningar som har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap. Ansvaret för allt detta bör löpa över tid som en ordinarie uppgift och bör därför anges i Socialstyrelsens instruktion. Utöver detta bör Socialstyrelsen och Försvarsmakten tillsammans få i uppdrag att analysera det moderna krigets effekter vad gäller skadepanoraman och volymer av skadade, både vad gäller militär personal och civila, samt förmedla kunskaper kring de slutsatser som kan dras av analyserna. Sistnämnda uppdrag bör ges genom särskilda regeringsbeslut.

Alla fredstida kriser eller krig som inträffar ger oss anledning att analysera och reflektera över vad som fungerat bra och vad som kunnat

fungera bättre. Detta gäller oavsett om det är en bussolycka, brand, terrorattentat, pandemi eller ett krig. Genom att studera händelseförloppen kan man bilda sig en uppfattning om t.ex. skadetyper, responstider samt samverkan och ledning. Sådana studier kan ge värdefull information som komplement till övningar för att vidta åtgärder så att framtida kriser eller krig kan hanteras på ett bättre sätt. De händelser som studeras behöver inte enbart ha skett i Sverige. Sverige har inte varit i krig på mycket lång tid och studier av krigets effekter på ett modernt samhälle måste således ta sin utgångspunkt i konflikter i andra länder.

Kamedo-rapporter

Kamedo – Katastrofmedicinska observatörsstudier (tidigare Katastrofmedicinska organisationskommittén) har funnits sedan 1964. Kommittén startade sin verksamhet inom ramen för Försvarsmedicinska forskningsdelegationen. År 1974 överfördes Kamedo till Försvarets Forskningsanstalt, i dag Totalförsvarets forskningsinstitut. Sedan 1988 är Kamedo knutet till Socialstyrelsen. Kamedos huvudsakliga uppgift är att skicka sakkunniga observatörer till platser som drabbats av stora olyckor eller katastrofer runt om i världen. Observatörerna sänds till katastrofområdena med kort varsel och samlar in relevant information genom att kontakta nyckelpersoner och då främst på kollegial basis. Den information de får används endast i dokumentationssyfte. Det är främst fyra områden som studeras: medicinska, psykologiska, organisatoriska och sociala aspekter på katastrofer. Resultaten av studierna publiceras i Kamedo-rapporter. Tidigare fastställdes de allmänna riktlinjerna för Kamedos verksamhet dels av en intern styrgrupp vid Socialstyrelsen, dels av en referensgrupp med representanter från några av Socialstyrelsens kunskapscentrum inom krisberedskapsområdet, den för internationella insatser myndighetsgemensamma behovsbedömningsgruppen, Svenska nationella ambulansflyget (SNAM), Crismart[57], Krisberedskapsmyndigheten[58], Röda Korset samt exper-

[57] Crissmart ingår i dag som en del i Centrum för totalförsvarsstudier vid Försvarshögskolan.
[58] Krisberedskapsmyndigheten var en av tre myndigheter som slogs ihop och bildade Myndigheten för samhällsskydd och beredskap år 2009.

tis med tidigare erfarenhet från Kamedo.[59] Det är i dag oklart om den interna styrgruppen och referensgruppen finns och är aktiv.

Det finns många bra sammanställningar och analyser av nationella och internationella händelser i de Kamedo-rapporter som Socialstyrelsen tagit fram. Exempelvis finns rapporter som beskriver terrorattentatet i Madrid[60], bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utøya[61], trippelkatastrofen i Japan[62] och tågolyckan i Buenos Aires[63] för att nämna några.

Kamedo-rapporterna gör ingen skillnad av om de analyserar en nationell eller internationell händelse. Beroende på händelse och var den inträffat kan olika lärdomar dras kring t.ex. skadeutfall och organisation. Alla dessa lärdomar kan ligga till grund för utvecklingen av planering och utveckling av den katastrofmedicinska beredskapen, krishanteringssystem och annat av betydelse för krisberedskap. Vissa lärdomar är av direkt katastrofmedicinsk karaktär men i många fall kan man i samband med dessa händelser dra lärdomar kring övrig krisberedskap. Vissa Kamedo-rapporter har också analyserat mer krisbetonade händelser av betydelse för sjukvården som avbrott i olika it-tjänster eller elförsörjningen.[64]

Statens haverikommission

Statens haverikommission, i det följande förkortat SHK, genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor och samverkar med berörda myndigheter i deras olycksförebyggande verksamhet. SHK samverkar även med myndigheter och organisationer i andra länder i frågor som ligger inom myndighetens verksamhetsområde.[65] Av nämnda lag framgår att kommissionen ska utreda luftfartsolyckor, sjöolyckor, järnvägsolyckor samt vägtrafikolyckor och andra allvarlig olyckor.

[59] Socialstyrelsen (2009): *Strömavbrottet på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge den 7 april 2007* (Kamedorapport-93).
[60] Socialstyrelsen (2006): *Terrorattackerna i Madrid i Spanien 2004* (Kamedorapport-90).
[61] Socialstyrelsen (2012): *Bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utøya 2011* (Kamedorapport-97).
[62] Socialstyrelsen (2013): *Katastroferna i Japan 2011* (Kamedorapport-98).
[63] Socialstyrelsen (2019): *Tågolyckan på Once station, Buenos Aires 2012* (Kamedorapport-99).
[64] Socialstyrelsen (2011): *IT-haverier i vården – Erfarenheter och förslag till åtgärder från aktuella fall* (Kamedorapport-96).
[65] 1 § förordningen (2007:860) med instruktion för Statens haverikommission.

I samband med sådana olyckor som nämns ovan kan det förekomma situationer med många skadade och det kan därmed även finnas sjukvårdsaspekter som behöver utredas. En sådan situation där SHK gjort en utredning är bussolyckan i Sveg år 2017.[66] Det saknas en motsvarande Kamedo-rapport av denna händelse. Det finns däremot Kamedo-rapporter om andra händelser som också bör vara relevanta för Statens haverikommission, t.ex. branden ombord på Scandinavian Star, spårvagnsolyckan i Göteborg, flyghaveriet vid Gottröra eller förlisningen av Estonia.[67,68,69,70]

Av SHK:s rapport från bussolyckan i Sveg framgår att syftet med utredningarna är att liknande händelser ska undvikas i framtiden. Det är då av vikt att förstå vilken händelse som avses, dvs. bussolyckan eller sjukvårdsinsatsen. Utredningen anser att det mot bakgrund av SHK:s instruktion och lagen (1990:712) om undersökning av olyckor närmast är själva bussolyckan som är SHK:s ansvar. Sjukvårdsinsatsen behöver också utvärderas men dessa utvärderingar genomförs enligt utredningen bäst av hälso- och sjukvårdsmyndigheterna. Sådana utredningar, i form av Kamedo-rapporter, kan naturligtvis göras i nära samverkan med SHK.

Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll har föreslagit att regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.[71] Enligt denna utredning kan händelser inom hälso- och sjukvården som medfört att någon omkommit eller allvarligt skadats undersökas av SHK. Av SHK:s remissvar på utredningens förslag framgår att SHK ser positivt på en sådan uppgift. SHK menar att det mot bakgrund av det stora antal allvarliga vårdskador som inträffar i Sverige är svårt att föreställa sig något samhällsområde där det finns en större potential för förbättrad säkerhet genom utredningar av allvarliga olyckor och tillbud än inom hälso- och sjukvården. SHK fattade därför under 2019 ett inriktningsbeslut

[66] Statens haverikommission (2018): *Slutrapport RO 2018:01 Singelolycka med buss i beställningstrafik söder om Sveg, Jämtlands län, den 2 april 2017* (dnr O-02/17).
[67] Socialstyrelsen (1993): *Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990* (Kamedorapport-60).
[68] Socialstyrelsen (1997): *Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992* (Kamedorapport-62).
[69] Socialstyrelsen (1997): *Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991* (Kamedorapport-63).
[70] Socialstyrelsen (1997): *Estoniakatastrofen – M/S Estonias förlisning i Östersjön den 28 september 1994* (Kamedorapport-68).
[71] Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15), s. 352.

att myndigheten i större utsträckning än tidigare ska utreda olyckor och tillbud inom hälso- och sjukvården.[72]

SHK:s möjligheter att utreda olyckor inom sjukvården grundas på vad som anges i 2 § fjärde punkten lagen (1990:712) om undersökning av olyckor. Denna punkt omfattar andra allvarliga olyckor om de har medfört att flera människor har avlidit eller blivit allvarligt skadade, eller omfattande skador har uppkommit på egendomen eller i miljön. I förarbetena till lagen framgår att det här är fråga om olyckor (med undantag av järnvägsolyckor) av det slag som för närvarande undersöks av kommissionen. Bestämmelsen avser alla allvarliga olyckor som inte nämnts under punkterna 1–3 oberoende av i vilket sammanhang de har inträffat. Som exempel kan nämnas olyckor genom brand, ras, översvämning, explosion, utflöde av skadliga ämnen, skjutolyckor och vägtrafikolyckor.[73]

Även i 3 § finns skrivningar av betydelse för utredning av olyckor i hälso- och sjukvård. Där framgår att regeringen får föreskriva eller i enskilda fall besluta att en undersökning ska göras också när en olycka eller ett olyckstillbud inte är av sådan allvarlig art som anges i 2 § men en undersökning ändå är påkallad från säkerhetssynpunkt.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om att även andra olyckor eller tillbud än som avses i 2 § ska undersökas. Regeringen får också i ett enskilt fall besluta om en sådan undersökning, t.ex. när krav har framställts på utredning genom en fristående myndighet. Det kan röra sig om t.ex. olyckor vid användningen av teknisk utrustning som är vanlig i vissa verksamheter, t.ex. medicinska apparater eller dykarutrustning.[74] Regeringen har meddelat föreskrifter i 3 § förordningen (1990:717) om undersökning av olyckor. Där framgår att olyckor eller tillbud som inte är av den art som anges i 2 och 2 a §§ lagen (1990:712) om undersökning av olyckor ska ändå undersökas enligt lagen, om det är motiverat från säkerhetssynpunkt att undersökningen görs. Undersökningen görs av Statens haverikommission, när det gäller olyckor och tillbud som inte berör vägtrafiken eller luftfarten.

Frågan om undersökningar av olyckor i hälso- och sjukvården har behandlats av riksdagen där det i en motion yrkats på att även undersökningar av de säkerhetsmässiga aspekterna på svåra olyckor inom

[72] Statens haverikommission (2020): *Remiss av betänkandet Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS* (SOU 2020:15) (dnr A-70/20).
[73] Regeringens proposition om undersökning av olyckor (prop. 1989/90:104), s. 36.
[74] A.a.

Sid 361 (1295)

sjukvården ska ingå i Statens haverikommissions uppgifter. Riksdagen konstaterade då att hälso- och sjukvårdshuvudmännen redan har en anmälningsskyldighet och bedömde att Socialstyrelsens (i dag IVO) inspektionsrätt beträffande hälso- och sjukvården och dess personal enligt utskottets mening bör vara tillräckligt för att i första hand tillgodose önskemålen bakom motionen. Riksdagen konstaterade att det inte framförts någon kritik mot nuvarande ordning och att bestämmelserna i olycksundersökningslagen om undersökning av ”andra allvarliga olyckor” inrymmer möjlighet för Statens haverikommission att även undersöka allvarliga olyckor inom sjukvården. Någon särskild åtgärd av riksdagen med anledning av det här aktuella motionsyrkandet synes därför inte vara påkallad och motionsyrkandet avstyrktes.[75]

Utredningen kan konstatera att det utifrån ovanstående förvisso kan finnas möjligheter för SHK att utreda olyckor inom vården men precis som riksdagen konstaterar utredningen att det sannolikt är lämpligast om vårdskador och vårdens agerande i samband med andra olyckor i första hand utreds av hälso- och sjukvårdsmyndigheterna. Det finns i gällande rätt tydliga krav på hur vårdskador och tillbud ska anmälas till tillsynsmyndigheter, i dessa fall IVO samt Läkemedelsverket. Det kan dock inte uteslutas att det kan uppstå sådana speciella situationer att det är rimligt att även SHK genomför en olycksutredning. Det finns dock enligt utredningen en risk att otydligheter uppstår när många olika aktörer ska utreda samma händelser. Det krävs därför en viss tydlighet vad avser ansvaret och att tillsynsmyndigheterna samordnar sig i dessa frågor. Även Region Stockholm har i sitt remissvar på utredningen om offentlig-privat samverkan svarat att man anser att det kan uppstå otydligheter i ansvaret i förhållande till IVO och andra tillsynsmyndigheter om även SHK ska utreda olyckor i vården.[76]

Mot ovanstående bakgrund anser utredningen att det även fortsatt bör vara Socialstyrelsen som har huvudansvaret för att genomföra och kommunicera utvärderingar av de medicinska insatserna i samband med olyckor ur ett beredskapsperspektiv. Därutöver ansvarar IVO respektive Läkemedelsverket för tillsyn utifrån sina respektive ansvarsområden. En stor del av det ansvar som Läkemedels-

[75] Trafikutskottets betänkande Undersökning av olyckor (1989/90:T23).
[76] Region Stockholm, Yttrande över slutbetänkandet Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15) (dnr RS 2020-0442).

verket har är en följd av bestämmelser i EU-rätten. SHK ansvarar för att utreda orsaker till olyckor. Det kan mot ovanstående bakgrund finnas skäl för regeringen att överväga om det finns oklarheter i olika statliga myndigheters ansvarsområden som kan leda till att deras verksamheter blandas samman på ett icke önskvärt vis. Därvid finns också anledning att särskilt beakta olika statliga myndigheters ansvar enligt bestämmelser i EU-rätten, inte minst på områdena för läkemedel och medicintekniska produkter.

Erfarenheter från krig

Hittills har inte Kamedo-rapporterna omfattat analyser av förhållandena under krig. Krig innebär stora påfrestningar på både människor och samhälle. Påverkan är inte heller begränsad till militär verksamhet, infrastruktur och personal. Även civila drabbas till stor del av skador i moderna krig, avsiktligt eller oavsiktligt. Medan soldaten har avancerad skyddsutrustning som ska minimera risken för skador och utbildning i första hjälpen saknar civila många gånger både skydd och utbildning. Detta innebär att ett och samma vapensystem kan generera helt olika skador på militär eller civil personal. Det som blir en penetrerande, blödande skada på en civil person kan bli en tryckskada med osynliga inre skador på en militär person med kroppsskydd. Samtidigt utvecklas hela tiden vapensystemen och deras räckvidd och effekter viket innebär en påverkan på stridsskador. Erfarenheter från moderna krig visar också på att sjukvårdens personal och infrastruktur trots skydd enligt internationella konventioner många gånger utsätts för hot och skador.[77] Det är därför viktigt att skaffa kunskap om effekter av det moderna kriget på samma sätt som man gör med katastrofmedicinska händelser. Skadepanorama kan bedömas utifrån statistik och dokumentation från ett antal krig i världen och genom simuleringar.

Sedan år 2020 pågår vid Försvarshögskolan ett forskningsprojekt som ska undersöka hur nutida krigföring påverkar försvarsmedicinska effekter. Det nutida krigets operationsmiljö med kvalificerade motståndare och en ökad verkan, precision och räckvidd för bekämpning av militära och civila mål skapar nya förutsättningar och behov

[77] Socialstyrelsen (2021): *Hälso- och sjukvården och planering för civilt försvar – hotbild och gemensamma dilemman* (artikelnummer 2021-8-7513).

för att skydda och att omhänderta skadade. Detta medför viktiga ingångsvärden för hur det framtida civila omhändertagandet av skadade och döda kommer att bedömas och utvecklas. Projektet ska analysera hur de relevanta hotbilderna ser ut avseende stridsintensitet, försvarssystem, verkan och miljöer, om befintlig skadeutfallsberäkningsmodell aktuell för nationellt försvar och vilka alternativa modeller som finns i omvärlden. Projektet ska också analysera vad kännetecknar de farligaste hotbilderna (de som ger störst skadeutfall).[78]

Vad utredningen erfar omfattar det nu aktuella projektet inte skador på civila i samband med militära vapeninsatser. Det är enligt utredningen därmed tydligt att man behöver utöka uppdraget eller genomföra fler studier så att även dessa viktiga aspekter för hälso- och sjukvården beaktas. Detta kan enligt utredningen vara ett aktuellt område aktuellt inom ramen för den katastrofmedicinska forskning som beskrivs vidare i avsnitt 9.4.

Erfarenheter från övningar

Utöver studier av verkliga kriser, katastrofmedicinska händelser och krig kan övningar och spel som genomförs i olika sammanhang – om de utvärderas – leda till värdefulla slutsatser som kan återföras till verksamheterna. En övning blir då inte bara lärande för de som deltar i övningen utan kan även fungera som lärandesituation för andra i den egna eller andra organisationer.

Mot bakgrund av den under 2000-talets början nedtonade betydelsen av väpnade konflikter finns inte så många övningar inom den civila hälso- och sjukvården eller det civila försvaret i stort som tar sikte på kriget. Övningar på detta område ökar nu och det genomförs många andra värdefulla övningar från vilka erfarenheterna kan återföras till verksamheterna.

År 2016 genomförde Socialstyrelsen på regeringens uppdrag en större katastrofmedicinsk övning, övning Tyko (för ett vidare resonemang om samhällsekonomiska effekter av övningen se avsnitt 14.1). Övningen omfattade en större tågolycka i Mellansverige som krävde insatser från flera regioner och centrala myndigheter. Övningen genomfördes som en simulering vid Katastrofmedicinskt centrum i

[78] www.fhs.se/forskning/forskningsprojekt/optimerad-skadeutfallsberakning.html, besökt 2021-06-17.

Linköping. Efter övningen skrevs en omfattande rapport.[79] Vad utredningen erfar har denna rapport inte diskuterats vidare med regionerna som deltog eller med de regioner som inte deltog. Sådana erfarenheter som drogs och misstag som gjordes under övning kommer därmed sannolikt inte att dras lärdom av och således inte heller leda till åtgärder som kan rätta till sårbarheter i andra regioner. Rapporten finns tillgänglig för självstudier för den som vill, men det saknas en aktiv återkoppling eller diskussion kring lärdomarna av övningen.

Socialstyrelsen genomförde under år 2019 ett projekt tillsammans med Försvarshögskolan, Försvarsmakten och Jordbruksverket. Målet med projektet var bl.a. att bidra till ökad kunskap om dagens hotbild och att stärka förutsättningarna för en gemensam planering inom hälso- och sjukvården. Projektet genomfördes som ett antal krigsspel med ett flertal regioner. Scenariot var ett överraskande anfall på Sverige i samband med en säkerhetspolitisk kris. Scenariot var mycket utmanande för regionerna och med stor påverkan på samhället i stort. Rapporten som togs fram i projektet beskriver bland annat att regionerna har behov av stöd i form av vård- eller prioriteringsprinciper i kris och krig, en planering som omfattar regionernas samtliga vårdenheter, kommunal hälso- och sjukvård och kritiska beroenden samt förstärkning av ordinarie ambulanser och fordon för sjuktransport med ett nationellt eller regionalt system för nyttjande av exempelvis kollektivtrafik.[80]

Barents Rescue är en annan återkommande övning inom räddningsområdet.[81] Barentssamarbetet är till för att stärka fred, stabilitet samt bygga förtroende mellan länderna i regionen (se vidare avsnitt 7.5.2). Samarbetet omfattas av de nordligaste delarna av Sverige, Norge, Finland och nordvästra delen av Ryssland. I Barentsavtalet ges möjlighet till att tidigt och utförligt informera och larma vid en nödsituation. Avtalet möjliggör också återkommande gemensamma övningar och utbildningar, med sikte på att förbättra aktörernas förmåga att snabbt och effektivt kunna stödja vid räddningsinsatser.[82] Den första övningen genomfördes år 2001 inom ramen för Natos

[79] Socialstyrelsen (2016): *Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade – Erfarenheter och lärdomar av Övning TYKO* (artikelnummer 2016-10-7).
[80] Socialstyrelsen (2021): *Hälso- och sjukvården och planering för civilt försvar Hotbild och gemensamma dilemman* (artikelnummer 2021-8-7513), s. 8.
[81] Sedan starten år 2001 har Barents Rescue genomförts nio gånger (Sverige 2001, Norge 2005, Finland 2007, Ryssland 2009, Sverige 2011, Norge 2013, Finland 2015, Ryssland 2017, Sverige 2019). Från år 2019 kommer Barents Rescue genomföras vart tredje år.
[82] www.msb.se/sv/utbildningovning/ovning/barents-rescue, besökt 2021-06-17.

partnerskap för fred. Sedan år 2005 genomförs övningen inom ramen för Barentssamarbetet. Även denna övning innebär att lärdomar dras inom ramen för övningen. Även om övningen primärt är en räddningsövning så innefattar den sjukvårdsmoment. Vad utredningen erfar är det även här bristande återkoppling och i mycket liten omfattning som de lärdomar som dras diskuteras och tas om hand i hälso- och sjukvården i stort.

Det behövs ett samlat arbete med erfarenhetsåterföring

Det kan konstateras att avsevärda resurser läggs på att studera olika situationer och att genomföra övningar. Det är då rimligt att man också tar hem effekterna av dessa investeringar fullt ut. För detta krävs ett samlat ansvar för att samla in kunskap och att förmedla denna. Socialstyrelsen har ett visst ansvar redan i dag enligt 8 § i myndighetens instruktion. Myndigheten har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.[83] Bestämmelsen tar dock sin grund i behovet av att bedriva katastrofmedicinsk forskning och förmedla kunskap om denna. Det är också utifrån vad som redogjorts för ovan tydligt att det inte i den grad utredningen anser nödvändigt sprids sådan information och kunskap som är relevant för utvecklingen på området.

Socialstyrelsen har sedan 1988 ansvaret för att ta fram Kamedorapporter. Socialstyrelsen har också genomfört Övning Tyko, samt deltagit i ett projekt avseende hotbilder. Myndigheten har även deltagit i Barents Rescue. Det är därför rimligt att Socialstyrelsen har ett ansvar för att samla in sådan kunskap som finns på området och som är av betydelse för att utveckla förmågan till att agera vid katastrofmedicinska händelser, i fredstida kriser och i krig. I ett sådant uppdrag bör det också ingå att förmedla denna kunskap till de som är berörda inom hälso- och sjukvården så att huvudmännen, som är ansvariga för verksamheten, kan dra nytta av de kunskaper som vinns. Socialstyrelsen bör också i dessa sammanhang fånga upp eventuella regelproblem av betydelse för området och dokumentera samt förmedla dessa till regeringen.

[83] 8 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens uppdrag bör utöver ovanstående innefatta analyser av hur civilbefolkningen skadas i krig. Det finns skäl att anta att Försvarsmakten är mest lämplig att ansvara för att sammanställa vilken typ av skador militär personal utsätts för. Det är också Försvarsmakten som har bäst kunskap om motståndarens vapenarsenal samt vilket skydd Sverige har.

Kunskap som inhämtas, genereras och/eller förmedlas via Socialstyrelsen och Försvarsmakten måste rikta sig till olika företrädare hos huvudmännen. Det finns ett behov av att på en övergripande nivå förmedla erfarenheter till ledande tjänstemän och eventuellt även politiska beslutsfattare. Det räcker inte med att förmedla informationen till beredskapshandläggare eller i utbildning till enskilda läkare. Det finns ett behov av att hela organisationen tar till sig av de lärdomar som kommer fram och för att det ska få prioritet och resurser behöver initiativen komma från ledningen. Vissa frågor som berör ledning, mandat och dimensionering förmedlas också bäst till ledningar medan frågor om exakt vilka typskador som uppstår bäst kommuniceras till den medicinska professionen. Socialstyrelsen behöver därför flera fora för att förmedla informationen. Ett exempel på ett sådant forum är det av utredningen föreslagna beredskapsrådet vid Socialstyrelsen (se avsnitt 5.2.1). Annan kunskap kan förmedlas till regionernas tjänstemän i beredskap och ytterligare annan kunskap kan vävas in i den utbildning och övning som utredningen föreslår.

Mot ovanstående bakgrund föreslår utredningen att Socialstyrelsen ges i uppdrag att samla in sådan kunskap som är av betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att hantera händelser med många skadade eller sjuka. Analyser sammanställa i rapporter i syfte att sprida kunskap. Rapporterna bör t.ex. kunna innehålla analyser och bedömningar som är relevanta för medicinskt kunnande, förmåga och dimensionering, samt ledning och organisation. Socialstyrelsen bör också ansvara för att sammanställa och tillgängliggöra sådana erfarenheter från större övningar som har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap. Ansvaret för allt detta bör löpa över tid som en ordinarie uppgift och bör därför anges i Socialstyrelsens instruktion.

Utöver detta bör Socialstyrelsen och Försvarsmakten tillsammans få i uppdrag att analysera det moderna krigets effekter vad gäller skadepanoraman och volymer av skadade, både vad gäller militär personal

och civila, samt förmedla kunskaper kring de slutsatser som kan dras av analyserna. Detta uppdrag bör ges genom särskilda regeringsbeslut.

4.1.8 Planeringsansvisningar för totalförsvaret

Bedömning: Planeringssystemet för totalförsvar som gäller hälso- och sjukvård måste omfatta kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i utförandet av hälso- och sjukvård. De statliga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet bör inordnas i en beredskapssektor med en sektorsansvarig myndighet. Myndigheterna i sektorn bör ansvara för att sammanställa de behov och förmågor som finns inom hälso- och sjukvården. Det krävs därför att uppgifter om förmågor och relevanta behov löpande lämnas från bl.a. kommuner och regioner. Myndigheterna bör vidare ansvara för att utforma underlag för den fortsatta totalförsvarsplaneringen inom den egna sektorn, för kommande försvarsbeslut och för beslut om statlig budget. Myndigheterna bör i detta syfte lämna förslag till vilka dimensionerande åtgärder som kommer av totalförsvarets särskilda behov och som behöver vidtas för att hälso- och sjukvården ska uppnå önskad förmåga i totalförsvaret samt lämna förslag om en prioriteringsordning för åtgärderna. Myndigheterna bör vidare ansvara för att bryta ned de gällande övergripande planeringsinriktningarna till mer detaljerade anvisningar för kommuner och regioner. I dessa detaljerade anvisningar ska vid behov även tydliga dimensionerande krav anges. De detaljerade anvisningarna bör anges länsvis, dvs. rikta sig till de kommuner och den region som ingår i ett län. Den sektorsansvariga myndigheten bör också ansvara för utbetalningar av de statliga medel som krävs för att åtgärder ska utföras samt följa upp att planeringsanvisningar och åtgärder utförs.

Redan i denna utrednings första delbetänkande har framhållits behovet av ett tydligt och sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret.[84] Utredningen har bedömt att totalförsvarsplanering bör utföras enligt ett tydligt och sammanhängande system som bl.a. säkerställer att riksdagens och regeringens mål och anvisningar, och planer-

[84] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 29.

ingsinriktningar från Försvarsmakten och MSB med dimensionerande uppgifter förs vidare till och följs av myndigheter och andra aktörer i deras planering. Hur systemet så här långt är uppbyggt framgår närmare av avsnitt 3.3.3.

Det är av största vikt att planeringssystemet inte bara omfattar riksdag, regering och statliga myndigheter, utan även kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen t.ex. näringslivet. I systemet måste också säkerställas att nödvändig uppföljning och återrapportering sker från olika aktörer inom bl.a. civilt försvar. Utveckling och förvaltning av ett sådant system medför kostnader. Statlig ersättning ska utgå för kommuners och regioners planering av civilt försvar.[85]

Regeringen konstaterar i totalförsvarspropositionen att det civila och det militära försvaret behöver utvecklas samordnat och att det bör finnas en sammanhängande planering för totalförsvaret.[86] Eftersom det ömsesidiga beroendet mellan civilt och militärt försvar påverkar den samlade förmågan i totalförsvaret är det viktigt att uthålligheten och förmågan till ömsesidigt stöd stärks. I händelse av krigsfara eller krig kommer totalförsvarets ansträngningar inledningsvis att kraftsamlas till det militära försvaret, samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna behöver säkerställas och civilbefolkningen skyddas. Samhället behöver snabbt kunna ställas om till krigsförhållanden, genomföra en nationell kraftsamling samt mobilisera militära och civila resurser som gynnar försvarsansträngningarna.

Inom det civila försvaret ska berörda aktörer planera för att under höjd beredskap och ytterst krig kunna stödja Försvarsmakten. Vid ett väpnat angrepp ska civilbefolkningen skyddas samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna ska säkerställas, även om de inte kan bedrivas med samma ambitionsnivå som i fredstid. Stöd ska ges för att bidra till det militära försvarets förmåga och befolkningens försvarsvilja och motståndskraft ska stärkas. Det civila försvarets stöd till Försvarsmakten kan innebära svåra avvägningar, såväl i en akut situation som på längre sikt, avseende hur resurser bör prioriteras med hänsyn tagen till samhällets generella behov och Försvarsmaktens behov under höjd beredskap.[87]

[85] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), s. 29 f.
[86] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 95 ff.
[87] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 128.

Regeringen konstaterar vidare i propositionen att sjukvården måste ses som ett gemensamt system för totalförsvarets behov där militär och civil sjukvård behöver kunna stödja varandra. Den civila sjukvården behöver för sin planering veta vad den förväntas klara av och vad Försvarsmakten avser att klara själv. Den närmare preciseringen av vad Försvarsmakten ska ansvara för följer av regeringens inriktningar av det militära försvaret. Gränsytan mellan militär och civil sjukvård behöver vara tydlig, även om man i praktiken kommer att behöva arbeta tillsammans i många situationer. Utgångspunkten bör vara att Försvarsmakten i första hand ska ansvara för all sjukvård på stridsfältet, vilket innebär omhändertagande av såväl egen som fientlig militär personal och civila skadade, till lands och till sjöss.[88]

Försvarsberedningen har lyft fram att om sjukvården inte kan lösa grundläggande uppgifter riskerar allmänhetens förtroende för statsledningen och det offentliga att urholkas vilket i sin tur kommer att påverka försvarsviljan och motståndskraften.[89]

Det kan utifrån ovanstående konstateras att det finns ett starkt behov av gemensam planering mellan Försvarsmakten, den av Utredningen om civilt försvar föreslagna beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg samt framför allt regioner.

Det är onekligen så att det civila och militära försvaret delar på de sjukvårdsresurser som står till buds. Försvarsmaktens organisation i fred består till exempel av en mycket liten mängd hälso- och sjukvårdspersonal även om den specifikt militära hälso- och sjukvårdsmaterielen som fordon, tält och medicinteknisk utrustning finns lagerhållen. Detta innebär att Försvarsmakten och den civila hälso- och sjukvården konkurrerar om samma, och gemensamma, resurser. Försvarsmaktens rekrytering och krigsplacering av ett stort antal sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvården påverkar exempelvis regionernas förmåga att upprätthålla en fungerande sjuktransportorganisation. Likaså påverkar Försvarsmaktens rekrytering och krigsplacering av kirurger regionernas förmåga att genomföra kirurgiska operationer. Försvarsmaktens organisation är inte av samma storlek i dag som den var i mitten på 1990-talet. Antalet fältsjukhus är exempelvis kraftigt reducerad. Samtidigt har kravet på att använda legitimerad personal i dag högre än det var i tidigare krigsorganisa-

[88] A.a., s. 140.
[89] Motståndskraft – Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66), s. 189.

tion. I dag finns exempelvis läkare och sjuksköterskor även inom hemvärnsförbanden. Det finns alltså ett gemensamt behov av att få ett system som fungerar där den militära och civila sjukvården kan agera ihop som en helhet, totalförsvarets sjukvård. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att kommuner och regioner även i krig har en skyldighet att upprätthålla även annan vård än sådan som kommer av direkta stridshandlingar. Frågor som rör samordning av sjukvården i totalförsvaret behandlas i avsnitt 4.2.6.

Planeringsantaganden

Av uppenbara skäl kan en redogörelse för planeringsantaganden och hotbild endast delges på en övergripande nivå i öppna källor. Mer detaljerade antaganden måste hanteras i särskild ordning och endast delges organisationer och personer som har de förutsättningar som krävs för att hantera säkerhetsskyddsklassad information.

Planeringsantagandena är av stor betydelse för beredskapen i hälso- och sjukvården. Det är inte givet att alla kommuner eller regioner ska planera för att möta samma hotbild. Vissa kommuner och/eller regioner kan befinna sig i ett område där det med stor sannolikhet kommer bedrivas väpnad strid. Andra kommuner och/eller regioner kan ha för samhället kritisk infrastruktur som en motståndare prioriterar att bekämpa eller som är av avgörande betydelse för försvaret av Sverige eller för möjligheterna till stöd från tredje part. Det finns säkerligen också vissa kommuner eller regioner som inte kommer att vara lika direkt utsatta vid ett väpnat angrepp och de kan i stället ha en stödjande roll gentemot övriga kommuner och regioner. Antaganden kring omständigheter enligt ovan är av betydelse för hur totalförsvarets sjukvård inriktas och dimensioneras och av mycket stor betydelse för att regioner och kommuner ska kunna genomföra relevant planering.

Det behöver också beaktas att vissa hot och risker berör hela samhället. Påverkan på central funktionalitet i t.ex. betalningsväsende, eldistribution eller tillgången på drivmedel kan få effekter på stora delar av landet oavsett om ett visst geografiskt område är mer eller mindre intressant utifrån en angripares perspektiv.

Sammanhängande totalförsvarsplanering

Som framgår av avsnitt 3.3.3 har regeringen har med anledning av totalförsvarsbeslutet beslutat om en inriktning för en sammanhängande planering av totalförsvaret. Försvarsmakten och MSB presenterar i *Handlingskraft* vad de anser är en sammanhängande totalförsvarsplanering. Denna kan delas upp i en militär planering som Försvarsmakten ensamt ansvara för (försvarsplanering) och en civil planering som övriga samhället gemensamt ansvarar för. För att tillvarata den ömsesidigt förstärkande effekten av krisberedskapen och arbete med civilt försvar inordnar MSB arbetet med den civila delen under termen civil beredskap.[90] Planeringen ska bl.a. mynna ut i rekommendationer till regeringen om vilka satsningar och prioriteringar som behöver genomföras i totalförsvaret.[91]

Den föreslagna processen för planering av civil beredskap bygger på en årscykel som ska bidra till att det går att prioritera och göra avvägningar som behövs för en balanserad utveckling av beredskapen genom att sprida ut arbete över aktörer och över en längre tid.[92]

Som underlag för denna totalförsvarsplanering har bevakningsansvariga myndigheter fått i uppdrag att lämna underlag om nuvarande förmåga och planerade åtgärder på kort och medellång sikt. Underlagen ska sedan analyseras av Försvarsmakten och MSB samt föras in i processerna för civil och militär planering. Den planering som behöver samordnas måste hanteras i en särskild totalförsvarsprocess. Samordningen behöver ske på nationell, regional och lokal nivå.[93]

Försvarsmakten och MSB avser att gemensamt leda en nationell process för samordning av civil och militär planering som anpassas till den statliga budgetprocessen. Underlag för processen är de (statliga) myndigheternas underlag samt Försvarsmaktens och MSB:s bedömningar. Samordningen föreslås ske i tre nivåer, handläggarmöten, chefsmöten och myndighetschefsmöten. Innehållet på mötena anpassas efter säkerhetsskyddslagstiftningen. Tidplanen för processen anpassas efter den övergripande statliga budget- och redovisningsprocessen. Samordningen avser de slutsatser om de beroenden mellan civil och militär planering och de särskilda satsningar som varje myn-

[90] A.a., s. 26.
[91] A.a., s. 25.
[92] A.a.
[93] A.a., s.27.

dighet i sedan i sedvanlig ordning integrerar i sitt budgetunderlag till regeringen.[94]

Föreslagen planeringsprocess involverar inte kommuner och regioner

Det kan konstateras att kommuner och regioner har uppgifter som är av avgörande betydelse för samhällets funktionalitet, t.ex. ansvarar kommuner för kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och förskola, miljö- och hälsoskydd, renhållning, räddningstjänst, försörjning av dricksvatten, avlopp, stadsnät och kommunala gator. Regionerna ansvarar bl.a. för merparten av hälso- och sjukvården, tandvård för barn och unga, kollektivtrafik och regionala utvecklingsfrågor. Även om denna utredning endast avser hälso- och sjukvårdens område, kan det konstateras att en sammanhängande process för totalförsvarsplanering inte kan inrättas utan att hänsyn tas till de avgörande samhällsfunktioner som kommuner och regioner ansvarar för.

Det kan konstateras att den ovan redovisade processen inte inkluderar kommuner och regioner. Den klargör inte hur statliga myndigheter får en uppfattning av kommuners och regioners förmåga eller hur krav på viss förmåga kan ställas. Kommuners och regioners förmåga kan inte förväntas öka genom uppdrag till statliga myndigheter med skrivningar som att *MSB och Försvarsmakten ska fortsatt stödja och verka för att bevakningsansvariga myndigheter samt regioner och kommuner stärker sin förmåga* eller *vid behov samarbeta med berörda aktörer, till exempel statliga myndigheter, kommuner, regioner frivilligorganisationer och näringsliv*.[95,96]

Processen förutsätter som den nu är utformad att de förmågor och mål som kommuner och regioner behöver nå inom totalförsvaret endera redovisas och behandlas i en annan separat process eller att myndigheter inom sina ansvarsområden kan redogöra för och tala för kommuners och regioners behov. Enligt den ovan föreslagna processen är det också myndigheterna som ska äska medel i budgetprocessen för att betala ut dessa till kommuner och regioner. Det kan konstateras att regeringen i dag till stor del använder en annan pro-

[94] A.a.
[95] Inriktning för en sammanhängande planering för totalförsvaret (Fö2020/01269).
[96] Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025 (Ju2020/04658).

cess för att ersätta kommuner och regioner för uppgifter i totalförsvaret, genom överenskommelser (se avsnitt 3.3.3).

Det finns säkert goda skäl för den process som Försvarsmakten och MSB föreslår och det förefaller också vara en väl genomtänkt process för statliga verksamheter. Det finns dock ännu inte en lösning på plats som säkerställer att andra aktörer, företrädesvis då kommuner och regioner men även näringslivet, knyts till planeringsprocessen.

Begreppet civil beredskap

Varje angripare får antas försöka uppnå sina mål på mest effektiva sätt. Om en angripare kan uppnå önskvärt resultat med andra medel än direkta krigshandlingar så är det inte osannolikt att angriparen väljer sådana medel.

Enligt vad utredningen erfar skiljer inte Finland på civilt försvar och krisberedskap på samma sätt som vi gör i Sverige. I Finland har man som vi förstår det lämnat totalförsvarstanken, man fokuserar mindre på vad som är orsaken till hot eller störningar och mer på hur hot och störningar ska åtgärdas. Uttryck för den finska tanken finns bl.a. i 1 kap. 3 § beredskapslagen (29.12.2011/1552) där man sammanför både väpnat angrepp, risk för väpnat angrepp, allvarliga händelser, storolyckor samt pandemi under begreppet undantagsförhållanden. I 3 kap. 12 § finns sedan t.ex. bestämmelser om att vidta förberedelser för undantagsförhållanden. En mer responsbetonad tanke således. Finland utgår i övrigt mycket från olika scenarier i sin planering, t.ex. Försörjningsberedskapsscenarier 2030.[97]

Det finns fördelar med bredare synsätt. Den mest uppenbara är att man inte behöver fundera över om en händelse ska kategoriseras som det ena eller andra, eller om en åtgärd syftar till att lösa den ena eller andra frågan. Ett sådant förhållningssätt gör framför allt att man blir mindre sårbar mot hot som kan uppstå i gränslandet mellan krig och fred, ofta kallat gråzon. Fokus läggs på att säkerställa att samhället har förmåga att hantera olika former av störningar, inte att avgöra om störningen bör klassificeras som allvarlig eller mycket allvarlig kris eller krig. Detta är emellertid lättare sagt än gjort då samhället är uppbyggt med uppdelade ansvar och där således också finansier-

[97] Försörjningsberedskapscentralen (2018): *Försörjningsberedskapsscenarier 2030* (ISBN 978-952-5608-47-2).

ingsansvaret för åtgärder som krävs för att hantera störningar är uppdelat. I Sverige finns också en tydlig vattendelare i begreppet och de mandat som kommer med *höjd beredskap*.

MSB menar att de avser att ta tillvara de förstärkande effekterna mellan krisberedskapen och civilt försvar genom att inordna helheten under begreppet civil beredskap. Regeringen har vid ett flertal tillfällen uttalat just att det civila försvaret ska grunda sig på krisberedskapen och att de insatser som görs inom krisberedskap och civilt försvar är ömsesidigt förstärkande (se avsnitt 3.2.1). Det är dock viktigt att notera att regeringen än så länge inte har gått så långt som till att föra samma dessa till en och samma fråga eller till en samlad finansiering. Den svenska lagstiftningen är till skillnad från i Finland också uppdelad utifrån tanken att krisberedskapen bygger på den vardagliga regleringen och ansvaret och särskilda regler för höjd beredskap. Även finansieringsfrågor följer av detta (se vidare avsnitt 4.5). MSB:s vilja att ändra synsättet ändrar inte regleringen och den uppdelning som finns och som aktörerna måste förhålla sig till. Att föra in ytterligare ett begrepp, som det inte finns stöd för i gällande rätt, kan bli mycket komplicerat även om tanken kan vara god. Vad utredningen erfar är inte heller tanken att samla krisberedskap och civilt försvar under ett och samma paraply diskuterat eller förankrat med övriga samhällsaktörer. Försvarsmakten, Socialstyrelsen och SKR har alla i olika sammanhang till utredningen uttryckt tveksamheter inför den nya modellen bl.a. utifrån att det finns svårigheter med uppdelningen av den rättsliga regleringen och risk för att frågor om krisberedskap ska tappas bort. Det kan också konstateras att det för kommuner och regioner finns en skillnad i hur krisberedskap och civilt försvar finansieras och som kan kompliceras av om dessa två processer blir en så länge inte också finansieringsfrågan ensas.

Det är inte en uppgift för denna utredning att lösa ut sektorsövergripande systemproblem som finns i krisberedskapssystemet. Det är dock ur utredningens perspektiv helt nödvändigt att staten på hälso- och sjukvårdsområdet tydliggör hur ansvaret ska fördelas såväl vad gäller själva vidtagandet av beredskapsåtgärder, som finansiering av sådana åtgärder.

Bevakningsansvariga myndigheters ansvar i totalförsvaret

Den av Försvarsmakten och MSB redovisade processen för totalförsvarsplanering bygger på bevakningsansvariga myndigheter och sektorsvis arbete. Det förefaller vara en bra ordning och kopplingen till den årliga budget- och redovisningsprocessen är förstås helt nödvändig. Det framgår dock inte hur de statliga myndigheterna ska förhålla sig i de fall där ansvaret för vissa uppgifter till övervägande del vilar på kommuner och regioner eller näringslivet som är fallet med t.ex. hälso- och sjukvård. Kommunerna ansvarar även för lokal kristidsverksamhet, vilket knyter nära an till frågor om folkförsörjningen och ransoneringslagens tillämpning, i händelse av ofred.[98,99,100] Att det finns svårigheter att involvera privata företag (t.ex. frågor om sekretess) och 310 kommun- och regionrepresentanter (mängdfråga) i den nationella processen för totalförsvar, innebär inte att de går att ställa dessa aktörer vid sidan. Det behöver tydligt framgå hur dessa aktörer ska inkluderas.

Enligt vad som tidigare konstaterats bygger det civila försvaret på krisberedskapen. Förmågor för krisberedskap och totalförsvar ska vara ömsesidigt förstärkande. Civilt försvar behöver planeras och sådan planering måste utgå ifrån vad som statsmakterna fastslagit som mål för totalförsvaret i allmänhet och för det civila försvaret i synnerhet. Antaganden om bl.a. vilka militära hot som föreligger och vilka effekter olika stridshandlingar innebär är inte frågor som kommuner och regioner har vare sig kompetens eller kapacitet att bedöma. Sådana bedömningar måste göras av de myndigheter som har en tydlig roll i det militära försvaret, tillsammans med myndigheter med särskilda uppgifter i det civila försvaret exempelvis de myndigheter som ingår i den av bl.a. den av utredningen om civilt försvar föreslagna sektorn hälsa, vård och omsorg.

Om tanken är att Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket gemensamt i den av Utredningen om civilt försvar föreslagna sektorn hälsa, vård och omsorg ska kunna följa och redogöra för vilken förmåga som finns på området hälso- och sjukvård samt omsorg, krävs också att det i den föreslagna processen ytterligare tydliggörs vilket ansvar som de statliga

[98] 3 kap. 3 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[99] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 161.
[100] Lag om civilt försvar (prop. 1994/95:7), s. 63.

myndigheterna ska ha i totalförsvarsplaneringen och hur dessa myndigheterna bl.a. ska kunna fånga upp och redogöra för den förmåga och de behov som finns i kommuner, regioner eller för den delen näringslivet. De statliga myndigheternas ansvar behöver tydliggöras genom t.ex. uppdrag till myndigheterna eller, vilket bedöms vara lämpligare, i myndigheternas instruktioner. Det räcker enligt utredningen inte med att det av 4 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap framgår att varje (statlig) myndighet i sin verksamhet ska beakta totalförsvarets krav. Förordningen är inte meddelad med stöd av lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap och förarbeten för att vidare utröna hur bestämmelsen ska tolkas saknas. Det är enligt utredningen därmed svårt att påstå att bestämmelsen tydligt skulle uttrycka de statliga myndigheternas ansvar i förhållande till kommunal eller regional verksamhet.

Det krävs också att kommuner och regioner och andra aktörer är skyldiga att bl.a. redogöra för förmågor och behov till de statliga myndigheterna och på annat sätt delta i nationella processer för samverkan och samordning. Vidare krävs en tydlig struktur för hur statliga myndigheter och kommuner och regioner kan mötas för att diskutera dessa gemensamma frågor om förmåga och dimensionering. Inte minst avseende kostnader kan staten behöva underlag från kommuner och regioner för de åtgärder som övervägs (se vidare förslag i 5.2.1 samt 5.4).

Det krävs vidare att de övergripande planeringsansvisningar som tas fram preciseras. För hälso- och sjukvården och omsorgens del finns behov av mer utvecklade styrningar som anger vilka kommuner och regioner som i olika scenarier kan antas vara primärt berörda av stridshandlingar och därmed även av stora skadeutfall, respektive vilka kommuner och regioner som kan antas inta en mer stödjande roll och som därför ska ha en ökad förmåga att ta emot skadade och bedriva eftervård. Stödjande kommuner kommer sannolikt även få en mycket högre belastning på omsorgen. Behoven av mer utvecklad styrning omfattar också information om vilka olika typer av skador man kan förvänta sig och i vilka volymer, alternativt en tydlig precisering av vilken mängd av vilken typ av vårdplatser som det finns behov av i olika geografiska områden. Behoven av sjuktransportresurser behöver också tydligt framgå. Utredningen anser att de nu framtagna planeringsansvisningarna inte är tillräckligt tydliga i detta avseende.

I många sammanhang betonas också vikten och behoven av långsiktighet i finansieringen av satsningar på totalförsvaret. Om sektorsansvariga myndigheters utvärderingar av befintlig förmåga och förslag till prioriteringar av utvecklingsbehov inom respektive sektor ska ligga till grund för totalförsvarsbeslut, framstår det som lämpligt om också de pengar som avsätts för totalförsvarssatsningar kommer sektorsansvariga myndigheter till del så att myndigheterna kan bryta ner planeringsanvisningarna på en mer detaljerad nivå inom sektorn och fördela medlen till t.ex. kommuner och regioner. Så sker vad utredningen förstår inte i dag då medel i stället betalas ut genom överenskommelser mellan regeringen (Socialdepartementet) och SKR, eller genom motsvarande överenskommelser mellan MSB och SKR. Myndigheterna i hälso- och sjukvårdssektorn är inte delaktiga i detta. På samma sätt varken avsätts eller utbetalas medel inom ramen för sjukvårdens krisberedskap via Socialstyrelsen i enlighet med 11 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. En ordning där medel och mål följs åt inom ramen för en sektor borde kunna fungera även för andra sektorer än den för denna utredning centrala sektorn hälsa, vård och omsorg.

En viktig slutsats avseende bevakningsansvariga myndigheter är, inte minst på hälso- och sjukvårdens område, att deras ansvar inte tar över det ansvar som ligger på kommuner och regioner.

Utredningen om civilt försvar

Utredningen om civilt försvar har föreslagit en ny lag om kommuners och regioners beredskap som bl.a. omfattar förberedelser för höjd beredskap. Den nya lagen föreslås innehålla en bestämmelse som anger att kommuner och regioner i sin verksamhet *ska beakta totalförsvarets krav* och att kommuner och regioner *ska vidta de förberedelser som behövs för att verksamheten under höjd beredskap*. Förberedelserna ska genomföras i samverkan med statliga myndigheter, kommuner och regioner.[101] Det kan konstateras att kravet att beakta totalförsvarets krav redan finns för statliga myndigheter i 4 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

[101] Struktur för motståndskraft (SOU 2021:25), s. 483.

Utredningen om civilt försvar anser att innebörden av att *bevaka totalförsvarets krav* exempelvis innebär att lokalt omsätta den av riksdagen beslutade försvarspolitiska inriktningen och att det inte är möjligt att i författning exakt specificera kraven som följer kravet eftersom det kan skilja sig åt mellan kommuner respektive regioner och beroende på att det säkerhetspolitiska läget också förändras över tiden. Nämnda utredning anser vidare att länsstyrelsen och civilområdeschefen i samråd med Försvarsmakten bör omsätta anvisningar och inriktningar från regeringen och centrala myndigheter till en dialog så att adekvata planeringsförutsättningar kan ges till kommuner och regioner när det gäller de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap. De författningsförslag som utredningen lämnar ska skapa förutsättningar för att kunna bedriva verksamheten.[102]

SKR har i remissvar avstyrkt detta förslag, bl.a. med motiveringen att det skulle innebär att kommuner och regioner skulle bli bundna av allt som står i den försvarspolitiska inriktningspropositionen utan att det har stöd i lagstadgade uppgifter för kommuner och regioner. Samtidigt innehåller den senaste propositionen ingen finansiering för kommuner och en begränsad ersättning för regioner.[103]

Det är naturligtvis inte möjligt att utan lagförslag som beretts på ett korrekt sätt införa nya uppgifter eller ansvar för kommuner och regioner. Kommuner och regioner måste också ges utrymmet för att komma med inspel och synpunkter under arbetet med en totalförsvarsproposition. Totalförsvaret och dess dimensionering inom ramen för gällande rätt bestäms dock av staten. Planering och dimensionering för totalförsvar syftar till att säkerställa tillräcklig försvarsförmåga. Hälso- och sjukvården är en ytterst viktig samhällsfunktion och ett prioriterat område för civilt försvar. Det står klart att förmågekrav för totalförsvar kan gå ut över den förmåga som en region eller kommun behöver för att i ett normalläge eller en kris klara av att uppfylla sina åligganden enligt lag, exempelvis att ge god vård till befolkningen. Ansvaret att erbjuda god hälso- och sjukvård gäller dock oavsett om det är ett normalläge eller om det är krig. Ingen annan aktör skulle heller kunna överta uppgiften att erbjuda befolkningen vård vid fredstida kriser eller krig. Gällande rätt innebär som redan framhållits att kommuner och regioner ska planera för och upprätt-

[102] A.a., s. 485.
[103] Sveriges Kommuner och Regioner, Yttrande 2021-05-28 över Struktur för ökad motståndskraft SOU 2021:25 (dnr 21/00373), s. 11–12.

hålla bl.a. sina hälso- och sjukvårdsverksamheter under alla förhållanden dvs. även under höjd beredskap inklusive krig.

Finansiering av åtgärder för höjd beredskap är främst ett statligt ansvar (se 5 kap. 1 § LEH). Av totalförsvarspropositionen framgår också att regeringen föreslagit att för hälso- och sjukvård avsätta 4,2 av 11,8 miljarder kronor av de medel som avsätts för civilt försvar under försvarsbeslutsperioden.[104] De beslut som riksdagen fattar med anledning av en totalförsvarsproposition har ofta stor betydelse för de beslut om statliga medel som riksdagen har att fatta i samband med budgetpropositioner. Eftersom hälso- och sjukvård i huvudsak utförs av kommuner och regioner är det svårt att se att dessa medel inte på ett eller annat sätt skulle komma kommuner och regioner till gagn.

Även vår utredning är skeptisk till utredningen om civilt försvars förslag. Den föreslagna ordningen är inte tillräckligt tydlig. Vår utredning anser att det behövs en tydlig process som håller samman frågor om krav och finansiering. En sådan ordning är att utifrån totalförsvarspropositionen ta fram närmare planeringsanvisningar med tillhörande finansiering som kommuner och regioner ska följa. Det ska dock noteras att inte all sjukvård i händelse av höjd beredskap eller krig ska finansieras av staten. Upprätthållandet av den ordinarie fredstida sjukvården som att ta hand om patienter med t.ex. cancer, diabetes eller hjärtsvikt åvilar fortfarande regionerna precis som vården och omsorgen om de äldre vilar på kommunerna. Det är endast de ökade dimensionerande kraven som staten ska finansiera.

Statens styrning är otydlig

Det kan konstateras att samtidigt som statliga myndigheter ges i uppdrag att ta fram en nationell process för planering av totalförsvaret och att ta fram gemensamma planeringsförutsättningar så har regeringen fortsatt att styra utvecklingen av hälso- och sjukvården inom totalförsvaret genom förhandlingar av överenskommelser med SKR. Den planerings- och utvärderingsmodell som Försvarsmakten och MSB tagit fram avser endast statliga myndigheter. Det gäller även MSB:s föreslagna process för arbete med civil beredskap. Det framstår som märkligt att Socialstyrelsen ska delta i en sådan process och prioritera och äska pengar om insatser för kommuner och regioner

[104] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 126.

om den styrs och ersätts via en annan process som inte anknyter till den förra. Man kan ställa sig frågan vad Socialstyrelsens uppgift i så fall är.

Regeringen och Regeringskansliet behöver ha en samsyn kring hur totalförsvarsprocessen ska involvera kommuner och regioner och på sådana områden där det finns beroenden till statliga myndigheter. Sådana områden är förutom hälso- och sjukvården t.ex. kollektivtrafiken, dricksvattenförsörjningen och elförsörjningen. Inom alla dessa områden finns statliga myndigheter med olika ansvar, men är områden där kommuner och regioner i stora delar ansvarar för genomförandet av verksamheten. Det blir knappast en sammanhängande planering av totalförsvaret om dessa processer separeras.

Det behöver därför tas fram en sammanhängande planeringsprocess för hela totalförsvaret som tydligt klargör hur statliga myndigheter, kommuner och regioner samt näringslivet och andra organisationen kan samspela. För kommuner och regioner vore det, om man vill anknyta till den process som Försvarsmakten och MSB redovisat, i stället en rimlig väg att skapa en nära samverkan mellan kommuner och regioner och de berörda statliga myndigheterna i respektive beredskapssektor. Inom sektorn kan sedan gemensam planering och uppföljning genomföras så att t.ex. de statliga myndigheterna kan lyfta budgetäskanden i processen.

Nuvarande ordning är inte tillräcklig

Det måste säkerställas att den förmåga för totalförsvaret som statsmakterna ställer krav på verkligen kommer till stånd. Förmågekraven för totalförsvar måste vara tydliga och i den del de anknyter till specifika förmågekrav för totalförsvarets behov knytas till finansiering. Ansvaret för att finansiera sådana åtgärder vilar på staten.

Ingen kommun eller region kan förväntas vidta åtgärder för att dimensionera för verksamhet som direkt kan hänföras till de omfattande skadeutfall som uppstår av krigshandlingar om inte åtgärderna också är finansierade. Det finns som redan framhållits vid flera tillfällen en otydlighet vad gäller var gränsdragningen mellan krisberedskap och totalförsvar och denna otydlighet riskerar att leda till svagheter i beredskapen (se även 4.5 nedan).

Förmågekraven har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförsvarspropositionen och som om-

sätts av regeringen och vidare av bl.a. Försvarsmakten och MSB genom konkreta planeringsanvisningar. Av sådana planeringsanisningar framgår dels vilken allmän påverkan som väntas på samhället och som olika verksamheter måste ta hänsyn till och sådana specifika krav som behöver planeras för. Kommuner och regioner behöver tydligare bindas till sådan planering och dimensionerande krav för totalförsvar. Försvarsmakten och MSB presenterar i handlingsplanen för att främja och utveckla en sammanhängande planering i totalförsvaret en ordning där krav, förmågor och behov av utveckling knyts till den statliga budgetprocessen men ordningen omfattar inte kommuner och regioner. En fråga av principiell betydelse är huruvida totalförsvarets utformning och dimensionering alls ska vara föremål för direkta förhandlingar mellan staten och t.ex. enskilda organisationer och andra branschföreträdare, t.ex. Svenskt Näringsliv eller SKR eller om krav och finansiering ska riktas direkt mot kommuner och regioner.

Planering och dimensionering av totalförsvar enligt det system som beskrivits ovan, en ordning som i många delar också överensstämmer med hur detta historiskt skötts, innebär hur som helst att det inte finns utrymme för förhandlingar om dimensionerande krav eller om vilka åtgärder som ska prioriteras för att uppnå önskad förmåga i totalförsvaret. Dimensionering och finansiering måste utgå ifrån säkerhetspolitiska bedömningar och aktuell hotbild, vilket kommuner och regioner inte har vare sig kompetens eller kapacitet att utföra.[105] I detta arbete behöver staten underlag från kommuner och regioner avseende både förmåga och kostnader. Utrymmet för statlig finansiering av åtgärder och övergripande prioriteringar inom totalförsvaret ska i det systemet slås fast av riksdagen. Inom ramen för vad riksdagen har bestämt ska planeringsanvisningar sedan tas fram och brytas ned av olika statliga myndigheter. Statliga medel måste såvitt gäller kommuner och regioner fördelas för totalförsvarsåtgärder enligt dessa anvisningar. En sådan ordning skulle innebära att det införs en tydlig koppling mellan förmågekrav och statlig finansiering. Olika anvisningar och därmed finansiering kan gälla för olika kommuner och regioner. Det bör dock framhållas att det även fortsättningsvis på hälso- och sjukvårdens område finns utrymme för frivilliga överenskommelser om annat än totalförsvar.

[105] Notera särskilt att när det gäller krisberedskapen gäller det omvända. Kommuner och regioner är de som kan inventera och bedöma de flesta risker som finns i det geografiska området och inom organisationen.

Riksdagen och regeringens olika beslut och förslag som rör totalförsvaret måste förberedas. För detta krävs en utvärderingsprocess där innevarande förmåga ställs mot kommande behov utifrån en säkerhetspolitisk bedömning. Sådana gap behöver kostnadsberäknas och behoven av åtgärder prioriteras. Utvärdering och förslag till prioritering ryms vad utredningen förstår inom det förslag till planeringsprocess som Försvarsmakten och MSB tagit fram. Det ska dock noteras att det f.n. övervägs en särskild myndighet för uppföljning och utvärdering av totalförsvaret. En sådan myndighets uppgifter bedöms av utredningen kunna påverka förslaget till utformning av planeringsprocessen. Myndigheten föreslås ha till huvuduppgift att med ett fokus på totalförsvarets samlade funktionssätt och med utgångspunkt i det övergripande målet för totalförsvaret samt målen för det militära försvaret respektive det civila försvaret, följa upp, analysera och utvärdera verksamheten inom totalförsvaret för att tillhandahålla kvalificerade kunskapsunderlag till regeringen.[106] Som vår utredningen beskrivit saknas dock i den föreslagna planeringsprocessen helt koppling till kommuner och regioner. Det är av mycket stor vikt att kommuner och regioner får möjlighet att vara delaktiga i processen även om dimensionerande beslut och beslut om finansiering till sist fattas av staten.

Vid remisser av förslag som riksdagen ska ta ställning till och vid de dialoger och samverkan som statliga myndigheter måste ha med aktörer som har totalförsvarsuppgifter i samband med planeringen av totalförsvaret kommer bl.a. centrala företrädare för branscher eller sektorer att på sedvanligt vis kunna lämna värdefulla synpunkter.

Utredningens bedömning

Planeringssystemet för totalförsvar måste såvitt avser bl.a. hälso- och sjukvård omfatta även kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen.

Totalförsvarsplaneringen återupptogs 2015. Även med beaktande av det omfattande och bitvis svåra arbete som denna planering innebär har det nu gått ett antal år utan att kommuner och regioner kopplats in i planeringssystemet. Att så sker är helt nödvändigt. Planer-

[106] Totalförsvarsanalys – en oberoende myndighet för uppföljning och utvärdering (SOU 2021:103), s. 91.

ingssystemet bör såvitt avser hälso- och sjukvårdsområdet utformas så att vissa statliga myndigheter ska samverka i en sektor med en sektorsansvarig myndighet. Utredningen stödjer således det förslag om inrättandet av sådana sektorer som Utredningen om civil beredskap lämnat.[107]

Sektorn med ansvar för hälso- och sjukvård bör ansvara för att sammanställa vilka behov och förmågor som finns inom hälso- och sjukvården. För detta krävs uppgifter om relevanta behov och förmågor från bl.a. kommuner och regioner men i relevanta delar även från t.ex. Försvarsmakten. Uppgifter behöver inhämtas och en dialog föras med kommuner och regioner och Försvarsmakten (se vidare 5.2.1). Det behöver också säkerställas att det är möjligt att uppnå samordning mellan myndigheter inom en sektor och samordning mellan olika sektorer. Det framstår således som lämpligt att det finns tydliga ledningsmandat i det fall samordning inte kan nås genom samverkan.

Sektorn bör vidare, i nära dialog med kommuner och regioner, ansvara för att utforma underlag som bidrar till den fortsatta statliga totalförsvarsplaneringen inom den egna sektorn och i andra sektorer, kommande försvarsbeslut och beslut om statlig budget. Sektorn bör därför lämna förslag till vilka dimensionerande åtgärder som behöver vidtas för att hälso- och sjukvården ska uppnå önskad förmåga i totalförsvaret samt en prioriteringsordning för åtgärderna. Riksdag och regering får sedan ta ställning till övergripande prioriteringar inom och mellan olika sektorer.

Sektorn bör vidare ansvara för att bryta ned övergripande planeringsanvisningarna till mer detaljerade anvisningar för kommuner och regioner. I dessa detaljerade anvisningar ska vid behov även tydliga dimensionerande krav anges. De detaljerade anvisningarna bör anges för varje län, dvs. omfatta samtliga kommuner och den region som ingår i länet. Utifrån sådana uppgifter behöver kommuner och regioner tillsammans planera för hur sjukvården och omsorgen ska kunna upprätthållas och bedrivas även i höjd beredskap och krig. De statliga myndigheterna i sektorn bör också ansvara för de utbetalningar av statliga medel som anslås för sådana särskilda dimensionerande åtgärder som föranleds av totalförsvaret ska utföras samt följa upp att åtgärder utförs.

[107] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 214.

4.2 Ledning och styrning av hälso- och sjukvård Sid 384(1295)

I föregående avsnitt har utredningen behandlat utmaningar kopplat till den planering som krävs för att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska leva upp till de krav som ställs på huvudmännen. Verksamheten, men även den ovan redovisade planeringen, behöver ledas. Allmänt om ledning av hälso- och sjukvården finns i avsnitt 3.5.4–3.5.7. I de följande avsnitten redogör utredningen för utmaningar vad avser ledning och styrning av hälso- och sjukvården.

4.2.1 Kommuner och regioner måste kunna leda sina organisationer

Alla organisationer måste kunna styras och ledas. För detta ska fungera krävs det bl.a. tydliga ansvars- och beslutsordningar som säkerställer att det går att fatta beslut. Olika typer av beslut fattas normalt på olika nivåer i en organisation utifrån givna mandat. Hur, eller av vem, vissa beslut ska fattas framgår ibland av lagstiftning.

Vissa beslut kan delegeras. Ibland kan delegering vara det enda sättet att säkerställa att rätt beslut kan fattas i rätt tid. I offentlig verksamhet framgår ofta rätten att fatta beslut av en delegationsordning.

Olika beslutsprocesser tar olika lång tid. Strategiska beslut, om t.ex. en verksamhetsinriktning, fattas ofta högt upp i en organisation vilket innebär att det tar lång tid innan de får effekt längst ner i organisationen. Beslut som innebär ändring i ett företags ägarstyrning är också exempel på beslut som tar lång tid att genomföra eftersom sådana beslut som regel endast fattas en gång per år, vid bolagsstämman. Beslut om att skicka en ambulans på ett larmsamtal är däremot ett beslut som kan, och måste, fattas på mycket kort tid, oftast vid en larmcentral. Det gäller därför att se till att rätt beslut tas på rätt nivå och inom rätt tid. Styrningen och ledningen måste kunna ske i såväl mycket korta som i långa tidsperspektiv.

Kommuner och regioner har stor frihet att organisera sig

Kommuner och regioner har utifrån kommunallagen (se avsnitt 3.1.4) (2017:725), i det följande förkortad KL, stora möjligheter att organisera sin verksamhet utifrån de olika lokala och regionala förutsätt-

ningar som gäller. Verksamheter kan bedriva i egen regi, genom inrättande av egna bolag, genom upphandling av verksamhet och genom inrättande av kommunalförbund.

Det kan konstateras att kommuner och regioner valt att organisera sig på väldigt olika sätt utifrån ovan nämnda organisationsformer. Det kanske mest utpräglade exemplet på detta är Region Stockholm som driver Södersjukhuset och Danderyds sjukhus som egna bolag, upphandlat sjukhusvård vid S:t Görans sjukhus i privat regi, organiserar Karolinska universitetssjukhuset som en nämnd och genom Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje driver ett sjukhus, TioHundra, i bolagsform. Primärvården, bortsett från den i Norrtälje kommun, är organiserad under nämnden Stockholms läns sjukvårdsområde, förkortat SLSO. Andra regioner har i de flesta fall mindre inslag av ovanstående organisationsformer, men det förekommer. Inom ramen för olika vårdval och när det gäller särskilda boenden enligt socialtjänstlagen är vanligt förekommande med privata aktörer som bedriver verksamhet i bolagsform. Även stiftelser förekommer, exempelvis Bräcke Diakoni. Nedan redogörs för några exempel på olika organisationsformerna och några för- och nackdelar med dessa.

Verksamhet i egen förvaltning leds direkt genom den ordinarie linjeorganisationen. Förvaltningen har en förvaltningschef och sorterar under en nämnd. Verksamheten styrs och inriktas genom politiska beslut i nämnden. Nämnden kan delegera vissa uppgifter till förvaltningschefen. Verksamhet i egen förvaltning kan förändras operativt med kort framförhållning utifrån den delegationsordning som föreligger eller genom att nämnden eller krisledningsnämnden fattar nya beslut.

Verksamhet i eget bolag. Fullmäktige i kommuner eller regioner får, om det inte i lag eller annan författning anges att angelägenheten ska bedrivas av en kommunal nämnd, besluta att lämna över skötseln av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ.[108] Det innebär att man kan lämna över skötseln till ett kommunalt bolag. Fullmäktige ska i så fall bl.a. fastställa ändamålet med verksamheten samt se till att bolagsordningen medför att fullmäktige kan ta ställning till sådana beslut av principiell beskaffenhet eller annars

[108] 10 kap. 1 § Kommunallagen (2017:725.

av större vikt som rör verksamheten.[109] Det måste också tillses att kommun- eller regionstyrelsen kan ha uppsikt över verksamheten.[110]

Verksamheten leds operativt inom bolaget i en linjeorganisation men kommunen eller regionen utövar ägarstyrning endera direkt genom kommun eller regionstyrelsen eller genom att bolagen ingår i ett holdingbolag. Ägarstyrningen är en mer långsiktig process och lämpar sig inte för operativ styrning i händelse av fredstida kriser eller höjd beredskap och krig. Huvudmannens möjligheter att ändra verksamheten i det korta perspektivet är därför mycket begränsad.

Verksamhet i privat bolag. Det är på samma sätt enligt 10 kap. 1 § KL möjligt att lämna över hälso- och sjukvårdsverksamhet till privata bolag. Den tydligaste skillnaden är kanske att kommuner och regioner då inte utöva någon ägarstyrning. Styrningen sker i stället genom ett avtal. När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten.[111] Verksamheten leds fortfarande operativt inom bolaget i dess linjeorganisation. Huvudmannens möjlighet att ändra verksamheten genom avtalet kan vara mycket långsiktig eftersom gällande avtal inte med enkelhet kan ändras utan att ny upphandling behöver genomföras. Kontrakt på fyra år eller mer är inte ovanligt om det inte rör ramavtal.

Verksamhet i kommunalförbund. Kommuner och regioner kan också lämna inrätta kommunalförbund för viss verksamhet. Kommunalförbund styrs genom en förbundsordning som beslutas av de ingående kommunernas och regionernas fullmäktige.[112] Kommunalförbundet styrs sedan av ett förbundsfullmäktige eller en förbundsdirektion. I region Stockholm och fallet med Kommunalförbundet sjukvård i Norrtälje kan konstateras att Hälso- och sjukvårdsnämnden utövar ledning av hälso- och sjukvårdsverksamheten i Region Stockholm i enlighet med 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förutom i de avseenden där ansvaret åvilar vårdens kunskapsstyrningsnämnd eller kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje.[113] I detta fall har alltså region Stockholm helt överlåtit verksamheten.

[109] 10 kap. 3 § första stycket i ovan nämnda författning.
[110] 6 kap. 1§ andra stycket i ovan nämnda författning.
[111] 19 kap. 8 § i ovan nämnda författning.
[112] 9 kap. 6 § i ovan nämnda författning.
[113] 1 § Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden (RS 2019-1079).

LEH ger möjligheter till snabbt och samlat politiskt beslutsfattande

Som framgår av avsnitt 4.1 har LEH tillsammans med HSL stor betydelse för planering. I LEH finns också vissa bestämmelser av betydelse för styrning och ledning (se avsnitt 3.5.7). LEH öppnar upp för ett effektivare beslutsfattande i en kommun eller region när en extraordinär händelse ställer krav på snabba och koordinerade beslut inom flera olika nämnders ansvarsområden. LEH tar därmed sikte på att hantera de övergripande ledningsfrågorna. LEH:s regler möjliggör bl.a. för kommunen och regionen att aktivera en särskild krisledningsnämnd som, i enlighet med vad kommunen själv i förväg bestämt om detta, tillfälligt kan överta andra nämnders ansvar. LEH tillhandahåller därmed en möjlighet att avvika från kommunallagens procedurregler, medan den i övrigt innehåller få verktyg för att hantera samhällsstörningar.[114]

4.2.2 Särskild ledning av hälso- och sjukvård

Bedömning: Valet av organisation har stor betydelse för en kommun eller regions möjligheter att mer operativt leda sin verksamhet när det kommer till kriser och krig. Även om olika organisationsformer ger kommunen eller regionen inflytande över styrningen i ett långsiktigt perspektiv krävs det att de olika sjukvårdsverksamheterna kan samordnas i flera olika tidsperspektiv.

Friheten för kommuner och regioner att själva bestämma över hur de vill organisera sina verksamheter innebär aldrig att de kan organisera sig på ett sätt som medför att de saknar möjlighet att fullgöra sådana uppgifter som de enligt gällande rätt ska utföra.

Som konstaterats i avsnitt 3.5.4 leds hälso- och sjukvården av en eller flera nämnder. Det är också nämnderna som leder verksamheten vid händelser med många samtidigt skadade eller sjuka eller andra fredstida kriser. Undantag från detta finns som framgår av avsnitt 3.5.6 genom bestämmelser i LEH vid extraordinära händelser eller höjd

[114] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Juridisk vägledning – Kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser* (dnr 2020-02881), s. 3.

beredskap (krisledningsnämnden) och under höjd beredskap (kommun och regionstyrelser).

Ledning utövas dock inte enbart i sådana nämnder som angetts ovan. Det finns också behov av att delegera vissa ledningsmandat till tjänstemannanivån för att skapa ett effektivt beslutsfattande och möjligheter att styra verksamheten i vardagen. Detta gäller inte minst vid akuta händelser med många skadade eller sjuka.

Ledning behöver kunna ske i flera olika tidsperspektiv

Alla former av beslutsprocesser behöver förhålla sig till när i tiden något ska ske. Beslut kan fattas i god tid och avse vad som ska hända nästa år (man är på förhand) men beslut kan också fattas som en reaktion på något som nyss inträffade (man är i efterhand). Även i situationer när man fattar beslut eller leder reaktivt med anledning av att något inträffat finns skäl att försöka komma ikapp i beslutsprocessen så att reaktiviteten övergår i proaktivt handlande. Detta förutsätter att man kan dela in sina processer utifrån olika tidshorisonter. Vad måste göras nu (reaktivt) och vad kan vi göra på längre sikt som förhindrar eller vänder händelseutvecklingen (proaktivt).

De militära processerna för planering, ledning och uppföljning brukar skilja på inte minst planering och analys i flera olika tidsperspektiv. Detta innebär att olika personer eller delar i en stab planerar och analyserar situationen i det korta, medellånga och långa perspektivet. Konkret innebär detta att man har en plan som bär mot det slutgiltiga målet men inom ramen för denna plan kan man analysera och fatta beslut om vad som behöver göras i ett kort och medellångt perspektiv. Gemensamt är att ledning i det korta eller medellånga perspektivet hela tiden utförs inom ramen för den inriktning som redan är beslutad för ett längre perspektiv. En annan lärdom man kan dra från den militära organisationen och ledningsstrukturen är att det ofta är relativt många individer knutna till den centrala ledningsprocessen. Anledningen till detta är att det krävs resurser att driva planering och uppföljning så att det finns adekvata beslutsunderlag.

Man måste naturligtvis skilja på ledning av militära operationer och kommuner, regioners och statliga myndigheters ledning. Det finns dock även på den civila sidan ett behov av att under en sam-

hällsstörning kunna dela upp arbetet i flera tidshorisonter och att ha tillräckligt med utbildad personal för att kunna generera de beslutsunderlag som krävs. Det finns ett tydligt behov av att arbeta både i ett strategiskt långsiktigt perspektiv, ett medellångt perspektiv och det korta perspektivet. Detta gäller även inom hälso- och sjukvården vid situationer med många skadade eller sjuka, i höjd beredskap och i krig. Försvarsmakten betonar t.ex. kring förslaget om civilområdeschefer i sitt remissvar på utredningen om civilt försvar just förmågan att parallellt kunna arbeta i ett långt och ett kort tidsperspektiv. Betydelsen av att leda i flera tidsperspektiv utvecklas vidare i avsnitt 4.2.3 nedan.

Mycket av ledningen är långsiktig och lämpar sig inte för krishantering

Den politiska ledningen eller styrningen genom t.ex. nämnder, via ägaranvisningar eller förbundsordningar utgör i huvudsak en långsiktig styrning. I händelse av att en kommun eller en region direkt eller via holdingbolag har överlåtit skötseln av hälso- och sjukvård till ett kommunalt, regionalt eller privat bolag behöver därför kommunen eller regionen säkerställa att det inom ramen för vad som anges i ägarstyrningen, avtal eller förbundsordningar finns möjligheter till att påverka verksamheterna utifrån vad som krävs för att hantera fredstida kriser eller höjd beredskap och krig. Om sådana mekanismer inte finns på plats från början är det allt för långsamma processer som krävs för att ändra genom ägarstyrning. Detsamma gäller ifall skötseln av hälso- och sjukvårdsverksamhet överlåtits på ett privat bolag. Det behöver i så fall finnas avtalsbestämmelser som är tillräckliga för att klargöra hur verksamheten ska kunna inriktas vid fredstida kriser, höjd beredskap eller krig (se även avsnitt 6.4). Att genomföra förändringar i befintliga avtal kan både vara förenligt med rättsliga problem och ta lång tid.

Det har tidigare framhållits att krisledningsnämnden är en mekanism för att koncentrera och skapa ett snabbt politiskt beslutsfattande vid fredstida kriser och kommun eller regionstyrelsen vid höjd beredskap. Vad gäller bolag är det dock svårt att se att krisledningsnämnden skulle kunna ha någon direkt påverkan annat än att fatta beslut om ekonomiska resurser från huvudmannens sida. Vad gäller kommunalförbund kan dessa ha en egen krisledningsnämnd, så är

exempelvis fallet med Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje.[115] Hur en krisledningsnämnd i ett regionövergripande eller nationellt kommunalförbund förhåller sig till huvudmannaansvaret är svårt att överblicka. Vad utredningen erfar saknar exempelvis Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg krisledningsnämnd. Det finns därmed en del oklarheter i hur kommunalförbunden förhåller sig till den kommun- eller regionövergripande styrningen.

Det måste också, inte minst vad avser olika bolag, särskilt beaktas att arbetsrättsliga bestämmelser som regel innebär att regionen inte kan utöva arbetsledning över bolagets personal. Detta innebär exempelvis att det inte genom ägarstyrning eller avtal kan ställas krav på att arbetstagare ska utföra arbetsuppgifter hos en annan arbetsgivare. Sådana frågor behöver därför hanteras i särskild ordning. Utredningen belyser detta närmare i kapitel 8.

Det kan också konstateras att tjänstemannastrukturen särskild sjukvårdsledning för att den ska kunna fungera optimalt behöver ha tydliga mandat. På samma sätt som det gäller för nämnder ovan kan det vara svårt eller till och med omöjligt för en regional särskild sjukvårdsledning att styra över nämnder, privata bolag och kommunalförbund om detta inte är tydligt reglerat och det finns tydliga mandat. Detsamma gäller lokal särskild sjukvårdslednings möjlighet att styra över de samlade resurserna i primärvården om ledningen knyts till den regionala förvaltningsstrukturen eftersom primärvården ofta har ett stort inslag av privata utförare. Styrningen av de privata utförarna i primärvården knyts i många regioner till någon form av vårdvalskansli centralt i regionen som också utformar avtal.

Valet av organisation har betydelse för möjligheterna till styrning

Som synes ovan är valet av organisation av stor betydelse för sjukvårdshuvudmännens möjligheter att styra och leda verksamheten. Enligt HSL ligger ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård alltid på huvudmännen. Huvudmännen är i detta fall kommuner och regioner (och eventuellt kommunalförbund).

Ofullkomligheter i styrning och ledning förekommer i både privata och offentliga verksamheter. De slutsatser som tidigare statliga ut-

[115] Reglemente för krisledningsnämnden i Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje Kommun (dnr 2019-000299 003).

redningar dragit (se avsnitt 3.5) kring utvecklingen på det kommunala och regionala området samt analyser och slutsatser som särskilt rör hälso- och sjukvården visar dock dels på en del problem vad gäller vissa offentliga styrsystem, dels att det finns oklarheter i frågor om vem som ansvarar för vad i offentlig verksamhet. Det är i vissa delar inga små utmaningar det rör sig om och på ett allmänt plan – och för att anknyta till Kommunutredningens bedömning – kan det sammanfattas på följande vis. Frågorna är komplexa och det är ont om enkla lösningar. Detta innebär givetvis inte att behoven av att lösa de problem som identifierats blir mindre angelägna. Tvärtom eftersom problemen knappast lär minska i de fall offentliga verksamheter ställs inför sådana särskilda utmaningar som kan uppkomma vid allvarliga kriser och vid krig.

Avslutningsvis kan konstateras att friheten för kommuner och regioner att själva bestämma över hur de vill organisera sina verksamheter aldrig innebär att de kan organisera sig på ett sätt som medför att de saknar möjlighet att fullgöra sådana uppgifter som de enligt gällande rätt ska utföra.

4.2.3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap

Vissa föreskrifter avseende planering har redan avhandlats i avsnitt 4.1.4. Nedan behandlas några frågor som rör särskild ledning av hälso- och sjukvård. Vissa frågor som berör ledning av prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvården avhandlas även i avsnitt 11.1.

Särskild sjukvårdsledning

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap finns bestämmelser om särskild sjukvårdsledning. Genom bestämmelserna ställs krav på att det ska finnas *en funktion med befogenhet och förmåga* att samordna verksamheter, prioritera insatser, leda personal, omdisponera resurser, mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga, förflytta patienter och evakuera vårdenheter samt samverka med andra aktö-

rer på lokal, regional och nationell nivå.[116] Funktionen, som ska benämnas särskild sjukvårdsledning, ska finnas i varje region. Den ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.[117] Det bör nämnas att även Socialstyrelsen på nationell nivå kan inrätta en särskild samverkans- och ledningsfunktion men denna funktion benämns då särskild organisation och är inte specifikt reglerad i lag eller föreskrift. Den särskilda organisationen är myndighetens sätt att ansluta till modellen och den regionala särskilda sjukvårdsledningen.

Funktionen särskild sjukvårdsledning är en tjänstemannaledning som ska innehålla personal som har förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser (sjukvårdsledare) och hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig). Tanken med särskild sjukvårdsledning torde vara att den på regional nivå ska kunna förfoga över och i stunden leda en regions samtliga resurser. Särskild sjukvårdsledning blir då en tjänstemannamässig parallell till krisledningsnämnden med skillnaden att den är begränsad till hälso- och sjukvårdsområdet.

Systemet med särskild sjukvårdsledning togs fram av regionerna tillsammans med Socialstyrelsen utifrån en planeringsbestämmelse i HSL och grundar sig i flera tragiska händelser med stora sjukvårdsbehov på 1990-talet (se avsnitt 3.5.6). Regionerna har i dag inte samma organisation som när systemet modellerades och infördes. Det gör att det kan finnas skäl till att modellen inte är helt anpassad till sjukvårdens nuvarande organisation.

Särskild sjukvårdsledning utgår inte ifrån lagkrav

Det finns inga lagkrav på en sådan verksamhetsövergripande ledning som särskild sjukvårdsledning utgör. Det finns inte heller något krav på någon annan särskild ledningsstruktur på tjänstemannanivå för kriser. Det är dock en vanlig missuppfattning att det finns sådana lagkrav. Även om det saknades legala krav på en gemensam struktur för tjänstemannaledning finns inget som hindrar kommuner och regioner att inom ramen för den kommunala självstyrelsen komma

[116] 6 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[117] 6 kap. 2 § i ovan nämnda föreskrift.

överens som en gemensam ordning för krisledning på tjänstemannanivå vare sig det är inom sjukvården, socialtjänsten, kollektivtrafiken eller på en övergripande kommun eller regionnivå.

Det görs ibland uttalanden från kommuner och regioner om att det behövs en reglering av en samlad krisledning på tjänstemannanivå. Det är enligt utredningen svårt att utan en grundläggande analys, och eventuellt även övning, klargöra om en gemensam ledning över flera verksamhetsområden lämpar sig för alla de utmaningar som kan uppstå både vid korta akuta händelser som förlisningen av Estonia, diskoteksbranden i Göteborg, en långdragen händelse som pandemin eller ännu mer utmanande scenarier i en gråzonsproblematik som drabbar en kommun eller region på bredden. Flera regioner beskriver att de bygger regionens övergripande krisledning på funktionen med särskild sjukvårdsledning eftersom det finns krav på denna. Det är möjligt att detta utgör en fungerande ordning, samtidigt som det naturligtvis finns utmaningar. De av Socialstyrelsen definierade rollerna i särskild sjukvårdsledning, sjukvårdsledare, medicinskt ansvarig och tjänsteman i beredskap, måste alla besitta sjukvårdskompetens. För att kunna leda andra verksamheter kan det dock krävas annan kompetens. Detta ligger dock utanför denna utrednings uppdrag.

Större enhetlighet i kommuners och regioners organisations- och ledningsstrukturer och samlade och tillräckliga beslutsmandat i en ledningsfunktion är i vissa situationer eftersträvansvärt, inte minst när det gäller hantering av situationer då det är nödvändigt att snabbt kunna vidta tillräckliga åtgärder. Det är sannolikt mot denna bakgrund som strävanden att uppnå en sorts motsvarighet till krisledningsnämnden på tjänstemannanivå måste förstås, men icke desto mindre fungerar det inte särskilt väl mot bakgrund av hur kommuner och regioner är organiserade och leds.

Det finns lagkrav på hur sjukvården ska ledas

Det ställs tydliga lagkrav i bl.a. HSL och PSL som anger vem som ska planera och leda viss vård. Lagkraven i HSL innebär att kommuner och regioner har ansvarat för att planera vården, ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regioner och kommuner ska utövas av en eller flera nämnder, ansvaret för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap. 1 och 3 §§ smitt-

skyddslagen (2004:168) ska utövas av en chefsöverläkare som ska ha specialistkompetens. Enligt PSL är det vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Till detta kommer bestämmelserna i kommunallagen (2017:725).

Det tillfälliga sjukhuset i Älvsjö kan tjäna som ett belysande exempel på hur t.ex. ledningsmandat i PSL kan behöva beaktas. Under utbrottet av covid-19 upprättades ett tillfälligt sjukhus i Älvsjömässan i Stockholm. Efter att sjukhuset färdigställts uppstod konflikter mellan särskilds sjukvårdsledning och den ordinarie ledningen (nämnder och vårdgivare) inom regionen om huruvida det tillfälliga sjukhuset skulle tas i bruk eller ej. Det intressanta i detta sammanhang är inte att bedöma vad som utgjorde ett korrekt beslut, utan konstaterandet av att själva beslutsprocessen inte tycks ha fungerat optimalt. Vad utredningen erfar beror en del av problematiken på att olika ledningsmandat tycks ha varit oklara eller överlappande.

Nuvarande föreskriftskrav är svåra att leva upp till

Mot ovanstående bakgrund och med särskilt beaktande av att vården i vissa fall leds och utförs av ett stort antal fristående juridiska personer framstår det i nuläget som i det närmaste omöjligt att alla regioner skulle kunna uppfylla de nyss angivna föreskriftskraven om särskild sjukvårdsledning. Detta även med beaktande av att regioner när de överlämnar en angelägenhet som de har att sköta till ett bolag, en förening, stiftelse eller enskild individ, kan och ska reglera frågor genom bl.a. avtal.

Det råder ingen tvekan om att det är av största vikt varje region och kommun reder ut frågan om hur deras verksamheter ska ledas i sådana situationer som särskild sjukvårdsledning är tänkt att lösa. Att regioner och även kommuner måste organiseras sig så att de också kan leda sina verksamheter och utföra de åligganden som följer av gällande rätt är en självklar utgångspunkt. En utgångspunkt som kanske någon gång kan medföra behov av att en kommun eller region måste förändra exempelvis en del av sin organisation eller sina givna ledningsmandat.

Enligt utredningens bedömning framstår det som mindre lämpligt att försöka tvinga fram en enhetlig eller likartad struktur som

har mandat att leda all verksamhet. Det viktigaste är att regioner och kommuner organiserar sig så att de skapar tillräckliga förutsättningar att leda sin samlade organisation effektivt. Det bör särskilt betonas att det inte på något sätt framstår som ett problem om regioner och kommuner skulle välja att lösa saker på likartade eller enhetliga sätt, tvärtom är detta många gånger en stor fördel. Inte minst gentemot alla de andra aktörer som de har att samverka med i samhället. Utredningen anser att det i stället för krav på en ledningsfunktion behöver finnas en funktion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet och att mandat att leda *så långt möjligt* bör samlas i en sådan funktion. En sådan ordning torde enligt utredningen framstå som mer rimlig utifrån att samordning endast kan nås genom samverkan eller ledning. Om ledningsmandat saknas är samverkan den form som står till buds för att uppnå samordning. Det är enligt utredningen, utifrån kommuners och regioners val att organisera sina verksamheter, sannolikt att samverkan måste användas inte bara gentemot andra samhällsaktörer utan även intern inom en kommun eller en region.

Avslutningsvis kan sägas att vad gäller en samlad tjänstemannaledning för höjd beredskap finns krav på att regioner ska ha en krigsorganisation. Detta ger vida möjligheter att skapa en sådan ledning som man anser behövs.

Lokala särskilda sjukvårdsledningar

Utöver det ovan sagda bör också framhållas att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap även innehåller krav om att särskild sjukvårdsledning ska finnas i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.

I dag tillämpas systemet med särskild sjukvårdsledning av regionerna på regional, lokal nivå och skadeplats (se vidare avsnitt 3.5.5). Oftast innebär detta att man utöver regional nivå tillämpar särskild sjukvårdsledning för primärvården och på länets sjukhus. Detta är mer i linje med den ursprungliga, inte lika detaljerade, föreskriften om katastrofmedicinsk beredskap från år 2005. Där angavs att regio-

nerna skulle ha en särskild sjukvårdsledning men att man skulle beakta ledning på regional och lokal nivå.[118]

Flera regioner har i dag en organisatorisk struktur som inte utgår ifrån sjukhus som begrepp. Många gånger finns förvaltningar, divisioner eller andra organisatoriska strukturer med andra avgränsningar än just sjukhuset. Detta kan medföra situationer där den särskild sjukvårdsledning blir en tillfällig ledningsstruktur som avviker från hur man organiserar sig i vardagen. Det är också oklart om en särskild sjukhusledning kan sägas motsvara vad som i föreskriften avses med vårdenhet eftersom ett sjukhus normalt kan sägas bestå av flera vårdenheter.

Det är uppenbart att det finns behov av att, under mycket påfrestande situationer, leda även den mer lokala verksamheten, både i primärvård, på sjukhus, enskilda vårdenheter och i skadeområdet på ett särskilt sätt. Det är möjligt, men inte säkert, att en sådan struktur bäst utgår ifrån ett sjukhus. Det synes dock rimligt att återgå till en ordning där det tydligare klargörs att man ska beakta dessa olika perspektiv i stället för att precisera hur eller var en särskild lednings ska organiseras. Som framgått ovan kan det också finnas en problematik kopplad till hur lokal särskild sjukvårdsledning organiseras t.ex. inom en förvaltning när en stor del av utförarna är privata och organiseras genom vårdvalet. Detta skulle t.ex. kunna innebära att t.ex. den funktion som administrerar vårdvalet har bättre förutsättningar att samordna primärvården.

I ett skadeområde ska aktörer från olika verksamheter arbeta tillsammans. Inte sällan kan det vara aktörer från såväl räddningstjänsten, polisen och hälso- och sjukvården. De har alla distinkta uppgifter och olika roller och det ät helt centralt att alla som arbetar på en skadeplats vet vem som företräder vem och vilken roll de har. Utredningen för ett vidare resonemang om samordning på skadeplats (prehospital sjukvårdsledning) och i ambulanssjukvården i avsnitt 11.1.

[118] 7 kap. 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

Begreppen sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig

I Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap ställs också krav på att den särskilda sjukvårdsledningen minst ska vara bemannad med personal som har förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser (sjukvårdsledare) och hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig).[119] Av de allmänna råden framgår att sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvariga kan vara en och samma person. I de ursprungliga föreskrifterna om katastrofmedicinsk beredskap från år 2005 omfattade bestämmelsen om sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig endast sjukvårdsledning i ett skadeområde, men man rekommenderade i allmänna råd att man även använde begreppen på lokal och regional nivå.[120]

Kraven i de ursprungliga föreskrifterna grundas sannolikt på behovet av att ha en enhetlig rollfördelning och terminologi i skadeområde. Utredningen inser också att det vid ett larm om en händelse med många skadade eller sjuka eller vid en katastrofsituation i vården framstår som klokt att ha en central larmmottagare som besitter sjukvårdskompetens. Det är sannolikt detta som ligger bakom bestämmelser om funktionerna ovan. En sjukvårdsledare utgörs sannolikt många gånger en sjuksköterska vilket innebär att man vill ha möjlighet att skilja på funktionen medicinskt ansvarig, vilket bör vara en läkare. Ifall sjukvårdsledaren är läkare kan hen också vara medicinskt ansvarig.

Eftersom utredningen inte anser att det finns skäl att ställa krav på en särskild sjukvårdsledning utan att regioner och kommuner i stället bör redovisa hur de avser att uppnå samordning och leda sina verksamheter framstår det som märkligt om de två ovan nämnda funktionerna skulle regleras genom en föreskrift. Det finns inget hinder mot att i t.ex. en gemensam terminologi ha kvar benämningarna med en förklaring till vad som avses. Inte minst i ett skadeområde där många organisationer och regioner kan mötas är det av avgörande betydelse med tydliga roller och definitioner. Det är dock utredningens uppfattning att detta kan åstadkommas utan en reglering i föreskrift, t.ex. inom ramen för PS-konceptet. Utredningen för också

[119] 6 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[120] 7 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

vidare resonemang om eventuella behov av särskilda föreskrifter för prehospital akutsjukvård som också kan utgöra ett alternativ för en reglering av just denna del, se vidare avsnitt 11.1.3.

Utredningen anser mot bakgrund av ovanstående att det bör finnas krav på att man i planen ska redovisa hur man avser att uppnå samordning och leda sjukvårdsinsatser samt göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder.

Beredskapslägen

Som framgår av avsnitt 3.5.5 använder regionerna i den särskilda sjukvårdsledningen tre olika beredskapslägen, stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge. Stabsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen, förstärkningsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktion och katastrofläge innebär att en sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner. Trots att de inte längre finns reglerade i föreskrift används de flitigt av regionerna, även i kommunikation med media.

Begreppen stabsläge och förstärkningsläge framstår enligt utredningen som relevanta utifrån ovanstående beskrivningar. Begreppet katastrofläge däremot kan enligt utredningen leda tankarna fel. I Socialstyrelsens termbank beskrivs begreppet katastrof som en *särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas*. Utredningen har valt att definiera katastrof som *en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna.* Enligt utredningens bedömning kan begreppet katastrofläge lätt förväxlas med en sådan situation som avses i definitionerna av begreppet katastrof, dvs. en situation då resurserna inte räcker till och kvalitetskraven måste sänkas. Utredningen uppfattar inte att det är i sådana situationer som regionerna påkallar katastrofläge utan att katastrofläge i stället används i situationer då det är oklart för vården vilken belastning som eventuellt kommer uppstå vid en händelse. Vad utredningen kan bedöma handlar det mycket

Sid 699(1295)

sällan om sådana händelser som begreppet katastrof egentligen åsyftar. Användningen av begreppet leder därmed till en viss devalvering av dess betydelse eller att begreppet signalerar en allvarlig situation som inte uppstått. Det är utifrån ovanstående utredningens uppfattning att begreppet katastrofläge bör utmönstras. Se även utredningens resonemang i avsnitt 13.3.5.

Samverkan

Ledning förutsätter mandat. I många situationer, inte minst gentemot olika myndigheter och fristående juridiska personer som bolag, kan samordning endast uppnås genom samverkan. Som beskrevs i föregående avsnitt kan det dock övervägas om inte samverkan är den form som, åtminstone i det korta perspektivet, ibland måste användas även mellan olika juridiska personer i kommunens eller regionens organisation. Bestämmelser som påbjuder samverkan är vanliga i gällande rätt och finns i exempelvis bl.a. HSL och i förvaltningslagen (2017:900), i det följande förkortat FL. Även enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap ska regionen planera för samverkan vid allvarlig händelse.[121] Det är sannolikt därmed inte avsaknad av bestämmelser med krav på samverkan som leder till att samverkan inte alltid ger de resultat som eftersträvas.

På samma sätt som all annan verksamhet behöver samverkan planeras eller förberedas. I förberedelserna bör syftet med samverkan klargöras och om det ska fattas beslut vid samverkan krävs givetvis att alla som ska delta vid beslut har de nödvändiga mandat som krävs för de beslut som fattas. Det bör också ges möjlighet för andra inom t.ex. en stab eller ledning att komma med kompletterande information eller att framhålla behov som kan vara aktuella att ta upp vid samverkan.

Vad som framkommer vid samverkan bör regelmässigt dokumenteras och detta gäller särskilt de beslut som fattas. Vad nu sagts gäller oavsett vilka krav på dokumentation som gällande rätt må ställa. Information och beslut från samverkan måste kunna delges andra som har behov av detta för att utföra sina uppgifter. Inte sällan kom-

[121] 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

mer information och beslut från samverkan dessutom att utgöra grund också för andra beslut.

Av 27 § FL framgår att en myndighet som får uppgifter på något annat sätt än genom en handling snarast ska dokumentera dem, om de kan ha betydelse för ett beslut i ärendet. Det ska framgå av dokumentationen när den har gjorts och av vem. Om en befattningshavare i samverkan har mandat att fatta beslut och så sker ska sådana beslut dokumenteras.[122]

Beslut ska i övrigt följa av vad som anges i FL. I vissa fall aktualiseras 31 § FL som anger att för varje skriftligt beslut ska det finnas en handling som visar

1. dagen för beslutet,
2. vad beslutet innehåller,
3. vem eller vilka som har fattat beslutet,
4. vem eller vilka som har varit föredragande, och
5. vem eller vilka som har medverkat vid den slutliga handläggningen utan att delta i avgörandet.

Det kan inte nog understrykas det behov som finns av att efter genomförd samverkan sprida resultatet till andra som är berörda. Det kan handla om personer i överordnad, sidoordnad eller underordnad ställning. En gemensam terminologi underlättar avsevärt samverkan med angränsande regioner och andra myndigheter på lokal, regional och nationell nivå.

Ledningsmandat

En ledningsstruktur som särskild sjukvårdsledning förutsätter att det gjorts grundläggande analyser av vilka mandat som kan behövas för att leva upp till de förmågor som den särskilda ledningen ska ha. Flera av de effekter man vill kunna få ut av en särskild sjukvårdsledning kräver tydliga mandat. För detta krävs i många fall också att redan givna mandat i en organisation förändras och förtydligas.

Som redan framhållits medför styrning och ledning av andra juridiska personer än kommunen eller regionen, exempelvis kommunal-

[122] En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag (prop. 2016/17:180), s. 174 ff.

förbund, kommunala bolag och privaträttsliga subjekt såsom bolag, vissa särskilda utmaningar. Ledning och styrning av gemensamma nämnder ställer också särskilda krav. Krav i t.ex. HSL, PSL och KL, som anger att olika organ ska besluta i vissa frågor eller att ledning ska utövas av särskilda organ eller aktörer t.ex. vårdgivare eller verksamhetschefer måste också beaktas.

Såvitt utredningen kan bedöma har de flesta kommuner och regioner en sammanhållen skriftlig delegationsordning. Det finns dock inte i KL några tydliga angivna formkrav för hur delegation ska ske. Delegationen kan ges och dokumenteras på annat sätt än delegationsordningar så länge det av dokumentet går att utläsa att det rör rätten att fatta beslut, vilken befattningshavare som har beslutanderätten och vilken typ av beslut denna befogenhet omfattar eller vilka frågor den avser.[123]

Ett exempel på hur ansvar delegerats finns i Region Sörmlands delegationsordning. Regionen har delegerat uppgiften att leda och fördela regionens resurser samt samverkan med andra myndigheter/sjukvårdshuvudmän och organisationer vid en regionövergripande särskild händelse till regiondirektören som vidaredelegerat detta till särskild sjukvårdsledare i regional kris- och katastrofledning. Uppgiften att besluta om initiering av särskild sjukvårdsledning och beslut inför inrättande av särskild sjukvårdsledning vid en särskild händelse är delegerad till tjänsteman i beredskap. Rent konkret innebär detta att tjänsteman i beredskap tillsammans med sjukvårdsledare i regional kris och katastrofledning har mandat att snabbt agera på en plötsligt uppkommen händelse utan att för den delen söka mandat hos den nämnd som ansvarar för ledning av hälso- och sjukvården. Mandatet tar dock inte över den myndighetsutövning som ankommer på smittskyddsläkaren. Det är också oklart hur långt det nämnda mandatet sträcker sig när det gäller t.ex. andra juridiska personer. I fallet med region Sörmlands är detta inte så omfattande men kan t.ex. röra Folktandvården och privata vårdgivare inom vårdvalet.

Även om utredningen inte systematiskt kunnat gå igenom alla regioners reglementen och delegationer synes det som att det i flera fall vara oklart om eller hur mandaten kring katastrofmedicinsk beredskap eller krisledning delegerats. T.ex. kan utredningen inte på samma tydliga sätt utläsa delegation ur vare sig Region Skånes eller Region Östergötlands styrande dokument. På fråga från utredningen svarar

[123] Högsta förvaltningsdomstolen 2016 ref. 28, mål nr 3889-14.

flera regioner att delegationen framgår av den plan för hantering av extraordinära händelser som ska fastställas i enlighet med 2 kap. 1 § LEH eller av den kris- och katastrofmedicinska planen. Detta gäller bl.a. för Region Blekinge, Region Kalmar och Region Västerbotten. Sådana planer som nämns ovan fastställs som regel av fullmäktige.

Det räcker inte att delegera mandat. I den mån mandat att leda och förfoga över regionens samlade resurser kan delegeras till sjukvårdledare i särskild sjukvårdsledning behöver det också klargöras hur detta förhåller sig till den ordinarie linjeorganisationen. Grunden för utvecklingen av särskild sjukvårdsledning var nämligen akuta korta händelser som diskoteksbranden i Göteborg (se avsnitt 3.5.5) och inte mer utdragna förlopp. Det kan antas att det under en händelse som varar över lång finns ett större behov av ordinarie linjeledning. Utredningen har uppfattat att det förekommit vissa otydligheter i denna fråga t.ex. under den senaste pandemin även om det inte gått att utläsa av några fastställda underlag.

Region Sörmland har t.ex. som beskrevs ovan delegerat uppgiften att leda och fördela regionens resurser samt samverkan med andra myndigheter/sjukvårdshuvudmän och organisationer vid en regionsövergripande särskild händelse till regiondirektören som vidaredelegerat detta till särskild sjukvårdsledare i regional kris- och katastrofledning. Detta torde innebära att när särskild sjukvårdsledning är etablerad så ligger inte längre mandatet i linjen. Mandatet ligger i stället hos sjukvårdsledaren så länge inte regiondirektören tar tillbaka det. Detta innebär kanske inte någon större otydlighet under en kortvarig händelse men under ett utdraget förlopp innebär en sådan ordning att det kan uppstå konflikter mellan linjeorganisationen och särskild sjukvårdsledning om inte mandaten korrigeras.

Region Blekinge uttrycker i sin kris- och katastrofplan att den särskilda sjukvårdsledningen har befogenheter att använda landstingets totala materiella och personella resurser i akuta lägen vid allvarliga händelser. Den tar landstingsövergripande beslut och ansvarar för att dessa beslut informeras till berörd förvaltningschef så snart det är möjligt. Särskild sjukvårdsledning kan överta förvaltningarnas lokala ledningsfunktion vid en allvarlig händelse. I annat fall leds förvaltningarna vidare i linjeorganisationen även vid en konstaterad allvarlig händelse.[124] Grundläggande för den särskilda sjukvårdsledningen är att

[124] Regional kris- och katastrofplan för Landstinget Blekinge (rev. 2017), s. 12.

Sid 403(1295)

sjukvårdsledaren är chef och har det yttersta organisations- och resursansvaret.[125]

I Region Blekinge har alltså sjukvårdsledaren mandatet att använda *hela* regionens resurser (inklusive kollektivtrafiken). Dock kvarstår förvaltningarnas linjeorganisation intill dess att sjukvårdsledaren *beslutar att ta över* ledningen av dessa. Ett sådant beslut kan naturligtvis även backas. Därmed finns en något större tydlighet än vad utredningen uppfattar är fallet i Region Sörmland.

Att leda i korta och långa tidsperspektiv

Det har som beskrivits ovan i vissa situationer under utbrottet av covid-19 funnits oklarheter kring hur bl.a. beslutsmandaten sett ut mellan särskild sjukvårdsledning och den linjeorganisation som leder hälso- och sjukvården i vardagen. Problem kan också uppkomma på andra sätt, Det finns här två utmaningar som särskilt bör framhållas. För det första visar pandemin att det finns behov av att kunna leda i en svår situation som varar under lång tid (närmare två år) och för det andra måste beaktas att smittskyddsläkarna, precis som sjukvården vid en katastrofmedicinsk händelse, har ett särskilt utpekat ledningsansvar för smittskyddet.

Det kan konstateras att modellen med särskild sjukvårdsledningen grundar sig i en modellering som gjordes runt millennieskiftet i samband med regleringen av den katastrofmedicinska beredskapen och inför framtagande av nya föreskrifter vid Socialstyrelsen.[126,127] De händelser som legat till grund för processmodelleringen och analysen har som tidigare sagts vara av karaktären att det omfattar en plötslig händelse som leder till ett stort skadeutfall och därmed kräver ett skyndsamt agerande från minst en region. Det har också varit händelser som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Sådana händelser kräver att det finns en organisation som snabbt kan ta beslut och inrikta verksamheten.

Plötsliga händelser karaktäriseras ofta av att man har maximalt skadeutfall vid händelseutbrottet och att allt arbete därefter fokuse-

[125] A.a., s. 11.
[126] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158).
[127] Linköpings universitet (2014): *PS – Prehospital Sjukvårdsledning, ett nationellt koncept* (2014-06-01).

ras på att tömma skadeplatsen och få de skadade personerna till rätt vårdnivå så fort det kan ske genom korrekt utförda prioriteringar. Även akut krisstöd eller psykisk första hjälpen ingår i detta skede. För denna typ av händelser fungerar sannolikt den framtagna modellen väl. Fokus ligger på ledning i det korta perspektivet. Det finns i det läget få beröringspunkter till den långsiktiga linjeledningen. Resurser prioriteras om under ett kortare tidsperspektiv. I ett senare skede behöver den drabbade regionen hantera eventuell eftervård, uppskjuten vård och mer långsiktigt krisstöd. Detta kan då eventuellt ske i linjeorganisationen.

Andra händelser som en pandemi, eller för den delen flera på varandra följande terrorattentat eller en säkerhetspolitisk kris kan däremot få ett annat händelseförlopp inte minst avseende utsträckningen i tid. Sådana händelseförlopp innebär att processerna behöver ta höjd för att även andra frågor än de akuta frågorna här och nu behöver beaktas. Det finns ett större behov av långsiktig analys, planering och beslutsfattande. En pandemi eller annat utbrott av smitta innebär också att smittskyddet behöver involveras i processen. Detta är frågor som den särskilda sjukvårdsledningen inte är modellerad för att hantera.

Smittskyddsläkaren har 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.[128] Smittskyddsläkaren är en myndighetsperson och endast underställd en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i frågor som inte rör myndighetsutövningen.[129] Detta innebär att särskild sjukvårdsledning och smittskyddsläkaren samtidigt leder olika delar av hälso- och sjukvården. Detta kräver samordning. Eftersom ledningsmandat saknas är samverkan den form som står till buds. Hur en eventuell konflikt mellan de olika ledningsmandaten ska lösas är oklart. Oftast kommer dock sannolikt de två funktionerna överens.

Beträffande händelser som inte karaktäriseras av ett initialt omfattande skadeutfall som kan omhändertas inom ett dygn eller några dagar varefter det är möjligt att återgå till ett normalskede, finns det vid ledning behov av att beakta flera tidsperspektiv. Enligt utredningens bedömning behöver viss ledning ha fokus på de omedelbara

[128] 6 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).
[129] 1 kap. 9 § andra stycket ovan nämnda författning.

åtgärderna medan andra analyserar och hanterar de mer långsiktiga effekterna. Inte minst blir detta tydligt under en pandemi som pågår under flera år. Motsvarande kan också antas gälla under en situation med flera samtidiga eller efterföljande allvarliga händelser med påverkan på sjukvården över längre tid. Sådana situationer kan t.ex. uppstå vid en så kallad gråzonsproblematik.

I ovanstående situationer behöver således flera aspekter än de direkt akuta frågorna beaktas. Sådana frågor kräver analys och prognostisering i andra tidsperspektiv än vad särskild sjukvårdsledning arbetar i. Det ovan nämnda exemplet från Region Sörmland innebär att så länge en händelse klassas som allvarlig händelse och behöver ledas på ett särskilt sätt så ligger mandatet över regionens resurser hos sjukvårdsledaren i regional särskild sjukvårdsledning. Det som ter sig som en styrka vid en plötslig händelse kan bli problematiskt vid händelser som pågår under en längre period. Det kan antas att under längre händelser så behöver mandatet, eller delar av det, återgå till den eller de nämnder eller andra ledande tjänstemän i regionen. Särskild sjukvårdsledning är som beskrevs tidigare en funktion vid sidan av linjen för att hantera en tillfällig utmanande situation. Särskild sjukvårdsledning är inte i grunden tänkt att ha den förmåga eller uthållighet som krävs för att leda hela sjukvården vid sidan av linjen över längre tid. Det är sannolikt inte heller effektivt att under längre perioder leda hela verksamheten genom en särskild organisation. Utredningen lämnar närmare förslag i avsnitt 5.1.1.

Särskild larmfunktion

Det är vid händelser som hastigt uppkommer eller med snabba förlopp och som allvarligt påverkar eller riskerar påverka verksamheten viktigt att det under dygnets alla timmar finns en funktion som kan kontaktas för att påbörja hanteringen av sådan händelse. En funktion i den offentliga förvaltningen som finns tillgänglig dygnet runt benämns traditionellt ”tjänsteman i beredskap” eller ”vakthavande befäl”.

Det finns i dag inget verksamhetsövergripande krav på att kommuner eller regioner ska ha en tjänsteman i beredskap. Ett sådant krav finns dock för den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna. Detta krav utgår ifrån de katastrofmedicinska föreskrifterna. Det saknas motsvarande krav i LEH.

För bevakningsansvariga myndigheter saknas också bestämmelser om tjänsteman i beredskap även om det i förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap framgår att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap vid behov ska lämna förslag till Regeringskansliet på förändringar av vilka myndigheter som ska ha en tjänsteman i beredskap med uppgift att initiera och samordna det inledande arbetet för att upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga kriser. Det är utredningens uppfattning att, trots att det saknas ett uttryckligt krav, det absoluta flertalet bevakningsansvariga myndigheter har en tjänsteman i beredskap eller vakthavande befäl. Det är dock viktigt att det när nya bevakningsansvariga myndigheter utses säkerställs att de finns fungerande processer för besluta om en myndighet ska ha en tjänsteman i beredskap. Det är också viktigt att myndigheterna får en finansiering som möjliggör de uppgifter som kommer med uppgiften att vara bevakningsansvarig myndighet, inklusive eventuell tjänsteman i beredskap. Även inom Regeringskansliet finns för respektive departement en tjänsteman i beredskap.

Det är enligt utredningen olyckligt att den funktion som enligt Socialstyrelsens katastrofmedicinska föreskrifter och allmänna råd ska ta emot ett larm benämns tjänsteman i beredskap då utgångspunkten är att de ska ta emot ett larm inom hälso- och sjukvården. Funktionen avser en ”sjukvårds-tib” eller ”sjukvårdsledare i beredskap”, uttrycket tjänsteman i beredskap leder lätt fel då man kan uppfatta det som att funktionen avser hela regionens verksamhet.

Det är viktigt att klargöra att den ovan nämnda funktionen inte är den enda larmfunktionen som finns på hälso- och sjukvårdsområdet. En annan mycket viktig larmfunktion i samhället, och som också har betydelse för hälso- och sjukvården, är den som upprätthålls via den nationella larmtjänsten vid SOS Alarm. SOS Alarms uppdrag är dock förhållandevis snävt (se vidare avsnitt 11.2). Den tjänstemannafunktion som tjänsteman i beredskap avser är den person som vid en händelse ska kunna vidta åtgärder inom hälso- och sjukvårdsorganisationen och bl.a. åstadkomma samordning inom hela hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Utredningen anser att det är viktigt att det finns en tydlig ingång i både kommuner och regioner för att kunna larma vid olika händelser inom flera verksamhetsområden. Om sådana allmänna krav ska införas bör det utgå ifrån LEH. Det finns dock trots avsaknaden av

sådana krav fortfarande goda skäl att ha en särskild ingång vad avser hälso- och sjukvård eftersom det krävs särskild sjukvårdskompetens för att kunna göra de bedömningar som krävs för att fatta medicinska beslut i samband med situationer med t.ex. många samtidigt svårt skadade eller sjuka. En sådan ordning med flera ingångar finns också i t.ex. Försvarsmakten som har en allmän VB-funktion men en särskild vakthavande sjukvård för att kunna hantera hastigt uppkomna sjukvårdsbehov i t.ex. utlandsstyrkan eller under övningar nationellt. En uppkommen händelse hanteras då samordnat i dialog mellan VB-funktionerna.

Det saknas reglering för kommunal särskild sjukvårdsledning

Genom kraven på en katastrofmedicinsk beredskap i hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter finns tydliga krav på en ledningsfunktion och förmåga vid allvarliga händelser för regioner. Motsvarande krav på funktion och förmåga saknas för den kommunala organisationen. Det innebär att det vid allvarliga händelser eller fredstida kriser saknas en särskild samlad ledningsfunktion (särskild organisation) för hälso- och sjukvård eller socialtjänst i kommunen. Utredningen kan konstatera att det implementeringsprojekt som genomfördes inom hälso- och sjukvårdssektorn med anledning av det nationella aktörsgemensamma arbetet om gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar inte heller närmare beskriver interaktionen med kommunernas hälso- och sjukvård.[130] Utgångspunkten måste därmed vara att det är kommunens ordinarie ledningsstruktur som gäller och som ska samverka med regionens särskilda sjukvårdsledning. Hur dessa kontakter ska tas är oklart, likaså om det finns funktioner i beredskap dygnet runt. Det finns i vilket fall inga sådana rättsliga krav.

Regioner och andra offentliga aktörer behöver veta vart de ska vända sig i vissa kritiska situationer för att snabbt kunna larma kommuner och upprätta samverkan. Kommunerna behöver en funktion som snabbt kan fatta nödvändiga beslut i kritiska situationer.

Kommuner bedöms således vara i behov av en funktion som är känd av andra aktörer i samhället och som bl.a. har ständig beredskap

[130] Socialstyrelsen (2020): *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse* (artikelnummer 2020-1-6569).

och nödvändiga beslutsmandat för att t.ex. kunna evakuera äldreboenden, ge stöd till andra kommuninnevånare eller ta emot patienter från regionen i en kritisk situation. Att ställa krav på att kommuner ska inrätta en särskild sjukvårdsledning bedöms inte rimligt. Inte heller torde det vara lämpligt att ställa krav om en särskild tjänsteman i beredskap enkom för sjukvårdsändamål. Möjligen skulle det vara lämpligt om en kommun skapade en beredskapsfunktion som är gemensam för kommunens verksamheter, t.ex. genom en tjänsteman i beredskap. Ett sådant krav skulle kunna införas i t.ex. LEH. Detta ligger dock utanför ramen för det uppdrag som givits denna utredning.

4.2.4 Behovet av ytterligare bestämmelser avseende planering för samverkan och ledning samt larmfunktioner

Som framgår avsnitten 4.1.4 ovan anser utredningen att det att det utöver planeringsbestämmelser i lag finns behov av vissa ytterligare föreskrifter om planering. Utöver vad som redan anförts där vill utredningen framhålla följande.

Utredningen anser inte att det finns skäl att genom föreskrifter försöka tvinga fram en enhetlig ledningsstruktur hos kommuner och regioner som ska ha mandat att leda all verksamhet. Det viktigaste är att regioner och kommuner planerar så att de kan leda sin samlade organisation effektivt. Föreskrifter om planering som avser ledning och samverkan bör ta sikte på detta och utformas så att det preciseras vad planeringen ska utmynna i.

Det finns skäl att i närmare föreskrifter på lägre nivå än lag ställa krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof. Det finns käl att ställa krav på planering som utmynnar i en funktion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet. Mandat för ledning av bör också så långt möjligt överlåtas till en sådan funktion. Det finns skäl att införa föreskriftskrav som innebär att kommuner och regioner i en plan ska redogöra för och fastställa hur ledning och samverkan av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof. Det finns då skäl att ställa krav på planering som utmynnar i en funktion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet. Mandat för ledning bör också så långt

möjligt överlåtas till en sådan funktion. Det finns också skäl att införa föreskriftskrav som innebär att kommuner och regioner i en plan ska redogöra för och fastställa hur ledning och samverkan av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof.

En larmfunktion för sjukvårdsverksamheten bör precis som i dag kunna ta emot ett larm, verifiera uppgifter, vid behov larma vidare och initiera och samordna det inledande arbetet med en händelse. Det bör av den plan som regionen tar fram framgå hur denna funktion är organiserad och vilka mandat funktionen har att omfördela resurser. Utredningen anser att det i en föreskrift ska finnas krav på att det av de planer som tas fram ska framgå hur nödvändiga funktioner i hälso- och sjukvården larmas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården. Det ska av planen också framgå hur man ska larma andra funktioner och vilka mandat larmfunktionen har.

4.2.5 En aktuell uppfattning av läget utgör grunden för beslut

Bedömning: En god lägesuppfattning är grundläggande för beslutsfattande. Det finns anledning att utifrån de lärdomar som gjorts under pandemin fortsätta utveckla arbetet med lägesbilder inom hälso- och sjukvårdssektorn, både regionalt och nationellt. Sådant arbete måste ske innan en kris inträffar. I arbetet bör man utgå ifrån olika scenarier så att lägesbilderna stödjer flera olika typer av händelser inklusive krig. Arbetet bör göras gemensamt inom sektorn och i nära dialog med kommuner och regioner.

All form av beslutsfattande underlättas av en god uppfattning om läget, lägesuppfattning. Det gäller för alla verksamheter och såväl i normalläge som vid fredstida kriser och i krig. Lägesbilder bidrar till god lägesuppfattning. Regeringen uttalade redan i propositionen *stärkt krisberedskap – för säkerhets skull* år 2007 att en samlad lägesbild utgör grunden för att aktörerna i krisberedskapssystemet ska kunna genomföra lämpliga åtgärder och samverka. Regeringen ansåg vidare att förmågan att skapa samlade lägesbilder borde stärkas.[131] Det kan

[131] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 18.

redan här framhållas att denna utredning delar denna uppfattning och det finns dessutom alltjämt skäl att öka förmågan att samla ändamålsenliga lägesbilder.

Det är inte alltid i fredstida kriser och krig möjligt att ha ett så fullgott beslutsunderlag som man skulle önska. Framför allt kan man sakna information om hur händelserna kommer att utvecklas. Beslut kan i stället behöva fattas på ofullständiga underlag, osäkra bedömningar av framtida händelseutveckling och med stor tidspress. Detta till trots finns skäl att alltid sträva efter att skapa ett så fullgott beslutsunderlag som möjligt.

Inom hälso- och sjukvården är strävan att arbeta evidensbaserat. Detta grundar sig på och avspeglas i patientsäkerhetslagens krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet[132]. För att detta ska vara möjligt krävs tillgång till bästa tillgängliga kunskap i den meningen att det ska vara ett så tillförlitligt underlag som möjligt. Evidens kommer oftast från vetenskapliga studier.

Det är dock inte alltid möjligt att fatta beslut utifrån evidens eftersom sådan kan saknas och det kan saknas tid att genomföra ny forskning. I lägen då beslut måste fattas skyndsamt kan situationer uppstå då tiden inte heller medger sammanställningar och värderingar av befintliga evidens. Frågan om ett beslutsunderlag kan anses adekvat måste då bedömas med hänsyn till situationen. Även om det helt saknas evidens finns det naturligtvis skäl att tillse att ett beslutsunderlag möjliggör bedömningar av vad som skulle kunna vara lämpliga åtgärder, i synnerhet om alternativet leder till större skada.

Detta avsnitt syftar till att beskriva det allmänna behovet av lägesbilder som stöd för beslutsfattande i hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig. Utredningen har i föregående delbetänkande *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* beskrivit behovet av, och lämnat förslag kring, nationella lägesbilder för sjukvårdsprodukter.[133] Där finns också utförligare beskrivningar av utmaningarna med lägesbilder för kommuner och regioner avseende sjukvårdsprodukter under utbrottet av covid-19.[134]

[132] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[133] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 ff.
[134] A.a., s. 771.

Lägesbilder och lägesuppfattning

Som tidigare anförts gäller det att så långt det är möjligt undvika katastrofsituationer i vården och, om sådana ändå inträffar, hantera dessa så att konsekvenserna för patienter och personalen i vården minimeras.

Beslutsfattare i kommuner och regioner måste i svåra situationer snabbt kunna överblicka en kritisk situation och skapa sig en god lägesuppfattning så att de kan vidta adekvata åtgärder. För detta krävs att beslutsfattare har tillgång till beslutsunderlag med relevanta uppgifter om exempelvis vissa fastställda kapacitetsgränser samt hur förhållandet mellan vårdresurser och vårdbelastning är och utvecklas. Ett viktigt sådant beslutsunderlag är en aktuell lägesbild.

Begreppet lägesbild beskrivs av MSB som *samlad information som bildar en grund för beslut*.[135] Enligt regeringens innebär begreppet *en sammanställning av uppgifter för att få en bild över vad som har hänt, händer eller kommer att hända. Lägesuppfattning är en bedömning av hur det som inträffat påverkar aktörens sammanhang*. Aktörens lägesuppfattning bygger således på en lägesbild. Både lägesbild och lägesuppfattning behövs som underlag för att kunna avgöra om agerande krävs på något sätt och i så fall hur.[136,137]

MSB har också tagit fram en teoretisk vägledning som grundar sig i aktuell forskning kring lägesbilder.[138] Det finns inte anledning att här gå in djupare på dessa detaljer. Det ska dock noteras att det av regeringens definition framgår att en lägesbild inte enbart avser en statisk bild av läget.

Lägesbilder i vardagen

Lägesbilder behövs vid beslut i många olika sammanhang i hälso- och sjukvården, både i vardagen och i särskilda situationer. Vid beslut om budget krävs t.ex. en god lägesuppfattning så att medel avsätts till rätt verksamheter och i tillräcklig omfattning.

Även i den dagliga verksamheten behövs lägesbilder som stöd för beslut. Hur många ”prio ettor” väntar på akuten? Hur många till-

[135] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2010): *Landstingens ledningsförmåga – Vid allvarlig händelse. Handbok med stöd och riktlinjer för landstingens regionala ledningsplatser och dess tekniska förstärkningsåtgärder*, s. 55–56.
[136] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/8:92), s. 18–19.
[137] Samhällets krisberedskap – stärkt samverkan för ökad säkerhet (Skr. 2009/10:124), s. 88.
[138] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016): *Lägesbilder – Att skapa och analysera lägesbilder vid samhällsstörningar* (ISBN: 978-91-7383-685-2).

gängliga vårdplatser finns på hjärtintensiven, medicinavdelningen eller IVA? Hur många patienter är färdiga för utskrivning? Hur många platser har kommunen för att ta emot färdigbehandlade patienter från regionen eller för medborgare som behöver stödboende?

Ovanstående exempel är kraftigt förenklade. De flesta beslut vi fattar i vardagen fattas dock på grundval av information som kommer från olika lägesbilder. Det är dock mindre vanligt att vi pratar om lägesbilder och lägesuppfattning i vardag än vid en kris eller när något särskilt har hänt. Det kan göra att när vi ska ställa om och hantera en pågående kris framstår lägesbilder som något nytt och främmande. Genom att tydliggöra och öka förståelsen för lägesbildernas betydelse för den vardagliga sjukvården skapas en god grund även för att hantera kriser.

Med goda lägesbilder som underlag ökar möjligheterna att fatta kloka och rationella beslut om t.ex. vilket stöd som behövs, vilka verksamheter som behöver ställas om och vilken extra personal som behöver kallas in. De flesta regioner har sannolikt informationssystem och ett datalager för viss information. Sannolikt finns även någon form av vårdplatskoordinator.

Lägesbilder behöver innehålla prognoser

För att en lägesbild ska bli tydlig och bidra till god lägesuppfattning behöver den kompletteras med prognoser och bedömningar. Här kan ortopedverksamheten en vinterdag utgöra ett enkelt exempel. Låt säga att beläggningen på ortopedavdelningen är 95 procent och vi behöver fatta beslut om vi ska utöka antalet vårdplatser och kalla in mer personal. Beslutet är beroende av om vi kommer få fler eller färre patienter framöver. Den aktuella väderprognosen anger att vädret kommer ändras och halkrisken upphöra. Vi bedömer, prognostiserar, utifrån detta att inflödet av nya patienter kommer minska och att vi når en beläggning på 70 procent inom ett par dagar. Det samlade beslutsunderlaget ger oss grund att anta att det saknas behov av åtgärder. Det omvända kan naturligtvis också inträffa. Med kommande väderomslag bedöms antalet halkolyckor öka. Behovet av vårdplatser kommer vara 115 procent om ett par dagar. Vilka åtgärder behöver vi utifrån detta beslutsunderlag vidta för att komma tillrätta med situationen?

Även kommuner kan drabbas av händelser där vädret spelar stor roll. Med klimatförändringarna kommer varmare och torrare somrar vilket riskerar att leda till värmebölja. Höga temperaturer utgör en riskfaktor för många äldre. Om det är svårt att hålla ner temperaturerna hemma hos brukare eller på särskilda boenden kan det föreligga en allvarlig risk för hälsan. En lägesbild över situationen behöver då ta hänsyn till väderprognosen. Om värmen väntas avta under de närmaste dagarna kommer sannolikt situationen att lätta av sig själv och kravet på åtgärder minskar.

Även dessa exempel är kraftigt förenklade och tar inte hänsyn till enskilda patienters behov men visar på behovet av att ha en översikt och att göra prognostiseringar utifrån det aktuella läget. Endast genom lägesbilder och prognoser finns möjligheten att vara på förhand och minimera de negativa konsekvenserna av utvecklingen. Exemplen ovan är dock inte helt tagna ur luften. Inte sällan hör eller läser man i media om överbeläggningar, brist på vårdplatser och köer i vården trots att det borde finnas gott om lägesbilder och prognoser. Halka leder varje år till stora problem för sjukhusen och värmeböljor leder till problem för kommunerna. Huruvida dessa problem grundar sig i att man saknar kunskap om läget eller prognos, beror på en grundläggande resursbrist eller en kombination av dessa är svårt att svara på. Sannolikt är det en kombination av ovanstående.

Lägesbilder för hantering av svåra förhållanden i fred och krig

För plötsliga händelser med många skadade eller andra svåra förhållanden finns, utöver behovet av information om den aktuella vårdplatssituationen på olika sjukhus, behov av att t.ex. veta hur många extra vårdplatser som kan tillskapas inom ett givet tidsintervall eller hur mycket extra operationspersonal som kan kallas in med kort varsel. Vid stora skadeutfall behöver också upprättas en god prehospital lägesbild om antalet skadade av olika prioritet, tillgängliga och inkommande sjuktransportresurser och omloppstider. Sådana lägesbilder behövs inte minst för regionens egen verksamhet. Vissa delar i sådana lägesbilder kan, om de ska vara till god nytta, bygga på redan i förväg känd information. Det är exempelvis inte rimligt att vid en omfattande händelse med många skadade börja inventera lediga vårdplatser eller fastställa hur många vårdplatser som kan tillskapas.

Det är i stället rimligt att det inom en kommun eller region redan finns uppdaterad och sammanställd information om resursläget. Sådan information har nämligen inte bara betydelse för den uppkomna situationen utan även för den dagliga sjukvården. Eftersom det verkar råda en mer eller mindre konstant vårdplatsbrist finns det dessutom ännu större skäl till att i vardagen ha en god lägesbild.

I situationer med många drabbade kan det även uppstå behov av att kunna skicka patienter till närliggande regioner, endera direkt från en skadeplats eller sekundärt efter ett första omhändertagande. Därmed finns ett behov av att även kunna ta del av lägesbilder från andra, i första hand närliggande regioner. Sådan information kan erhållas på olika sätt, endera genom att den finns tillgänglig sammanställd i elektronisk form eller genom att man får ringa runt och fråga vilken kapacitet som finns var. Det finns stora fördelar med att snabbt kunna ta del av vilken ledig kapacitet som finns i andra regioner.

På samma sätt är det med lägesbilder i kommuner. Även om lägesbilder kan behöva kompletteras med mer detaljerad information och överenskommelser kan behöva träffas mellan kommunerna eller regionerna innan patienter flyttas, är det sannolikt bättre med lägesbilder än att ringa runt till kommuner och regioner på måfå. Om en sådan bild även innehåller förväntad förändring inom t.ex. 0–72 timmar utgör den ett ännu säkrare underlag för beslut.

Lägesbilder behövs även vid utbrott av smitta, oavsett om smittan är avgränsat lokal/regionalt, nationellt eller om det är en pandemi. Det som möjligen skiljer smittskyddsområdet från övrig hälso- och sjukvård är att det redan i dag finns långtgående krav på rapportering och en kontinuerlig övervakning av smittläget, vilket underlättar skapandet av lägesbilder. I denna del har man kommit längre på smittskyddsområdet än inom den allmänna hälso- och sjukvården. Det vore dock att gå för långt att säga att alla utmaningar därmed är lösta. Det finns tydliga kopplingar mellan smittskyddsområdet och den övriga hälso- och sjukvården som inte är omhändertagna.

Situationen med utbrottet av covid-19 avviker från händelser som medför ett stort antal skadade. Under utbrottet av covid-19 har det varit svårt att prognostisera antalet covid-sjuka i vården. Orsakerna till detta är fortfarande oklara men dels kan det bero på att covid-19 var ett nytt virus, dels på att det stundtals saknats en överblick och god prognos över smittspridningen och hur många som faktiskt kommer behöva sjukhusvård. Med ledning av de data som samlas in från

testning kan dock antas att ju fler smittade, desto fler kommer behöva sjukvård. Utmaningen ligger sannolikt i att avgöra vart smittspridningen tar vägen, vilket påverkas av befolkningens beteende.

Utbrottet av covid-19 utgör ett exempel på ett område där det inledningsvis saknas vetenskapliga evidens och kunskap om hur stor andel av de smittade som blir allvarligt sjuka. I sådana situationer är det initialt nödvändigt att försöka prognostisera utifrån de underlag som finns tillgängligt. Det vill säga det måste gå att, utan att veta exakta tal, uppskatta utvecklingen över tid. I efterhand kan detta alltid kritiseras, men bedömningen av vad som är rätt eller fel måste göras mot vilken kunskap som fanns vid beslutstillfället. I takt med att situationen utvecklas genereras dock mer kunskap och prognosunderlagen blir bättre. För de kommuner och regioner som hela tiden ligger mycket nära kapacitetstaket i vardagen, kommer minsta ökning att bli en utmaning.

Behovet av lägesbilder omfattar naturligtvis inte enbart personal, vårdplatser eller sjukvårdsprodukter utan är egentligen betydligt bredare och omfattar alla de produkter, tjänster och resurser en kommun eller region behöver för att bedriva vård. Exempel på sådana resurser är tillgången på elektricitet, drivmedel, information- och kommunikationssystem, vatten och andra förnödenheter som är av betydelse men inte direkt kan klassas som sjukvårdsprodukter. Att rapportera alla olika förnödenheter och tjänster på regelbunden basis kan dock vara alltför resurskrävande. Ett visst mått av flexibilitet måste därför finnas i vad som kan rapporteras och vad som rapporteras regelbundet. Det kan också finnas behov av att skapa specifika lägesbilder inom olika funktionsområden. T.ex. kan det behöva upprättas särskilda lägesbilder över personalläget, förnödenhetsförsörjning eller för elektroniska kommunikationer och it. Dessa delar blir då en del av regionens samlade lägesbild. De enskilda delarna kan också behöva delges andra myndigheter än Socialstyrelsen. Till exempel kan lägesbilden över elektroniska kommunikationer och it behöva delges Post- och telestyrelsen eller E-hälsomyndigheten.

Beslutsunderlag kan vara mer eller mindre omfattande eller underbyggda. Många gånger kan det vara svårt att med en hundraprocentig säkerhet beskriva läget, vad som krävs för att nå ett nytt läge eller hur läget kommer utvecklas över tid (prognos). Beroende på situation kan också olika mycket tid finnas tillgänglig för att ta fram dessa underlag. Detta är vid kriser och i krig faktorer eller osäkerheter som

är helt normala och hanterbara så länge man är medveten om dem och osäkerheterna kan beskrivas.

Att ta fram lägesbilder kan vara krävande

Det uppfattas många gånger av kommuner och regioner som betungande att ta fram lägesbilder. Särskilt betungande är det om det är många aktörer som ska få del av lägesbilden och de olika aktörerna har olika önskemål om lägesbildens innehåll och utformning samt när den ska levereras.

Sannolikt förstår det flesta behovet av ett gott beslutsunderlag och att ett beslut ska grundas på en god lägesuppfattning. Det kan dock vara så att den som ska sammanställa informationen även är pressad och har andra arbetsuppgifter och inte tydligt kan se vilken nytta lägesbilden har. Det är sannolikt så att det tas fram lägesbilder som inte används som beslutsunderlag, det är också sannolikt så att det tas fram lägesbilder som inte stödjer beslutsfattande. Detta innebär att arbete med lägesbilder måste bli tydligare. De lägesbilder som tas fram måste vara motiverade. Motivationen till att bidra till en lägesbild och god lägesuppfattning ökar om man själv ser att man får ut något av processen. Dvs. att de underlag man levererar faktiskt leder till beslut som stödjer den pressade situationen eller att man får tillbaka en aggregerad lägesbild som man själv kan stödja sina beslut på.

Vem behöver ha en lägesbild?

Syftet med lägesbilderna är, som angavs inledningsvis, att stödja beslutsfattande. Lägesbilder behövs därför på alla olika nivåer där beslut fattas. Detta gäller på en enskild klinik, ett sjukhus eller i en region likväl som på nationell nivå hos en myndighet eller regeringen. Vad en lägesbild ska visa behöver därför relatera till aktörens ansvar, det beslut som ska fattas och den tidsdimension som beslutet avser.

Det framhålls ibland att det inte är meningsfullt att till den nationella nivån rapportera hur många lediga vårdplatser som finns då detta snabbt kan förändras. Det är i detta avseende viktigt att skilja på det egna behovet av en lägesbild och vad som rapporteras för att tillgodose andras behov.

En kommun eller region behöver för sitt eget beslutsfattande i en enskild verksamhet ha en lägesbild med en hög upplösning för att kunna hantera akuta händelser i den egna verksamheten. På regionnivå bör beslutsfattandet ha en, åtminstone till del, annorlunda tidshorisont vilket innebär att man snarare är i behov av en övergripande bild och en bedömning av utvecklingen. Det är kanske inte relevant för den politiska ledningen att veta om det är 25 eller 27 lediga IVA-platser utan att få kännedom om man bedömer att ligga på en belastning närmare 100 procent under överskådlig tid. En nationell myndighet, som arbetar i en annan tidsdimension, har kanske inte behov av riktigt lika god upplösning i informationen för att stödja sitt beslutsfattande. En nationell myndighet kan i vissa fall ha behov av en högre upplösning men i många fall finns behov av att se trender som man ser på längre sikt för att vid beslut och åtgärder försöka stödja kommuner och regioner. Dock krävs för de förslag som utredningen redogör för i avsnitt 5.3 att Socialstyrelsen har en tillräckligt god lägesuppfattning för att kunna fatta beslut om stöd.

Avslutningsvis kan det alltså konstateras att flera olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet behöver ha tillgång till lägesbilder, men att behovet skiljer sig åt. En viktig aspekt att beakta i dessa sammanhang är vilka möjligheter som finns att rapportera olika information till olika aktörer. Eftersom rapportering av information sällan är en huvuduppgift för en aktör måste detta ske med en viss rationalitet. Det vill säga det kan vara så att olika aktörer måste nöja sig med den grundinformation som rapporteras och att den mottagande myndigheten själv måste bearbeta informationen till stöd för sina beslut. Detta hindrar dock inte de rapporterande aktörerna att, delge specifik information till en viss aktör.

Tidigare försök att skapa nationella lägesbilder

Behovet av lägesbilder är inte nytt. Det som möjligen förändrats är de tekniska möjligheterna att nyttja informationsteknologi som stöd i processen att ta fram och dela lägesbilder. 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”.[139] Systemet skulle vara fullt implementerat i samtliga regioner år 2005. 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.[140] 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 denna proposition beslutade Socialstyrelsen att avveckla 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.

Uppbyggnaden av gemensam lägesbild görs rimligen med stöd av informationssystem på ett sätt så att de aktörer som har behov av informationen kan ta del av denna. Information kan då presenteras på olika sätt utifrån registrerade uppgifter i en databas. Därmed kan detaljeringsgraden eller den geografiska skärningen styras utifrån aktörens behov. Vid ett framtagande av ett system som omfattar så detaljerad information behöver behovet av säkerhetsskydd särskilt beaktas så att informationen kan överföras säkert och så att endast behörig personal får tillgång till informationen (se vidare nedan).

Lägesbilder kräver standardiserad information

För att lägesbilder ska kunna delas och på nationell nivå kunna stättas samman till en gemensam lägesbild förutsätts att de beskriver samma sak. Därmed finns ett behov av att mäta samma parametrar. Det finns alltså ett behov av att veta om 10 IVA-platser i en viss region motsvarar 10 IVA-platser i en annan region. En viktig utgångspunkt för arbetet med att kartlägga och tillskapa vårdplatser är att definiera vad som avses med en viss typ av vårdplats. Utredningen lämnade redan i delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* förslag på att gemensamma kriterier för olika typer av vårdplatser skulle tas fram.[141] Socialsty-

[139] Det ska noteras att IS SWEDE kanske i dag snarare skulle betraktas som ett ledningsstödsystem än ett ledningssystem.
[140] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 77.
[141] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 78 f.

relsen har sedan dess fått i uppdrag att genomföra en kartläggning och sammanställning av den nationella vårdkapaciteten utifrån gemensamma kriterier för vårdplatser vid höjd beredskap och krig.[142] Denna del av uppdraget ska redovisas senast den 1 september år 2022. Arbetet utgör en viktig pusselbit i framtagandet av lägesbilder. Det förutsätter dock att kommuner och regioner dokumenterar i enlighet med de definitioner som tas fram. Det torde dock finnas ett stort egenintresse för regionerna att göra detta då det underlättar samverkan i alla led.

Rapportering av lägesbilder under pandemin

Utredningen har i föregående delbetänkande *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* beskrivit behovet av, och lämnat förslag kring, nationella lägesbilder för sjukvårdsprodukter.[143] Där finns också utförligare beskrivningar av utmaningarna med lägesbilder för kommuner och regioner avseende sjukvårdsprodukter under det initiala utbrottet av covid-19.[144] Här fokuseras i stället på den samlade rapporteringen av lägesbilder inom hälso- och sjukvårdsområdet utifrån den pågående pandemin. Inledningsvis kan det konstateras att det under pandemin, när det gäller samlade lägesbilder inom hälso- och sjukvården på nationell nivå, förekommer i huvudsak tre aktörer Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och MSB. På regeringens uppdrag ska också länsstyrelserna varje vecka redovisa länets samlade lägesbild. Lägesbilderna rapporteras gemensamt till regeringen via länsstyrelsernas samordningskansli. I lägesbilden redovisas bland annat länets utveckling av covid-19, behov av samverkan, planerade och genomförda åtgärder samt hur kommunernas, regionens och andra regionala aktörers verksamhet påverkas.[145]

Utredningen uppfattar att det under pandemin skett en stor utveckling av rapporteringen av lägesbilder, framför allt inom Socialstyrelsens område vad gäller tillgången på personlig skyddsutrustning, tillgången på vårdplatser och läget i särskilda boendeformer. Inom smittskyddet fanns redan före pandemin digitala verktyg för rappor-

[142] 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]).
[143] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 ff.
[144] A.a., s. 771.
[145] www.lansstyrelsen.se/vastra-gotaland/samhalle/krisberedskap/covid-19/lansstyrelsens-arbete-med-covid-19.html, besökt 2021-12-19.

tering av smitta genom SmiNet. Folkhälsomyndigheten har sedan länge inom ramen för sitt uppdrag i vardagen en vana att sammanställa olika lägesbilder över t.ex. smittspridning och antibiotikaresistens. Under pandemin har detta kompletterats med ytterligare rapporter.

Socialstyrelsen har under pandemin haft en större uppförsbacke och tvingats införa och anpassa ett nytt digitalt verktyg för lägesbildshantering.[146] Dessa skillnader grundar sig sannolikt till del i att de två myndigheterna är väldigt olika ”operativa” i vardagen.

Socialstyrelsens samlade lägesbild bygger bl.a. på statistik från Svenska intensivvårdsregistret, regionernas egen analys om påverkan samt Socialstyrelsens enkäter till kommunerna. Lägesbilden är summarisk och bygger mycket på historisk utveckling (60 dagar) av olika vårdplatser, stabslägen[147] samt aktuell kommunal och regional påverkan.[148] Rapporten publiceras inte på webben. Bakomliggande detaljer i lägesbilden kan omfattas av sekretess enligt 13 kap. 18 § offentlighets- och sekretesslagen och delas normalt inte. De lägesbilder som utredningen tagit del av fokuserar mer på historik och nuläge än på analys, bedömning för framtiden och åtgärder. Den bakomliggande regionala bilden har också brister i tydlighet, framför allt i vad som avser fakta och bedömning om prognos. Den ”delbara lägesbilden”, dvs. den del som inte omfattas av sekretess enligt OSL omfattar exempelvis information som att det finns *x* disponibla IVA-platser, *y* procent av regionerna har covid-patienter, ledig IVA-kapacitet är *z* procent osv. Det finns *en* analys av hur många regioner som förväntar sig en förändring inom 24–72 timmar och 10–15 dagar. Det finns en motsvarande samlad bedömning för kommunerna. Lägesbilden kopplar inte till Folkhälsomyndighetens lägesbilder och rapporter, se nedan.

Folkhälsomyndighetens veckorapporter om covid-19 innehåller ett stort mått av statistik men även länkar till ytterligare rapporter och underlag. Veckorapporten innehåller även viss information om vidtagna åtgärder (t.ex. nya rekommendationer v. 50) samt övergripande råd till befolkningen (stanna hemma om du har symtom).[149] Veckorapporter är omfattande (17 sidor) och publicerad på webben. Lägesbilden omfattar detaljerad statistik uppdelat per vecka under hela året. Viss information kring intensivvårdskapacitet överlappar

[146] www.4cstrategies.com/nordic/socialstyrelsen-covid-19/, besökt 2021-12-19.
[147] Huruvida regionen varit normalläge, stabsläge, förstärkningsläge eller katastrofläge.
[148] Socialstyrelsens delbara lägesbild vecka 34, 2021-08-26 samt underliggande regionala bilder.
[149] Folkhälsomyndigheten (2021): *Veckorapport om covid-19, vecka 49*.

med Socialstyrelsen. Även Folkhälsomyndighetens veckorapport saknar i stort bedömningar av kommande utveckling och framtida åtgärder. Folkhälsomyndigheten gör i stället prognoser över utvecklingen av smittspridningen åt regeringen enligt särskilda regeringsuppdrag.[150] Med utgångspunkt i dessa prognoser vidtas åtgärder endera av Folkhälsomyndigheten eller regeringen.

Folkhälsomyndigheten publicerar också prognoser för inläggningar på vårdavdelningar till följd av covid-19 som en separat rapport.[151,152] Folkhälsomyndigheten tar sammanfattningsvis fram många och omfattande underlag men någon lättillgänglig nationell samlad lägesbild kan vara svårt att finna.

Nationella lägesbilder som saknar bedömningar från expertmyndigheter gör det svårt för andra aktörer fatta egna beslut. Expertmyndigheterna är just experter och för att andra som inte har den kompetensen ska kunna fatta beslut behöver det finnas en djupare analys och bedömning. Det bör då framgå att det är myndighetens bedömning. Det finns stora fördelar med att även redovisa grunddata, det gör att den som har kompetens kan göra egna bedömningar. En lägesbild bör också följas av rekommendationer om vilka åtgärder som kan eller bör vidtas för att förbättra läget.

Det är stor skillnad mellan Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens rapportering. Till viss del kan detta skilja sig i att den aktuella händelsen rör just ett smittoutbrott och att Folkhälsomyndigheten därmed är central, samtidigt har det under pandemin stått klart att det är sjukvårdens förmåga att ta hand om svårt sjuka patienter som varit den största utmaningen.

Det är intressant att notera att det inte verkar finnas någon koppling mellan de prognoser om kommande inläggningar i sjukvården som Folkhälsomyndigheten publicerar och de redovisningar som Socialstyrelsen gör avseende vårdplatsläge, åtminstone inte i de underlag som utredningen tagit del av. Det är oklart i vilken grad regionerna tillämpat prognoserna över framtida inläggningar i sin planering och sina åtgärder. Det är just den typen av bedömningar som borde föranleda åtgärder både på myndigheter och i regioner. Här kan man ställa

[150] Folkhälsomyndigheten (2021): *Risk för ökad smittspridning och nationella och regionala klusterutbrott under hösten och vintern 2021.*
[151] Folkhälsomyndigheten (2021): *Prognoser för inläggningar på intensivvårdsavdelning till följd av covid-19, vecka 50.*
[152] Folkhälsomyndigheten (2021): *Prognoser för inläggningar på vanlig vårdavdelning till följd av covid-19, vecka 50.*

sig frågan om det skulle finnas ett värde av att ha en mer samlad bild av hälso- och sjukvårdens förmåga som en myndighetsgemensam lägesbild för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens insamling och presentation av data har förbättrats under pandemins utveckling men det förefaller fortfarande finns friktioner i rapporteringen mellan regioner och myndigheten både vad avser regionernas arbetsinsats, metod och vad regionerna får ut av rapporteringen. Som beskrevs inledningsvis är det centrala i rapportering och lägesbilder att de ska stödja beslutsfattande, inte att det ska utgöra statistikredovisningar för eventuell framtida forskning.

Arbete med automatiserad insamling av data

Socialstyrelsen har under hösten år 2021 initierat ett projekt med att samla in de data som varit aktuella under utbrottet av covid-19 automatiskt till Socialstyrelsens datalager. En sådan utveckling kommer förstärka Socialstyrelsens förmåga att skapa nationella lägesbilder. Automatisering innebär att data kan hämtas in mer frekvent, med högre detaljupplösning och att det manuella arbetet med att sammanställa uppgifter minskar. Avsikten är att på sikt samla in data från kommuner, regioner, länsstyrelser, andra sjukvårdsmyndigheter och relevanta kvalitetsregister. Insamlingen av data kommer ske på ett sätt som säkerställer den informationssäkerhetsklass som är nödvändig. Socialstyrelsen ska sedan med datalagret som grund kunna skapa nationella lägesbilder.

Utgångsläget under hösten år 2021 är att det är frivilligt för regioner och kommuner att gå in i arbetet med automatisk datainsamling. För de kommuner och regioner som så önskar finns möjligheten till formulärbaserad insamling av data att finnas kvar.

Regeringen har gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie för hur myndigheten ska kunna tillhandahålla en nationell digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Syftet är att klargöra hur staten ska kunna tillhandahålla en digital infrastruktur för kommuner och regioner som bedriver nationella kvalitetsregister. En gemensam statlig nationell infrastruktur ska öka nyttiggörandet samt underlätta, och minska administrationen för regioner,

Sid 423(1295)

kommuner och statliga myndigheter.[153] Uppdraget, så som det ser ut, avser inte beredskapsfrågor. Utredningen kan dock konstatera att under utbrottet av covid-19 har beläggningen inom intensivvården byggt på data som hämtats Svenska intensivvårdsregistret, förkortat SIR. I den mån den information som efterfrågas för lägesbilder finns och är uppdaterad i kvalitetsregister är detta ett bra sätt att samla in den typen av information. I detta avseende är uppdraget till E-hälsomyndigheten en viktig pusselbit. Det är dock viktigt att beakta att informationen ytterst kan komma att behövas under sådana förhållanden då det kan vara mycket stor påverkan på samhällets funktionalitet och att systemen behöver byggas med detta i beaktande.

Vilken information behöver lägesbilder innehålla?

Som konstaterades inledningsvis finns inte enbart behov av att redovisa eller rapportera data. En kommun eller region måste ta fram en egen lägesbild. En sådan lägesbild behöver innehålla information i flera tidsperspektiv, på kort, medellång och lång sikt. För att kunna presentera information i framåtsyftande tidsperspektiv behöver ett visst mått av analys göras. Hur kommer situationen att förändras? Om situationen bedöms förvärras (går från ”grönt” mot ”rött”) bör lägesbilden innehålla vilka åtgärder som kan vidtas eller som utreds för att förändra läget. Om situationen redan är mycket svår och åtgärder vidtagits som ger effekt bör det av lägesbilden framgå och i ett längre tidsperspektiv bör läget redovisas som att det går från ”rött” till ”grönt”. Genom att infoga denna typ av prognoser får beslutsfattare som tar del av lägesbilden en bättre uppfattning om vad de kan göra för att påverka situationen. Det blir också ett bättre underlag för andra aktörer.

Om det är möjligt är det också viktigt att beskriva vilken händelseutveckling som är troligast och farligast samt om det finns tydliga omslagspunkter. Sådana bedömningar kan kopplas till enskilda parametrar eller vara övergripande.

En lägesbild behöver fastställas. Informationen i lägesbilder kan vara känslig på flera olika sätt. Vissa delar av lägesbilden kan anses utföra känslig information utifrån att det redovisas risker eller sårbar-

[153] Uppdrag att genomföra en förstudie om digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister (S2021/06170 [delvis]).

heter, andra aspekter kan vara om det finns koppling till Sveriges säkerhet. Det finns därför ett behov av att bedöma vilken informationssäkerhets- eller säkerhetsskyddsklass materialet omfattas av. Informationen kan också anses vara känslig ur ett politiskt perspektiv. En lägesbild behöver fastställas att gälla för en viss tidsperiod. Ett sådant fastställande behöver göras av en behörig person med rätt mandat. Även eventuell informationssäkerhets- eller säkerhetsskyddsklass behöver fastställas. Hur detta görs behöver framgå av rutiner i regionen (en del av regionens ledningssystem). Lägesbilden behöver sedan kommuniceras till de som har behov och behörighet att ta del av denna. Det kan finnas många stödfunktioner i en kommun eller region som har nytta att får en övergripande bild över situationen för att de ska kunna fatta rätt beslut inom sin verksamhet, vara proaktiva och kunna stödja verksamheterna.

Lägesbilder behöver som regel avse en viss verksamhet och anpassas efter parametrar som är relevanta för den verksamheten. Många lägesbilder torde behöva vara verksamhetsspecifika. I andra fall kan det behöva göras en mer allmän lägesbild, t.ex. över läget i en region. En sådan lägesbild bör lämpligen vila på de verksamhetsspecifika lägesbilderna.

Den av Socialstyrelsen föreslagna automatiska insamlingen av vårdparametrar från datalager innebär säkerligen en god uppfattning om nu aktuell beläggning och ledig kapacitet. Detta är en grundvariabel, men att redovisa dagsaktuella siffror utan underliggande prognosdata och analys kommer försvåra myndighetens uppdrag att lämna lägesbilder med en kvalificerad prognos. Om en region har ett svårt läge och har vidtagit åtgärder för att ändra detta inom de närmaste tre dygnen finns risken att myndigheten fattar beslut på för tillfället korrekt, men på längre sikt inkorrekt information.

Socialstyrelsens insamling av data automatiskt underlättar sammanställningen på många sätt. Det gör också att myndigheten kan komplettera informationen med data från andra källor. Det är dock viktigt att denna information kompletteras med kommuner, regioners och andra myndigheters samlade lägesbilder.

Socialstyrelsen startar nu arbete med att automatiskt samla in vissa uppgifter som haft relevans för situationen med covid-19. Det är viktigt att arbete inte stannar här. De data som rapporteras är vad utredningen erfar ännu inte standardiserade, dvs. de kan innebära olika saker i olika regioner. Andra kriser kan också kräva andra para-

metrar. Det är därför viktigt att det genomförs ett arbete med att ta fram en grunduppsättning variabler som ska ingå i rapporteringen och som har generisk betydelse för katastrofmedicinska händelser eller andra fredstida kriser. En sådan rapportering måste brett täcka kommuners och regioners förmåga på hälso- och sjukvårds- samt omsorgsområdet.

Historiska data kan vara relevanta för att skapa prognoser, ffa vid s.k. extrapolering. Fokus i lägesrapporterna bör vara framåtsyftande.

Behovet av sekretess eller säkerhetsskydd

Information som delges i form av lägesbilder kan vara av den art att de kan anses omfattas av olika former av sekretess. Det kan också vara så att den information som sammanställs hos en aktör utifrån flera olika andra aktörers delgivna information blir så omfattande att den bör omfattas av sekretess. När det gäller hälso- och sjukvården och upprättandet av lägesbilder kring resurstillgång är det framför allt 18 kap. 13 § eller 15 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), i det följande förkortat OSL, som bedöms komma i fråga. Utredningen har även i tidigare betänkandet *en stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* föreslagit en ny bestämmelse i OSL som kan vara aktuell vad avser sekretess för enskilds affärs- och driftförhållanden i en myndighets verksamhet som avser utredning, planering, tillsyn eller annat ärende enligt den föreslagna lagen om lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs. denna fråga vad avser lägesbilder och sekretess avseende sjukvårdsprodukter.[154]

Det är utifrån ovanstående viktigt att aktörerna genomför en analys av informationens skyddsvärde (säkerhetsskyddsanalys) och huruvida den omfattas av någon annan sekretess. En sådan analys gör att informationen kan klassificeras på rätt sätt. Det ska dock noteras att det enligt 10 kap. 28 § OSL framgår att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. För att informationen ska kunna lämnas över behöver det säkerställas att den sändande och den mottagande myndigheten har förmåga att överföra och hantera informationen på

[154] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 595 f.

ett korrekt sätt. Kommuner och regioner behöver också få ta del av lägesbilder

För att kommuner och regioner ska kunna stödja varandra på frivillig väg behöver de kunna få del av sådan information som rapporteras in och de nationella lägesbilder och bedömningar som blir resultatet av nationella sammanställningar i de fall det behövs för regionernas beslutsfattande. Detta innebär att kommuner och regioner inte behöver inhämta information ifrån alla andra kommuner och regioner direkt och sammanställa denna. Ur ett samhällsperspektiv är en sådan ordning betydligt mer resurseffektiv. Dessutom innebär det att regionerna får ta del av nationella bedömningar. Detta kan vara viktigt då staten kan ha information om läget inom andra myndigheter eller i relation till andra länder som kommuner och regioner saknar.

Under utbrottet av covid-19 fick Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser. Uppdraget innebar i huvudsak att skapa nationella lägesbilder av antalet intensivvårdsplatser och ECMO-intensivvårdsplatser att kontinuerligt förmedla information till regionerna för att stödja dem i koordinationen, och att stödja regionernas arbete med att utöka antalet intensivvårdsplatser. Uppdraget att kontinuerligt förmedla aktuella lägesbilder till regionerna för att stödja dem i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet, förutsatte att sammanställningar av nationella och regionala lägesbilder återförmedlades till regionerna. Detta bedömdes av Socialstyrelsen initialt inte vara möjligt eftersom sådana sammanställningar kunde ge en fingervisning om Sveriges beredskapsförmåga, varför dessa sammanställningar sekretessbelades. Konsekvensen av detta blev ett kunskapsvacuum för regionerna vilket omöjliggjorde en behovsstyrd samordning av landets IVA-resurser. Som följd av denna bristande återkoppling av tolkad information initierade därför hälso- och sjukvårdsdirektörerna ett vårdstyrt samordningsnätverk, ”IVA-samordningsnätverket”. Denna gruppering sammanställde och bearbetade med stöd av SIR samma data som hämtats av Socialstyrelsen till ett eget dagligen uppdaterat arbetsmaterial som underlag till styrning.[155]

Det kan utifrån ovanstående konstateras att två saker, dels att det uppenbarligen saknas en lag- eller förordningsstyrd möjlighet att dela information mellan Socialstyrelsen och kommuner och regioner,

[155] Sverige under pandemin (SOU 2021:89), s. 463.

dels att det när information inte kan delas hittas andra vägar för att lösa de problem som behöver lösas. I detta fall hittade regionerna ett alternativt sätt att dela information utan beaktande av säkerhetsskyddet.

Det är nödvändigt att centrala myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet kan dela information av betydelse för vårdens bedrivande med kommuner och regioner med bibehållen sekretess. För detta ändamål behöver det införas en uttrycklig bestämmelse som gör att det går att tillämpa 10 kap. 28 § OSL på sådan information som avser lägesbilder.

4.2.6 Den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten och samordning av sjukvården i totalförsvaret

Bedömning: Grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten i höjd beredskap och krig åstadkoms genom den nationella planeringsprocessen för totalförsvaret och den regionala gemensamma planeringen inför höjd beredskap. Genom dessa processer identifieras gap och utvecklingsbehov.

Samordning med Försvarsmakten under en händelse åstadkoms genom samverkan på lokal, regional och nationell nivå.

I höjd beredskap och krig är det av yttersta vikt att sjukvården inom totalförsvaret samordnas. Försvarsmakten är som framgår av bl.a. avsnitt 4.2.6 i mycket stor del beroende av stöd från den civila sjukvården. Även avtalet om värdlandsstöd förutsätter att Sverige kan erbjuda andra nationers trupp sjukvård då dessa bedriver verksamhet i Sverige genom att utländska medborgare som tillfälligt vistas här rätt till omedelbar hälso- och sjukvård.[156]

Som utredningen tidigare framhållit (första betänkandet) är det av stor betydelse att den militära och civila sjukvården vet vad de kan förvänta sig av varandra. Den civila sjukvården behöver veta vilka sjukvårdsuppgifter Försvarsmakten kan och avser att lösa, exempelvis om man avser att ta hand om skadade på stridsfältet och se till att dessa i rimlig tid kommer till ett civilt akutsjukhus. Det kan naturligtvis vara svårt att avgöra exakt vad som utgör stridsfältet och om man verkligen kan ta hand om och avtransportera *alla* skadade som

[156] Samförståndsavtal med Nato om värdlandsstöd (Ds 2015:39), s. 94–95.

kan härröras till vad som skulle kunna utgöra stridsfältet. Det behöver dock stå klart vilken *ambition* man har. På samma sätt behöver man resonera om annan vård.

Totalförsvar är enligt lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap verksamhet som behövs för att *förbereda* Sverige för krig. I fredstid bedrivs bara förberedande åtgärder. Grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten är därför enligt utredningen den planeringsprocess som beskrivits i avsnitt 4.1.8 I planeringsprocessen möts den civila och militära verksamheterna och klargör vilka förutsättningar som finns och hur olika uppgifter ska lösas. Genom en sådan fungerande planeringsprocess på olika nivåer (lokal, regional, nationell) kan ömsesidiga beroenden och behovet av stöd klaras ut. Det är också i denna planeringsprocess som gap mellan förmåga och behov kan identifieras. Sådan kunskap behöver föras tillbaka in i den nationella planeringsprocessen. Det är därför av synnerlig vikt att ett fungerande planeringssystem som även involverar kommuner och regioner kommer på plats.

Om ett krig inträffar kommer det, trots planeringsinsatser, finnas ett stort behov av samordning mellan den civila och militära sjukvården. Sådan samordning kan endast uppnås genom ledning eller samverkan. Eftersom det saknas ledningsmandat mellan det civila och militära försvaret och att varje kommun och region har självstyrelse är det samverkan som måste utgöra grunden för samordningen. Samverkan sker på frivillig grund. För att stödja den militära verksamheten behöver samverkan ske på alla nivåer, lokalt, regional, och nationellt. Det ska dock nämnas att utredningen nedan för ett resonemang om behovet av att staten på nationell nivå i vissa situationer ska kunna ta beslut om omfördelning av resurser. Det är dock en ordning inom den civila hälso- och sjukvården.

Om de förslag om en högre regional nivå för det civila försvaret som lämnats av utredningen om civilt försvar genomförs och civilområdeschefer införs kommer sannolikt en stor del av den regionala samordnade planeringen för totalförsvaret genomföras på en högre regional nivå. Det är i första hand där som den militära och civila sidan kommer mötas eftersom det saknas militära strukturer som motsvarar den regionala nivån. Sjukvårdens organisation och uppgifter på den högre regionala nivån framgår av avsnitt 3.5 Även om sjukvården inte har en mer operativ samordning bedömer utredningen att regionernas endera genom samverkansregionerna eller var och en för sig

kan anslut till en sådan högre regional planering. Utredningen bedömer dock att det i dag är svårt att ur ett mer operativt perspektiv agera enat på den högre regionala nivån då sådana strukturer och mandat helt saknas i hälso- och sjukvården.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten i höjd beredskap och krig åstadkoms genom den nationella planeringsprocessen för totalförsvaret och den regionala gemensamma planeringen inför höjd beredskap. Genom dessa processer identifieras gap och utvecklingsbehov. Samordning med Försvarsmakten under en händelse åstadkoms genom samverkan på lokal, regional och nationell nivå.

4.3 Rapportering

I de föregående avsnitten har både planeringsåtgärder för, och rapportering av lägesbilder avhandlats. Båda dessa knyter nära an till behoven av rapportering. Det handlar både om bestämmelser om rapportering av åtgärder för att stärka beredskapen bestämmelser och om händelsedriven rapportering.

I 2 kap. 9 § LEH finns bestämmelser som innebär att kommuner och regioner dels ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om vilka åtgärder som vidtagits enligt 2 kap. LEH och hur åtgärderna påverkat krisberedskapsläget, dels vid en extraordinär händelse i fredstid ska ge den myndighet som regeringen bestämmer lägesrapporter och information om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärder.

Av 3 kap. 5 § LEH följer vidare att kommuner och regioner under höjd beredskap ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen.

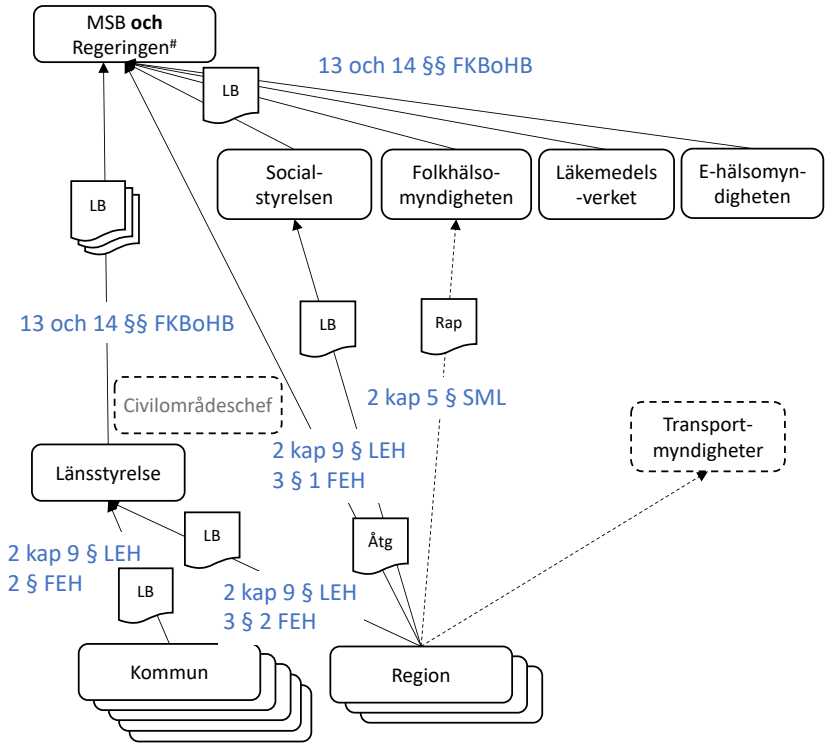
För kommuner innebär rapporteringsskyldigheten att de ska hålla länsstyrelsen informerad enligt både 2 och 3 kap.[157] För regioner innebär skyldigheten att de ska hålla Socialstyrelsen och MSB informerade om *förberedelser* för extraordinära händelser samt informera Socialstyrelsen och länsstyrenslen *under* en extraordinär händelse

[157] 2 och 6 §§ förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

(2 kap).[158] Vid höjd beredskap ska regionerna informera Socialstyrelsen och MSB om de *förberedelser* som vidtagits och Socialstyrelsen, MSB och länsstyrelsen om beredskapsläget *vid* höjd beredskap.[159]

Sid 430(1295)

Figur 4.1 Rapportering vid extraordinära händelser och kriser



Regioner rapporterar enigt LEH och FEH endast till MSB, ej till regeringen

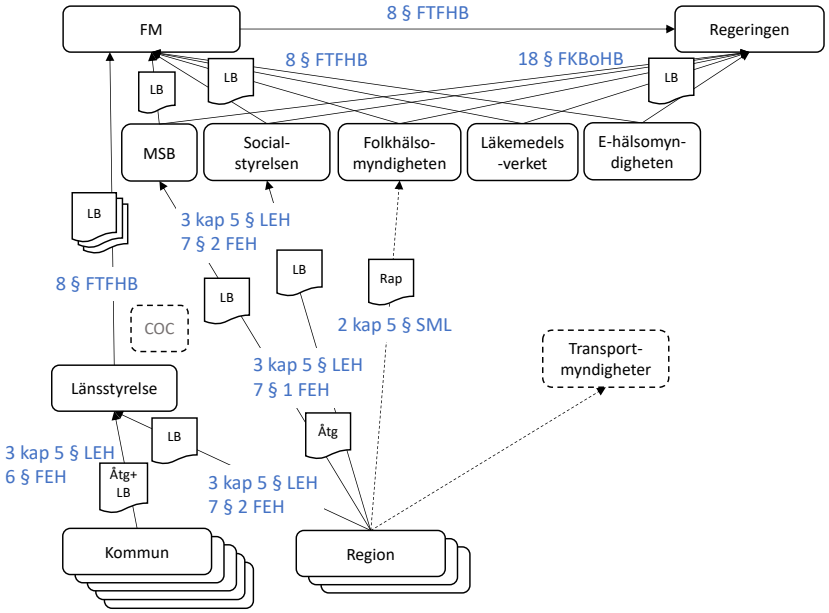
LB, lägesbild. Åtg, åtgärder.

FEH – Förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
FKBoHB – förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
LEH – lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
SML – smittskyddslagen (2004:168).

[158] 3 § i ovan nämnda författning.
[159] 7 § i ovan nämnda författning.

Figur 4.2 Rapportering i höjd beredskap

Sid 431(1295)



LB, lägesbild. Åtg, åtgärder. Rap, rapport.
FEH Förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
FKBoHB – förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
FTFHB – förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.
LEH – lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
SML – smittskyddslagen (2004:168).

Det finns även andra händelsedrivna rapporteringsbestämmelser än de som finns i LEH. Bestämmelser kring rapportering av smitta framgår t.ex. särskilt av 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168). Där anges att en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, utan dröjsmål ska anmäla detta till smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten. Anmälan ska göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form. Denna bestämmelse är fundamental för Folkhälsomyndighetens möjligheter att genomföra epidemiologisk övervakning och kunna sammanställa en nationell lägesbild över smittläget. Informa-

tionsskyldighet av betydelse för smittområdet finns även i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Man får utgå ifrån att om ett utbrott av smitta är så omfattande att det utgör en extraordinär händelse är både rapporteringsskyldigheten i LEH och i Smittskyddslagen tillämpliga.

Även t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller bestämmelser om rapportering av vårdskador och andra säkerhetsrisker. På it-området finns särskilda bestämmelser kring händelserapportering. Kommuner och regioner ska enligt 18 § lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster utan onödigt dröjsmål rapportera incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som de tillhandahåller. Rapporteringen ska göras till den myndighet som är CSIRT, vilket i Sverige är MSB. [160]

Det kan alltså konstateras att det vid sidan av LEH finns bestämmelser av betydelse för rapportering även i annan lagstiftning.

Även om kommuner och regioner inte har en uttrycklig skyldighet att rapportera till regeringen eller Regeringskansliet så har statliga myndigheter enligt bl.a. 13 och 14 §§ förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap hålla regeringen och Regeringskansliet informerad eller lämna underlag som behövs för samlade lägesbilder. Dessa skyldigheter återverkar sannolikt på den information de statliga myndigheterna begär av kommuner och regioner. Därmed får föreskrifterna en indirekt effekt även på kommuner och regioner.

4.3.1 Problem med dagens bestämmelser

Dagens rapporteringsbestämmelser är behäftade med ett antal problem. Nedan redogörs för ett antal av dessa som berör hälso- och sjukvården.

[160] 11 och 12 §§ förordningen (2018:1175) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Bestämmelserna om rapportering i LEH är otydliga

Sid 433(1295)

Den förmåga för totalförsvaret som statsmakterna ställer krav på måste komma till stånd. Förmågekrav har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförsvarspropositionen och som omsätts av regeringen och vidare av bl.a. Försvarsmakten och MSB genom konkreta planeringsanvisningar. Försvarsmakten och MSB presenterar i handlingsplanen för att främja och utveckla en sammanhängande planering i totalförsvaret en ordning där krav, förmågor och behov av utveckling knyts till den statliga budgetprocessen.[161] Planeringssystemet för totalförsvar måste såvitt avser bl.a. hälso- och sjukvård dock även omfatta bl.a. kommuner, regioner som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen.

Enligt LEH följer som tidigare redovisats bl.a. att kommuner och regioner ska vidta *de förberedelser som behövs* för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser).[162] Frågan är hur en kommun eller region ska veta vilka förutsättningar som ska utgöra utgångspunkt för planeringen och vilka andra beredskapsförberedelser som krävs om detta inte tydligt uttrycks.

Det finns bestämmelser i LEH som innebär att kommuner och regioner *under höjd beredskap* ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen.[163] En sådan bestämmelse räcker knappast för de uppgifter om kommuner och regioners behov och förmågor som statens behöver för planering av totalförsvaret vilket bl.a. exempelvis kräver bedömningar av förmågegap och bedömningar av prioritering och finansiering av åtgärder för att fylla förmågegap i kommuner och regioner. Av förarbetena till bestämmelsen kan utläsas att bestämmelsen infördes för att staten ska ha möjlighet att följa upp beredskapsläget inom kommunerna även under höjd beredskap.[164]

Det finns dock också bestämmelser i förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap som innebär att varje kommun och region ska ha *de planer som behövs för verksamheten under*

[161] Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Handlingskraft.*
[162] 3 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[163] 3 kap. 5 § i ovan nämnda författning.
[164] Lag om civilt försvar (prop. 1994/95:7), s. 100.

höjd beredskap. Dessa ska innehålla uppgifter om den verksamhet som är avsedd att bedrivas under höjd beredskap. Av planerna ska också framgå krigsorganisationen, den personal som ska tjänstgöra i denna och vad som i övrigt behövs för att kommunen eller regionen ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamheten under höjd beredskap. Planeringen ska avse såväl beredskapshöjningar efter hand som omedelbart intagande av högsta beredskap (4 och 5 §§). Enligt nyss nämnda förordning ska *varje kommun hålla länsstyrelsen underrättad om de beredskapsförberedelser som vidtagits och om de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen*. Vid höjd beredskap ska kommunen hålla länsstyrelsen underrättad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen (6 §). Vidare ska varje region hålla Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap *underrättade om de beredskapsförberedelser som vidtagits och om de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret inom regionens ansvarsområde*. Vid höjd beredskap ska regionen hålla Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och länsstyrelsen underrättade om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret inom regionens ansvarsområde (7 §).

Enligt bestämmelser i 2 kap. LEH ska kommuner och regioner bl.a. hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om vilka åtgärder som vidtagits och hur åtgärderna påverkat *krisberedskapsläget*. Bestämmelsen saknar precisering av *vilka* åtgärder som ska rapporteras och såvitt utredningen kunnat finna saknas andra bestämmelser som tydligt anger vilka uppgifter som ska rapporteras. Inte heller förarbetena ger någon vidare vägledning.[165] Det kan knappats vara avsikten att det ska lämnas till den rapporteringsskyldige att avgöra vilka uppgifter som ska rapporteras. Och såvitt avser händelsestyrd rapportering enligt LEH kan ifrågasättas vad som händer om en kommun eller region inte anser att en extraordinär händelse inträffat.

Enligt utredningens bedömning är det oklart vilket lagstöd som finns för att kommuner och regioner ska vara skyldiga att lämna underrättelser (uppgifter) om beredskapsförberedelser vid andra tider än under höjd beredskap. Det är också oklart hur kommuner och regioner ska veta vilka uppgifter som ska lämnas vid sådana underrättelser om bl.a. beredskapsförberedelser. Det finns skäl att ifråga-

[165] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 160.

sätta om nuvarande bestämmelser i tillräcklig grad säkerställer att staten får de uppgifter från kommuner och regioner som staten behöver för att genomföra totalförsvarsplanering. Det finns också utrymme att göra det tydligare för kommuner och regioner att de ska följa planeringsanvisningar från staten och vidta sådana åtgärder för höjd beredskap som staten anger och finansierar.

Rapportering behöver ske till flera aktörer

Vidare bygger rapporteringsbestämmelserna i LEH på att regionerna ska rapportera till Socialstyrelsen och MSB trots att ansvaret för olika frågor inom hälso- och sjukvården delats upp mellan olika statliga myndigheter och att regionerna i dag har ett betydligt bredare ansvar för fler verksamheter även utanför hälso- och sjukvården. Och om rapportering av t.ex. ”åtgärder” eller ”beredskapsläget” ska ske till olika statliga aktörer framstår det som lämpligt att enbart rapportera de uppgifter som är av vikt för specifika verksamheter som en statlig myndighet har ansvar för. På samma sätt som det krävs verksamhetsspecifika RSA:er finns behov av verksamhetsspecifik rapportering.

Regionerna ska enligt smittskyddslagen rapportera smitta till Folkhälsomyndigheten. En enskild smittad person utgör sannolikt oftast inte en extraordinär händelse men flera smittade och en allmän smittspridning torde mycket väl kunna utgöra en extraordinär händelse. Vid en extraordinär händelse ska dock regionen inte rapportera till Folkhälsomyndigheten utan till Socialstyrelsen och MSB. Det är förvisso så att rapporteringskravet kring smitta kvarstår, men övriga åtgärder och utvecklingen i sjukvården ska rapporteras till Socialstyrelsen. Även förberedande åtgärder inför extraordinära händelser ska enligt LEH rapporteras till Socialstyrelsen. Detta torde inbegripa exempelvis vilka åtgärder man vidtagit mot CBRN-hot eller mot pandemier vilka båda delvis berör Folkhälsomyndighetens ansvarsområde.

På samma sätt saknas i LEH rapporteringskrav till E-hälsomyndigheten om en kommun eller region skulle drabbas av en extraordinär händelse som tar sin grund i it-området. Däremot finns krav på rapportering av it-incidenter till MSB enligt lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Det är inte helt osannolikt att en cyber-relaterad händelse skulle kunna få en omfattande påverkan på hälso- och sjukvården och därmed ut-

Sid 436(1295)

göra en extraordinär händelse. I december år 2021 drabbades t.ex. Kalix kommun av en ”ransomeware-attack” som påverkade alla kommunens system. Om en it-händelse utgör en extraordinär händelse ska det för en kommun rapporteras till länsstyrelsen och för en region till Socialstyrelsen och MSB. Förberedande åtgärder som vidtas enligt LEH ska även för it-området rapporteras till samma myndigheter.

Kommuner och regioner anger när det är en extraordinär händelse

Ett annat grundläggande problem är att både den förberedande verksamheten och händelserapporteringen enligt LEH knyts till begreppet extraordinär händelse. Som utredningen tidigare redogjort för har det funnits svårigheter för kommuner och regioner att avgöra vad som utgör extraordinära händelser. Det finns en vägledning från MSB som klargör vad som gäller när en extraordinär händelse konstateras. Där framgår bl.a. att det inte krävs att krisledningsnämnden etableras eller att ett beslut om att en extraordinär händelse föreligger inte behöver dokumenteras. Faktum kvarstår dock att det är kommunen eller regionen som avgör om det är en extraordinär händelse eller ej. Om en kommun eller region inte anser att, eller finner skäl för, att hantera en händelse som extraordinär, finns det då inte heller något rapporteringskrav? Detta var en av oklarheterna under pandemin rörande kommunernas rapportering av skyddsutrustning som slutligen mynnade ut i ett särskilt regeringsuppdrag till länsstyrelserna.[166] Frågan som kan ställas är om statens behov av rapportering för nationella hantering av olika svåra händelser kan anses tillgodosett genom denna ordning?

Kommunernas rapporter stannar regionalt

För kommunerna finns även en annan utmaning avseende rapportering kring den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunen har endast skyldighet att rapportera till länsstyrelsen. Hur en region i det län vilken kommunen är belägen ska kunna få del av läget i den kommunala hälso- och sjukvården eller hur de centrala myndigheterna

[166] Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19 (S2020/02676/SOF).

ska få en bild av detta är oklart. Nuvarande ordning bygger på att kommuner eller länsstyrelser på frivillig väg delar information med andra regioner eller statliga myndigheter. Det kan också frågas vilken kompetens som länsstyrelserna besitter att ställa relevanta frågor till kommunerna om vilken information som behövs. Sådan rapportering måste samordnas med annan rapportering till staten. Rapporteringskraven på kommunerna leder till att länsstyrelserna behöver sammanställa stora mängder information. Under pandemin hanterade länsstyrelserna detta genom att inrätta ett samordningskansli på en av landets länsstyrelser.

Det saknas en rapporteringsskyldighet till Försvarsmakten

Avslutningsvis kan det också konstateras att kommuner och regioner i dag saknar en skyldighet att rapportera till Försvarsmakten vid höjd beredskap. En sådan bestämmelse, även om den till del är oklar, finns vad avser statliga myndigheter.[167] Här behöver det klargöras hur samverkan med Försvarsmakten ska ske och om Försvarsmaktens behov av information på hälso- och sjukvårdsområdet ska tillgodoses i samverkan med statliga myndigheter (nationell nivå), eventuella framtida civilområdeschefer (högre regional nivå), länsstyrelser (regional nivå) eller kommuner (lokal nivå). Det kan inte uteslutas att framför allt kommuner som har ett geografiskt områdesansvar har avgörande information som är av betydelse för att Försvarsmakten ska kunna lösa sin uppgift på nationell nivå. Vidare har Försvarsmaktens förband direkta behov av information på lokal och regional nivå.

4.3.2 Vilka krav bör ställas på rapportering?

Bedömning: Det finns skäl att överväga en översyn av rapporteringsbestämmelserna i LEH. Det kan bl.a. behöva införas krav på att rapportera till fler myndigheter och föreskriftsrätt kring verksamhetsstyrd rapportering bör då övervägas.

Som framgått av ovanstående avsnitt finns det krav på rapportering i ett flera olika författningar. Detta innebär en utmaning för de som

[167] 8 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

har till uppgift att rapportera. Rapporteringen måste kunna ske på ett resurseffektivt sätt och bara sådan rapportering som är till nytta bör genomföras. För detta krävs det att rapporteringskraven är genomtänkta och tydliga.

Händelsestyrd rapportering, som är grunden för lägesbilder, sker i dag utifrån t.ex. smittskyddslagen, LEH och lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Smittskyddslagen och lagen om informationssäkerhet innehåller precisa krav. Det är dock LEH, som sektorsöverskridande lag, som syftar till att ge en bred rapportering utifrån ett verksamhetsperspektiv, t.ex. hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, skola och förskola, socialtjänst m.m. vid en extraordinär händelse. LEH saknar i dag den tydlighet som krävs för att rapporteringen ska vara genomförbar och till nytta.

Som framgått ovan kan flera olika typer av händelser vara att betrakta som extraordinära, på hälso- och sjukvårdsområdet t.ex. händelser med många skadade, omfattande smittspridning som ger ett stort antal vårdbehövande sjuka, ett it-haveri eller ett cyberangrepp.

Beroende på händelse är det olika statliga myndigheter som har behov av att ta del av dessa rapporter för att de ska kunna stödja kommuner och regioner. Lägesbilder och rapporteringskrav som är nödvändiga måste därför rimligen vara verksamhetsanpassade. Verksamhetsanpassade krav underlättar sannolikt både sammanställande på kommunal och regional nivå såväl som rapportering till berörda myndigheter. Det framstår därför som lämpligt att rapporteringsbestämmelserna i LEH vore anpassade för att göra detta möjligt.

Att tydligt ange vilka uppgifter som krävs för en viss rapport är inte minst av stor betydelse för motivationen hos de kommuner och regioner som lägger ned, ibland omfattande, arbete på att sammanställa och rapportera information och bedömningar. Motivationen att göra detta ökar om man ser betydelsen av rapporteringen och motivationen ökar än mer när kommuner och regioner också erhåller egen nytta. Sådan nytta kan t.ex. vara att man får ta del av nationella sammanställningar från fler kommuner eller regioner, att man får ta del av en samlad bedömning från en expertmyndighet och där bedömningen kan utgöra grunden för egna lokala eller regionala beslut eller där det den rapporterade informationen leder till konkret stöd från staten.

Om preciserade krav tas fram genom föreskrifter får också kommuner och regioner lämna synpunkter på de krav som föreslås. En

sådan beredningsprocess kommer sannolikt ytterligare bidra till en ökad samsyn och förståelse kring rapporteringen. Det ska i sammanhanget påminnas om att sådana föreskrifter som innebär att krav läggs på kommuner och regioner ska underställas regeringen innan beslut.

Behovet av att rapportera åtgärder utifrån RSA

Som framgått tidigare lägger utredningen stor vikt vid risk- och sårbarhetsanalyser. Utredningen anser att dessa är fundamentala för planeringen av verksamhet. Som utredningen också konstaterat kan identifierade risker och sårbarheter endera hanteras genom att åtgärder vidtas som helt eller delvis eliminerar risken eller sårbarheten alternativt, om en risk eller sårbarhet inte kan elimineras, måste planering genomföras för hur man ska hantera den uppkomna situationen för att minska följdverkningarna av densamma.

Det finns i dag krav på att rapportera risk- och sårbarhetsanalyser till olika statliga myndigheter bl.a. i syfte att myndigheterna ska kunna sammanställa dessa och göra sektorsvisa risk- och sårbarhetsanalyser. Syfte med detta är att i ett nationellt perspektiv lämna underlag till regeringen för vilka åtgärder som kan eller bör vidtas på nationell nivå ur ett statligt perspektiv. För att dessa analyser ska bli rättvisande och användbara krävs också att kommuner och regioner rapporterar vilka åtgärder de vidtagit eller avser vidta för att eliminera risker och sårbarheter. Det kan också finnas skäl till att delge sådan planering som innebär att följdverkningar av händelser minimeras. Sådana planer bidrar då till att myndigheternas planering och förmåga att stödja kommuner och regioner blir effektivare. Vad avser hälso- och sjukvård finns särskilda behov av att rapportera åtgärder och förmåga som knyter an till hanteringen av situationer som inte handlar om den dagliga rutinsjukvården, dvs. sådana händelser som innebär många samtidigt skadade eller sjuka. Detta behandlas i nästkommande avsnitt.

Behovet av att kunna fastställa förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka

Det gäller som tidigare anförts att så långt möjligt undvika katastrofsituationer i vården och, om sådana ändå inträffar, hantera dessa så att konsekvenserna för patienter och personalen i vården minimeras.

Olyckor, terrorattentat, krig och pandemier eller andra störningar i infrastruktur som medför många skadade eller sjuka kan medföra stora utmaningar i vården.

Beslutsfattare i kommuner och regioner måste som redan framhållits snabbt kunna överblicka en kritisk situation i vården och skapa sig en korrekt lägesuppfattning så att de kan vidta adekvata åtgärder. I sådana kritiska situationer är kunskap om egen förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka mycket viktigt.

Kommunernas och regionernas förmåga att hantera händelser med många skadade och stora sjukdomsutbrott är också av stor betydelse ur ett totalförsvarsperspektiv. För att staten ska kunna planera för totalförsvaret, ställa nödvändiga och rimliga dimensionerande krav avseende hälso- och sjukvård för civilt försvar på kommuner och regioner och för att staten ska kunna avgränsa och fullt ut finansiera sådana krav, måste det vara känt vilken förmåga kommuner och regioner har skapat för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, oavsett orsak.

Det finns således skäl att ställa krav på kommuner och regioner att de ska fastställa och till staten redovisa vilken förmåga de har att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka. Det kan konstateras att det i dag är upp till varje kommun och region att bedöma vilken förmåga de behöver ha för att kunna hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka i enlighet med de krav som ställs på hälso- och sjukvården i gällande rätt. Med beaktande av att HSL är anpassas för att ge huvudmännen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar och den vikt som måste tillmätas principen om kommunalt självstyre bedöms det inte lämpligt att i lag slå fast vilken förmåga en kommun eller region ska ha att hantera nyss nämnda händelser. Varje kommun och region bör därför även fortsättningsvis fastställa egen förmåga med utgångspunkt från vad som framkommer vid arbetet med RSA, där händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka givetvis måste analyseras.

I LEH finns bestämmelser som innebär skyldighet för kommuner och regioner att avge vissa rapporter. Sådana rapporter bedöms även behöva innehålla uppgifter om kommunernas och regionernas förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka.

Det förekommer regionala skillnader

Kommuner och regioner är alla olika på flera sätt. Befolkningsunderlag och demografi skiljer sig åt likväl som möjligheterna till sysselsättning och skattebas. Kommuner och regioner skiljer sig också åt i vilka risker och sårbarheter som förekommer inom det geografiska området likväl som vilken typ av geografi som förekommer. För en del kommuner och/eller regioner förändras mängden människor som vistas där under vissa perioder på året. Detta gäller exempelvis Gotland och Skåne på sommaren så väl som Jämtlandsfjällen på vintern. Alla dessa faktorer har betydelse för vilken samhällsservice i stort som det är möjligt att tillhandahålla, detta gäller även på hälso- och sjukvårdsområdet.

Av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Av 4 § samma kapitel framgår att om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård. Av 7 kap. 2 § framgår att 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 beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

De krav som framgår av hälso- och sjukvårdslagen är allmänt hållna men samtidigt långtgående. I praktiken anger de inte någon övre gräns för vad en region ska klara av. De som vistas i en region och blir sjuk, drabbas av en olycka eller en kris ska ges omedelbar vård. För de som är bosatta i regionen är kraven större. Beredskapen ska dimensioneras för att kunna ta hand om allvarliga händelser som kan uppstå, och inte bara för det som har en grund i den vardag som förekommer under stora delar av året. En tragisk olycka år 2017 när en buss med ungdomar körde av vägen i Sveg med flera döda och svårt skadade visar på den sårbarhet och de utmaningar som kan finns i en region. Avstånden är långa, prehospitala sjukvårdsresurser är få och har långa omloppstider, sjukhusen är inte heller dimensionerade för många svårt skadade. Under en situation med en pandemi uppstår också utmaningar att kunna ta hand om de som hastigt insjuknar och kräver omedelbar vård. Många gånger tvingas regionerna lösa

uppkomna situationer i samverkan. Kraven som de är formulerade i dag innebär dock inte någon skyldighet för övriga regioner att hjälpa till. Vilken hjälp man kan få är beroende på lokalisation och tillgången på prehospitala resurser, beläggning och den allmänna situationen i närliggande regioner.

Det finns en rimlighet i de krav som framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Det är de enskilda kommunerna och regionerna som har ansvar för att tillhandahålla den vård som krävs. Det finns dock också en övre gräns för vad som kan anses möjligt att genomföra. Sjukvården finansieras med offentliga medel som i huvudsak kommer från kommunal- och regional skatt även om staten tillskjuter ansenliga medel för hälso- och sjukvård. Skattebasen är begränsad och de offentliga åtagandena många. Därmed görs prioriteringar mellan olika offentliga verksamheter och inom hälso- och sjukvården. Sådana prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste ske utifrån de etiska principer som riksdagen har fastställt. Det faller sig då naturligt att lägga mer resurser på att kunna behandla allvarliga tillstånd som förekommer dagligen och mindre resurser på att bygga upp förmåga till att hantera sådana allvarliga händelser som inträffar mycket sällan. Vilka allvarliga händelser eller fredstida kriser som kan inträffa måste vara en del av en kommuns eller regions risk- och sårbarhetsanalyser. Om man till exemplen ovan lägger större kriser (ex. terrorattentatet i Madrid år 2004, skjutningarna på Utöya år 2011 och tågurspårningen i Buenos-Aires år 2012) når utmaningarna en nivå som enskilda regioner inte lär kunna hantera. Även detta är ett skäl att klargöra vad en kommun eller region faktiskt ska klara av, samt vilken skyldighet de har att hjälpa varandra.

Utredningens bedömning

Den nuvarande ordningen för rapportering enligt LEH torde kräva att innehållet, dvs. vilka uppgifter som ska finna med, i rapporteringen styrs av s.k. verkställighetsföreskrifter och sådana har inte utredningen funnit. Det vore möjligen lämpligt om det infördes bestämmelserna i LEH som tydligt ger regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer rätt att föreskriva om vilka uppgifter som ska rapporteras enligt 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH.

En sådan ordning innebär också att det går att undvika onödigt uppgiftslämnande. Det framstår som att de skulle kunna var lämpligt om regeringen ger föreskriftsrätt till myndigheter med särskilt sakkompetens och för hälso- och sjukvårdens del framstår Socialstyrelsen som en lämplig myndighet. Det finns dock sannolikt behov av att vid framtagande av myndighetsföreskrifter samråda med andra statliga myndigheter om vilka uppgifter som bör inhämtas, särskilt sådana myndigheter med uppgifter som rör beredskap på hälso- och sjukvårdens område. Vilka uppgifter avseende hälso- och sjukvård som lämpligen ska ingå i en händelsestyrd rapportering enligt LEH bör Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten tillsammans med kommuner och regioner reda ut. I avsnitt 5.3 lämnas förslag om händelserapportering för lägesbilder avseende hälso- och sjukvård och förslag om uppdrag att ta fram underlag för vilken information som behöver lämnas vid sådan händelserapportering. Förslagen bedöms även medföra att adekvat händelsestyd rapportering enligt LEH kan ske.

Sammanfattningsvis bedöms det finnas skäl att överväga en översyn av rapporteringsbestämmelserna i LEH. Det kan bl.a. behöva införas krav på att rapportera till fler myndigheter och föreskriftsrätt kring verksamhetsstyrd rapportering bör då övervägas.

4.3.3 Behov av lägesbilder över hälso- och sjukvård

Som framgår ovan är lägesbilder av stor betydelse för lägesuppfattning och beslutsfattande. Lägesbilder bygger på rapportering av uppgifter. Nuvarande rapporteringsbestämmelser vad avser den allmänna situationen i hälso- och sjukvården bygger på de bestämmelser som finns i LEH. Som utredningen redogjort för finns ett antal problem med hur dessa bestämmelser är utformade.

Beslutsfattare i kommuner och regioner måste som redan framhållits snabbt kunna överblicka en kritisk situation i vården och skapa sig en korrekt lägesuppfattning så att de kan vidta adekvata åtgärder. I sådana kritiska situationer är kunskap om egen förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka mycket viktigt.

Som framgår av avsnitt 4.4 nedan görs bedömningen att det behövs bestämmelser som dels medför skyldighet för kommuner och

regioner att hjälpa varandra hjälp dels ger ledningsmandat för staten som innebär rätt att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning. Sådana lägesbilder kan inte upprättas ad hoc i en situation när händelsen inträffat utan måste finnas på plats redan innan och rapportering av uppgifter kan då inte vara beroende av om en kommun eller region beslutat att det inträffat en extraordinär händelse. Beslut om hjälp kan inte heller vila på att det endast är den drabbade kommunen eller regionen som rapporterar lägesbilder. Det behövs en samlad lägesbild av situationen i bl.a. samtliga kommuner och regioner. Informationen behöver omfatta den aktuella beläggningen och den kapacitet man har att ta emot patienter samt vid behov en prognos över den bedömda framtida utvecklingen.

Vilka typer av uppgifter som en lägesbild behöver omfatta kan också variera utifrån vilken typ av situation som uppstår. För att en rapportering ska fungera smidigt och kunna utgå ifrån vardagen behöver det dock redan i förväg fastställas vilka behov av information som föreligger. Det krävs därför analyser av vilka uppgifter som behöver ingå i en lägesbild. Sådana analyser görs lämpligast utifrån olika scenarier och kunskap från sådana händelser som redan inträffat i Sverige eller utomlands.

För att rapportering av lägesbilder ska bli effektivt behöver den sannolikt ske elektroniskt och vi viss mån bygga på automatik. De flesta regioner arbetar i dag med olika former av datalager där statistik över olika parametrar finns att hämta. Därutöver finns det ibland relevant information i nationella kvalitetsregister. Socialstyrelsen har redan påbörjat ett arbete med att digitalisera rapporteringen kring lägesbilderna över intensivvården även om regionernas deltagande i nuläget är frivilligt. Fördelen med digital rapportering är att det innebär att det går åt mindre arbetstid att ta fram och sammanställa informationen. När en sådan rapportering väl finns på plats åtgår inte nämnvärt mycket mer resurser för att rapportera varje timme, dag eller vecka. Vad som är en relevant frekvens får i stället avgöras av vad som är relevant utifrån behovet av att fatta beslut och utifrån kvalitet på informationen.

Det ska dock noteras några saker kring digital rapportering. Data som hämtas från ett kvalitetsregister eller ett datalager är rådata. Sådan data beskriver olika parametrar och dessa parametrar måste spegla

samma sak. Vidare saknar rådata normalt den analys eller prognos som behöver tillföras för att lägesbilden ska kunna utgöra ett fullgott beslutsunderlag. Det är därför viktigt att vad som ovan sagts om rapporteringsfrekvens endast gäller rådata. För mer kvalificerade analyser måste endera analysalgoritmer läggas till eller en manuell analys och bedömningsarbete. I ett system med automatisk och digital rapportering är det därmed viktigt att man inte tappar denna dimension.

Digital rapportering kan också innebära en sårbarhet om systemet inte byggs på ett sätt som medger den säkerhet, skyddsklass och robusthet som kan krävas för att hantera de situationer då de är tänkta att stödja beslutsfattande. Här kan det finnas käl att resonera på ett motsvarande sätt som man gjorde när man på 1980-talet byggde beredskapssjukhus. Att ett dåvarande landsting behövde en akutmottagning var inget staten finansierade, men när man i det aktuella fallet valde att bygga med 50 cm tjocka betongväggar med hänsyn till totalförsvarets krav, gick staten in och finansierade merkostnaderna. Man kan resonera på motsvarande sätt vad avser ett it-system som är av stor betydelse för sådana mycket omfattande extraordinära händelser som beskrivs i förarbetena till LEH eller vad gäller totalförsvarets behov (se avsnitt 4.5 nedan om finansiering).

Kommuner och regioner har till utredningen gett uttryck för att arbete med att rapportera lägesbilder är omfattande och ur deras perspektiv ibland av tveksamt värde. Utredningen har stor förståelse och respekt för detta. Den rapportering som här skisseras ska inte utgöra en ökad börda och ytterligare en rapportering som ska genomföras. Rapporteringen bedöms mycket väl motsvara vad som behöver rapporteras i enlighet med LEH vid en extraordinär händelse. Därmed bör det inte i denna del uppstår något dubbelarbete. Därmed inte sagt att ovanstående kan utföras utan en hel del arbete, men arbetet skulle sannolikt skapa mervärden i vardagen samt innebära att hanteringen av hjälp vid en fredstida kris, när den inträffar, sker effektivt. I avsnitt 5.3 lämnas förslag om händelserapportering för lägesbilder avseende hälso- och sjukvård och förslag om uppdrag att ta fram underlag för vilken information som behöver lämnas vid sådan händelserapportering. Förslagen bedöms även medföra att adekvat händelsestyd rapportering enligt LEH kan ske.

4.4 Ledning och hjälp

Bedömning: Det bör säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå dvs. sådan vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. Detta kan inte åstadkommas utan att det införs bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra och som ger ledningsmandat för staten att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning.
Förslaget från Utredningen om civilt försvar om att civilområdeschefen ska få besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet bör inte genomföras.

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet som ska upprätthållas i hela hotskalan, även under högsta beredskap. Hälso- och sjukvården utgör en prioriterade del av civilt försvar, men är också viktig för militära förmågor. En fungerande hälso- och sjukvård är av avgörande betydelse för medborgarnas allmänna förtroende för vården, men också för medborgarnas förtroende för det allmännas förmåga att tillgodose deras grundläggande behov. Därmed är en fungerande vård även av betydelse för försvarsviljan.

Hälso- och sjukvården är således av stor betydelse för ett fungerande samhälle och för Sveriges försvar. Med uttrycket vård som inte kan anstå avses sådan vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. Om hälso- och sjukvårdens resurser inte längre skulle räcka för att utföra all sådan vård som inte kan anstå, uppkommer en situation i vården som i enlighet med terminologi på vårdområdet utgör en katastrof. I en sådan situation är det fara för svårt sjuka eller skadade patienters liv och hälsa.

Kommuner och regioner har ansvaret att tillgodose befolkningens vårdbehov och nödvändiga vårdresurser måste således finnas i kommuner och regioner. Ingen annan aktör, inte heller staten, skulle kunna ta över ansvaret att tillgodose befolkningens behov av vård. Staten

kan däremot bidra till vårdens upprätthållande genom bl.a. vissa resurser, t.ex. sådana som lagerhålls för beredskap och en ändamålsenlig reglering.

Som redan framhållits inträffar händelser i fredstid som kan antas medföra stora utmaningar för samhället. Händelser som t.ex. terrorattentatet i Madrid år 2004, skjutningarna på Utöya år 2011 och tågurspårningen i Buenos-Aires år 2012, torde, om de inträffade i Sverige, medföra så stora utmaningar att enskilda regioner och kommuner inte lär kunna hantera dessa själva. Skulle en kommun eller region hamna i ett läge där de inte längre kan tillgodose behov av vård som inte kan anstå, torde det från ett medborgerligt och allmänt samhälleligt perspektiv vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp.

Under utbrottet av covid-19 har det varit tydligt att hälso- och sjukvårdsdirektörerna och regiondirektörerna samverkat och försökt samordna sig genom sina nätverk vid SKR samtidigt som många regioner också befunnit sig i en särskild sjukvårdsledning. Det har under ett sådant utdraget förlopp som pandemin inneburit funnits behov av att både leda på kort sikt men samtidigt arbeta på ett mer strategiskt plan i ett längre perspektiv. Detta ställer stora krav på tydlighet i vem som gör vad och intern samordning i regionerna. Utredningen bedömer därför att hälso- och sjukvårdens ledning vid allvarliga händelser och fredstida kriser behöver beakta fler tidsperspektiv än i dag. Utredningen bedömer också att funktionen särskild sjukvårdsledning behöver utvecklas så att den tar hänsyn till allvarliga händelser eller fredstida kriser som varar under längre tid. En sådan utveckling behöver förhållas sig till övriga krav på ledning som kommer av annan lagstiftning t.ex. KL och LEH. Ledning och samordning av hjälpbehov (kapitel 5).

4.4.1 Allmänt om hjälpbehov i hälso- och sjukvården

Hjälpbehov uppkommer inom hälso- och sjukvården främst vid olika störningar i verksamheten. Sådana störningar förekommer men det är inte alla störningar som medför ett behov av hjälp. Vissa störningar är allvarligare än andra. Även i fred kan större sjukdomsutbrott eller skadehändelser medföra hastigt uppkomna behov av att ge vård till många sjuka eller skadade. Sådana vårdbehov kan ibland vara svåra

att tillgodose utan att det också uppkommer vissa störningar i annan vårdverksamhet.

Läkemedelsbrister och störningar i drift av it-system är endast två av flera möjliga exempel på störningar som utgör en normal del av sjukvårdens vardag. En läkemedelsbrist kan liksom andra störningar i vården medföra olika allvarliga konsekvenser. För vissa sjukvårdsprodukter som används vid vård finns det inte någon adekvat ersättningsprodukt eller annan adekvat ersättningsbehandling. Produkten kan således inte ”bytas” ut mot en annan produkt eller mot någon annan behandlingsåtgärd utan att detta medför direkt livsfara för patienten eller påverkar patientens tillstånd på ett oacceptabelt vis. Sjukvårdsprodukter som av nämnda skäl inte kan bytas ut eller ersättas på annat sätt, benämns i vissa fall som kritiska produkter.

Om det är fråga om en till antalet liten grupp svårt sjuka patienter som är beroende av en viss behandling så behöver inte ens en resursbrist som är kritisk medföra någon stor samhällspåverkan eller stor påverkan på den som ansvarar för att utföra vård eftersom all annan vård kan fortgå som vanligt. För den svårt sjuke patient som är helt beroende av viss behandling kan en kritisk resursbrist dock medföra ett omedelbart allvarligt hot mot hens liv och hälsa. Resursbristen innebär i detta fall en allvarlig störning i en del av verksamheten.

Socialstyrelsens termbank innehåller begrepp för fackområdet vård och omsorg. Med katastrof avses enligt nämnda termbank en ”särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas”. Om de samlade resurserna inte räcker till för att utföra vård som inte kan anstå kommer vården tvingas att genomföra mycket hårda prioriteringar och det kommer sannolikt också finnas behov av att använda bl.a. vårdmetoder som skiljer sig från vad som är normalt. Det kan vid resursbrist inte uteslutas att det inte går att ge adekvat vård till alla de som är allra sjukaste medan det fortfarande är möjligt att ge adekvat vård till svårt men ändå mindre allvarligt sjuka patienter. I ett läge där normala vårdmetoder och vårdstandard inte kan upprätthållas, uppkommer frågor om bl.a. hur patientsäkerhet kan upprätthållas och vilka bestämmelser i författningar på hälso- och sjukvårdsområdet som är olämpliga att tillämpa. Frågor om patientsäkerhet och om författningsberedskap avhandlas särskilt i kapitel 13.

Det är till bl.a. ovanstående resursbristsituationer begreppet katastrofmedicin knyter an (se 4.2.2). 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.

Enligt utredningens mening utgör bristande tillgång till resurser som behövs för att utföra vård som inte kan anstå en allvarlig störning i den samhällsviktiga verksamhet som hälso- och sjukvården utgör. En överhängande risk för sådan resursbrist utgör således också en överhängande risk för en allvarlig störning i hälso- och sjukvården.

4.4.2 Stöd till hjälpbehövande kommuner och regioner

Om en region eller kommun trots omprioriteringar och omställningar i sina verksamheter och andra egna insatser inte längre kan säkerställa de resurser som krävs för att utföra vård som inte kan anstå, är regionen eller kommunen ytterst beroende av andras hjälp för att skydda sina patienters liv och hälsa.

Hjälp kan bestå av att patienter t.ex. flyttas till en annan region för vård. En annan möjlighet är att en region, en kommun eller staten kan skicka de resurser som krävs för vården till den hjälpbehövande kommunen eller regionen. Sådana resurser kan till exempel utgöras av förstärkningsenheter dvs. grupper med tillhörande utrustning, personal, sjukvårdsprodukter eller annan utrustning.

När det gäller hälso- och sjukvårdsområdet är statens möjligheter att stödja med vårdresurser begränsade eftersom det huvudsakligen är regionernas och kommunernas ansvar att tillhandahålla vård. I vissa fall kan dock staten ge stöd, exempelvis med sjukprodukter som staten lagerhåller för beredskapsändamål eller med de statliga helikopterresurser som i vissa fall kan göras tillgängliga för vårdändamål. Staten har annars främst möjligheter att ge ekonomiskt stöd och finansiera de åtgärder som krävs för civilt försvar, men kan även i mycket allvarliga lägen begära hjälp från andra länder. Staten ansvarar bl.a. för att kunna ge och ta emot civilt och militärt stöd från andra länder och organisationer i händelse av säkerhetspolitisk kris eller krig och för att det då är möjligt att agera tillsammans och samordnat.

Kommuner och regioner – var och en för sig?

Att de tillgängliga vårdresurserna i en kommun eller region är otillräckliga, innebär inte att vårdläget är lika ansträngt över hela landet. Andra kommuner eller regioner och i vissa fall även staten kan ha tillgång till resurser som krävs för vård.

Själva grundtesen i kommunallagen (2017:725), i det följande förkortad KL, är dock att en kommun eller regions ansvar främst omfattar egna kommuninnevånarna.

Kommuners och regioners möjligheter och skyldigheter att lämna stöd

Kommuner och regioner kan på frivillig grund bistå en annan kommun eller region med att utföra bl.a. hälso- och sjukvård. Nödvändigt rättsligt stöd för att hjälpa en annan region att utföra vård finns bl.a. genom bestämmelser i 4 kap. 1 § LEH.

En region får också enligt 8 kap. 5 § 1 HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det. Enligt bestämmelser i 14 kap. HSL kan en region också överlåta ansvar för viss vård till en kommun. Detta öppnar möjligheter för regioner även i situationer då det är svårt att klara sådan vård som inte kan anstå.

Enligt 7 kap. 8 § HSL ska regionerna samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Som tidigare redovisats är bestämmelsen i 7 kap. 8 § HSL starkt kopplad till 6 kap. 1 § 1 HSL och kravet på samverkan torde endast avse sådan vård där regioner finner behov av att *koncentrera* olika resurser till samverkansregional nivå.

En kommun får enligt 12 kap. 2 § erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Enligt 4 kap. 1 § LEH får kommuner och regioner på begäran lämna hjälp till andra kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om hjälp har lämnats har kommunen eller regionen rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller regionen. När en enskild persons vistelse i en kommun är föranledd av en extraordinär händelse i fredstid, har vistelsekommunen rätt till ersättning från den kommun som drabbats av den extraordinära händelsen. Av 18 kap. 3 § HSL följer att personer som tas emot från en

annan kommun eller en annan region enligt 4 kap. 1 § LEH omfattas av mottagande kommuns och regions skyldigheter enligt HSL.

När det gäller bl.a. krig eller krigsfara finns det även bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att lämna hjälp. Om en kommun eller en region 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 andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. Omfattningen av hjälpen beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.[168] För krig finns också andra bestämmelser som medför skyldighet för kommuner att i skälig omfattning lämna hjälp.[169]

Det finns även andra bestämmelser som medför skyldighet för bl.a. kommuner att lämna hjälp. Exempelvis följer av 6 kap. 7 § lagen om skydd mot olyckor att en statlig myndighet eller en kommun är skyldig 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. Vidare följer av 6 kap. 8 a § första stycket samma lag att om det vid omfattande kommunala räddningsinsatser finns ett konkurrerande behov av förstärkningsresurser får Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, på begäran av en eller flera räddningschefer, prioritera och fördela tillgängliga resurser.

Det kan konstateras att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård. I den förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19 finns dock särskilda bestämmelser som medför viss skyldighet att hjälpa. Nämnda förordning är inte avsedd att hantera annat än viss skyddsutrustning och den torde också vara av mer tillfällig karaktär.

[168] 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[169] 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Erfarenheter av coronapandemin

Under coronapandemin har smittspridningen och belastningen på sjukvården varierat betydligt mellan olika kommuner och regioner. Intensivvård är mycket resurskrävande. Den största utmaningen för sjukvården under pandemin torde ha varit att samtidigt ge många patienter intensivvård. Mängden patienter och relativt långa vårdtider i förhållande till tillgängliga platser och personal har utgjort en stor utmaning. Inte minst har vårdpersonalen varit mycket hårt belastad. Tillgången till bl.a. vissa läkemedel, medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning har också under delar av pandemin, särskilt inledningsvis, varit osäker och i vissa fall otillräcklig.

För att bl.a. försöka minska antalet dödsfall och för att vårdens resurser ska räcka till har olika restriktioner införts i samhället för att söka hindra smittspridning. Trots detta har det för många regioner varit nödvändigt att ställa om vård och vidta andra prioriteringsåtgärder för att säkerställa de resurser som krävs för att utföra vård som inte kan anstå. Det har under stundom rört sig om vårdprioriteringar som varit omfattande och varat över längre tid. Operationer och andra vårdåtgärder har skjutits upp och många patienter har fått vänta på vård. För att säkerställa tillgången till personal har särskilda krisavtal som gäller i regioner och kommuner aktiverats.

Regionerna har, inte minst initialt, haft delvis olika strategier för att möta det ökade behovet av intensivvårdsplatser som omhändertagandet av svårt covidsjuka patienter visat sig kräva. Särskilda åtgärder har också vidtagits, exempelvis inrättandes ett tillfälligt sjukhus med 550 vårdplatser som aldrig togs i bruk på Älvsjömässan och delar av ett fältsjukhus inrättandes invid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. I många regioner har antalet vårdplatser för intensivvård kraftigt byggts ut.

Det mycket snabba framtagandet av vacciner och den intensiva vaccinationsinsatsen har succesivt medfört lägre allvarlig covidrelaterad sjuklighet och död och detta har sannolikt även förhindrat en vårdbelastning som medfört ännu större svårigheter för vården. Vilka effekter som kan följa av olika framtida virusmutationer är dock ännu oklart.

Flera av de åtgärder som vidtagits under coronapandemin måste för svenska förhållanden betraktas som extraordinära. Det står i skrivande stund inte helt klart om verkligen alla patienter som enligt be-

hovsprincipen (se 3 kap. 1 § andra stycket HSL) och gällande vårdprioriteringar borde ha fått vård, verkligen har fått det. Inte heller står det helt klart om vårdskador hör till de undanträngningseffekter som uppkommit.

Det tycks över lag vara så att regioner och kommuner, inte minst genom insatser från vårdpersonalen som varit mycket krävande, kunnat möta många av de utmaningar som coronapandemin medfört och att det under pandemin varit möjligt att tillhandahålla vård som inte kan anstå. Trots detta medför den väntan på vård som många patienter fått erfara på grund av att resurser avdelats för vård av covidsjuka, betydande lidanden för många enskilda och dessutom kostnader för samhället. Den vårdskuld som uppstår kommer också medföra hård belastning på vården, sannolikt under lång tid, när pandemin väl klingar av.

Det bör mot ovanstående bakgrund dock särskilt framhållas och understrykas att samhället och vården kan tvinga möta ännu svårare utmaningar i en framtid. Det finns ingen anledning att utgå från att bl.a. antagonistiska angrepp med mycket stora skadeutfall och smittor med bl.a. högre sjuktal och dödlighet än den som orsakats av covid-19 aldrig kommer att inträffa.

Behov av hjälp under pandemin

Vissa regioner och kommuner har trots alla de åtgärder som de själva vidtagit under coronapandemin tidvis varit i behov av hjälp från bl.a. andra regioner eller kommuner som inte varit lika hårt belastade. Även staten har varit involverad för att lösa olika försörjningsbehov. Exempelvis har staten tagit ansvar för införskaffade av pandemivaccin, inköp och fördelning av skyddsutrustning och stöd med helikopterresurser för sjuktransporter.

Vissa utmaningar avseende hjälp till kommuner och regioner

Kommuner och regioner ska således som huvudregel var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister.

Kommuner och regioner har en lång tradition av att på frivillig väg stödja varandra med olika resurser när det finns legala möjligheter

för det. Som exempel kan nämnas stöd med vattenreningsutrustning från Katrineholms kommun till Östersunds kommun i samband med förekomst av cryptosporidium i dricksvatten år 2011, stöd med räddningstjänstresurser vid skogsbränder år 2014 och 2018 samt stöd med ambulanser och intensivvårdspersonal i samband med terrorattentatet på Drottninggatan år 2017. Det sistnämnda behövde dock aldrig genomföras eftersom händelseutvecklingen inte blev så allvarlig som befarats utan vidtogs som en planeringsåtgärd.

Många gånger handlar det om situationer då endast någon eller några få kommuner eller regioner är drabbade av en händelse. Möjligheterna till stöd på frivillig väg är då givetvis avsevärt mycket större än om många kommuner eller regioner eller hela landet är samtidigt drabbade.

Nuvarande rättsliga reglering innebär som tidigare redovisats att kommuner och regioner på frivillig grund kan hjälpa en kommun eller region som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Från SKR har framhållits att nu gällande bestämmelserna som medger att kommuner och regioner lämnar varandra viss hjälp kan vara svåra att tillämpa då det råder oklarhet i frågor om upphandling.

En rimlig förutsättning för en begäran om hjälp är att en kommun eller region först har uttömt de egna möjligheterna att lösa situationen. Saknar en kommun eller region god kännedom om det egna aktuella vårdläget, vilka egna resurser som finns att tillgå nu och på något längre sikt samt vilka kommande vårdbehov som sannolikt uppkommer blir det mycket svårt att göra bedömningar av både hjälpbehov och stödmöjligheter. Risken ökar i sådana fall för att en kommun eller region begär hjälp i onödan eller att hjälp inte lämnas trots att det varit möjligt.

Regioner och kommuner har som tidigare redovisats stor frihet att bestämma hur de vill ordna sin hälso- och sjukvård. Det skulle vara mycket illa om en kommun eller region enbart på grund av brister i exempelvis egen resursallokering, organisation eller egen ledningsförmåga skulle bli hjälpbehövande.

I Sverige är tanken att alla kommuner och regioner ska se väl om sina egna hus men det är ingen hemlighet att vissa kommuner och regioner på grund av bl.a. olika skatteunderlag, har olika grundförutsättningar för sina verksamheter. Även om alla kommuner och regioner hade exakt samma förutsättningar så kan de ändå välja att organisera sig eller på annat sätt ordna med sina olika verksamheter så att

verksamhetsutfallen blir bättre eller sämre än andra kommuner eller regioners verksamhetsutfall.

I alla situationer när det finns flera olika behov som behöver tillgodoses med begränsade resurser uppkommer frågor om prioriteringar. Enligt vad utredningen kunnat finna är överkapaciteter i vården som tillskapats i syfte hålla säkerhetsmarginaler inte självklara. Om en resurs endast finns till som en försäkring mot händelser som inträffar sällan eller mycket sällan, går det att argumentera för att det är bättre att använda tillgängliga medel för att hantera andra behov som finns här och nu, i stället för att använda dessa till en försäkring. Det är dock, hur man än resonerar, aldrig tillåtet att prioritera genom att välja bort lagkrav som ska följas.

För att det ska vara möjligt för kommuner och regioner att förfoga över nödvändiga resurser krävs det fungerande organisationer, tydliga ledningsmandat och gedigna juridiska lösningar som säkerställer tillgång även till resurser som kommuner och regioner endast kan förfoga över tillsammans med andra kommuner och regioner samt resurser som finns hos sådana privata aktörer till vilka kommuner och regioner givit i uppdrag att utföra exempelvis offentligt finansierad vård.

Det finns enligt utredningens mening anledning för vissa kommuner och regioner att se över sina organisationer, ledningsmandat och juridiska lösningar för att säkerställa att de också kan förfoga över sådana vårdresurser som krävs för att hantera fredstida kriser, men även krig. Några kommuner och regioner har också säkert redan uppmärksammat detta behov med anledning av nuvarande pandemi.

Olika skäl till att hjälp inte lämnas

Hastigt uppkomna eller mycket omfattande hjälpbehov kan inte alltid förväntas lösas i rätt tid på frivillig väg. Resursläget i samtliga landets kommuner och regioner kan också vara så ansträngt att det helt enkelt är omöjligt att lämna hjälp.

Det kan också vara så att hjälp inte lämnas trots att det faktiskt finns utrymme för det. Osäkerheten om framtiden – exempelvis befarad hög framtida vårdbelastning på grund av t.ex. smitta, en osäker tillgång till sjukvårdsprodukter eller en uppdagad risk för ett terrorattentat – kan medföra att beslutsfattare i en kommun och region

blir mindre benägna att lämna hjälp till en annan region eller kommun. Beslutsfattare kan då komma att ta till större säkerhetsmarginaler än vad som är nödvändigt för att säkerställa den egna kommunens eller regionens närtida behov. Det kan också vara så att en kommun eller region saknar tillräcklig kunskap om egna resurserna och vårdbelastningen för att göra korrekta bedömningar.

Nuvarande reglering inte tillräcklig

Nuvarande bestämmelser i 4 kap. 1 § LEH medför som förut har redovisats inte någon skyldighet i fredstid för de kommuner eller regioner som har möjlighet att hjälpa andra kommuner och regioner, att också göra det. Bestämmelsen förutsätter också att en hjälpbehövande kommun eller region *drabbats av en extraordinär händelse* i fredstid. Med extraordinär händelse avses i LEH en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.

Att bestämmelsen i bl.a. 4 kap 1 § LEH är knuten till en extraordinär händelse kan medföra problem. Exempelvis kan det vara svårt att avgöra om en händelse ska anses ”avvika från det normala”. Det är också svårt att se varför detta kriterium är nödvändigt. Begreppet har under alla förhållanden vållat många och långa diskussioner i kommuner och regioner. Begreppet förekommer inte heller i annan lagstiftning. Det är i dag inte preciserat vem som beslutar när en extraordinär händelse har inträffat. Det finns en bestämmelse i 2 kap. 1 § LEH om att det i kommuner och regioner ska finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Vissa regioner har därför tidigare tolkat det så att en extraordinär händelse endast föreligger om krisledningsnämnden aktiveras. Av vad denna utredning kunnat finna är det i både kommuner och regioner mycket ovanligt att krisledningsnämnden aktiveras. Att det föreligger en extraordinär händelse är i dag en förutsättning för att kunna lämna stöd enligt 4 kap. 1 § och enligt vad utredningen erfarit är detta problematiskt.

När det gäller hälso- och sjukvård lämnar bestämmelserna i 8 kap. 5 § 1 HSL stort utrymme för regioner att på frivillig grund överenskomma om lösningar som innebär att en region utför hälso- och sjuk-

vård som en annan region har ansvar för. Av förarbetena till sistnämnda bestämmelse framgår bl.a. att bestämmelsen infördes för att en sjukvårdshuvudman ska anses ha befogenhet att kunna erbjuda utomlänspatienter vård och behandling på samma villkor som inomlänspatienter.[170] Den befogenhet som 8 kap. 5 § 1 HSL ger bedöms medföra att en region som behöver hjälp med att utföra hälso- och sjukvård (vad som avses med hälso- och sjukvård anges i 2 kap. 1 § HSL) kan lösa detta genom en överenskommelse. Det torde därför inte finnas behov för en region av att använda sig av de befogenheter som 4 kap. 1 § LEH ger. Kommuner har dock inte motsvarande möjligheter som regioner har enligt 8 kap. 5 § 1 HSL och kommunerna bedöms därför behöva förlita sig på 4 kap. 1 § LEH för att lösa hjälpbehov på frivillig grund.

Det kan vidare noteras att bestämmelserna i 4 kap. 1 och 2 §§ LEH är utformade för att passa alla tänkbara hjälpbehov och de är således inte heller är särskilt anpassade för att hantera sådana situationer i hälso- och sjukvården då det är motiverat att hjälp lämnas. För prioritering och fördelning av resurser krävs särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar så att konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats kan värderas rätt. Flera länsstyrelser har för utredningen framhållit att de för närvarande inte har sådana särskilda kunskaper som krävs för att fördela vårdresurser och besluta om hjälp enligt bestämmelsen i 4 kap. 2 § LEH.

Bestämmelserna i 4 kap. 1 § LEH bygger på frivillighet och bestämmelserna i 4 kap. 2 § LEH, liksom bestämmelserna i 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap är utformade så att de inte kan tillämpas i alla de situationer i fred då det så långt möjligt behöver säkerställas att det går att utföra vård som inte kan anstå. De nämnda bestämmelserna är i likhet vissa andra bestämmelser i svensk rätt utformade så att det kan uppkomma svårigheter vid en omfattande gråzonsproblematik.

Enligt vad utredningen kunnat se lämnar kommuner och regioner som regel varandra hjälp i de fall detta behövs om det är möjligt utan alltför stora olägenheter på kort sikt för den egna verksamheten. Det finns i nuläget inget som talar för att kommuner och regioner kommer att vara mindre hjälpbenägna i framtiden. Ingen kommun eller region är dock överordnad någon annan kommun eller region och de

[170] Om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m. (prop. 1989/90:81), s. 42 f.

har inget ansvar för eller ledningsmandat som säkerställer samordning av vård eller vårdhjälp mellan kommuner, mellan regioner, mellan kommuner och regioner eller mellan kommuner, regioner och staten.

Det kan inte heller uteslutas att kommuner och regioner inte lämnar varandra hjälp trots att det finns utrymme för det. Resurser som en kommun eller region kan undvara men som de för säkerhets skull väljer att behålla för att kunna ge vård om läget skulle förvärras, kommer inte till användning där den behövs mest för att utföra vård.

Att neka en svårt sjuk patient i t.ex. en region den vård som denne behöver för att säkerställa att andra regioner i framtiden ska ha tillgång till resurser som krävs för att *eventuellt* vårda en svårt sjuk patient är knappast en godtagbar ordning. Det rimmar också mycket illa med 3 kap. 1 § HSL; *Målet med hälso- och sjukvården är 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*.

4.4.3 Behovet av strukturer för samordning av hjälp från stat, kommun och region

Staten har som redan nämnts främst möjligheter att ge ekonomiskt stöd till kommuner och regioner. Staten finansierar också åtgärder som krävs för civilt försvar, men kan även i mycket allvarliga lägen begära hjälp från andra länder bl.a. civilt och militärt stöd från andra länder och organisationer i händelse av säkerhetspolitisk kris eller krig. Staten ansvarar i sådana situationer också för att det är möjligt att agera tillsammans och samordnat.

Samordning mellan olika verksamhetsområden är också av största betydelse för att i fredstid kunna undvika dubbelarbete och onödiga investeringar och för att i krig erhålla största möjliga försvarseffekt.

En grundförutsättning för utförande hälso- och sjukvård är tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal och sjukvårdsprodukter. I likhet med de flesta andra samhällssektorer är vården dock även beroende av bl.a. tillgång till el, drivmedel och vatten. Hälso- och sjukvården kan inte alltid ha förtur till sådana resurser som också är viktiga för andra samhällsfunktioner.

Det finns mot ovanstående bakgrund ett behov av att säkerställa samordning i de fall hjälpbehov inom hälso- och sjukvården inte kan

tillgodoses utan resurser som också är nödvändiga för att tillgodose andra angelägna samhällsfunktioner. Det krävs då också ett system där det är möjligt att väga samman och prioritera hur mycket av tillgängliga resurser som kan avsättas till olika hjälpbehövande sektorer. För att säkerställa samordning mellan olika sektorer behöver någon aktör med mandat att besluta för de fall en hjälpfråga inte kan lösas genom samverkan.

Förslag som syftar till att öka hälso- och sjukvårdens beredskap i Sverige genom bl.a. säkerställd tillgång till sjukvårdsprodukter finns i utredningens föregående betänkanden. Om de förslag som utredningen lämnat tidigare om bl.a. lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter genomförs kommer det att finnas vissa särskilda vårdresurser som staten förfogar över och som måste kunna fördelas mellan olika kommuner och regioner efter behov.[171] Vidare bör framhållas att det i nyss nämnda betänkande även redogörs för behoven av ett sammanhållet system för analys och planering av försörjningen av sjukvårdsprodukter (avsnitt 9.12), för olika problem och faktorer som har betydelse för att i Sverige effektivt kunna använda de sjukvårdsprodukter som finns här samt behoven av omvärldsbevakning och nationella lägesbilder (kapitel 12). Förslag lämnas till ett system för sådana lägesbilder över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter i Sverige. Staten ska ansvara för detta system (avsnitt 12.3).

Utredningen om civilt försvar har i sitt betänkande Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25) bl.a. lämnat förslag om att det ska inrättas sex civilområden som ska ledas av civilområdeschefer.[172] Civilområdescheferna ska enligt förslaget få besluta om bistånd mellan kommuner och regioner under höjd beredskap enligt 4 kap. 2 § LEH. Utredningen föreslår också att civilområdeschefen under höjd beredskap, efter hörande av Socialstyrelsen, få besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet.

I ovan nämnda betänkande föreslår Utredningen för civilt försvar vidare att det införs en ny struktur med statliga myndigheter indelade i beredskapssektorer.[173] Beredskapssektorerna ska organiseras med utgångspunkt i samhällsviktiga verksamheter och funktioner som är av

[171] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 469 ff.
[172] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 352 ff.
[173] A.a., s. 310 ff.

särskild betydelse att upprätthålla i fredstida krissituationer, höjd beredskap och då ytterst krig. En särskild beredkapssektor benämnd Hälsa, vård och omsorg, med Socialstyrelsen som sektorsansvarig myndighet, föreslås också. Sektorsansvariga myndigheter ska ha uppgifter vid planering och förberedelser inom civilt försvar och vid fredstida krisberedskap samt uppgifter under höjd beredskap och vid fredstida krissituationer. De sektorsansvariga myndigheterna ska samverka med MSB i frågor som gäller sammanhängande planering, rapportering och åtgärder som övning och utbildning. De ska också utveckla ett strukturerat samarbete med civilområdeschefen. Under höjd beredskap får den sektorsansvariga myndigheten meddela de föreskrifter som behövs om verksamheten hos andra statliga myndigheter inom beredskapssektorn vad gäller prioritering och fördelning av resurser. De sektorsansvariga myndigheternas uppgifter föreslås regleras i förordning. Beredskapsmyndigheter ska bl.a. under höjd beredskap hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet, den förväntade utvecklingen och tillgängliga resurser inom respektive ansvarsområde samt om vidtagna och planerade åtgärder.

Under höjd beredskap ska länsstyrelserna rapportera till civilområdeschefen som därefter ska rapportera till regeringen. När beredskapen höjts ska beredskapsmyndigheterna även lämna underlag till Försvarsmakten enligt 8 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. MSB ska få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av rapporteringen till regeringen utom i fråga om Kustbevakningen[174].

Organisationer, lednings- och styrsystem måste utvecklas och anpassas i takt med att t.ex. ansvar för en fråga behöver ändras eller det finns behov av att ge någon ansvaret att sköta nya uppgifter. Detta gäller i både offentliga och privata verksamheter.

Flera av de förslag som lämnas i de ovan nämnda betänkandena och även i detta betänkande förutsätter att det finns lämpliga organisatoriska strukturer och tydliga system för planering, analys och beslut om bl.a. resursanskaffning och resursfördelning. Det krävs då också att beslutsfattare har tillgång till ett adekvat beslutsunderlag

[174] Vid höjd beredskap får Kustbevakningen förändrade ansvarsförhållanden och ska ha förmåga och en planering för att ge stöd till det militära försvaret. Enligt vad som följer av förordningen (1982:314) om utnyttjande av Kustbevakningen inom Försvarsmakten, utnyttjandeförordningen, ska under höjd beredskap eller krig, personal och materiel från Kustbevakningen användas inom Försvarsmakten för övervakning, transporter och andra uppgifter enligt överenskommelse mellan myndigheterna.

vilket bl.a. inkluderar aktuella lägesbilder över resursläge och vårdbelastning. Lägesbilderna måste beskriva nuläget över hela landet, men även innehålla prognoser som gör det möjligt att bedöma hur resursläge och vårdbelastning i landets olika delar troligen kommer att utvecklas framöver (se avsnitt 4.2.5 om lägesbilder).

Det saknas fortfarande bestämmelser som tillräcklig grad säkerställer samordning av hjälp för att tillgodose angelägna vårdbehov.

4.4.4 Utredningens bedömning avseende ledning och hjälp

Kommuner och regioner har ansvaret att tillgodose befolkningens vårdbehov och därmed att nödvändiga vårdresurser finns. Kommuner och regioner har som huvudregel att, var för sig, tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för vård i andra kommuner eller regioner eller andra kommuners eller regioners resursbrister.

I ett läge där en kommun eller region inte längre klarar att fullgöra skyldigheten att ge vård som inte kan anstå till alla som behöver det uppkommer en allvarlig fara för patienters liv och hälsa. Staten har inte möjlighet att ta över skyldigheten att tillgodose befolkningens vårdbehov, men kan lämna stöd till kommuner och regioner exempelvis genom vissa resurser som lagerhålls för beredskap. Staten kan i vissa fall också begära hjälp från andra länder och internationella sammanslutningar.

Skulle en kommun eller region hamna i en katastrofsituation torde det från ett medborgerligt och ett allmänt samhälleligt perspektiv vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp. Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Kommuner och regioner kan på frivillig grund ge hjälp till varandra och detta sker också regelmässigt om det är möjligt utan alltför stora olägenheter på kort sikt för den egna verksamheten. Det finns i nuläget inget som talar för att kommuner och regioner kommer att vara mindre hjälpbenägna i framtiden.

Det kan dock inte uteslutas att kommuner och regioner inte lämnar varandra hjälp trots att det finns utrymme för det. Resurser som

en kommun eller region kan undvara men som de för säkerhets skull väljer att behålla för att kunna ge vård om läget skulle förvärras, kommer inte till användning där den behövs för att skydda liv och hälsa.

Internationella hjälpinsatser till Sverige, nationella försörjningsåtgärder och statens ansvar för planering och samordning av civilt och militärt försvar måste beaktas i situationer då läget i hela eller delar av samhället, t.ex. hälso- och sjukvården, är synnerligen ansträngt och då det finns behov av samordning av resurser nationellt och då hjälpbehov kan kräva att resurser ska fördelas eller omfördelas inom Sverige.

Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har således inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner. De kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund. Det kan konstateras att det i dag saknas system som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten och att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård. Nuvarande bestämmelser om skyldighet för kommuner och regioner att lämna till varandra i vissa situationer som rör krig och krigsfara i LEH och i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap är inte tillräckliga för hjälp som behövs vid vårdkatastrofer.

Det finns även med beaktande av det kommunala självstyret därför starka skäl för förslag som motverkar uppkomst av en katastrof i vården eller som i det värsta fallet mildrar effekterna av en sådan katastrof. För att skydda människors liv och hälsa bör det därför så långt möjligt säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå.

När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få nödvändig hjälp att utföra vård som inte kan anstå måste det finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som bör ge hjälp också gör det och bestämmelser som säkerställer samordning.

Om en kommun eller region inte kan utföra hälso- och sjukvård som inte kan anstå, bör andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör efter anmälan om hjälpbehov från en kommun eller region få besluta om hjälp. Ett sådant beslut ska inte få medföra att en hjälplämnande kommun eller region själv blir hjälpbehövande.

Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp på sätt som nyss har beskrivits, bör en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå. Det är således fråga om en form av vårdutjämningssystem för katastrofsituationer där avsikten är komma tillrätta med stora skillnader i kommuners och regioners förutsättningar att ge vård som inte kan anstå. En kommun eller region som har lämnat hjälp bör ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

All detta kan inte åstadkommas utan att det införs bestämmelser som dels medför skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra hjälp dels ger ledningsmandat för staten som innebär rätt att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning.

Det står klart att kommuner eller regioner inte har något på lag grundat ansvar för att andra kommuner och regioner i fredstid ska kunna utföra sådan vård som de är skyldiga att tillhandahålla även om de har ett visst ansvar för att ge vård till bl.a. andra kommuners invånare som befinner sig i kommunen eller regionen.

För närvarande är det länsstyrelserna som beslutar om hjälp med stöd av de bestämmelser om bistånd mellan kommuner och regioner som finns i 4 kap. 2 § LEH.[175] Flera länsstyrelser har för utredningen framhållit att de inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för att besluta om hjälp som avser hälso- och sjukvård. Enligt tidigare nämnt förslag från Utredningen om civilt ska civilområdescheferna under höjd beredskap besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet. Sådana beslut får fattas efter hörande av Socialstyrelsen.[176]

För prioritering och fördelning av vårdresurser krävs särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar och även insikter i rent medicinska frågor annars går det inte att rätt värdera konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats. Sådana kunskaper finns inte i tillräcklig grad hos länsstyrelserna och kommer knappast heller att finnas hos civilområdeschefer. Socialstyrelsens

[175] 9 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[176] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 369 f.

bedömningar får antas bli av avgörande betydelse för de beslut civilområdescheferna ska kunna fatta. Socialstyrelsens bedömningar förutsätter en samlad nationell överblick av resurslägen och de behov som kan finnas att omfördela resurser inom och mellan regioner eller inom och mellan samverkansregioner. Enligt utredningens bedömning framstår det som en onödig omgång att inte låta Socialstyrelsen fatta besluten. Vidare måste beaktas att resurser kan behöva omfördelas även vid kriser som inträffar då höjd beredskap inte gäller. Samma beslutsordning för omfördelning av resurser och patienter bör gälla vid höjd beredskap som vid fredstida kriser. Sammantaget anser utredningen att det finns andra lösningar för omfördelning av resurser som framstår som lämpligare än det som Utredningen om civilt försvar har presenterat.

Det har framförts till utredningen att civilområdescheferna i höjd beredskap genom sin roll har avgörande kunskaper om det aktuella läget i ett civilområde som har stor påverkan på de faktiska möjligheterna att omfördela resurser, t.ex. överblick över farbara vägar eller andra risker i området. Utredningen delar denna uppfattning och menar att det är viktigt att den som ska besluta om omfördelning av resurser eller patienter tar del av sådana lägesbilder och samverkar med civilområdescheferna inför ett beslut så att den hjälp som beslutas också kan utföras. Utredningen anser dock inte att detta är ett tungt vägande skäl för att civilområdeschefen ska ges beslutsmandatet att omfördela sjukvårdsresurser.

Att staten, kommuner och regioner har olika ansvar innebär att det finns gränsytor som i vissa fall kan ge upphov till oklarheter om var ansvaret för en viss fråga ligger. Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det. Det kan konstateras att det i dag saknas system som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten. De krav på planering och samordning som civilt och militärt försvar samt internationella hjälpinsatser och nationella försörjningsåtgärder kräver också statens ansvar beaktas.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts gör utredningen följande sammanfattande bedömning. Det bör säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå, dvs. sådan vård och behandling av sjukdomar och skador

där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. Detta kan inte åstadkommas utan att det införs bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra hjälp och som ger ledningsmandat för staten att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning. Förslaget från Utredningen om civilt försvar om att civilområdeschefen ska få besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet bör inte genomföras.

4.5 Finansiering av hälso- och sjukvårdens beredskap

Bedömning: Staten har finansieringsansvar för särskilda åtgärder som krävs med anledning av tillkommande vårdbehov i höjd beredskap. Kommuner och regioner har finansieringsansvar för att även i höjd beredskap upprätthålla vård för ordinarie behov.

Det finns goda skäl att undanröja varje oklarhet kring finansieringsansvar och detta bör lämpligen ske genom ändringar av ersättningsbestämmelsen i LEH. I samband med sådana ändringar kan nya och mer klargörande förarbeten skrivas. Bestämmelsen om statlig ersättning till kommuner och regioner i LEH bör således ändras.

Utredningen har vid flera tillfällen tidigare lyft problematik kring finansieringen av krisberedskapen i kommuner och regioner och att de oklara gränsdragningar som finns leder till en bristande beredskap. Frågan kan enkelt uttryckas gälla om det är staten eller om det är kommuner och regioner som ska ansvara för viss finansiering.

Om det råder oklarhet om vem som ska finansiera en åtgärd eller viss verksamhet, finns all anledning att räkna med att åtgärden inte utförs eller att verksamheten inte bedrivs alls eller i otillräcklig omfattning. I stället för ett robust och motståndskraftigt samhälle genom god civil beredskap där krisberedskap och civilt försvar blir ömsesidigt förstärkande, uppkommer i stället en svag punkt som varje motståndare kan dra nytta av. Det spelar då mycket liten roll om det

är statens eller kommunerna och regionernas uppfattning om finansieringsansvaret som är mest korrekt.

Det är givet att vissa händelser kan medföra att det inte går att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter i en kommun eller en region liksom att vissa händelser kan medföra så stora utmaningar att en kommun eller region inte har rimliga förutsättningar att vidta de åtgärder som krävs för att hantera utmaningarna på egen hand.

Men var går då gränsen mellan händelser som en kommun eller region ska klara av att hantera själva och händelser som de måste kunna påräkna stöd för att hantera? När det gäller frågan om statlig finansiering av åtgärder som kommunerna och regionerna vidtar i syfte att minska sårbarheten i sina verksamheter så att de har god förmåga att hantera krissituationer i fred, får svaret främst sökas i LEH.

Hälso- och sjukvård finansieras huvudsakligen genom kommunala skatter och avgifter. Statliga skattemedel används dock också för olika hälso- och sjukvårdsändamål. I förarbetena till LEH uttalar regeringen bl.a. följande, notera dock att kursiveringarna i citaten nedan har gjorts av denna utredning:

> När det gäller de övergripande principerna och avgränsningen för statliga åtgärder och finansiering är utgångspunkten att de säkerhets- och sårbarhetsreducerande åtgärder *som inte avser åtgärder för höjd beredskap bör finansieras inom ramen för respektive myndighets eller annat organs ordinarie verksamhet*. Det övergripande ansvar som staten har för att skapa en fredstida förstärkt förmåga innebär inte att staten har ett finansieringsansvar för alla de åtgärder som behöver vidtas. Den grundläggande ansvarsfördelningen för finansiering av den fredstida förmågan kvarstår därmed.
>
> Statens ansvar gentemot övriga aktörer avser endast de *åtgärder där det inte rimligen kan förväntas att någon annan part skall eller kan vidta behövliga åtgärder*. Samhället, dvs. allt från näringsliv och organisationer till myndigheter och kommuner, måste beakta vissa grundläggande krav i sin verksamhet för att skydda verksamheten mot olika typer av störningar. Statens ansvar därutöver bör endast omfatta extrema situationer, motsvarande en svår påfrestning på samhället i fred, där det inte finns någon annan aktör som kan tillse att det finns en tillräcklig förmåga i samhället och som inte på egen hand kan vidta effektiva åtgärder för att minska skadeverkningarna. *Det handlar om förberedelser för ledning, samordning och information. Vidare handlar det om förmågan att agera under ett allvarligt krisförlopp, något som kräver övning och utbildning, men även andra typer av åtgärder kan komma ifråga*.[177]

[177] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 112.

I 5 kap. 1 § första stycket LEH finns en ersättningsbestämmelse som avses avspegla de ovan redovisade utgångspunkter för finansiering. Av nämnda bestämmelse följer att kommunerna och regionerna ska få ersättning av staten för kostnader för förberedande uppgifter som de utför enligt 2 och 3 kap. LEH. Uppgifter som rör extraordinära händelser i fredstid berättigar till ersättning endast 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.

Av författningskommentaren till bestämmelsen framgår följande.

> I paragrafens första stycke regleras att kommuner och landsting skall få statlig ersättning för sådana förberedande uppgifter som *de enligt lagen är skyldiga* att utföra och som är till nytta för hanteringen av extraordinära händelser av mycket omfattande och svårt slag *samt* höjd beredskap.
>
> Med *mycket omfattande och svåra extraordinära händelser avses vad som i diskussioner om finansiering brukar beskrivas som svåra påfrestningar på samhället i fred*. De åtgärder som vidtas för svåra påfrestningar på samhället i fred är givetvis till nytta även för sådana extraordinära händelser i övrigt som kan tänkas inträffa. Arbetet med beredskapen inför hot – från extraordinära händelser av mindre allvarligt slag upp till svåra påfrestningar på samhället i fred – kan givetvis antas vara till *ömsesidig nytta i mycket stor utsträckning*. Genom att skapa en förmåga att hantera svåra påfrestningar på samhället i fred får kommunerna och landstingen i praktiken också en förmåga att hantera övriga extraordinära händelser. Bestämmelsen har även behandlats i avsnitt 11.2.3.
>
> En förutsättning för att ersättning skall utgå är att de uppgifter som skall utföras enligt lagen också har fullgjorts.[178]

Det finns skäl att återigen framhålla att kommuner och regioner enligt HSL är skyldiga att erbjuda god vård. Denna skyldighet och andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård gäller i alla lägen. Befolkningens vårdbehov ska således tillgodoses även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som 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*. Frågan är vilka åtgärder inom hälso- och sjukvården som staten ska ersätta på grund av ersättningsbestämmelsen i 5 kap. 1 § LEH.

[178] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 162.

Statens ansvar för finansiering av åtgärder för höjd beredskap

De övergripande principerna och avgränsningen för statliga åtgärder och finansiering innebär som ovan redovisats att åtgärder som inte avser åtgärder för höjd beredskap bör finansieras inom ramen för respektive myndighets eller annat organs ordinarie verksamhet.

Motsatsvis följer att staten ska finansiera åtgärder för höjd beredskap. Detta är också vad som entydigt anges i den redovisade i första stycket till ovan redovisade författningskommentar, men det är inte riktigt så det uttrycks i lagbestämmelsen om ersättning. Krig och fred är en dikotomi. Om det är krig är det således inte fred och vice versa. Även vid höjd beredskap kan det dock vara fred, något som kanske kan ställa till det då man vid avgränsning av finansieringsansvaret i förarbetena talar om att staten ska ansvara för åtgärder för höjd beredskap samtidigt som ersättningsbestämmelsen begränsar rätten till ersättning för extraordinära händelser i fredstid.

Det framstår dock för utredningen som att det råder full samsyn mellan staten, kommuner och regioner om att det är staten som har finansieringsansvar för åtgärder för höjd beredskap. Det finns trots detta goda skäl att undanröja varje oklarhet kring finansieringsansvar och detta bör lämpligen ske genom ändringar av ersättningsbestämmelsen i LEH.

Statens ansvar att finansiera åtgärder som inte avser höjd beredskap

Vad gäller åtgärder som inte entydigt rör höjd beredskap är utgångspunkten enligt ersättningsbestämmelsen att uppgifter som rör extraordinära händelser i fredstid berättigar till ersättning *endast 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 inledningsvis konstateras att förståelsen av vad som avses med mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet inte underlättas av ett förarbetsuttalande som detta; *Med mycket omfattande och svåra extraordinära händelser avses vad som i diskussioner om finansiering brukar beskrivas som svåra påfrestningar på samhället i fred*. Innebörden av ett icke definierat och i övrigt oförklarat ut-

tryck blir inte tydligare av en hänvisning till ett annat odefinierat och oförklarat uttryck.

Dock framgår även av författningskommentaren att arbetet med beredskapen inför hot från extraordinära händelser av mindre allvarligt slag upp till svåra påfrestningar på samhället i fred kan *antas vara till ömsesidig nytta i mycket stor utsträckning*. Därmed är även arbete med extraordinära händelser av mindre allvarligt slag av nytta för mycket omfattande och svåra extraordinära händelser.

Med ledning av förarbetena till ersättningsbestämmelsen kan således sägas att staten i mycket hög utsträckning ska ersätta det arbete som det åligger kommuner och regioner att utföra enligt 2 kap. LEH dvs. arbete med:

- att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser och planer för hur de ska hantera extraordinära händelser. (2 kap. 1 § LEH),
- att skapa en krisledningsnämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (2 kap. 2 §),
- för kommuner att inom sitt geografiska område och i fråga om extraordinära händelser i fredstid verka för viss samordning (2 kap. 7 § LEH),
- att ge förtroendevalda och anställd personal den utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid (2 kap. 8 § LEH), och
- att avge rapporter till olika myndigheter (2 kap. 9 § LEH).

Men även om det är på sätt som ovan sagts leder inte det till att det finns samsyn om storleken på den ersättning som staten ska utbetala för kommuner och regioners arbete enligt 2 kap. LEH. ”I mycket stor utsträckning” är uppenbarligen inte en tillräckligt tydlig avgränsning. Det får förmodas att t.ex. ambitionsnivån på arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser tydligt kommer att relatera till den ersättning som staten faktiskt betalar. Detta oavsett att risk- och sårbarhetsanalyser samt utbildning och övning ändå måste anses fundamentala för de åtgärder som en region eller kommun ändå måste genomföra mot bakgrund av de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård såsom bestämmelserna i HSL och i PSL.

Särskilt om statlig ersättning enligt LEH och hälso- och sjukvård

Regioner och kommuner har som utgångspunkt att finansiera hälso- och sjukvård som krävs för att tillgodose befolkningens behov av god vård. Det är dock staten som ansvarar för att finansiera förberedande åtgärder för höjd beredskap. Förmågor för försvar bygger på förmågor i fred. Statens finansieringsansvar kan enligt utredningen inte rimligen avse annat än sådana åtgärder som behövs för de tillkommande förmågor som totalförsvaret kräver.

Av 3 kap. 1 § LEH följer att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Vårdbehov och förutsättningarna att utföra vård kan som tidigare framhållits i vissa fall förändras hastigt. Vid krig finns särskild anledning att räkna med att behoven av hälso- och sjukvården kan öka högst avsevärt, främst genom tillkommande krigsskador men även genom ett ökat antal infektionssjukdomar och olycksfall. Detta samtidigt som tillgången till sådana resurser som vården behöver kan minska. Krig och vissa andra antagonistiska handlingar kan också leda till förändrade sjuk- och skadepanoraman, exempelvis genom biologiska eller kemiska stridsmedel. Om staten anser att det för totalförsvaret behövs förmågor som går utöver de förmågor som finns i vardagen för att hantera sådana ökningar av vårdbehov och avvikande skade- och sjukdomspanoraman som avses ovan, är det också rimligt att staten ansvarar för att finansiera åtgärderna för dessa.

Det står enligt utredningens mening klart att statens finansieringsansvar för åtgärder för höjd beredskap aldrig kan omfatta sådana vårdbehov som alltid finns och som är stabila över tid exempelvis behandling av cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes m.m. Ansvaret att vidta åtgärder för att kunna tillgodose sådana vårdbehov, liksom finansieringsansvaret för åtgärderna, ligger således även vid krig hos regioner och kommuner. Åtgärder som behöver vidtas för att tillgodose vårdbehov som uppkommer vid masskadehändelser och stora sjukdomsutbrott som inte är krigsrelaterad omfattas inte heller av statens finansieringsansvar för åtgärder för höjd beredskap.

Situationer som en kommun eller region inte rimligen kan klara av på egen hand Sid 471(1295)

I enlighet med vad som redan framhållits så berättigar uppgifter som rör extraordinära i händelser i fredstid till ersättning endast 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 står klart att en risk- och sårbarhetsanalys kan påvisa händelser som kan medföra att det inte går att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter i en kommun eller region liksom att en del sådana händelser kan visa sig medföra så stora utmaningar att en kommun eller region inte har rimliga förutsättningar att vidta de åtgärder som krävs för att hantera utmaningarna på egen hand.

Åtgärder som krävs för förmåga i hälso- och sjukvården att hantera svåra olyckor, terrorhändelser och pandemier med många svårt sjuka som inte är krigsrelaterade ska således som utgångspunkt finansieras av regioner och kommuner. Vilken förmåga som krävs i nyss nämnda avseenden måste fastställas utifrån sådana risk- och sårbarhetsanalyser, som staten har visst finansieringsansvar för.

Det finns dock en gräns för vilka masskadehändelser och sjukdomsutbrott med ett stort antal sjuka som en kommun eller region rimligen kan klara av själv. Enligt utredningens bedömning är det sannolikt just sådana nyss beskrivna situationer som i ovan redovisade förarbeten till LEH benämns som mycket omfattande och svåra extraordinära händelser eller som svåra påfrestningar på samhället i fred. Enligt utredningens mening innebär ersättningsbestämmelsen i LEH att staten har finansieringsansvar för sådana förberedande åtgärder som krävs för att hantera händelser som medför så stora utmaningar att en kommun eller region inte rimligen kan förväntas klara dessa på egen hand. Detta framstår också som en lämplig ordning.

De förberedande åtgärder inom hälso- och sjukvården som staten finansierar för höjd beredskap kommer troligen också att medföra stärkt beredskap och förmåga att hantera sådana händelser som kommuner och regioner inte rimligen kan förväntas hantera på egen hand. Under den tid som den s.k. strategiska pausen varade i Sverige, var statlig finansiering av kommuner och regioners beredskapshöjande åtgärder knappast i fokus. Därmed kan det antas att en stor del av det förmågetapp som skett vad avser svåra extraordinära händelser

beror på att den statliga finansieringen av höjd beredskap upphört eller kraftigt reducerats. Med den nya inriktningen för totalförsvaret torde det dock kunna påräknas att statlig beredskapsfinansiering till kommuner och regioner kommer att öka högst väsentligt.

Det är enligt utredningen inte enkelt att förstå var gränser för statens finansieringsansvar enligt dagens LEH går. Det finns goda skäl att undanröja varje oklarhet kring finansieringsansvar och detta bör lämpligen ske genom ändringar av ersättningsbestämmelsen i LEH. I samband med sådana ändringar kan nya mer klargörande förarbeten skrivas. Bestämmelsen om statlig ersättning till kommuner och regioner i LEH bör förtydligas.

4.6 Andra utmaningar avseende hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera kris och krig

I de föregående avsnitten 4.2–4.5 har utmaningar kopplat till sjukvårdens planering, organisation, ledning och finansiering lyfts fram. I de följande avsnitten kommer andra utmaningar avseende hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera situationer med många samtidigt skadade eller sjuka samt andra behov för beredskapen att lyftas fram.

Allmänt om utvecklingen

Hälso- och sjukvårdens beredskap för fredstida händelser med många skadade eller sjuka samt beredskap för höjd beredskap och krig byggdes upp parallellt under framför allt 1980- och 1990-talet efter ett flertal statliga utredningar.[179,180,181] I och med förändringarna i det säkerhetspolitiska läget på framför allt 1990-talet påbörjades en minskning av framför allt beredskapen för krig och fokus lades i stället på beredskapen för fredstida kriser.[182,183] Delar av lagstiftningen för civilt försvar och regionernas krisberedskap anpassades för att möta en ny

[179] Varuförsörjningen i kristid (SOU 1975:57).
[180] Sjukvården i krig (SOU 1978:83).
[181] 5 rapporter från 1988-års försvarskommitté (SOU 1990:108).
[182] Fortsatt förnyelse av totalförsvaret (prop. 2001/02:10), s. 11 ff.
[183] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158).

era.[184,185] Som en följd av det ändrade fokuset minskade också centraliseringen och vad som kan uppfattas som den nationella samordningen. Socialstyrelsens roll blev mer rådgivande, den nationella lagerhållningen minskade, utrustning gavs bort till regionerna, nationella utbildningsinsatser avslutades och vägledningar uppdaterades inte eller togs bort. Överstyrelsen för civilt försvar blev Krisberedskapsmyndigheten för att slutligen tillsammans med Räddningsverket slås samman i Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Samtidigt flyttades fokus utanför Sveriges gränser genom Försvarsmaktens fokus på att fred skulle byggas med internationella insatser. Terrorhändelser utomlands, flodvågskatastrofen, trippelkatastrofen i Japan och den ”arabiska våren” visade alla på ett behov av katastrofmedicinska insatser utomlands för att värna svenska medborgares liv och hälsa. Klimathotet och dess effekter på människors liv- och hälsa blir uppenbart. Under 2000-talet drabbas världen av minst två pandemier och utbrott av mycket smittsamma sjukdomar i Afrika.

Parallellt med skiftet av fokus från civilt försvar till krisberedskap har hälso- och sjukvårdens utveckling tagit stora kliv. Nya behandlingsmetoder, digitalisering, utveckling av medicinsk teknik och läkemedel har gett en än mer högspecialiserad vård. Vården fokuserade också under en period mycket på att införa arbetsmetoder enligt LEAN-processen[186]. Vårdutvecklingen och de medicinska framgångarna har gjort att tiden för eftervård kunnat kortas radikalt, vilket i sin tur fått till effekt att antalet vårdplatser på sjukhus kunnat minska.[187] Patienterna kan skrivas hem tidigare och mer vård och rehabilitering sker i hemmet. Samtidigt som specialiseringen gör att vården centraliseras så sker i andra änden en decentralisering där mer och mer avancerad vård flyttar in i hemmen.

I ljuset av förändringarna ovan påverkades också hälso- och sjukvårdens fokus för, och förutsättningar att upprätthålla, beredskap för olika händelser. Stora och mycket omfattande händelser med stor påverkan på hälso- och sjukvården är mycket ovanliga i Sverige vilket

[184] Extraordinära händelser i kommuner och landsting (prop. 2001/02:184).
[185] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133).
[186] Resurssnål och tidseffektiv produktionsmetod. Inom lean production är kunden alltid i fokus, vilket innebär att man producerar det som kunden verkligen vill ha och att det görs i processer som förbrukar så lite resurser som möjligt. Allt onödigt som inte skapar något värde för kunden ska elimineras. Kundfokus innebär också att leverera den efterfrågade kvaliteten till lägsta möjliga kostnad vid rätt tidpunkt. Källa: Nationalencyklopedin, lean production. www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/lean-production (hämtad 2022-01-05).
[187] Socialstyrelsen (2018): *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, s. 20–22.

också påverkar i vilken grad medel avsätts för sådan beredskap (försäkringstanken). Det kan dock konstateras att trots två genomgångna pandemier under 2000-talet så står det i dag klart att varken planeringen eller beredskapen för pandemier vare sig på kommunal, regional eller statlig nivå utvecklats till för att klara de påfrestningar som en pandemi faktiskt utgör. Det visar på att det finns ett stort behov av uppföljning och revision av de åtgärder som sägs genomföras.

4.6.1 I höjd beredskap och krig minskar personalen i den civila sjukvården

Bedömning: I höjd beredskap och krig innebär Försvarsmaktens behov av legitimerad personal i krigsorganisationen och det faktum att samhällets funktionalitet i övrigt kan vara störd att bristen på sjukvårdspersonal i den civila hälso- och sjukvården förstärks.

Det finns situationer som ytterligare komplicerar kommuner och regionernas tillgång till kvalificerade sjukvårdspersonal. I händelse av höjd beredskap och ytterst krig då Försvarsmakten mobiliserar kommer ett antal kvalificerade medarbetare i hälso- och sjukvården vara ianspråktagna i Försvarsmaktens krigsorganisation. Omfattningen är inte lika stor som då Försvarsmakten hade sin största organisation med femtiotalet fältsjukhus, men effekten är tillräckligt stor för att bortses från. I dag har Försvarsmakten endast två fältsjukhus (med en plan på fler) och ett antal specialiserade mindre sjukvårdsresurser med möjlighet till kvalificerat omhändertagande och vård.

Till skillnad från förr har däremot kravet på sjukvårdspersonalen i den övriga organisationen ökat. I dag finns t.ex. både legitimerade läkare och sjuksköterskor i hemvärnets alla förband, vilket inte var fallet för 40 år sedan. Läkare och sjuksköterskor ingår i princip på olika nivåer i alla förband organiserade i bataljoner eller fristående kompanier. Försvarsmaktens behov kommer därmed att påverka den civila hälso- och sjukvårdens personella resurser.

Som utredningen tidigare beskrivit är Försvarsmakten i behov av stöd från den civila sjukvården.[188] Försvarsmaktens fokus ligger på primärt omhändertagande på stridsfältet och stabiliserande åtgärder

[188] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 57.

genom t.ex. primärkirurgi för att möjliggöra transport till hästa (civila) vårdnivå. En sådan ordning innebär att Försvarsmaktens behov av personal till stor del, men inte enbart, handlar om personal med prehospital kompetens samt kunskaper inom kirurgi och anestesiologi. Därmed är det sannolikt att det är inom just dessa områden som brist på personal kommer uppstå och inte jämnt fördelat över alla specialiteter.

När beredskapen höjts, ska Försvarsmakten krigsorganiseras i den omfattning som regeringen bestämmer. Vid beredskapslarm ska hela Försvarsmakten krigsorganiseras.[189] Detta innebär att Försvarsmakten kan mobilisera sina förband redan i skärpt beredskap, den lägre av de två graderna inom höjd beredskap.[190] Regionerna däremot krigsorganiserats först vid högsta beredskap eller beredskapslarm.[191] Därmed kan det infinna sig en situation som innebär att regionerna tappar personal till Försvarsmakten innan man för egen del övergår till krigsorganisation. Även om regionerna inte ska krigsorganiseras förrän vi högsta beredskap ska de 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.[192] Den ovan angivna anomalin är reglerad i förordning och skulle kunna justeras, t.ex. genom att kommuner och regioner få övergå till krigsorganisation redan i höjd beredskap i den mån det följer av Försvarsmaktens mobilisering.

I händelse av krigshandlingar riktas mot Sverige kan det antas att det sker en bred påverkan på för samhället viktiga funktioner såsom t.ex. transporter, elförsörjning och elektroniska kommunikationer. Sådan påverkan kommer med stor sannolikt även ha effekter på hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att ta sig till sina arbetsplatser t.ex. beroende på huruvida barnomsorgen fungerar eller om det är möjligt att transportera sig till sin arbetsplats. Sådana effekter är något som måste finnas med i beräkningen och planeringen för höjd beredskap och ytterst krig.

[189] 11 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.
[190] Höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap.
[191] 12 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.
[192] 7 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

4.6.2 Kriser och krig kan leda till befolkningsomflyttning[Sid 476(1295)]

Bedömning: Kommuner och regioner behöver i sin planering inte bara beakta de direkta vårdbehov som uppstår med anledning av en händelse med många skadade eller sjuka. En kommun eller region behöver även beakta de vårdbehov som kan uppkomma av andra händelser som leder till, eller kan leda till, större befolkningsomflyttning.

Det har redan konstaterats att det finns både skyldigheter, möjligheter och brister avseende stöd mellan kommuner och regioner som har betydelse för bedrivande av hälso- och sjukvård och omsorgen i fredstida kriser och krig. De skyldigheter för en vistelsekommun eller för en region som finns i Socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortat SoL, och HSL, och som i grunden är tänkta att klara ut ansvarsförhållanden, säkerställa medborgarnas rätt till tillgång på vissa vård och omsorgstjänster samt skapa förutsättningar för stöd mellan regioner och kommuner i vardagen kan i händelse av fredstida kriser och krig bli en oöverstiglig utmaning om inte också personalresurser följer med befolkningsströmmarna. Exempel på sådana händelser är storskaliga utrymningar av vissa geografiska områden i samband med t.ex. dammhaveri, naturkatastrof, kärnteknisk olycka eller stridshandlingar. Problemen kan också uppstå i samband med att det spontant uppstår situationer med s.k. internflyktingar, dvs. personer som på eget initiativ tvingats fly inom sitt eget hemland på grund av händelser förorsakade av människor.

När personer vistas i en annan kommun eller region än där de är bosatta föreligger en skyldighet för kommuner och regioner att bistå genom att tillhandahålla primärvård och viss omedelbar sjukvård samt att delta i verkställighet av biståndsbeslut. Förvisso finns en tidsgräns angiven i förarbetena till SoL som anger en kortare vistelse upp till cirka 6 månader, men redan inom denna tid kan utmaningarna bli oöverstigliga för berörda kommuner. Vad gäller skyldigheterna enligt HSL finns ingen tidsgräns angiven.

I ovanstående situationer är det viktigt att den hälso- och sjukvårdspersonal som behövs för vården och som finns i områden som avfolkas också kan följa befolkningsströmmen. I 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap finns bestämmelser om att 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. Motsvarande bestämmelser för fredstida situationer i normalberedskap saknas och stöd med personal måste i stället utgå ifrån andra bestämmelser, ex. hjälpbestämmelserna i LEH. Dagens regler i LEH som möjliggör bistånd mellan kommuner och regioner och som avser fredstida kriser är reaktiva och förutsätter ett aktivt beslut om att en extraordinär händelse föreligger. Som framgått tidigare föreligger vissa problem med att det dels är oklart vad som utgör en extraordinär händelse, dels är oklart hur det fastställs att en sådan händelse är vid handen. Slutligen kan konstateras att kommuner och regioner mycket sällan anser att en extraordinär händelse inträffat.

Reglerna i HSL och SoL ställer krav på kommuner och regioner att ge vård eller bistånd till personer som tillfälligt vistas i en kommun eller region. Regleringen i LEH syftar på att kunna tillföra resurser till en särskilt drabbad kommun eller region, oavsett om orsaken är att där inträffat en särskilt omfattande händelse eller om det beror på en tillströmning av många människor. I ett sådant fall, och om en kommun eller region anser att det behövs och en annan kommun eller region anser sig kunna avvara resurser, finns därmed möjligheter att bistå med bl.a. personal. Bestämmelsens utformning innebär dock att den används reaktivt och innebär att detta inte är ett verktyg som lämpar sig för planering. Möjligheterna till stöd måste i stället avgöras från gång till annan och påverkas med säkerhet av många kringliggande faktorer, inte minst i hur stor grad även bidragande kommuner och regioner är direkt påverkade av samma händelse. I samband med att stöd lämnas utifrån LEH kan också nämnas att i det fall krislägesavtalet (se vidare 8.1.5) är aktiverat i den mottagande kommunen eller regionen så tillämpas avtalet på den stödjande personalen.

I höjd beredskap är en kommun eller region skyldig att lämna bistånd enligt LEH. Möjligheterna att lämna sådant bistånd bestäms av länsstyrelsen i det län som ska lämna stödet. Inte heller i detta fall är det en garanti att en region eller en kommun kan lämna stöd och därmed något som kan vara svårt att planera för.

Reglerna om avtalssamverkan innebär att kommuner och regioner kan ingå avtal om stöd för att utföra uppgifter som normalt ankommer på kommunen eller regionen. Som verktyg betraktat synes

detta vara det mest användningsbara ur ett planeringsperspektiv. Avtalssamverkan kan vara en väg framåt för händelser som man vet kan komma att inträffa eller där man vet att en enskild kommun eller region saknar de resurser som krävs för att kunna svara upp emot de krav som ankommer på kommunen eller regionen. Detta kan dels utgöra grunden för planeringen av civilt försvar för geografiska områden dit det med stor sannolikhet kommer samlas stora mängder människor men det kan också vara en god grund för de som vet att de saknar personella resurser, men även ekonomiska resurser, för att bygga upp sådan förmåga som behövs för vissa skyldigheter. Detta kan exempelvis gälla tillgång till en viss mängd vårdplatser eller ambulanshelikoptrar.

Samarbete angående personal under covid-19

Socialstyrelsen fick i oktober år 2020 i uppdrag av regeringen att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal under utbrottet av covid-19.[193] I uppdraget ingick att följa och stötta regionernas arbete med att etablera arbetssätt för att låna in personal från varandra. Arbetet slutredovisades den 31 januari år 2021.[194] I rapporten redogör Socialstyrelsen för att ansvarsprincipen är samhällets utgångspunkt för krisberedskapen samt att regionerna ansvarar för personalförsörjningen. Myndighetens har därmed avgränsat uppgiften till att stödja ansvariga aktörer med kunskap, lägesbilder, resurssamordning m.m. men inte att operativt bistå med personal. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att de är en stödjande aktör, bland annat genom att regionerna kan nyttja befintliga system som myndigheten tillhandahåller för rapportering och stödbegäran samt myndighetens befintliga larmsystem, bedömnings- och prioriteringsstöd och erfarenheter av resurssamordning. Myndigheten arbetar även, i dialog med SKR, med framtagande av kunskapsstöd för riskbedömningar för att underlätta för regionerna att identifiera vilka parametrar som är av vikt för bedömningar av belastning.

Regioner, kommuner och kommunalförbund har ansvar för många viktiga samhällsfunktioner. Det rör bland annat hälso- och sjukvård,

[193] Uppdrag att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal (S2020/07614 (delvis]).
[194] Slutredovisning av uppdrag att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal (SoS dnr 10.1-34296/2020).

kommunal omsorg, förskola och skola, socialtjänst, kommunikationer, el- och vattenförsörjning samt räddningstjänst. Vid ett krisläge som har allvarlig påverkan på samhällsnivå, t.ex. vid naturkatastrofer, skogsbränder, översvämningar, utbrott av epidemier eller pandemier, terrordåd eller andra hot är det avgörande för arbetsgivarna att kunna säkra bemanningen till dessa samhällsfunktioner. Arbetsgivarna behöver då vidta åtgärder inom ramen för sektorns kollektivavtal såsom rekrytering av personal, användning av bemanningspooler och inlån av personal från privata aktörer eller andra kommuner och regioner. Om dessa åtgärder inte räcker till kan sektorns krisägesavtal aktiveras.

För att underlätta nationell samordning inrättade regionerna och SKR under pandemin en beredskapsfunktion, så kallad Larmyta. Larmytan bemannades dygnet runt av personal hos SKR:s arbetsgivarpolitiska avdelning. En region kunde skicka ett nationellt larm till Larmytan som omgående kallade samtliga regioner till möte. Vid mötet beskrev den larmande regionen vilket behov av förstärkning som förelåg. Samtliga regioner skulle därefter undersöka och lämna besked om, vilka möjligheter de hade för att hjälpa till. Avsikten är att på sikt även inrätta liknande samordning för kommunerna.

Om behovet avsåg ytterligare personella resurser förutsätter en sådan begäran, som huvudregel, att krisägesavtalet aktiveras samtidigt om det inte redan aktiverats (se vidare 8.1.4 angående krisägesavtalet). Enligt SKR ska möjligheterna i befintliga kollektivavtal vara uttömda, möjligheterna att låna in personal genom vanliga samarbetspartners på lokal, regional och nationell nivå vara uttömda samt krisägesavtalet vara aktiverat innan stöd begärs genom larmytan.

Nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer har ansvar för att, utifrån ovanstående ordning med stöd mellan regionerna, identifiera vilka parametrar som ska ligga till grund för att avgöra vilka regioner som är mindre belastade och därmed har bäst förutsättningar att bistå med personella resurser.[195] Detta skiljer sig från vad som sägs kopplat till den i LEH beskrivna möjligheten att lämna stöd till andra kommuner eller regioner vid extraordinära händelser. I FEH anges att det är länsstyrelsen som beslutar om sådant stöd. På samma sätt som när stödet utgår ifrån LEH ger regionernas och SKR:s larmyta inte något garanterat stöd utan detta bygger helt på regionernas vilja

[195] Slutredovisning av uppdrag att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal (SoS dnr 10.1-34296/2020).

och möjligheter att bistå. Detta är något som region Norrbotten fått erfara under våren år 2021 då den drabbades hårt av utbrottet av covid-19.

Stöden som lämnas enligt ovan knyter inte på ett tydligt sätt an till de tidigare redovisade reglerade möjligheterna att bistå med personal eller på annat sätt stödja varandra. Det finns till exempel ingen koppling till vad som anges i LEH om möjligheten att begära stöd och kravet på att det är en extraordinär händelse som inträffat. Det är inte heller tydligt att det bygger på den avtalssamverkan som kan ske utifrån vad som anges i KL. Eftersom behovet berör ett extra behov av personal i den egna regionen är vad som anges i SoL och HSL om att ta hand om andras kommuner eller regioners patienter eller brukare inte relevant. Stödet bygger helt och hållet på andra överenskommelser.

Vårdpersonal i utländska militära förband

I samband med införandet av värdlandsavtalet genomfördes en utredning som såg över vissa legala frågor kopplat till utländska militära förbands möjlighet att verka på svenskt territorium. Arbete ledde fram till att regeringen lämnade en proposition till Riksdagen.[196] I den aktuella propositionen gör regeringen bedömningen att bestämmelserna i det kompletterande tilläggsprotokollet och värdlandsstödsavtalet om utländsk personals tillgång till sjuk- och tandvård vid vistelse i Sverige tillgodoses genom gällande svensk rätt på området. Behov av ytterligare lagstiftning finns inte.[197]

På samma sätt som för det svenska försvaret vore det inte lämpligt att utgå från att den civila hälso- och sjukvården också ska kunna svara för sjuktransporter och vård av utländsk militär personal eller civila i områden där det pågår strid eller som av andra liknande skäl inte är tillräckligt säkra för oskyddad civil vårdpersonal.

I utländska förband kan det finnas vårdpersonal som har till uppgift att tillgodose förbandets vårdbehov. Den avtalstext som bl.a. reglerar rättsliga frågorna om status för personal m.m. mellan de deltagande staterna inom Partnerskap För Fred (PFF-avtalet) indikerar

[196] Samförståndsavtal om värdlandsstöd (prop. 2015/16:152).
[197] A.a., s. 62.

också att så kan vara fallet[198]. Utländska förband i Sverige kan också ha fört med sig t.ex. läkemedel och andra sjukvårdsprodukter.

Såvitt kan bedömas kommer den svenska Försvarsmaktens sjukvårdsresurser främst att ansvara för sådana prehospitala vårdinsatser som behövs tills dess en skadad eller sjuk kan avtransporteras 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. stabiliserande kirurgiska ingrepp och administration av allmän eller lokal bedövning liksom viss annan läkemedelsbehandling. Det är sannolikt att motsvarande vårdåtgärder även kommer att behöva vidtas av vårdpersonal i utländska militära förband som verkar i Sverige.

Svenska lagar och andra föreskrifter ska följas av att den som lever eller verkar i Sverige. Regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet är inte framtagen med beaktande av att utländska militära förband som genomför operativa insatser på svenskt territorium också kan behöva utföra vård och regleringen är således inte heller särskilt anpassad för detta.

[198] Se artikel IX.5 i PFF-avtalet.

5 Planering, ledning och samverkan vid fredstida kriser och krig

Utredningen har i kapitel 4 beskrivit ett antal problem med dagens ordning avseende planering, ledning och samordning av hälso- och sjukvård av betydelse för beredskap. I detta kapitel lämnas utredningens förslag på detta område. Ytterligare förslag med bäring på specifika frågeställningar lämnas också i kapitel 6–13.

5.1 Bestämmelser om planering

Förslag: Det ska införas en ny definition och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Nuvarande bestämmelse i lagen som anger att regionen även ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls ska utgå ur lagen. Av den nya definitionen ska framgå vad som i lagen avses med katastrof. Med katastrof ska avses 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.

De nya planeringsbestämmelserna ska innebära att kommuner och regioner vid planering av hälso- och sjukvård särskilt ska beakta 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 eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Sid 483(1295)

Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts.

Frågor om planering av hälso- och sjukvård har behandlats tämligen utförligt i avsnitt 4.1 varvid även redogjorts för ett antal problem som nuvarande rättsliga reglering om planering av hälso- och sjukvård medför. Det rör sig om olika problem bl.a. sammanblandningar av begrepp och andra oklarheter som medför tolkningsproblem samt om att nuvarande planeringsbestämmelse i 7 kap. 2 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, endast omfattar en delmängd av det som särskilt bör beaktas vid sådan planering som måste utföras.

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av det civila försvaret. Det kan konstateras att kommuner och regioner enligt HSL är skyldiga att erbjuda vård till befolkningen i alla lägen. Vården ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller för vård ska upprätthållas. Det är lika viktigt att omhänderta vårdbehov hos ett stort antal sjuka som uppstår genom sjukdomsutbrott som det är att omhänderta vårdbehov som uppkommer genom händelser som medför ett stort antal skadade. Det är också viktigt att planera för en katastrof.

Planeringsbestämmelserna i HSL innebär redan i dag att kommuner och regioner måste planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård kan fullgöras i alla lägen och så att även andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård kan uppfyllas. Vid planering måste naturligtvis också beaktas att det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård 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.

Vård ska således helt enkelt erbjudas och utföras i enlighet med alla de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. Detta 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.

I avsnittet 4.1.6 behandlas frågor om bl.a. behovet av nödvändiga planerings- och beslutsunderlag. Där framhålls bl.a. klimathändelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi och i el- eller vattenförsörjningen som exempel på andra händelser som allvarligt kan påverka förutsättningarna att ge vård. Det är centralt att kommuner och regioner vid sin planering särskilt beaktar händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra krav som följer av gällande rätt.

Vid en katastrof i vården uppkommer omedelbart ett allvarligt hot mot människors liv och hälsa. Med katastrof avser utredningen i detta betänkande *en situation i hälso- och sjukvårdens 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*.

De mest utmanande situationerna för vården, oavsett om de uppstår på grund av händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller på en annan påfrestning, kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Med detta följer också behovet av att särskilt beakta att kommuners ansvar för hälso- och sjukvård har nära samband med det ansvar för socialtjänst som kommuner har.

Det har under utredningens arbete framförts att det finns behov av att närmare ange vad som kan anses utgöra ett ”stort antal” skadade och sjuka. Det bör dock betänkas att hälso- och sjukvården är anpassade efter i kommunernas och regionernas olika förutsättningar. Den kapacitet att ge vård som finns i en kommun eller i en region skiljer sig många gånger åt från andra kommuner eller regioners kapacitet. Bedömning av vad som utgör ett stort antal skadade eller sjuka måste ske med utgångspunkt från den vårdkapacitet som behöver finnas i respektive kommun och region. Antalet skadade eller sjuka som kan medföra en särskild utmaning för vården i en kommun eller i en region kommer således att skilja sig åt. Att ange ett bestämt tal för hur många skadade eller sjuka som ska anses utgöra ett ”stort antal” är därmed inte lämpligt.

Det är ingen liten utmaning att under svåra förhållanden erbjuda vård som inte kan anstå till alla som behöver det. För att kunna hantera den värsta tänkbara situationen, en katastrof, krävs särskilt katastrofmedicinsk kunskap men förstås även andra färdigheter. Exem-

pelvis torde ledning och prioritering vara särskilt utmanande under sådana förhållanden. Det krävs också uthållighet eftersom inte alla händelser eller situationer som medför stora utmaningar för vården är kortvariga. Katastrofmedicinen omfattar medicinska situationer då det föreligger en resursbrist och där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.

Även om kommuner och regioner inte har samma vårdansvar, så är de beroende av varandras resurser, även för att upprätthålla vård som inte kan anstå. Patienter inom t.ex. regioners slutenvård som är utskrivningsklara kan behöva fortsatt vård som kommuner ska ansvara för och patienter som kommuner har ett vårdansvar för behöver vård som regioner ansvarar för. Vid krig är det sannolikt att regioner kommer att få omhänderta ett stort antal skadade som sedan behöver fortsatt vård och rehabilitering i en kommun. Behovet i en kommun att kunna omhänderta bl.a. olika skador kommer därmed också öka när regionerna skriver hem patienter som av olika skäl inte kan klara sig själva utan är i behov av kommunal hjälp. Detta gäller oavsett om det sker utifrån behovet av särskilda boendeformer eller om att kommunen och region avtalat om att det är kommunen som ska ansvara för hemsjukvård. Omvänt kommer en pandemi som drabbar sköra patienter i kommunala boendeformer medföra behov av att säkerställa de boendes behov av sådan vård som regionerna ansvarar för. Dessutom måste beaktas att det även utan en pandemi finns många patienter i kommunernas olika verksamheter som har allvarliga sjukdomar som kräver vård som regionerna svarar för. Och givetvis är utgångspunkten för de flesta då vi blir äldre att vi förr eller senare utvecklar sjukdomar som medför behov av sådan vård som regioner ansvarar för. Det kan också vara så att det är möjligt och lämpligt att i vissa fall i samband med svåra påfrestningar upprätta gemensamma tillfälliga vårdplatser för att på så sätt samla kommunala och regionala resurser och med gemensamma ansträngningar skapa förutsättningar för den vård som patienter behöver. Det skulle visserligen vara bra om kommuner och regioner kunde samordna planer över regiongränser, men krav om sådan samordning skulle sannolikt medföra ett alltför omfattande arbete. Att samordning uppnås mellan en region och de kommuner som tillhör regionen bedöms vara ett mer rimligt krav.

Utredningen har i avsnitt 4.1.3 redogjort för behoven av nya bestämmelser avseende kommunernas och regionernas planering och

har därvid bedömt att nuvarande planeringsbestämmelse om katastrofmedicinsk beredskap i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL bör utmönstras och att det krävs nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid sådan planering som krävs för att hantera särskilt svåra situationer i vården. Utredningen anser också att det i HSL bör införas sådana planeringsbestämmelser för kommuner och regioner.

Vidare har i avsnitt 4.2.1 redogjorts för behovet av ytterligare planeringsföreskrifter, problem kring ledning och de särskilda förmågekrav som ställs för att kunna utöva ledning vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt händelser som medför en katastrof i vården.

Planeringsbestämmelser för kommuner och regioner i HSL bör liksom nu ange allmänna utgångspunkter för nödvändig planering av hälso- och sjukvård. Syftet med planeringsbestämmelser är övergripande att kommuner och regioner genom planeringen av hälso- och sjukvård ska erbjuda och utföra hälso- och sjukvård enligt de krav som ställs i gällande rätt.

Nya planeringsbestämmelser i HSL

Planeringsbestämmelser för kommuner och regioner i HSL bör liksom nu ange allmänna utgångspunkter för nödvändig planering av hälso- och sjukvård. Syftet med planeringsbestämmelser är övergripande att kommuner och regioner genom planeringen av hälso- och sjukvård ska erbjuda och att hälso- och sjukvård kan utföras enligt de krav som ställs i gällande rätt.

Det finns inte skäl att i sak ändra nuvarande bestämmelser som innebär att regioner och kommuner ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av deras respektive ansvar för hälso- och sjukvård.[1] Inte heller finns skäl att i sak ändra bestämmelsen som anger att regioner och kommuner vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[2] Även bestämmelserna som anger att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården

[1] 7 kap. 2 § första stycket och 11 kap. 2 § första stycket i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[2] 7 kap. 2 § andra stycket och 11 kap. 2 § andra stycket i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare ska kvarstå i HSL oförändrade.[3]

Det finns däremot skäl för nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid planering som krävs för att kunna hantera särskilt svåra situationer. Det bör också i HSL införas sådana planeringsbestämmelser för kommuner. Nuvarande bestämmelse om katastrofmedicinsk beredskap (7 kap. 2 § tredje stycket HSL) bör utmönstras ur HSL. Det medför att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap kommer att behöva ses över eller upphävas.

Utredningen föreslår att det i HSL ska införas nya en ny definition och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Nuvarande bestämmelse i lagen som anger att regionen även ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls ska utgå ur lagen. Av den nya definitionen ska framgå vad som i lagen avses med katastrof. Med katastrof ska avses 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.

De nya planeringsbestämmelserna ska innebära att kommuner och regioner vid planering av hälso- och sjukvård särskilt ska beakta 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 eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt HSL eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts.

[3] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

5.1.1 Ytterligare föreskrifter om planering och särskild larmfunktion

Sid 488(1295)

Bedömning: Det bör meddelas ytterligare föreskrifter om planering. Föreskrifterna, som kan beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, bör innebära följande.

Kommuner och regioner ska vid planering för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof särskilt 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 samt att kommunikation kan nå ut till alla grupper i samhället.

Vidare bör föreskrivas att kommuner och regioner i en plan ska 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. Det ska också framgå vilka mandat för ledning och vilka mandat för samverkan som olika beslutande organ och enskilda tjänstemän har och det ska finnas en hänvisning till var dessa mandat ges eller finns dokumenterade. Vidare ska framgå hur resurser och personal ska omdisponeras, hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras mellan regioner och kommuner för vård.

Slutligen bör föreskrivas om att det i varje region ska finnas en tjänsteman som är i ständig beredskap för att vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka som avses i 1 §, eller vid risk för sådana händelser, ska kunna ta emot larm och annan information om en inträffad eller förestående händelse, ta emot begäran om hjälp att utföra hälso- och sjukvård, verifiera mottagen information, föra ett larm eller en begäran om hjälp vidare inom egen organisation, initiera och samordna det inledande arbetet samt särskilt tillse att förbereda och lämna information om händelsen inom egen organisation och till andra aktörer som bedöms vara berörda.

Ett förslag till förordning har upprättats, se avsnitt 1.6.

I enlighet med vad som redovisats i avsnitt 4.1.4 finns vid sidan av lednings- och planeringsbestämmelserna i HSL ytterligare föreskrifter som ställer krav på bl.a. planering och ledning. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSF 2013:22) innehåller bl.a. krav om att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalyser, krav om planering för samverkan vid allvarlig händelse, krav om fastställande av en katastrofmedicinsk beredskapsplan samt krav som anger vad som ska framgår av sistnämnda plan. Det finns vidare planeringskrav avseende personal, lokaler utrustning och krisstöd. Det finns också krav avseende obligatoriska funktioner, som avser bl.a. larmfunktioner och ledning.

Genom utredningens förslag till planeringsbestämmelser i HSL kommer även kommuner att behöva omfattas av närmare föreskrifter om planering. Utredningen menar att även om ansvaret för hälso- och sjukvård, och därmed uppgifterna, till del skiljer sig åt mellan en kommun eller en region så är det av betydelse att även kommunen gör en samlad planering för hälso- och sjukvårdens beredskap. En sådan planering bör då följa av samma bestämmelser som för regionen. Att även kommunerna har ett närmare uttryckligt krav på planering ökar förutsättningarna för att kommuner och regioner ska planera för en sammanhållen vårdkedja. Utredningen menar sammanfattningsvis att sådana föreskrifter därför bör omfatta både kommuner och regioner.

SKR har till utredningen framför att en samlad planering för kommunernas del även måste omfatta socialtjänsten. Utredningen delar bedömningen att planeringen av socialtjänsten också är viktig. Planering av en verksamhet som en kommun eller region ansvarar för kan många gånger ha betydelse för en annan verksamhet som kommunen eller regionen också ansvarar för. Det är svårt att se att det finns särskilda rättsliga hinder mot att kommuner och regioner samordnar de planer som bör samordnas, Det har inte heller till utredningen framförts att det skulle finnas sådana rättsliga hinder.

Utredningen anser att det finns skäl att i föreskrifter på lägre nivå än lag ställa närmare krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof.

Det bedöms inte nödvändigt eller lämpligt att knyta planeringen till lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det föl-

jande förkortad LEH, på det sätt som görs i dag. Utgångspunkten för planering av hälso- och sjukvård är alla de krav som ställs på vården i gällande rätt och då ska särskilt framhållas att skyldigheten för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvård gäller i alla lägen dvs. även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten exempelvis kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka en regions verksamhet.

Enligt utredningens mening kan det som en allmän utgångspunkt, för att underlätta för regioner och kommuner att planera, vara klokt att så långt som möjligt hålla ihop de planeringsbestämmelser som de ska följa. Om det inte bedöms olämpligt finns därför skäl att samla bestämmelser om planering i en och samma föreskrift. Bedöms det olämpligt att ordna på nyss nämnda sätt är det ett utmärkt exempel på när det kan finnas skäl att överväga införandet av upplysningsbestämmelser eller, om möjligt, upplysningar genom allmänna råd.

Närmare om vad som särskilt bör beaktas vid planering

Syftet med en plan är att öka förmågan att kunna hantera en viss situation och att i förväg ha tänkt igenom hur detta ska ske. En tydlig plan ger olika verksamheter i en organisation tydlighet i vad som förväntas av dem och minskar därmed behovet av att fatta överilade beslut.

Planering för ledning och samverkan

Det finns skäl att införa föreskriftskrav som innebär att kommuner och regioner i en plan ska redogöra för och fastställa hur ledning och samverkan av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof. Det behöver också av planen tydligt framgå 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.

Mot bakgrund av att hälso- och sjukvårdens organisation är så komplex och kan involvera många olika juridiska personer finns det också skäl att även ställa krav på planering som utmynnar i en funk-

Sid 491(1295)

tion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet. Som redovisats i 4.2.2 kan det inte alltid ställas krav på att en sådan funktion kan leda alla verksamheter men mandat för ledning bör när så är möjligt kunna överlåtas till en sådan funktion. Hälso- och sjukvårdens ledning vid ovan nämnda situationer måste kunna utföras i korta, medellånga och långa tidsperspektiv. Vid planeringen av hälso- och sjukvård måste detta särskilt beaktas.

Krav om särskild larmfunktion och planering av denna funktion

En larmfunktion för sjukvårdsverksamheten bör precis som i dag, vid sidan av SOS Alarm, bl.a. kunna ta emot ett larm från andra aktörer än enskilda. I enlighet med vad som beskrevs i 4.2.3 anser utredningen att det saknas skäl för att införa en sådan funktion för kommuner. Utredningen anser dock att uppgiften att ta emot ett larm kan behöva utvecklas i förhållande till nuvarande föreskrift. Utredningen ser ett behov av att dels tydliggöra att det handlar om händelser som inträffat och händelser som riskerar att inträffa, dels att det handlar om att hantera händelser i egen region samt att fungera som kontaktpunkt vid begäran om hjälp att utföra hälso- och sjukvård, dvs. det är mer omfattande än vad som skulle kunna utläsas av ordet *larm*. Precis som tidigare ser utredningen ett behov av att uppgiften omfattar att verifiera mottagen information, att föra ett larm eller en begäran om hjälp vidare i organisationen och att initiera och verka för samordning i det inledande arbetet med händelsen. Utredningen anser dock att det även bör läggas till att föra information vidare inom egen organisation eller till andra aktörer som bedöms vara berörda av händelsen.

Det bör även av den plan som regionen tar fram framgå hur denna funktion är organiserad och vilka mandat funktionen har t.ex. vad avser att initialt omfördela resurser. Utredningen anser vidare att det i en föreskrift ska finnas krav på att det av de planer som tas fram ska framgå hur nödvändiga funktioner i hälso- och sjukvården larmas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården. Det ska av planen också framgå hur andra funktioner ska larmas och vilka mandat larmfunktionen har.

Planering för tillskapande och kraftsamling av resurser

En plan för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofer i vården behöver innehålla beskrivningar över hur de resurser och den personal som krävs för att hantera en viss situation kan omdisponeras samt hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga kan mobiliseras. I detta avseende är det också viktigt att planeringen omfattar åtgärder för att säkerställa uthållighet både vad avser personal på alla nivåer och andra materiella resurser. Vissa metoder för att åstadkomma kraftsamling av resurser, s.k. *surge capacity*, beskrivs närmare i avsnitt 6.1.1. Det är inte metoden i sig som är det viktiga utan att det av planen framgår hur man, utifrån de organisatoriska och regionala förhållanden som råder, ska åstadkomma den kraftsamling av resurser som behövs.

Planering av kommunikation (kommunikationsplan)

Vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården finns även ett stort behov av att informera andra aktörer, drabbade och allmänheten om vad som hänt och den kommande händelseutvecklingen. Detta behöver särskilt beaktas i planeringen. Det kan vid större händelser finnas skäl att sådan information samordnas med andra aktörer och myndigheter lokalt, regionalt eller nationellt. För att uppnå sådan samordning behöver kommunikationsinsatser planeras. Sådan planering kan t.ex. framgå av en särskild kommunikationsplan.

Utbrottet av covid-19 och efterföljande kommunikationsinsatser kring rekommendationer och vaccinationsinsatser visar tydligt på behovet av att kommunikationsplanerna har en bred ansats och att alla olika aktörer och grupper i samhället kan nås av information. Det är därför viktigt att redan i planeringsskedet beakta hur kommunikationen ska kunna nå ut till alla olika aktörer och grupper. Detta kan innefatta information särskild information till andra myndigheter eller aktörer, information till medborgarna på olika språk, via icke-traditionella kanaler såsom religiösa samfund eller andra kulturella institutioner och information på enklare svenska, teckenspråk eller via blindskrift. Målsättningen måste vara att alla medborgare och de som har en roll i samhället ska kunna ta del av informationen. Kommunikation är även en viktig del i upprätthållandet av ett psykolo-

giskt försvar och för att stärka försvarsvilja och folkförankring. I en säkerhetspolitisk kris med ett eventuellt gråzonscenario ska behovet av att nå hela befolkningen inte underskattas.

Närmare om vad som inte behöver ingå

Det finns ett flertal områden som behandlas i dagens föreskrifter och som utredningen anser inte behöver omfattas av nya föreskrifter om planering. Det är naturligt att planering leder till att behov av åtgärder eller särskilda krav på organisationen inom olika områden identifieras, t.ex. behovet av viss personal i beredskap, viss utrustning, vissa sjukvårdsprodukter, vissa lokalkrav på sjukhus osv. Det kan t.ex. vara så att det för prehospitalt arbete vid situationer med många skadade eller avlidna krävs särskilda skademarkörer, enklare pappersjournaler eller underlag för att dokumentera avlidna.

Det kan också vara så att utrustning behöver anpassas på ett särskilt sätt till de förhållanden som gäller på t.ex. en skadeplats. Det kan vara svårt att i ett föreskriftsarbete närmare förutse vilka sådana krav som behöver ställas eller åtgärder som behöver vidtas. Det finns redan i dag bestämmelser i 5 kap. 2 § HSL som anger 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. Detta gäller naturligtvis även för sådana situationer som denna planering avser och är därmed faktorer som även utan särskilda föreskriftskrav måste beaktas i planeringen.

Planering av krisstöd

I samband med händelser som innebär många skadade eller sjuka samt vid katastrofer drabbas människor inte enbart av fysiska skador eller manifestationer av sjukdom. Det innebär också att psykisk och psykosocial påverkan. Ansvaret för insatser i dessa sammanhang utgår ifrån både hälso- och sjukvård och socialtjänsten vilket innebär att det finns samverkansbehov mellan kommuner och regioner både vad avser planering och insatser.

Vad utredningen känner till tillhandahåller samtliga kommuner krisstöd. Enligt utredningens bedömning torde detta också vara i enlighet med det yttersta ansvar att enskilda får det stöd och den hjälp

som de behöver som kommuner har enligt 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortad SoL.

I 2 kap. 1 § SoL anges att varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i 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.[4] Detta innebär enligt utredningen t.ex. skyldighet att genomföra olika former av krisstödsåtgärder i samband med sådana situationer som planeringsbestämmelserna anknyter till.

Kommuner har också enligt ett geografiskt områdesansvar som innebär att de inom sitt geografiska område i fråga om extraordinära händelser i fredstid ska verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet, de krishanteringsåtgärder som vidtas av olika aktörer under en sådan händelse samordnas och informationen till allmänheten under sådana förhållanden samordnas.[5] Under höjd beredskap ska kommunstyrelsen verka för att den verksamhet som bedrivs i kommunen av olika aktörer samordnas och för att samverkan kommer till stånd mellan dem som bedriver verksamheten.[6]

Vid en pågående krisstödsinsats kan det visa sig att det finns personer som har sådana vårdbehov som enligt HSL ska tillgodoses av regioner och det är då kommunens ansvar att se till en vårdbehövande får det stöd och den hjälp som krävs för att hen ska få vård hos regionen.

Vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården är det inte självklart att alla drabbas av fysiskt trauma. I det korta perspektivet finns anhöriga, åskådare och de som i samband med händelsen inte drabbats av allvarligt fysiskt

[4] Regeringens proposition om socialtjänsten (prop. 1979/80:1), s. 523.
[5] 2 kap. 7 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[6] 3 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

Sid 495(1295)

trauma. Dessa personer kan i stället ha behov av att få hjälp med traumatiska upplevelser. Det är därför viktigt att planera så att behovet av psykiatriskt och psykosocialt omhändertagande kan tillgodoses. Det är också viktigt att klargöra hur och var skillnaderna går mellan vad som kan betraktas som allmänt kamratstöd och när krisstödet övergår till att utgöra en hälso- och sjukvårdsåtgärd och därmed måste hanteras utifrån dessa förutsättningar vad avser kompetens, dokumentation m.m. Mer omfattande händelser med många skadade eller sjuka kommer sannolikt inte enbart röra regionen utan även andra aktörer. Resurser och planering för krisstöd ingår även som en del i andra aktörers verksamhet, t.ex. Röda Korset. Det finns därför stort behov av att krisstödsåtgärder samordnas.

Enligt utredningens bedömning måste kommuner från ett socialtjänstperspektiv planera för det krisstöd som de tillhandhåller och de måste då också beakta att personer som får krisstöd i en kommun kan behöva vård som regioner ansvarar för. Regioner ska enligt HSL planera så att de kan erbjuda vård till personer som har behov av det och regionernas skyldighet att erbjuda vård omfattar både psykiatrisk och somatisk vård. Att kommuner och regioner utifrån sina respektive ansvar samverkar för att åstadkomma samordning i denna planering är givetvis angeläget. Det bedöms inte finnas behov av ytterligare bestämmelser för att sådan samverkan ska ske.

Planering av särskild utrustning för viss personal.

I dagens katastrofmedicinska föreskrifter finns en bestämmelse som anger att regionen ska planera för att den personal som ska arbeta i ett skadeområde tillhandahålls den utrustning som är nödvändig.[7] Det är för utredningen oklart vilken typ av utrustning som avses i bestämmelsen. En planering som innebär att personalen inte får tillgång till t.ex. de sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva vård kan knappast anses utgöra någon väl genomförd planering och det kan inte heller behöva anges särskilt i föreskrift.

I de föregående katastrofmedicinska föreskrifterna från år 2005 fanns en särskild bestämmelse om personlig skyddsutrustning som angav att landstingen, nuvarande regionerna, ska identifiera och analy-

[7] 5 kap. 10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

sera de risker som hälso- och sjukvårdspersonalen kan komma att utsättas för på en skadeplats. Resultatet av denna analys ska styra valet av den personliga skyddsutrustningen och dess egenskaper.[8] Det är naturligtvis av stor betydelse att den personal som arbetar i en miljö där det kan förekomma kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen har rätt utrustning för att verka i en sådan miljö på samma sätt som det är relevant att det finns kläder i tunnare material för sommarbruk och särskilt varma kläder för användning vid kyla. Att personal ska ha tillgång till den skyddsutrustning som krävs för olika situationer framgår av arbetsmiljölagen med tillhörande föreskrifter och är noga reglerat.

Som förut framhållits finns i HSL krav på 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. Detta gäller även på t.ex. skadeplatser. Vilken utrustning som behövs blir en naturlig följd av de situationer som kommunen eller regionen väljer att planera för. Det skiljer sig inte åt vad avser planeringen av vanlig vård eller vård på en skadeplats. Det är därmed viktigast att det finns en fungerande process för att identifiera de situationer i vilka man kan behöva verka för att utifrån detta planera vilken utrustning som krävs. Utredningen kan konstatera att det på motsvarande sätt som för sjukvårdsprodukter saknas skäl att ha en särskild planeringsbestämmelse kring utrustning, men att det av planen behöver framgå om särskild utrustning ska finnas och eventuellt i så fall var.

Krav på utbildning och övning är en effekt av genomförd planering

Dagens föreskrifter innehåller bestämmelser om att regionen ska planera för lämpliga teoretiska och praktiska kvalifikationer som personalen ska ha för att den katastrofmedicinska beredskapen ska upprätthållas och för personalens vidareutbildning och kompetensutveckling.[9] Av bestämmelserna framgår också att regionen ska planera för regelbunden träning och övning så att personalen både kan upprätthålla

[8] 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.
[9] 5 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

Sid 497(1295)

och utveckla den katastrofmedicinska beredskapen och genomföra insatser vid allvarlig händelse.[10]

Uppgifter om utbildning, träning och övning är enligt utredningen inte något som behöver ingå i en plan för hur man avser att *hantera* en händelse. Utbildning, träning och övning är däremot avgörande för att man får den förmåga som krävs för att kunna bedriva vård i enlighet med planen.

Utredningen kan konstatera att det finns krav på att den som utför hälso- och sjukvård ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[11] Detta ställer krav på de som anställer hälso- och sjukvårdspersonal både avseende vilken kompetens de redan har och vilken kompetensutveckling arbetsgivaren måste erbjuda. Kompetens för att hantera situationer med många skadade eller sjuka samt vid katastrofer utgör inget undantag eftersom kommuner och regioner ska erbjuda vård också i sådana situationer. Det finns också särskilda krav på utbildning för extraordinära händelser i LEH.[12] Det är enligt utredningen sannolikt att åtminstone vissa händelser med många skadade eller sjuka samt alla katastrofer skulle betraktas som extraordinära händelser enligt LEH.

Det saknas enligt utredningen skäl att i föreskrifter om planering närmare precisera krav på planering av kvalifikationer, vidareutbildning, träning och övning. Vilka kvalifikationer personalen behöver ha kommer däremot vara en viktig slutsats utifrån t.ex. de risk- och sårbarhetsanalyser som ligger till grund för planeringen. Med utgångspunkt i behoven av att erbjuda vård måste kommuner och regioner utifrån de allmänna krav på planering som gäller för hälso- och sjukvården även planera för att genomföra sådan kompetensutveckling som krävs, detta innefattar utbildning, träning och övning.

Det finns redan krav på robust infrastruktur

För att sjukvård, men även annan verksamhet, ska kunna bedrivas effektivt krävs en fungerande infrastruktur med bl.a. elektricitet, värme, ventilation, vatten och fungerande informations- och kommunikationsteknologi. Det går till viss del att bedriva sjukvård utan delar av

[10] 5 kap 7 § i ovan nämnda föreskrift.
[11] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[12] 2 kap. 8 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

denna funktionalitet men det blir på flera sätt svårare, tar längre tid och kan påverka patientsäkerheten. Utgångspunkten måste därför vara att så långt det är möjligt upprätthålla en fungerande infrastruktur. Det finns i dagens katastrofmedicinska föreskrifter särskilda bestämmelser om att planera så att behovet av robusta och säkra lokaler tillgodoses samt att el, vatten, värme, tele- och datakommunikation och andra viktiga system säkerställs i lokalerna.[13]

Det finns enligt utredningen redan ett antal grundläggande krav som har betydelse för sjukvårdens robusthet. Grundläggande krav på att planera och bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet finns t.ex. i HSL. Dessa bestämmelser är inte avgränsade till att inte omfatta sådana frågor som har betydelse för vårdens bedrivande. Vidare finns bestämmelser 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.[14] Krav på att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser finns i LEH. Vid sårbarhetsanalyser bör behov av åtgärder av infrastruktur av betydelse för vårdens bedrivande identifieras. De problem som finns med LEH beskrivs närmare i bl.a. avsnitt 4.1.6. Avslutningsvis kan nämnas att bestämmelser för att uppnå en hög nivå på säkerheten i nätverk och informationssystem för samhällsviktiga tjänster i bl.a. hälso- och sjukvården finns i lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Utredningen föreslår vidare i avsnitt 6.2.1 att Socialstyrelsen ska fram ytterligare föreskrifter på området.

Det är enligt utredningen uppenbart att det krävs många olika stödfunktioner, inte bara vad avser robust infrastruktur, för att kunna bedriva god vård i alla situationer. Det är inte möjligt att utifrån HSL ställa närmare specifika krav på planering av alla dessa verksamheter. Vilka risker, sårbarheter och kritiska beroenden som finns bör i stället som huvudregel framkomma som ett resultat av de risk- och sårbarhetsanalyser som genomförs utifrån LEH i en bredare kontext. Det är då också rimligt att planering och åtgärder utgår ifrån denna sektorsöverskridande lagstiftning eller utifrån annan mer specifik speciallagstiftning. Det är därför utredningens bedömning att inga sådana bestämmelser behövs i de här aktuella föreskrifterna om planering.

[13] 5 kap. 8 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[14] 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kraven på planering av försörjning är tillräckliga

I de nuvarande föreskrifterna finns bestämmelser om 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.[15]

Det är naturligtvis relevant att i aktuella planverk beskriva om det finns avvikelser från den normala ordningen för hur försörjningen av sjukvårdsprodukter går till. Redan i dag finns bestämmelser i 5 kap. 2 § HSL som anger 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. Utredningen har i betänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* föreslagit en ändring av bestämmelsen som innebär att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, *de sjukvårdsprodukter och den övriga* utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[16] Utredningen har också föreslagit nya bestämmelser i 8 och 12 kap om att regionen och kommunen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag.[17] Ovan nämnda bestämmelser täcker väl in krav på försörjning med sjukvårdsprodukter[18] som behövs för den beredskap som regionerna ska planera för. Bestämmelserna anknyter på så sätt till den nya planeringsbestämmelse som utredningen föreslår i HSL. Någon ytterligare särskild bestämmelse om planering av försörjningen för just dessa händelser torde därmed inte behövas i föreskrift.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömer att det bör meddelas ytterligare föreskrifter om planering. Föreskrifterna, som kan beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, bör innebära följande.

Kommuner och regioner ska 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

[15] 5 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[16] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 343 ff.
[17] A.a., s. 344 ff.
[18] Begreppet sjukvårdsprodukter är dessutom bredare än dagens bestämmelse i föreskriften då sjukvårdsprodukter även täcker in livsmedel för speciella medicinska ändamål och personlig skyddsutrustning.

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 samt att kommunikation kan nå ut till alla grupper i samhället.

Vidare bör föreskrivas att kommuner och regioner i en plan ska 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. Det ska också framgå vilka mandat för ledning och vilka mandat för samverkan som olika beslutande organ och enskilda tjänstemän har och det ska finnas en hänvisning till var dessa mandat ges eller finns dokumenterade. Vidare ska framgå hur resurser och personal ska omdisponeras, hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras mellan regioner och kommuner för vård.

Slutligen bör föreskrivas om att det i varje region ska finnas en tjänsteman som är i ständig beredskap för att vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka som avses i 1 §, eller vid risk för sådana händelser, ska kunna ta emot larm och annan information om en inträffad eller förestående händelse, ta emot begäran om hjälp att utföra hälso- och sjukvård, verifiera mottagen information, föra ett larm eller en begäran om hjälp vidare inom egen organisation, initiera och samordna det inledande arbetet samt särskilt tillse att förbereda och lämna information om händelsen inom egen organisation och till andra aktörer som bedöms vara berörda.

Ett förslag till förordning har upprättats, se avsnitt 1.6.

5.1.2 Skyldighet att följa planeringsanvisningar, vidta åtgärder och lämna uppgifter avseende totalförsvar

Förslag: Det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen 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.

Det ska i nämnda lag också införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Vidare ska det införas ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om nyss angivna uppgiftsskyldighet.

I enlighet med vad som anförts i avsnitt 4.1.8 måste planeringssystemet för totalförsvar såvitt avser bl.a. hälso- och sjukvård omfatta även kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen. Totalförsvarsplaneringen återupptogs år 2015. Även med beaktande av det omfattande och bitvis svåra arbete som denna planering innebär har det nu gått ett antal år utan att kommuner och regioner kopplats in i planeringssystemet. Att så sker är helt nödvändigt.

Förmågekrav för totalförsvar har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförsvarspropositionen och som omsätts av regeringen och vidare av bl.a. Försvarsmakten och MSB genom konkreta planeringsanvisningar. Kommuner och regioner behöver tydligare bindas till planering och krav på åtgärder för totalförsvar. Försvarsmakten och MSB presenterar i handlingsplanen för att främja och utveckla en sammanhängande planering i totalförsvaret en ordning där krav, förmågor och behov av utveckling knyts till den statliga budgetprocessen.[19]

Det behöver finnas en skyldighet för kommuner och regioner att lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Det är statens ansvar att bl.a. planera och ge planer-

[19] Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Handlingskraft.*

ingsanvisningar för totalförsvar och det är därför nödvändigt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan begära sådana uppgifter som behövs för detta. Det behöver därför finnas en skyldighet för kommuner och regioner att lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Av 15 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), i det följande förkortad OSL, framgår av sekretess gäller för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs. I mål eller ärende enligt särskild lag om försvarsuppfinningar gäller dock sekretess för uppgift om sådana uppfinningar enligt föreskrifter i den lagen. Genom en sådan uppgiftsskyldighet som nyss nämnts medför 10 kap. 28 § OSL att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning. Det bedöms inte finnas behov av att införa nya bestämmelser om sekretess för det uppgiftslämnande som kommuner och regioner behöver göra för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Enligt utredningens bedömning i avsnitt 4.3.1 är det oklart vilket lagstöd som finns för att kommuner och regioner ska vara skyldiga att lämna underrättelser (uppgifter) om beredskapsförberedelser vid andra tider än under höjd beredskap. Det är också oklart hur kommuner och regioner ska veta vilka uppgifter som ska lämnas vid bl.a. underrättelser om beredskapsförberedelser. Det finns skäl att ifrågasätta om nuvarande bestämmelser i tillräcklig grad säkerställer att staten får de uppgifter från kommuner och regioner som staten behöver planering och åtgärder som avser totalförsvaret. Det finns också utrymme att göra det tydligare för kommuner och regioner att de ska följa planeringsanvisningar för totalförsvar från staten och att de ska vidta sådana åtgärder för höjd beredskap som staten har angett. Om inte LEH ska förlora sin generella karaktär vore det inte lämpligt att föra in ändringar i LEH som enbart rör hälso- och sjukvård.

Planeringsanvisningar och förmågekraven för totalförsvar måste vara tydliga och förmågekrav måste tydligt knytas till finansiering. 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 gränsdragningen mellan kris-

beredskap och totalförsvar går. Denna otydlighet riskerar att leda till svagheter i beredskapen (se avsnitt 4.5).

Det måste säkerställas att den förmåga för totalförsvaret som statsmakterna ställer krav på verkligen kommer till stånd. Förmågekraven för totalförsvar måste vara tydliga och knytas till finansiering. Ansvaret för att finansiera sådana åtgärder som är nödvändiga för totalförsvaret vilar på staten. På hälso- och sjukvårdsområdet är det främst kommuner och regioner som kan behöva vidta de åtgärder som staten anser behövs för totalförsvarets sjukvård. Det bör därför finnas en skyldighet för kommuner och regioner att vidta de åtgärder som staten har beslutat behöver vidtas.

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. Utredningen har mot bakgrund av de olika problem som finns kring frågor om finansiering övervägt behovet av att i införa lagbestämmelser som knyter nära an till den s.k. finansieringsprincipen och som skulle medföra att skyldigheten för kommuner och regioner att vidta åtgärder villkorades av att staten utger ersättning för åtgärdernas genomförande. En sådan ordning skulle emellertid vara mycket udda.

Enligt utredningens bedömning vore det lämpligast om finansieringen av de nu aktuella åliggandena för kommuner och regioner omhändertas inom ramen för den föreslagna processen för totalförsvarets planering. Riksdagens och regeringens olika beslut och förslag som rör totalförsvaret måste som tidigare sagts förberedas. För detta krävs en utvärderingsprocess där innevarande förmåga ställs mot kommande behov utifrån en säkerhetspolitisk bedömning. Gap mellan förmåga och behov behöver kostnadsberäknas och behoven av åtgärder prioriteras. I den statliga budgetprocessen måste också olika behov ställas mot varandra. Genom budgetpropositionerna fastställs vilka medel som ska finnas tillgängliga för planering och åtgärder inom totalförsvaret. Anslagna medel för kommuner och regioners planering och åtgärder för totalförsvar bör lämpligen utbetalas genom de statliga myndigheter som har sektorsansvar eller motsvarande ansvar inom totalförsvaret. Hur kommuner och regioner kan ansluta till den statliga planeringsprocessen framgår också av avsnitt 5.4 nedan.

Som utredningen redogör för i bl.a. avsnitt 6.4 har kommuner och regioner ett stort beroende till privata utförare av vård. Det är naturligtvis av betydelse att även dessa blir en del i totalförsvarets

sjukvård. Krav på näringsidkares deltagande i planeringsarbetet finns i lag (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen. Socialstyrelsen kan enligt förordningen (1982:1005) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen begära sådan medverkan.

Det är utredningens bedömning att de privata näringsidkarnas deltagande i planeringsverksamheten kan åstadkommas genom ovanstående författning. Vad gäller näringsidkares eventuella behov av åtgärder med anledning av planeringen bör detta kunna regleras i avtal mellan en kommun eller region och näringsidkaren. Det är då rimligt att kommunen eller regionen ersätter näringsidkaren för sådana åtgärder med del av de medel som staten ersätter huvudmannen.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i HSL som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvar och vidta de särskilda åtgärder för totalförsvar som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har beslutat. Det ska i nämnda lag också införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Vidare ska det införas ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om nyss angivna uppgiftsskyldighet.

Utredningens uppdrag är avgränsat till hälso- och sjukvård varför de föreslagna bestämmelserna tas in i HSL och inte i LEH. I händelse av att LEH ses över vad gäller bl.a. bestämmelser av relevans för totalförsvarsplanering får övervägas om det finns skäl att göra något åt de bestämmelser som nu föreslås införas i HSL.

5.1.3 Nya och ändrade bemyndiganden om viss planering

Förslag: Bemyndigandet i hälso- och sjukvårdslagen som innebär 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, ska utgå ur lagen. Vidare ska det i nämnda lag införas bemyndiganden för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer och om planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Förslagen ovan innebär behov av ändrade bemyndiganden i bl.a. HSL. I korthet kan konstateras att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSF 2013:22) initialt beslutades med stöd av stöd av 2 § 1 och 6 samt 4 § 2 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. samt 5 § förordningen (2008:553) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Bestämmelserna i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. har därefter ändrats och numera torde Socialstyrelsen besluta föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap med stöd av 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. Enligt sistnämnda förordning får Socialstyrelsen meddela de föreskrifter som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.[20] Det är oklart vilket bemyndigande som regeringen har använd för det nyss nämnda bemyndigandet till Socialstyrelsen, men under alla förhållanden måste bemyndigandet till Socialstyrelsen ändras med anledning av de förslag om planeringsbestämmelser i HSL som utredningen lämnar ovan.

Föreskrifter om planering bedöms i dag kunna beslutas främst med stöd av bemyndigandena för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser samt förskrifter om hälso- och sjukvård

[20] 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

som behövs till skydd för enskilda.[21] Vidare bedöms regeringen kunna meddela föreskrifter om planering med stöd av bemyndigandet som avser 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 samt bemyndigandet bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.[22] Vidare får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser samt planer för hanteringen av extraordinära händelser.[23]

Bemyndiganden avseende planering

Av förarbetena till 6 kap. 2 § 3 HSL framgår att bemyndigandet avser att täcka behovet av förskrifter som tar sikte på prioritering och fördelning av resurser, men finns ingen närmare beskrivning av valet av begreppet katastrofmedicinska insatser.[24] Mot bakgrund av det förslag som lämnas i avsnitt 5.3 framstår det som att det inte längre finns behov av bemyndigandet, varför det föreslås utgå ur lagen.

Det saknas i dag tydliga bemyndiganden i HSL avseende sådana planeringsaspekter som förslagen ovan rör. Utredningen föreslår att det i HSL införs ett tydligt bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de föreskrifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Bemyndigandena omfattar all planering som är nödvändig och omfattar således även planering för situationer som benämns höjd beredskap, krig, krigsfara, utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. För föreskrifter som inte avser planering ska alltjämt bemyndigandena i 6 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 2 § 4 HSL tillämpas.

---

[21] 6 kap. 2 § 3 samt 6 kap. 2 § 4 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[22] 6 kap. 1 § 2 samt 6 kap. 1 § 3 i ovan nämnda författning.
[23] 2 kap. 1 § tredje stycket lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[24] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 74–76.

5.2 Andra bestämmelser av betydelse för bl.a. planering

5.2.1 Inrättande av ett beredskapsråd

Förslag: 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, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket samt Försvarsmakten inbjuds. Ordförande i beredskapsrådet ska vara Socialstyrelsens generaldirektör.

Ansvaret för att erbjuda och planera hälso- och sjukvård vilar enligt HSL på kommuner och regioner, men även statliga myndigheter och andra aktörer som utför sjukvård behöver planera sin verksamhet. Kommunerna ansvarar också genom socialtjänsten för stora delar av omsorgen vilket i många fall har nära beroende till hälso- och sjukvården. Kommuner och regioner bestämmer själva hur de organiserar sig och hur vård ska erbjudas.

Kommuner och regioner samarbetar sinsemellan på olika sätt. Mest utvecklat är samarbetet mellan likar, dvs. regioner emellan och kommuner emellan. Många regioner har i dag behov av att andra närliggande regioner till viss del kan ge avlastning i situationer med särskilda påfrestningar. För att samordna hjälpbehov i samband med omfattande händelser har regionerna beskrivit att de i den operativa hanteringen tar hjälp av Socialstyrelsen. Detta har bl.a. övats vid övning Tyko år 2016 som handlade om en större tågolycka.[25] Vid allvarliga händelser sker också samverkan mellan regionerna och Socialstyrelsen. Det rör sig om samverkan som involverar regionernas tjänstemän i beredskap eller representanter för särskilda sjukvårdsledningar. Samverkan sker utifrån hur regioner och statliga myndigheter gemensamt valt att implementera gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar.[26] På detta sätt får Socialstyrelsen som central statlig myndighet på hälso- och sjukvårdsområdet en bild av läget och kan bistå drabbad region genom att underlätta samordning och eventuella statliga eller internationella hjälpbehov.

[25] Socialstyrelsen (2016): *Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade Erfarenheter och lärdomar av Övning TYKO* (artikelnummer 2016-10-7).
[26] Socialstyrelsen (2020): *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse* (artikelnummer 2020-1-6569).

Under den senaste pandemin, som haft en helt annan karaktär än en tågolycka, har dock mycket samordning skett genom samverkan vid SKR där även andra aktörer deltagit. SKR samlar regioner och kommuner för samverkan i en mängd olika frågor. När kommuner och regioner samverkar inom ramen för SKR:s verksamhet eller under SKR:s paraply har de kvar sina mandat att fatta beslut. Mandaten är inte överlåtna till SKR. En beskrivning av SKR:s funktion vid samverkan finns i avsnitt 3.4.4. SKR är inte en del av den offentliga förvaltningen.

Staten har delat upp hälso- och sjukvårdsfrågor på flera myndigheter

Fram till 1990-talet var Socialstyrelsen helt dominerande statlig myndighet på hälso- och sjukvårdsområdet. Efter år 1990 har vissa hälso- och sjukvårdsfrågor kommit att föras över till flera andra myndigheter bl.a. Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg och Läkemedelsverket. Efter omregleringen av apoteksmarknaden i slutet av 2010-talet har också E-hälsomyndigheten bildats. Därtill finns ett flertal andra myndigheter med uppgifter som bl.a. rör hälso- och sjukvård t.ex. Myndigheten för Vårdanalys, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Försvarsmakten är också en statlig myndighet som utför hälso- och sjukvård framför allt i krig men även till viss del i fred.

När ansvaret för olika frågor inom staten har delats upp på detta vis ökar naturligtvis också behovet av samordning både mellan de statliga aktörerna, men även mellan de olika statliga aktörerna och kommuner och regioner som huvudmän för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det är t.ex. uppenbart att den pandemi som nu pågår kräver samordning av insatser för hälso- och sjukvården mellan kommuner och regioner samt Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Därtill finns ytterligare beroenden till andra delar av samhället. Regionernas tjänstemän i beredskap deltar t.ex. vid Socialstyrelsens samverkanskonferenser kring den katastrofmedicinska beredskapen och smittskyddsläkarna vid Folkhälsomyndighetens samverkansmöten (se avsnitt 3.4.4). SKR har också deltagit i Socialstyrelsens samverkanskonferenser under hela pandemin.

Sid 509(1295)

Det räcker dock inte att ha en fungerande samverkan med Socialstyrelsen eller med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i separata spår. Omfattningen av samordningsbehoven och därmed även behoven av samverkan beror naturligtvis mycket på den situation som råder.

Kalla krigets slut – nya roller för kommuner, regioner och statliga myndigheter

Staten har alltid haft ett stort ansvar för Sveriges beredskap för krig. Sedan lång tid är det staten som bestämmer hur totalförsvaret ska ordnas och dimensioneras. Efter andra världskrigets slut ägnades närmare 50 år till att bygga upp en förmåga att kunna motstå och hantera effekterna av ett krig. Fram till 1990 var Socialstyrelsen den samlade statliga myndigheten för de flesta hälso- och sjukvårdsfrågor, inklusive läkemedel. I och med den förändrade säkerhetspolitiska situation som uppstod i slutet av 1990-talet och den efterföljande nedmontering av det nationella försvaret och den nationella beredskapen som kom att ske, minskade även Socialstyrelsens verksamhet på området. Staten avsatte inte längre omfattande medel för totalförsvar och fokus flyttades genom ett antal försvarsbeslut till den fredstida krisberedskapen.[27]

Staten har tydligt uttalat att krisberedskap i första hand är ett ansvar för de aktörer som har ansvar att bedriva verksamhet. På hälso- och sjukvårdsområdet uttrycks kommer detta ansvar genom bl.a. HSL:s krav på att erbjuda och planera vård samt särskilda bestämmelser som finns i LEH. För statliga myndigheter finns bestämmelser i bl.a. förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Det faktum att krisberedskapen och förmågan att upprätthålla verksamhet åvilar olika verksamhetsansvariga innebär dock inte att det helt saknas behov av samverkan för att uppnå samordning. Samhället som helhet är komplext och antalet beroenden är många.

Utredningens uppfattning är att Socialstyrelsens stöd till kommuner och regioner vad avser beredskapsfrågor på hälso- och sjukvårdsområdet efter kalla krigets slut minskade avsevärt. Införandet av LEH, där Socialstyrelsen t.ex. saknar föreskriftsrätt, har också flyt-

[27] Totalförsvar i förnyelse – etapp 2 (prop. 1996/97:4) samt Det nya försvaret (prop. 1999/2000:30).

tat frågor om krisberedskap i allmänhet bort från Socialstyrelsen och närmare MSB. Det minskande stödet från Socialstyrelsen vad gäller planering, utbildning och övning samt nedmonteringen av programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig, förkortat SSIK, har bl.a. inneburit att regionerna under ett tiotal år varit tvungna att hitta andra forum för att diskutera gemensamma beredskapsfrågor.

Nedmontering av det nationella försvaret och den nationella beredskapen medförde på olika sätt att vissa statliga aktiviteter minskade. Tidigare band mellan staten och kommuner och regioner kom att lösas upp. SKR blev sannolikt mer eller mindre tvungna att försöka fylla det tomrum som uppkom genom minskade statliga aktiviteter och som en följd av detta kom SKR att fylla en allt viktigare funktion för sådan samverkan mellan kommuner och regioner som krävs.

Behovet av att bygga upp och utveckla totalförsvaret gör det enligt utredningens bedömning nödvändigt att igen utveckla system för bl.a. den planering som krävs för sådant försvar. Inte minst finns behov av att återupprätta strukturer som knyter samman de olika delarna av den svenska förvaltningen. Det finns således behov av att knyta de statliga, kommunala och regionala delarna av förvaltning närmare varandra i planeringsprocessen.

Det behöver enligt utredningens bedömning skapas förutsättningar för en löpande totalförsvarsdialog på flera nivåer mellan de statliga myndigheterna och kommuner och regioner i frågor som rör bl.a. hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, socialtjänst m.m. Om en sådan dialog inte säkerställts redan på planeringsstadiet bedöms det inte finnas tillräckliga förutsättningarna att få en fungerande samordning mellan stat och kommuner och regioner under pågående händelser.

Ett nationellt planeringssystem för totalförsvaret

Som redogjordes för i avsnitt 4.1.8 har Försvarsmakten och MSB tagit fram en modell för nationell planering av totalförsvaret. Processen är cyklisk och omfattar både utvärdering av förmåga och behov av att vidta ytterligare åtgärder utifrån de av riksdag och regering uppsatta målen för totalförsvaret. Processen knyter nära an till den statliga budgetprocessen.

MSB gör ett försök till att även bredda frågorna till att omfatta krisberedskapen genom att föra samman frågor om civilt försvar och

krisberedskap under begreppet civil beredskap.[28] Handlingsplanens samordningsprocess för totalförsvaret riktar sig direkt till bevakningsansvariga myndigheter samt övriga aktörer på nationell nivå och indirekt till aktörer på regional och lokal nivå.[29] I denna planeringsprocess föreslås tre årliga möten, Totalförsvarets handläggarmöte, Totalförsvarets avdelningschefsmöte och Totalförsvarets chefsmöte.[30] Vad utredningen förstår är endast bevakningsansvariga myndigheter representerade i denna process. Det förutsätter därmed att de bevakningsansvariga myndigheterna kan representera hela samhället och samhällets behov. För att Socialstyrelsen och de övriga bevakningsansvariga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet ska kunna representera sektorn hälso- och sjukvård inklusive utförarna, dvs. huvudmännen och privata vårdgivare, behöver myndigheterna hitta strukturer för att kunna driva totalförsvarsplaneringen inom sektorn. Sådan planering behöver omfatta statliga myndigheter, kommuner och regioner. Den behöver även kunna involvera privata aktörer.

Tidigare utredningsförslag

Utredningen om sjukvården i krig föreslog år 1978 inrättandet av en central sjukvårdsberedning.[31] Beslut på central nivå i ärenden som rörde mer än en gren av totalförsvarets hälso- och sjukvård föreslogs kunna fattas, för respektive myndighet, av bemyndigade representanter i anknytning till formaliserade överläggningar inom en central sjukvårdsberedning.[32] Beredningen föreslogs bestå av representanter för Socialstyrelsen, ÖB, civilförsvarsstyrelsen[33], Överstyrelsen för ekonomiskt försvar[34] och Apoteksbolaget AB[35].

[28] 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. 26.
[29] A.a., s 8.
[30] A.a., s. 28.
[31] Sjukvården i krig (SOU 1978:83), s. 24.
[32] A.a., s. 18.
[33] Civilförsvarsstyrelsen upphörde 1986 då myndigheten sammanslogs med Statens brandnämnd och dess uppgifter övertogs av det nyinrättade Statens räddningsverk. Räddningsverkets uppgifter har sedan övertagits av Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap.
[34] Överstyrelsen för ekonomiskt försvar (ÖEF) upphörde 1986 och uppgifterna övertogs av Överstyrelsen för civil beredskap (ÖCB). ÖCB lades ner 2002 och uppgifterna övertogs av Krisberedskapsmyndigheten. Krisberedskapsmyndighetens uppgifter har sedan övertagits av Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap.
[35] Apoteksbolaget AB heter idag Apoteket AB.

Regeringen gjorde tvärtemot utredningen bedömningen att någon särskild beredning inte behövdes då det åligger de berörda myndigheterna att samverka utan att något formellt organ inrättas.[36] Någon särskilt beslutad sjukvårdsberedning behövdes därför inte. Däremot uttryckte regeringen att den förutsatte inrättandet av det till Socialstyrelsen knutna beredskapsrådet som enligt regeringen borde kunna fungera även i krig.[37] Vad utredningen erfar är det oklart huruvida ett beredskapsråd någonsin inrättades vid Socialstyrelsen, vilka som i så fall ingick och vad rådet hade för uppgift. Det finns i vilket fall inget sådant råd i dag. Utredningen kan inte finna uttryck för att de dåvarande landstingen eller landstingsförbundet skulle vara en del av vare sig den centrala sjukvårdsberedningen eller beredskapsrådet utan det handlade om en statlig samordning och styrning. Det kan vidare konstateras att det i samma betänkande diskuterades en central landstingskommunal sjukvårdsledning och att bedömdes att i det fall en sådan skulle inrättas var den lämpligaste kandidaten dåvarande landstingsförbundet. Utredningen avfärdade dock detta med argumentet att det i så fall skulle kräva att förbundet fick en myndighetsställning.[38]

Närmare om behovet av samverkan för totalförsvarets behov

I krig är totalförsvar all samhällsverksamhet som ska bedrivas. Försvarsmaktens huvudsakliga uppgift på hälso- och sjukvårdsområdet i krig är att ta hand om skadade på stridsfältet.[39] Försvarsmakten har därför ett stort behov av stöd från den civila hälso- och sjukvården för att ta hand om skadade i krig bortanför stridsfältet.[40] Detta ställer krav både på sjukvårdens dimensionering och förmåga inte minst vad gäller kirurgi och eftervård, men även på förmåga till samverkan för att uppnå samordning.

För att Försvarsmaktens behov av civil hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses behöver samverkan ske mellan Försvarsmakten och hälso- och sjukvårdsaktörerna både i ett före perspektiv (planering och övning) och under en väpnad konflikt (genomförande) då stridshandlingar pågår. Sådan samverkan behöver ske på flera olika nivåer.

---

[36] Proposition om hälso- och sjukvården i krig m.m. (prop. 1980/81:57), s. 20.
[37] A.a.
[38] Sjukvården i krig (SOU 1978:83), 98.
[39] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 108–109.
[40] A.a., s. 123.

Målet med samverkan inom totalförsvarets hälso- och sjukvård är att uppnå samordning som innebär att Försvarsmakten får det stöd som behövs samtidigt som den civila sjukvården upprätthåller så mycket av den ordinarie verksamheten som möjligt, med fokus på vård som inte kan anstå. För att en sådan samordning ska uppnås behöver kommuner och regioner agera tillsammans. Tillsammans inkluderar i detta avseende även privata aktörer och statliga myndigheter. Ingen kommun eller region kan ensamt tillgodose Försvarsmaktens behov och kravet på att upprätthålla sådan vård som inte kan anstå. Detta blir under sådana svåra förhållanden en nationell uppgift. Samtidigt kan det förväntas att olika delar av Sverige drabbas olika.

En kommun som behöver utrymmas t.ex. med anledning av att det där bedrivs eller kommer bedrivas väpnad strid behöver flytta med de patienter som vårdas i hemmet eller personer som bor på särskilda boenden. Även den vårdpersonal som arbetar i en kommun eller region kan behöva följa med flyktingströmmen för att kunna stödja t.ex. hälso- och sjukvården eller socialtjänsten i den mottagande kommunen. Det senare framgår av de bestämmelser om att 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.[41] De kommuner eller regioner som får ta emot personer är också skyldiga att tillhandahålla vård enligt HSL.[42] En region som har sjukhus på lämpligt avstånd ifrån ett stridsområde kommer samtidigt sannolikt behöva ställa om detta till att ta hand om ett stort antal traumafall vilket gör att de både behöver hjälp med personal och avlastning av annan vård. En del av sjukhusets personal kan dessutom vara bosatt i en angränsande kommun som utrymts enligt ovan. Detta innebär en utmaning i att göra avvägningar av vilken personal som ska kvarstanna och hur detta ska ske samt vilken personal som ska följa med flyktingströmmen. I dessa processer riskerar också familjer att splittras eller barn behöva evakueras där föräldrarna behöver finnas kvar på sina arbeten. Detta ställer mycket stora krav på samhällets förmåga att tillgodose trygga förhållanden för dessa barn.

Även om lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap endast gäller i höjd beredskap kan det inte uteslutas att frågor om utrymning och inkvartering kan bli aktuella även

[41] 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.
[42] 2 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

av andra orsaker, t.ex. omfattande naturkatastrofer. Kommuners och regioners skyldigheter avseende hälso- och sjukvård och omsorg framgår då av HSL och socialtjänstlagen (2001:453).

Det är uppenbart att kommuner och regioner inte kan genomföra eller lösa uppgifter kopplat till totalförsvar eller andra situationer då utrymning krävs enskilt. Allt detta måste planeras och för att så ska kunna ske behöver kommuner, regioner och staten få rätt förutsättningar och ingångsvärden.

Behovet av samverkan för fredstida behov

Även om utgångspunkten för ett beredskapsråd i stora delar är planeringsprocessen för totalförsvaret, så skulle det enligt utredningen också fylla en viktig funktion vad avser planeringen av beredskap då höjd beredskap inte råder. Som framgått finns det stora beroende 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 behov av stöd från statliga myndigheter som kommuner och regioner ser utifrån t.ex. regionala risk- och sårbarheter och planeringen enligt HSL bidrar det till att de statliga myndigheterna kan genomföra sin planering. Socialstyrelsen ansvar också för internationella hjälpbehov.

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 slutsatser och bedömningar utifrån analyser av inträffade händelser och större övningar som är av betydelse för beslutsfattare inom sektorn är relevanta att diskutera (se även avsnitt 5.2.2 nedan). Det kan röra slutsatser som innebär behov av åtgärder där det krävs finansiering och särskilda beslut i t.ex. en kommun eller region.

Ett förslag om beredkapssektorer

Utredningen om civilt försvar har föreslagit inrättandet av beredskapssektorer som ersättning till dagens samverkansområden. Vår utredning stödjer förslaget (se avsnitt 3.4.3). Beredskapssektorn för

hälsa, vård och omsorg föreslås omfatta E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen där Socialstyrelsen förslås vara sektorsansvarig myndighet. Sektorerna ska ha betydelse både för att utveckla och upprätthålla ett starkt civilt försvar och en effektiv fredstida krisberedskap. Utredningen om civilt försvar konstaterar samtidigt att stora delar av den samhällsviktiga verksamhet som bär upp de viktiga samhällsfunktionerna bedrivs av andra aktörer än staten. Kommuner, regioner, näringsliv och frivilligorganisationer har avgörande betydelse för att det civila försvaret och den fredstida krisberedskapen ska fungera.[43] Utredningen om civilt försvar lämnade aldrig några tydliga svar kring hur dessa aktörer ska knytas till sektorn. Är det gäller hälso- och sjukvård samt omsorg är det av största vikt att det finns en tydlig ordning hur dessa aktörer knyts till beredskapssektorn. Det är därför enligt utredningen naturligt att beredskapssektorn utgör en central del i den samverkan som ovan diskuteras.

Försvarsmakten eller MSB har med något enstaka undantag inte föreslagit att ingå i beredskapssektorerna.[44] Utredningen föreslår dock att sektorerna ska samverka med varandra och MSB föreslås stödja arbetet.[45]

Ett förslag om ett nationellt råd

Utredningen om civilt försvar har även föreslagit inrättande av ett centralt beredskapsråd. Enligt förslaget bör regeringen ge MSB i uppdrag att bilda och upprätthålla ett centralt beredskapsråd i vilket företrädare för myndighetsledningarna för de sektorsansvariga myndigheterna för beredskapssektorerna och civilområdescheferna bör ingå. Andra företrädare för viktiga myndigheter och organisationer inom totalförsvaret eller inom krisberedskapen ska kunna adjungeras och vid behov delta i rådet. Det centrala beredskapsrådet föreslås ledas av MSB:s generaldirektör och Överbefälhavaren gemensamt.[46]

Det är för utredningen uppenbart att 310 kommuner och regioner på ett effektivt sätt knappast kan adjungeras och delta i detta råd samtidigt som ett antal andra representanter för andra aktörer. Det

[43] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 210.
[44] A.a., s. 217.
[45] A.a., s. 272.
[46] A.a., s. 425 ff.

förefaller därför vara av vikt att de föreslagna beredskapssektorerna på ett effektivt sätt kan fånga upp aktörerna inom respektive sektor.

Det behövs en tydlig samverkansstruktur som respekterar det kommunala och regionala självstyret

Det är för utredningen tydligt att det i händelse av bl.a. situationer med många svårt skadade eller sjuka eller annan stor fredstida påfrestning på hälso- och sjukvården eller omsorgen samt i krig behöver finnas en tydlig nationell samordning av hälso- och sjukvården och omsorgen. All verksamhet blir dock mer effektiv om den kan planeras och förberedas. Sådant gemensamt planerings och förberedelsearbete utgör då en god grund för att under en händelse nå samordning. En stor poäng med att samverka i planeringen är därför att uppnå förmåga kunna ge stöd och uppnå samordning under en händelse. I ett förberedelsearbete och i förmågebyggande behöver därför en dialog ske mellan relevanta statliga myndigheter och sjukvårdshuvudmännen. I förlängningen behöver detta även omfatta berörda privata aktörer.

Ett nationellt råd skulle enligt utredningen kunna utgöra ett sådant forum där berörda sjukvårdsmyndigheter, huvudmännen och Försvarsmakten samlas för planering. En sådan förankring på chefsnivå skapar en större förståelse för vad som behöver uppnås.

Ett beredskapsråd eller ett totalförsvarsråd

Som konstaterades inledningsvis har statens stöd och involvering i hälso- och sjukvårdens beredskap till stor del tidigare utgått ifrån totalförsvarets behov. På samma sätt finns i dag ett stort behov av att samordna den kommunala och regionala verksamheten med den statliga utifrån totalförsvarets behov. Frågan uppstår då om det behövs en samverkansstruktur enbart för totalförsvarets behov eller om det även behövs för den fredstida beredskapen inom hälso- och sjukvården.

Som framgår av flera av de förslag som utredningen om civilt försvar lämnar är den statliga styrningen vagare i fred än i höjd beredskap och krig. I fred bygger den svenska modellen på samverkan mellan alla olika aktörer och att dessa tar det ansvar som de genom olika rättsliga regleringar har fått. Samtidigt framgår av nästan alla de för-

slag som utredningen om civilt försvar lämnar att de berör både krisberedskap och totalförsvar, även om omfattningen eller mandatet skiljer sig åt. Detta gäller t.ex. både för förslaget om civilområdeschefer och beredskapssektorer. Som framgått tidigare har regeringen tydligt uttalat att krisberedskapen och totalförsvaret ska vara ömsesidigt förstärkande. Det verkar därför märkligt att skilja på dessa frågor då många av de förmågor som tas fram för civilt försvar kan ha betydelse även för att kunna hantera utmanande fredstida situationer. Likaså kan investeringar i en god krisberedskap och förmåga att hantera situationer med många skadade eller sjuka att ha betydelse för totalförsvaret. Det verkar därför mycket olämpligt att skilja på dessa frågor även då man överväger ett råd för samverkan och samordning inom hälso- och sjukvårdens beredskap.

Vilka ska delta och på vilken nivå ska rådet hållas

Som framgått ovan är det lämpligt att ett beredskapsråd utgår ifrån de myndigheter som föreslås ingå i beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg och kommuner och regioner. Rådet syftar till att lösa uppgifter som ankommer på det allmänna och utgör ett led i den offentliga förvaltningen. Det är därför utredningens uppfattning att det är statliga myndigheter och kommuner och regioner som ska delta i rådet. I den mån rådet så finner behövligt och lämpligt kan andra aktörer, t.ex. näringslivsaktörer eller bransch- och intresseorganisationer adjungeras men inte som ersättning för de offentliga aktörerna. Utöver myndigheterna i den föreslagna sektorn anser utredningen att Försvarsmakten är en central aktör som utförare av hälso- och sjukvård i krig. MSB har till utredningen framfört att de ser ett behov av att delta i forumet eftersom det ofta finns en koppling till andra sektorer. Likaså menar länsstyrelserna att de och/eller framtida civilområdeschefer bör vara representerade. Utredningen anser att de i första hand bör vara ett råd inom sektorn hälso- och sjukvård som bl.a. har att hantera avvägningar mellan civil och militär sjukvård och inte civilt och militärt försvar eller sektorsövergripande prioriteringar. Rådet syftar också till att hantera frågor som särskilt rör interaktionen mellan staten och kommuner och regioner inom hälso- och sjukvårdsområdet, både vad avser krisberedskap och civilt försvar.

Att hälso- och sjukvården har beroenden till andra sektorer är självklart och samverkan mellan sektorer uppmuntras enligt de förslag som Utredningen om civilt försvar har lämnat. Likaså finns det naturligtvis ett stort behov av att genomföra en planering på regional eller högre regional nivå både vad avser hälso- och sjukvård och sektorsövergripande. Att MSB och länsstyrelser eller civilområdeschefer med automatik ska delta i alla olika sektorers möten ser utredningen inte som en självklarhet. Att hantera 21 regioner och 290 kommuner i ett och samma råd är redan det en utmaning. Om rådet anser att det finns behov ser dock utredningen inget hinder mot att t.ex. MSB och civilområdeschefer adjungeras.

Som tidigare beskrivits finns redan i dag ett antal olika samverkansforum både inom ramen för SKR:s verksamhet och mellan kommuner och regioner och statliga myndigheter. De samverkansforum som i dag finns mellan kommuner och regioner och statliga myndigheter är på en lägre tjänstemannanivå. Det kan konstateras att ledande tjänstemän eller politiker i kommuner eller regioner inte ingår i något system med en tydlig koppling till processerna kring samhällets krisberedskap, de bevakningsansvariga myndigheterna eller den föreslagna sektorn hälsa, vård och omsorg. Dessa samverkar i dag endast inom ramen för SKR.

I den av Försvarsmakten och MSB föreslagna planeringsprocessen beskrivs flera olika mötesforum på olika nivåer varav det högsta är totalförsvarets chefsmöte. I detta deltar generaldirektörerna. Det är utredningens uppfattning att det bör vara på samma sätt när det gäller ett sektorsbaserat råd dvs. det bör ytterst vara ledande företrädare för myndigheter och kommuner och regioner som deltar. Detta utesluter inte att det arrangeras andra förberedande möten på lägre nivå. Utredningen tror att det finns många goda skäl till att ledande företrädare för kommuner och regioner samverkar mer med de statliga myndigheterna. Detta ökar förståelsen för behoven inom krisberedskapen och totalförsvaret ur ett nationellt perspektiv hos de som har mandat att fatta beslut eller har nära till den politiska ledningen i kommuner och regioner. Dialogen kan också skapa förutsättningar för att öka de statliga myndigheternas förståelse för regionala och lokala utmaningar och behov. Det är utredningens uppfattning att en sådan tydlig koppling skulle stärka arbetet med att uppnå en god beredskap. Sådan samverkan behöver även omfatta de ledande befattningshavarna.

Genom en kontinuerlig dialog mellan de bevakningsansvariga myndigheterna i sektorn, Försvarsmakten samt ledande företrädare för kommuner och regioner åstadkoms en möjlighet att dela information om totalförsvarsprocessen, pågående arbeten, övergripande förmågor och behov inom krisberedskap och totalförsvar av betydelse för hälso- och sjukvården. Ett sådant forum bör även kunna hantera viss säkerhetsskyddsklassad information om sådana behov finns. Genom att tydligare knyta ledande befattningshavare till planeringsprocessen och sektorn skapas också en grund för ett gott samarbete och fungerande strukturer i genomförandefasen.

Inrättandet av ett beredskapsråd innebär inte att all annan samverkan eller nätverkande kommer, ska eller bör upphöra. Det finns stora fördelar med att kommuner och regioner kan samverka på olika sätt inom ramen för sina intressen. Likaså krävs med stor sannolikhet andra former av samverkansformer gentemot de statliga myndigheterna på den lägre tjänstemannanivån som i större grad hanterar detaljerade frågeställningar. Sådana detaljer hanteras i dag bl.a. i samverkansforumet kring katastrofmedicinsk beredskap. Arbetet i detta forum skulle antagligen kunna utföras effektivare om det också fanns en tydlig förankring till högre tjänstemän. I dag måste respektive beredskapssamordnare eller tjänsteman i beredskap med stöd av beredskapschef eller motsvarande driva den processen på hemmaplan gentemot kommun- eller regionledningen. Eftersom det inte sker samlat är sannolikheten stor för att genomslaget och effekterna blir olika i olika kommunerna och regioner. Att samla ledande befattningshavare för gemensamma diskussioner borde därför underlätta arbetet även på andra nivåer och skapa bättre förutsättningar för att frågorna hanteras mer likartat i olika kommuner och regioner.

Samlad bedömning

I dag deltar kommunernas och regionernas chefer i många fall i olika nätverk kopplade till SKR. För att Socialstyrelsen de övriga hälso- och sjukvårdsmyndigheterna ska kunna delta i den nationella processen kring totalförsvar och beredskap och uttrycka hälso- och sjukvården samt omsorgens behov i det nationella arbetet är det viktigt att de även har en tydlig dialog med ledande chefer i kommuner och regioner. För att de statliga myndigheterna ska kunna lämna rätt stöd till

kommuner och regioner inom ramen för den fredstida krisberedskapen behövs också en dialog. Det finns således behov av att knyta de statliga, kommunala och regionala delarna av förvaltning närmare varandra i planeringsprocessen. Om en sådan dialog inte säkerställts redan på planeringsstadiet bedöms det inte finnas tillräckliga förutsättningarna att få en fungerande samordning mellan stat och kommuner och regioner under pågående händelser.

Utredningen menar att ett beredskapsråd vid Socialstyrelsen, där ledande företrädare för kommuner och regioner ges möjlighet att delta tillsammans med E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Försvarsmakten, kan utgöra en plattform för de diskussioner som behöver förekomma mellan kommuner, regioner och de berörda statliga myndigheterna avseende hälso- och sjukvårdsfrågor för planering av krisberedskap och totalförsvar. Den av Försvarsmakten och MSB föreslagna planeringsprocessen delas in i olika samverkansmöten på olika nivåer där det avslutande mötet utgörs av de bevakningsansvariga myndigheternas generaldirektörer (Totalförsvarets chefsmöte). Utredningen menar att även ett beredskapsråd för hälso- och sjukvård bör ledas av Socialstyrelsens generaldirektör och att kommuner och regioner i rådet kommer att representeras av hälso- och sjukvårdsdirektörer, regiondirektörer och kommundirektörer eller sådana direktörer som har mandat att representera flera kommuner. En sådan sammansättning av beredskapsrådet skulle ge en god grund för att kommuner och regioners deltagare i rådet skulle ha de mandat som krävs för att de statliga myndigheterna ska kunna få de underlag som behövs för att uttrycka hälso- och sjukvårdens behov i den statliga processen. Om aktörerna så önskar kan möten för beredning på lägre nivå genomföras även om detta inte föreslås regleras.

Genom att beredskapsrådet etableras redan innan en händelse inträffar bedömer utredningen att det även bör kunna utgöra ett samverkansforum i situationer med stora påfrestningar på hälso- och sjukvården i en eller flera regioner där behov av hjälp mellan regioner aktualiseras. Sådana situationer beskrivs närmare i avsnitt 5.3 nedan.

Avslutningsvis kan konstateras att rådet också torde kunna fylla en viktig funktion för samverkan för det fall den föreslagna beredskapssektorn för hälsa, vård och omsorg införs i enlighet med de förslag som lämnats av utredningen om civilt försvar.[47]

[47] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 215 ff.

Sid 521(1295)

En utmaning då samverkan ska ske med landets samtliga kommuner är det stora antalet. Detta är inte ett nytt problem och således inte ett problem som är unik för inrättandet av ett beredskapsråd. Utredningens bedömning är att kommunernas representation vid beredskapsrådet inte som regel lämpligen bör utgöras av samtliga kommuner utan av ett mindre antal kommuner. Såvitt utredningen kan se har kommunerna redan etablerat olika sätt att gemensamt lösa representation i liknande situationer. Kommunerna bör således kunna lösa också denna fråga om representation.

5.2.2 Erfarenhetsåterföring

Förslag: 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.

Socialstyrelsen har sedan år 1988 haft i uppdrag att utvärdera de medicinska insatserna vid stora olyckor eller katastrofer runt om i världen genom katastrofmedicinska obervatörsstudier (Kamedo). Resultatet har publicerats i Kamedo-rapporter sedan 1960-talet. Utredningen har i avsnitt 4.1.7 beskrivit behovet av att permanenta Socialstyrelsens uppdrag samt att på ett tydligare sätt än i dag sprida erfarenheter från dessa utvärderingar i syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens beredskap. Det saknas i dag enligt utredningen en aktiv kunskapsspridning av centrala lärdomar från dessa rapporter. Utredningen menar att det, eftersom Sverige är förskonat från många mer allvarliga stora olyckor och katastrofer, finns stor anledning att ta lärdom från händelser i andra länder. Sådana slutsatser kan också ha betydelse för insatser enligt lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Om rapporterna ska fylla en funktion behöver slutsatserna och erfarenheterna från rapporterna omsättas i praktiken inom den svenska hälso- och sjukvården. För att detta ska

ske behöver myndigheten enligt utredningen ta ett större ansvar för att aktivt sprida denna kunskap.

Utredningen bedömer också att det är av vikt att Socialstyrelsen på ett tydligare sätt än i dag utvärderar större övningar, t.ex. Barents Rescue eller övning Tyko, som har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap och sammanställer erfarenheter från dessa. Socialstyrelsen bör härvidlag ta ett tydligare ansvar för att aktivt föra ut dessa slutsatser på samma sätt som för utvärderingarna av händelser ovan.

De erfarenheter som identifieras i utvärderingarna ovan kan vara av betydelse dels för hur man bör vidta specifika medicinska åtgärder, hur man bör organisera eller dimensionera sin beredskap. Beroende på slutsats behöver denna återföras till olika målgrupper. Det kan innebära behov av att anpassa utbildning för olika medicinska professioner, se över föreskrifter eller för ut budskap till ledande befattningshavare i sjukvården som kan påverka att nödvändiga beslut tas, exempelvis i det ovan redovisade beredskapsrådet.

Uppgifter som en myndighet genomför över tid bör framgå av myndighetens instruktion. Bakgrunden till den nuvarande 8 § i Socialstyrelsens instruktion finns närmare beskriven i avsnitt 9.4. Bestämmelsen har sin grund i behovet av att permanenta satsningar på katastrofmedicinsk forskning och inrättandet av särskilda kunskapscentrum och tar inte specifikt sikte på de aktiviteter som här ovan redovisats. Det kan också konstateras att myndighetens arbete med återföring av erfarenheter från t.ex. Kamedo-rapporter och övningar inte skett i den omfattning som utredningen anser behövs för att utveckla hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningen anser därför att det är motiverat att förtydliga bestämmelsen i 8 § för att tydliggöra behovet av att även 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.

5.3 Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården

Förslag: Det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof ska andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Kommuner och regioner ska trots vad nu sagts vara skyldiga att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Vidare ska det införas bestämmelser som innebär följande. En kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den 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 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. Beslut om hjälp behöver gälla omedelbart och ska inte kunna överklagas.

Det ska vidare införas en skyldighet för regioner, kommuner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på anmodan av den som får besluta om hjälp, dvs. på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Kommuner och regioner ska också lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Uppgifterna ska lämnas till den som har att besluta om hjälp.

Vidare ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp. Kommuner och regioner som efter hjälpbeslut har lämnat hjälp ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen och ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

Slutligen förslås 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 16 a kap.

hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och att det i 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap införs ett nytt andra stycke som innebär att vad som sägs i första stycket inte ska gälla om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Sid 524(1295)

5.3.1 Kortfattat om bakgrunden till utredningens förslag

Utredningens uppdrag är att så långt möjligt säkerställa förutsättningarna för en fungerande hälso- och sjukvård i kris och krig. Statens, kommunernas och regionernas ansvar och roller i det svenska systemet, krisberedskap och totalförsvar inkluderat, behöver vara tydliga och anpassade efter vad som är nödvändigt med anledning av bl.a. det internationella säkerhetsläget och försörjningsfrågor m.m. Frågor om hjälpbehov behandlas närmare i avsnitt 4.4.1.

Kommuner och regioner har ansvaret 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. 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.

Vid en katastrof i vården uppkommer omedelbart en allvarlig fara för människors liv och hälsa. Med katastrof avser utredningen i en situation i hälso- och sjukvården då resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna. Definition motsvarar väl hur begreppet katastrof används inom hälso- och sjukvård i både Sverige och internationellt. Vad som är en katastrof inom hälso-och sjukvård kan sannolikt inte heller vara detsamma som på något annat område anses vara en katastrof.

Staten har inte möjlighet att ta över kommuner och regioners skyldighet att erbjuda befolkningen vård, men kan lämna stöd till kommuner och regioner exempelvis genom vissa resurser som lagerhålls för beredskap. Staten kan i vissa fall också begära hjälp från andra länder och internationella sammanslutningar. Sådana hjälpinsatser

till Sverige, nationella försörjningsåtgärder och statens ansvar för planering och samordning av civilt och militärt försvar måste beaktas i situationer då läget i hela eller delar av samhället, t.ex. hälso- och sjukvården, är synnerligen ansträngt och det finns behov av samordning av resurser nationellt.

Skulle en kommun eller region hamna i en katastrofsituation torde det från ett medborgerligt och ett allmänt samhälleligt perspektiv vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp. Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Kommuner och regioner kan på frivillig grund ge hjälp till varandra och detta sker också regelmässigt om det är möjligt utan alltför stora olägenheter på kort sikt för den egna verksamheten. Det finns i nuläget inget som talar för att kommuner och regioner kommer att vara mindre hjälpbenägna i framtiden. Det kan dock inte uteslutas att kommuner och regioner inte lämnar varandra hjälp trots att det finns utrymme för det. Resurser som en kommun eller region kan undvara men som de för säkerhets skull väljer att behålla för att kunna ge vård ifall läget skulle förvärras, kommer inte till användning där den för tillfället behövs för att skydda liv och hälsa.

Att neka en svårt sjuk patient i t.ex. en region den vård som denne behöver för att säkerställa att det ska finnas resurser ifall det blir nödvändigt att ge vård till en lika svårt sjuk patient i framtiden är knappast en godtagbar ordning. Det rimmar också mycket illa med 3 kap. 1 § HSL som anger att *målet med hälso- och sjukvården är 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*.

Det finns även med beaktande av det kommunala självstyret således mycket starka skäl för förslag som motverkar uppkomst av en katastrof i vården eller som i det värsta fallet mildrar effekterna av en sådan katastrof. För att skydda människors liv och hälsa bör det därför så långt möjligt säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå.

Den lämpligaste ordningen för hjälp att undvika eller mildra katastrofsituationer i hälso- och sjukvården är att kommuner och regio-

ner själva, på frivillig grund, löser uppkomna hjälpbehov. När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få nödvändig hjälp att utföra vård som inte kan anstå måste det dock finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som bör ge hjälp också gör det och att hjälpen kan samordnas också med hjälpinsatser från staten. Det kan konstateras att det i dag saknas bestämmelser som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten och att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård som inte kan anstå. Sådana bestämmelser bör införas.

Skyldigheter för kommuner och regioner att hjälpa varandra

Förslag till bestämmelser om hjälp bör utformas för att bättre möta det som brukar beskrivas som gråzonsproblematik. Avseende tillämpningen av bestämmelserna om hjälp saknar det avgörande betydelse vad som orsakat en katastrof eller om katastrofen inträffar i fred, höjd beredskap eller krig.

Om en kommun eller region inte kan utföra hälso- och sjukvård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav, bör andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör efter anmälan om hjälpbehov från en kommun eller region få besluta om hjälp. Ett sådant beslut ska inte som regel få medföra att en hjälplämnande kommun eller region själv blir hjälpbehövande. Om det endast är någon eller några kommuner eller regioner som befinner sig i ett mycket utsatt läge, kan andra kommuner och regioner sannolikt också många gånger lämna hjälp utan att själva bli hjälpbehövande.

I händelse av en katastrof vore det dock både märkligt och direkt olämpligt, att inte också försöka utjämna förutsättningarna för vård mellan kommuner och regioner i de fall det finns kommuner och regioner som har det, jämförelsevis, avsevärt bättre än en andra kommuner eller regioner. Det handlar således inte om att utjämna annat än mycket stora skillnader.

Det bör införas bestämmelser som resulterar i en form av vårdutjämningssystem som vid en katastrof skapar bättre förutsättningar för en mer jämlik vård i land och för upprätthållandet av behovsprincipen. En sådan ordning behövs inte minst för det fall landet skulle

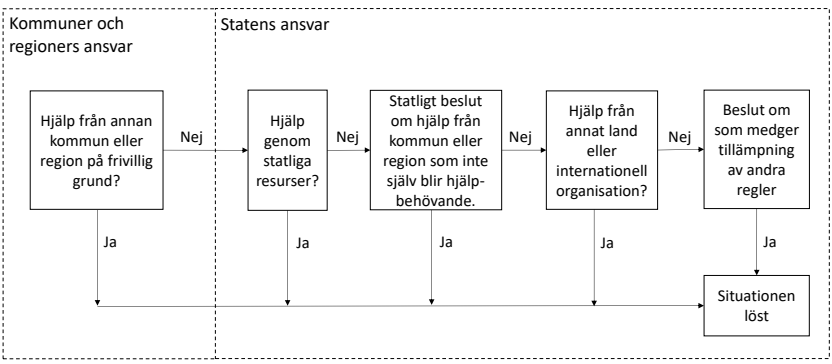
Sid 527(1295)

hamna i krig och skadeutfallen kan närma sig flera tiotusentals skadade, men även för det fall ovanligt stora mängder mycket svårt sjuka patienter behöver vård. Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande, bör en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Det bör också införas bestämmelser som innebär att en kommun eller region som har lämnat hjälp, ska ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

En grundförutsättning för att det ska vara möjligt att prioritera och fördela bl.a. resurser som krävs för vård i Sverige vid bristsituationer i vardagen, fredstida kriser och krig, är att det finns kunskap om vilka resurser det går att förfoga över. För prioritering och fördelning av resurser krävs utöver vad som ovan sagts särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar så att konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats kan värderas rätt. För att kunna besluta om hjälp är det nödvändigt att ha tillgång till ett adekvat beslutsunderlag. Det bör införas bestämmelser som säkerställer att det finns ledningsmandat för samordning av hjälpbehov och beslutsunderlag som gör det möjligt att besluta om hjälp och bedöma om det finns behov att begära hjälp från andra länder eller en internationell organisation.

Figur 5.1 Beslutsprocess för hjälp



5.3.2 Närmare om utredningens förslag

I det följande utvecklas ovan angivna förslag närmare. I avsnitt 14.11.2 redovisas bedömningar av förslagens proportionalitet och alternativ till den reglering som föreslås nedan. Utredningens slutsatser där är att det inte finns andra mindre ingripande regleringsalternativ eller andra lösningar som på samma sätt skulle säkerställa de bestämmelser som utredningen nu föreslår. Vidare anser utredningen att förslagen nedan 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.

Bestämmelserna om hjälp bör föras in i HSL

Enligt vad som redan tidigare framhållits är de utredningsdirektiv som gäller för denna utredning avgränsade till hälso- och sjukvårdens område. I en situation där många olika utredningar har lämnat och även kan förmodas komma lämna förslag av som rör förslag som denna utredning lämnar, är det svårt att veta hur olika lagförslag bäst ska utformas och i vilka lagar som föreslagna bestämmelser lämpligen bör placeras.

Undantag från lokaliseringsprincipen beträffande hälso- och sjukvårdsverksamhet i andra sammanhang har inte konsekvent skett genom reglering i HSL. Genom lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ges bl.a. möjlighet för landstingen att som tjänsteexport ge t.ex. hälso- och sjukvård utomlands. Landsting får även bedriva hälso- och sjukvård utomlands i enlighet med lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Det har från SKR flera gånger framhållits att det vore bättre om de särskilda bestämmelser som gäller för kommuner och regioners krisberedskap och för deras uppgifter som rör höjd beredskap borde skapas två olika lagar, en för regioner och en för kommuner. Utredningen kan se att det finns skäl att göra en översyn av LEH för att skapa större tydlighet, inte minst vad gäller statlig ersättning, men även göra andra lämpliga anpassningar av bestämmelser om bl.a. rapporteringsskyldighet. Det är dock inte utredningens sak att föreslå sådana ändringar och det framstår inte heller som givet att det finns skäl för olika lagar.

Sid 529(1295)

De bestämmelser som finns i dag om bistånd mellan kommuner och regioner finns som beskrivits i 4 kap. LEH. Tidigare fanns en motsvarande bestämmelse om bistånd i HSL men regeringen ansåg att den var onödig och bestämmelsen utmönstrades därför ur HSL.

Det förefaller inte som naturligt att föra in en särskild bestämmelse i LEH kring skyldigheter om att lämna hjälp (bistånd) som endast avser hälso- och sjukvårdsområdet. Det bedöms inte heller lämpligt om det i LEH skulle föras in många olika sektorsspecifika bestämmelser eftersom LEH till sin natur är mer allmänt inriktad. Med många sektorsspecifika bestämmelser om exempelvis hjälp skulle LEH ganska snart att förlora sin generella karaktär.

Utredningen att bestämmelser om hjälp lämpligen bör föras in i ett nytt kapitel i HSL, direkt efter det nuvarande 16 kap. som rör samverkan mellan huvudmännen. En sådan lösning skulle möjligen också delvis lösa några av de oklarheter som många kommuner och regioner upplever i dag med bestämmelserna i LEH.

Skyldighet att lämna hjälp för att undvika eller mildra en vårdkatastrof

Utredningen anser att det i HSL bör införas bestämmelser som innebär att om en kommun eller region drabbas av en katastrof så ska andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. Med katastrof avser utredningen i detta betänkande en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna.

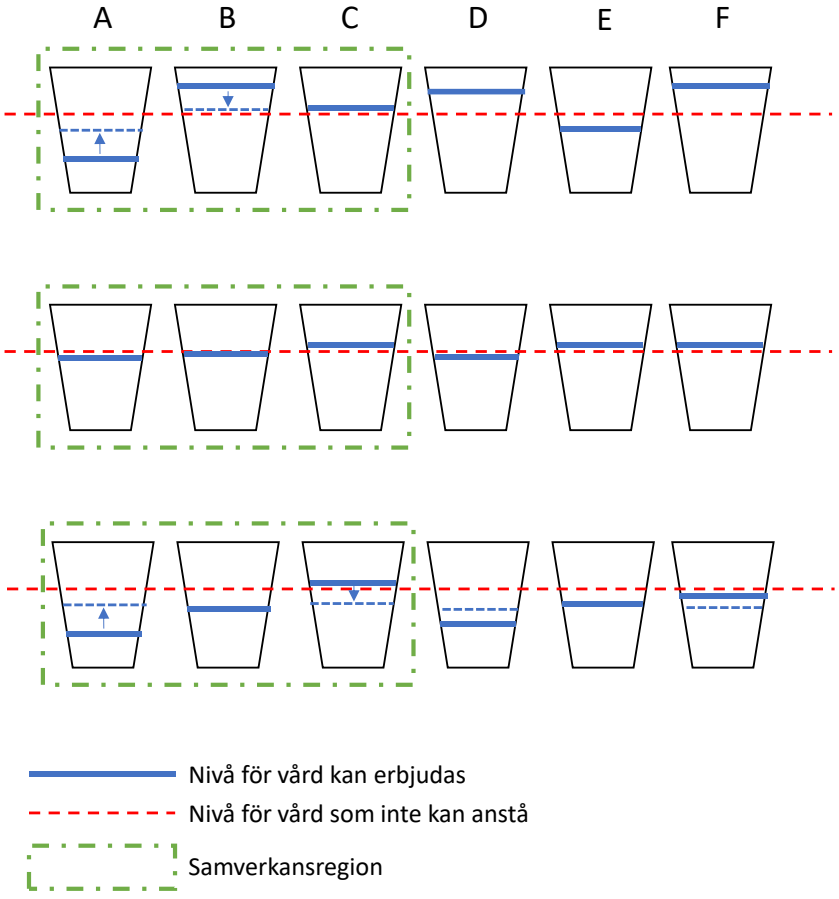
Nämnda skyldighet att lämna hjälp ska som regel endast gälla under förutsättning att en kommun eller region inte själv är eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande. Skälen för rekvisitet överskådlig tid redovisas nedan (se under rubriken Bedömningar av hjälpbehov och beslut om hjälp).

Det är mindre sannolikt att samtliga kommuner och regioner samtidigt kommer att hamna i en katastrofsituation, men det kan inträffa. En region kan således vara i en katastrofsituation utan att andra regioner är det. Det kan dock även vid en katastrof förekomma avsevärda variationer i olika kommuner och regioners förutsättningar att ge vård. Förhållandena kan åskådliggöras genom följande enkla ”vattenglasmodell”:

Figur 5.2 Vattenglasmodellen

Sid 530(1295)

Första raden avser situationer där en kommun eller region kan hjälpa en annan kommun eller region utan att själva bli hjälpbehövande. Andra raden avser en situation där skillnaderna mellan kommunernas och regionernas förmåga är så liten att ingen kan anses kunna hjälpa någon. Den tredje raden avser en situation där en kommun eller region kan lämna hjälp men själv blir hjälpbehövande. En sådan situation kräver ett beslut om katastroftillstånd (se 13.3.1)



Utredningens anser att det i HSL bör införas bestämmelser för en sådan ovan beskriven situation. För det fall det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp enligt de inledningsvis föreslagna bestämmelserna, ska en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har *avsevärt* sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå. Bestämmelse syftar inte till att helt försöka utjämna varje skillnad mellan olika kommuner och regioner, endast stora skillnader ska kunna utjämnas.

Bedömningar av om det finns avsevärda skillnader kommer att ha sin utgångspunkt i de lägesbilder som kommuner och regioner ska lämna. För jämlikhet i vården behöver det 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 för att bedöma olika patientgruppers vårdbehov i relation till andras, samt för att avgöra vilka alternativa behandlingsmetoder som bör användas eller vilka anpassningar av målsättning för exempelvis handläggningstider som kan behöva göras. Det är inte möjligt att ange annat än mer allmänna utgångspunkter för bedömningar av vad som utgör en avsevärd skillnad. Det måste vid bedömningar av om det finns avsevärda skillnader i förutsättningarna att ge vård beaktas att olika patientgrupper kan ha 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 måste också beaktas. 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.

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 kan skicka de resurser som krävs för vården till den hjälpbehövande kommunen eller regionen. Sådana resurser kan till exempel 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.

Mot ovanstående bakgrund föreslår utredningen således att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof ska andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Kommuner och regioner ska trots vad som nu sagts vara skyldiga att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Anmälan av hjälpbehov och samverkan

En viktig utgångspunkt för de bestämmelser om hjälp som utredningen nu föreslår är att kommuner och regioner så långt möjligt på frivillig grund ska lösa uppkomna hjälpbehov. De ovan föreslagna bestämmelserna om hjälp förutsätter att en kommun eller region kan vända sig till staten för att, om det är möjligt, få behövlig hjälp som inte kan ordnas på frivillig grund. Ett statligt organ måste således ges till uppgift att besluta om hjälp.

Det bör ligga på en hjälpbehövande kommun eller region att anmäla hjälpbehov. 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 det finns en risk för att hjälp kan behövas.

Utredningen anser att en kommun eller region ska göra anmälan om hjälpbehov så snart det finns risk för att ett sådant behov kan uppkomma. Givetvis ska ett redan konstaterat hjälpbehov anmälas omgående. På samma sätt som enligt gällande bestämmelser om hjälp mellan kommuner och regioner i 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, bör det vara regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, som beslutar om hjälp.

När en anmälan om eventuellt hjälpbehov gjorts behöver den som får besluta om hjälp (regeringen eller den myndighet som regeringen bestämt) skapa en första bild av problemen och vilka kommuner,

Sid 536(1295)

regioner eller statliga aktörer som kan vara lämpliga hjälplämnare. Samverkansgruppen bör endast bestå av de parter som bedöms vara berörda.

Samverkansgruppens sammansättning måste således anpassas efter situationen och det innebär att sammansättningen av gruppen kan ändras över tid. Det bedöms som osannolikt att en situation skulle kräva aktiv samtidig samverkan med samtliga landets kommuner och regioner. Även kommuner, regioner och statliga myndigheter som inte deltar aktivt i en samverka behöver dock information om läget och vad som framkommer vid samverkan. Om tekniken medger det kan detta ordnas genom att aktörer som inte aktivt samverkar får delta genom medhörning. Andra lösningar är också möjliga.

Den som har att besluta om hjälp bör snarast möjligt initiera samverkan med berörda kommuner och regioner. Samverka behöver också ske med andra statliga aktörer som har ansvar för frågor av betydelse för att kunna lösa de problem som kan leda till hjälpbehov eller som är av betydelse för att kunna tillgodose hjälpbehov, t.ex. statliga aktörer med ansvar för frisläppande av statliga resurser såsom sjukvårdsprodukter samt länsstyrelser eller eventuellt Civilområdeschefer som har kunskaper om regionala förhållanden som kan påverka möjligheterna att ge hjälp. Det bör säkerställas samverkan kommer tillstånd och det bör därför finnas en skyldighet att delta i samverkan på anmodan av den som har att besluta om hjälp.

När det finns förutsättningar det inledande skedet av samverkan syfta till att underlätta kommuners och regioners arbete med att lösa uppkomna problem på frivillig grund. Genom samverkan kommer det sannolikt bli allt tydligare för alla inblandade vilka hjälpbehov som faktiskt föreligger. Det blir då också enklare att ytterligare avgränsa och precisera hjälpbehoven. Genom samverkan kommer det också stå klart om hjälp kommer att kunna lämnas på frivillig grund.

Hjälp syftar till att en kommun eller region ska kunna utföra vård som inte kan anstå, i ett första skede med upprätthållande av normala kvalitetskrav, och det är de viktigt att påminna om att hantering av hjälpbehov har en direkt koppling till den tid inom vilket det ur medicinsk synpunkt är nödvändigt att utföra vården. Det finns därför inte utrymme att dra frågor om hjälpbehov i långbänk. I situationer då ett hjälpbehov ännu inte har uppkommit finns sannolikt mer tid att samverka kring lösningar, men när ett hjälpbehov väl uppkommit kommer det att krävas skyndsamma beslut.

Den som har att besluta om hjälp, dvs. regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt, kan följa utvecklingen av en situation och det finns då möjlighet att värdera förutsättningarna för hjälp och vidta förberedande åtgärder om situationen inte kan lösas på frivillig grund. Inte minst är detta viktigt om resursläget bedöms vara så ansträngt att det finns risk för att ingen kommun eller region bedöms kunna lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande.

En generellt tillämplig bestämmelse om samverkan finns i 8 § förvaltningslagen (2017:900). Denna bestämmelse gäller för all förvaltningsverksamhet hos såväl förvaltningsmyndigheter som domstolar 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.

Mot ovanstående bakgrund föreslår utredningen att det i HSL införs 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 den som får besluta om hjälp. Vidare föreslås att det införs en bestämmelse som innebär att det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska få besluta om hjälp. Det föreslås också en bestämmelse som innebär en uttrycklig skyldighet för regioner, kommuner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på anmodan av den som har att besluta om hjälp, dvs. på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt.

Nödvändigt beslutsunderlag

Beslut om hjälp kan i vissa fall behöva fattas mycket skyndsamt. Det är därför viktigt att den som ska besluta om hjälp och att beslutsfattare i kommuner och regioner snabbt kunna överblicka situationen och skapa sig en tillräckligt god lägesuppfattning för att fatta nödvändiga beslut. Uppgifterna syftar således till att ge olika beslutsfattare i staten, kommuner och regioner en god nationell lägesuppfattning. Det måste vara möjligt för kommuner, regioner och staten att dela *samma* lägesbild. Frågor om sekretess avhandlas nedan.

Det krävs således tillgång till beslutsunderlag med relevanta uppgifter om exempelvis vissa fastställda kapacitetsgränser samt hur förhållandet mellan vårdresurser och vårdbelastning är och utvecklas. Utredningen föreslår därför att det i HSL införs bestämmelser om uppgiftsskyldighet som innebär att kommuner och regioner är skyldiga att lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Uppgifterna ska lämnas till den som har att besluta om hjälp, dvs. regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Vidare föreslås bestämmelser enligt vilka regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas.

Det bör uppmärksammas att skyldigheten att lämna uppgifter ska kunna fullgöras i princip omedelbart. Detta kräver att kommuner och regioner löpande kan uppdatera uppgifterna så att de är aktuella. Sådana krav på uppdatering torde redan vara helt nödvändiga att ställa i kommuner och regioner så att deras beslutsfattare snabbt kan hantera kritiska situationer i sin egen verksamhet på ett sätt så att de fullgör skyldigheten att erbjuda vård och undvika situationer där de blir hjälpbehövande.

Att löpande elektroniskt uppdatera och rapportera vissa uppgifter om kapacitet såsom vårdplatsbeläggning eller lagernivåer[48] behöver inte vara en mödosam eller tung arbetsprocess inte ens om det sker dagligen. I synnerhet inte om uppdatering sker i ett välanpassat och driftsäkert it-system och det finns möjlighet till en säker överföring av uppgifter mellan olika aktörer. Det bedöms dock inte nödvändigt att exempelvis göra löpande analyser och bedömningar av framtida utveckling; vissa uppgifter behöver sannolikt endast lämnas i situationer då läget blir kritiskt. Till skillnad från uppdatering av vissa kapacitetsuppgifter bedöms arbetet med att göra analyser och bedömningar av framtida utveckling vara krävande och krav om hög rapporteringsfrekvens för sådana uppgifter bedöms medföra mycket arbete och kostnader. Krav på rapporteringsfrekvens av uppgifter måste således anpassas med beaktande av detta. Förskrifter om rapporteringsfrekvens bedöms kunna meddelas med stöd av föreskrifter som kan meddelas med stöd av det bemyndigande utredningen föreslår nedan.

[48] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 f.

Vilken statlig myndighet som kan besluta om hjälp

Enligt utredningens bedömning vore det lämpligast att Socialstyrelsen beslutar om hjälp. Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst. Socialstyrelsen har bl.a. ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Socialstyrelsen är också bevakningsansvarig myndighet och har även ett ansvar att samordna och övervaka planeringen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. På regeringens uppdrag ska Socialstyrelsen samordna förberedelserna för försörjningen av läkemedel inför höjd beredskap, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap och inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar. Med stöd av sådana regeringsuppdrag beredskapslagrar Socialstyrelsen redan vissa läkemedel och vissa övriga sjukvårdsprodukter. Enligt de förslag som denna utredning tidigare lämnat förslås dessutom att Socialstyrelsen bör få ansvaret att i samverkan med övriga berörda aktörer upprätta och vidmakthålla en förvaltning för vilka sjukvårdsprodukter som behöver omfattas av försörjningsberedskapen på hälso- och sjukvårdsområdet för fredstida kriser och krig.[49] Socialstyrelsen föreslås också vara sektorsansvarig myndighet för beredskapssektorn Hälsa, vård och omsorg.[50]

För närvarande är det länsstyrelserna som beslutar om hjälp med stöd av de bestämmelser om bistånd mellan kommuner och regioner som finns i 4 kap. 2 § LEH.[51] Flera länsstyrelser har för utredningen framhållit att de inte anser sig ha tillräckliga sakkunskaper för att besluta om hjälp som avser hälso- och sjukvård. Enligt tidigare nämnt förslag från Utredningen om civilt försvar ska civilområdescheferna under höjd beredskap besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet. Sådana beslut får fattas efter hörande av Socialstyrelsen.

[49] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 620 f.
[50] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 237 f.
[51] 9 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

För prioritering och fördelning av vårdresurser krävs som redan anförts särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar och även insikter i rent medicinska frågor annars går det inte att rätt värdera konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats. Sådana kunskaper finns inte i tillräcklig grad hos länsstyrelserna och kommer knappast heller att finnas hos civilområdeschefer. Socialstyrelsen bedöms ha de särskilda kunskaper och insikter som krävs för beslut om hjälp. Även om en Civilområdeschef skulle kunna tänkas fatta beslut på sätt som ovan beskrivits skulle alla system som krävs för detta arbete behöva finnas hos Socialstyrelsen och allt arbete, även samverkan skulle också behöva utföras av Socialstyrelsen. Det framstår då också som lämpligt att Socialstyrelsen fattar beslut om hjälp. En annan ordning framstår som konstlad. Utredningen om civilt försvar har inte föreslagit något motsvarande mandat för civilområdeschefen att besluta om fördelning av resurser inom andra områden än hälso- och sjukvård. Vår utredning anser inte att det finns skäl att lämna ett mandat för omfördelning av resurser till civilområdeschefen specifikt avseende hälso- och sjukvårdsresurser. Vi anser därför att detta förslag från Utredningen om civilt försvar inte bör genomföras.

Beslut om hjälp

En förutsättning för hjälp bör vara att den hjälpbehövande kommunen eller regionen först har uttömt de egna möjligheterna att lösa situationen. Om de återstående åtgärder som en kommun eller region kan vidta inte bedöms räcka för att lösa en situation, kan hjälp dock lämnas.

En annan given förutsättning för beslut om det ska lämnas hjälp är att det framstår som sannolikt att beslutet kan effektueras. Det kan inte minst vid krig finnas stora svårigheter att transportera patienter eller resurser mellan vårdgivare i olika delar av landet. Men även i fredstid kan de särskilda krav som gäller för transporter av vissa produkter, t.ex. krav på kylförvaring, också 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.

Det finns med anledning av det ovan anförda även skäl att framhålla att det i vissa fall också framstår som olämpligt att besluta om hjälp även om hjälpbeslut kan effektueras. Beslutad hjälp blir ineffektiv om hjälpbehovet redan har upphört när ett beslutet kan effektueras. Sådana situationer bedöms främst uppkomma vid mycket snabbt övergående hjälpbehov såsom exempelvis då det vid t.ex. en olycksplats tar tid att föra skadade till ett sjukhus för fortsatt vård. När en kommun eller region inom mycket kort tid själv kan ordna nödvändiga resurser är det inte fråga om en katastrof som bör medföra hjälp.

Vid bedömningar av hjälpbehov bör statens möjligheter att ge hjälp särskilt beaktas. Här kan exempelvis sådana lager med t.ex. sjukvårdsprodukter som staten förfogar över vara av intresse.[52]

Beslutsmyndigheten bör tidigt underrätta regeringen och andra myndigheter med ansvar för frisläppande av statliga resurser som kan behöva kopplas in i hanteringen av kommuners eller regioners hjälpbehov. Samverkan bör också ske enligt vad som ovan redovisats. Genom beslutsunderlagen, som bl.a. består i sådana uppgifter som lämnas vid samverkan mellan beslutsmyndigheten och andra berörda aktörer, torde det som regel vara möjligt att ha en god överblick över nuläget. Enligt det inledande förslaget om skyldighet att lämna hjälp är en kommun eller region endast skyldig att lämna hjälp under förutsättning att den inte själv blir eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande.

En av de stora utmaningarna med hjälpbeslut är att det i vissa fall inte ens med stöd av goda prognosverktyg går att utesluta avvikelser mellan prognos och verkligt utfall som i vissa fall kan vara stora. 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 oförutsedda händelser som påverkar förutsättningar att lämna eller ta emot hjälp. Det kan givetvis inte heller uteslutas att det även vid mindre svåra samhällsstörningar kan 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 inte möjligt att göra be-

[52] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19).

dömningar om hjälp med beaktande av sådana osäkerhetsfaktorer som finns även i vardagen.

Vid höjd beredskap, men även vid gråzonsproblematik innan beredskapen har höjts, kan dock beslutsmyndigheten ha information, exempelvis från Försvarsmakten 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.

Det finns mot ovanstående bakgrund ett påtagligt behov av att på lämpliga vis avgränsa beslut om hjälp i tiden för att så långt möjligt undvika att nya omständigheter medför att ett beslut om hjälp inte leder till avsett resultat exempelvis genom att en hjälplämnande kommun eller region själv blir hjälpbehövande. Vad som ovan anförts utgör också utgångspunkt för den inledningsvis föreslagna bestämmelsen om hjälp som innebär skyldighet att lämna hjälp endast gäller under förutsättning att en kommun eller region inte själv blir eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande.

Att slå fast en exakt gräns för ett hjälpbesluts avgränsning i tiden är knappast möjligt, utan denna gräns måste avgöras med hänsyn till rådande omständigheter. Allmänt kan sägas att det i situationer med omfattande störningar i samhället, såsom vid gråzonsproblematik 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.

Beslut om hjälp måste givetvis också utformas och avgränsas så att det är tydligt vad hjälpen ska bestå av. Om det finns flera möjliga alternativ till hjälp måste övervägas vilket av alternativen som med hänsyn till omständigheterna är lämpligast. Många gånger kan det vara att fråga om det är lämpligast att flytta sjuka patienter från en hjälpbehövande kommun eller region eller om resurserna som behövs för att vårda patienter ska föras till en hjälpbehövande kommun eller region.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts föreslår utredningen lagbestämmelser i HSL som innebär att beslut om hjälp ska grunda sig en samlad bedömning av omständigheterna. Hjälp som en hjälpbehövande kommun eller region kan få genom staten ska dock särskilt beaktas.

Anmälan om behov av stöd från andra stater och internationella organisationer

Om Socialstyrelsen ska besluta om hjälp måste det också ankomma på Socialstyrelsen att till regeringen eller en annan statlig myndighet med relevant ansvar, anmäla att situationen i vården är sådan att det kan finnas skäl att begära hjälp från andra stater eller internationella organisationer. Anmälan ska ske så snart det finns skäl för det och så snart det finns risk för att de samlade resurserna i landet inte längre kommer att räcka för att säkerställa vård som inte kan anstå. Givetvis måste anmälan göras omedelbar om resurserna redan visat sig otillräckliga. Regeringen bör med stöd av 8 kap. 7 § 2 RF meddela föreskrifter om sådan anmälan.

Ytterligare föreskrifter om uppgifter i anmälan om hjälpbehov

Föreskrifter som närmare anger när och på vilket sätt anmälan ska göras och vilka uppgifter en anmälan ska innehålla bedöms nödvändiga. Förslag om att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp till regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt har lämnats ovan. Det behövs också föreskrifter som anger vilka uppgifter som ska lämnas, hur ofta uppgifter ska lämnas och hur uppgifterna ska lämnas. Det kan vidare finnas skäl att föreskriva om exempelvis bedömningar av om en kommun eller region ska anses ha avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå än andra kommuner eller regioner. Det kan heller inte uteslutas att det behövs även andra föreskrifter.

En del av de föreskrifter som kan behövas torde kunna meddelas av regeringen med stöd av 8 kap. 7 § 1 RF och regeringen kan då också med stöd av 8 kap. 11 § RF bemyndiga en myndighet under regeringen att meddela sådana föreskrifter. Det bedöms dock som tveksamt om samtliga föreskrifter som kan vara nödvändiga för beslut om hjälp kan meddelas som verkställighetsföreskrifter. Utredningen föreslår därför att det införs ett bemyndigande i HSL som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp. Det ska med stöd av detta bemyndigande vara möjligt att meddela föreskrifter som ovan nämnts.

Arbetet med att meddela förskrifter som anger vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna måste föregås av en analys av bl.a. vilka uppgifter som behövs för en ändamålsenlig lägesbild. Analyserna bör även beakta vilket behov av uppgifter i lägesbilderna som andra statliga myndigheter har. 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.

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 förslagna 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.

Ersättning för lämnad hjälp

På samma sätt som enligt nu gällande bestämmelser om ersättning för lämnad hjälp i 4 kap. 1 § LEH, bör kommuner och regioner som lämnar hjälp enligt de av denna utredning ovan föreslagna bestämmelserna, ha rätt till skälig ersättning. Ersättningen bör betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

Det föreslås därför att det i lag införs bestämmelser som innebär att den kommun eller region som har lämnat hjälp ska ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

Vad gäller ersättningen så torde en skälighetsbedömning i flertalet fall medföra att de verkliga kostnaderna för hjälpen ersätts. I enstaka fall kan det dock inte uteslutas att hjälp 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. Riksavtalet för utomlänsvård är sannolikt det mest kända av dessa

avtal, 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 bestämmas. En sådan ordning ökar förutsägbarheten och innebär också att risken för tvister vid domstol om ersättningar i stort kan elimineras.

Frågor om sekretess

Uppgifter om bl.a. förmåga och tillgänglig kapacitet i hälso- och sjukvården kan vara skyddsvärd av flera anledningar och behöver därför kunna skyddas av sekretess. Bestämmelser om sekretess i det offentligas verksamhet finns i offentlighets- och sekretesslagen (2004:900), nedan förkortad OSL. Uppgifter om förmåga som kommuner och regioner lämnar i lägesbilder skulle kunna omfattas av sekretess med stöd av 18 kap. 13 § OSL. Enligt denna bestämmelse omfattas uppgifter av sekretess när de förekommer i en myndighets verksamhet som består i risk- och sårbarhetsanalyser avseende fredstida krissituationer, planering och förberedelser inför sådana situationer eller hantering av sådana situationer, om det kan antas att det allmännas möjligheter att förebygga och hantera fredstida kriser motverkas om uppgiften röjs.

Uppgifterna i lägesbilden om kapaciteten i sjukvården kan också omfattas av sekretess till skydd för Sveriges säkerhet. Enligt 15 kap. 2 § OSL gäller sekretess för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs.

Tidigare förslag om uppgiftsskyldighet för sjukvårdsprodukter

Utredningen har i delbetänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* lämnat förslag som möjliggör att Läkemedelsverket kan upprätta och förvalta en samlad nationell lägesbild över tillgång, lokalisering och förbrukning av läkemedel och medicintek-

Sid 548(1295)

niska produkter i Sverige.[53] För en sådan lägesbild föreslog utredningen en skyldighet i lag för vissa aktörer att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten som kan föras vidare till Läkemedelsverket. Utredningen konstaterade då att det är nödvändigt att en samlad nationell prioritering omfattar all hälso- och sjukvård och att ansvaret för uppbyggnad och förvaltning av en samlad nationell lägesbild bör ligga på staten. Utredningen lyfte vidare fram att system för att skapa en nationell lägesbild av tillgången till produkter i landet ställer krav på ett systematiskt informationssäkerhetsarbete och att överföring av uppgifter från många aktörer som sammanställs nationellt medför att alla parter måste ha samma höga säkerhetsnivå för att skapa tillit till arbetet. Vilken information som behöver delas med berörda kommuner, regioner och statliga myndigheter och hur detaljerad den behöver vara varierar utifrån situationens karaktär och de olika aktörernas roller.[54]

Vissa uppgifter från en sådan lägesbild som Läkemedelsverket upprättar behöver kunna lämnas till Socialstyrelsen för att Socialstyrelsen ska kunna beakta dem vid en sammanvägd lägesbild över förmågan och kapaciteten i hälso- och sjukvården och för att samordna försörjningsberedskapen. Redogörelse för Läkemedelsverkets möjligheter att dela uppgifter med bl.a. Socialstyrelsen finns ovan nämnda betänkande.

Befintliga sekretessbestämmelser bedöms tillräckliga

De uppgifter som Socialstyrelsen samlar in i lägesbilderna bör kunna skyddas av sekretess utifrån olika perspektiv. Bestämmelser om sekretess bör däremot inte hindra att kommuner eller regioner själva får del av uppgifterna eller att andra berörda statliga myndigheter kan få del information som är nödvändig för att de ska kunna utföra sin verksamhet.

Utredningen bedömer att sådana uppgifter som kommuner och regioner lämnar till Socialstyrelsen som underlag för en nationell lägesbild bör omfattas av sekretess enligt 18 kap. 13 § OSL eftersom de har samlats in eller producerats inom ramen för statens, kommuners och regioners analys-, planerings- eller förberedelseverksamhet

[53] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 ff.
[54] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 813 ff.

avseende fredstida kriser. Uppgifterna kan omfattas av sekretess både hos kommuner och regioner som har samlat in och producerat dem och hos Socialstyrelsen och ev. andra berörda myndigheter som har fått dem överlämnade till sig. Sekretessen följer med en uppgift som har samlats in eller producerats i den angivna verksamheten när en sådan uppgift lämnas till en annan myndighet. Om en uppgift som omfattas av sekretessbestämmelsen lämnas till en annan myndighet ska således även den mottagande myndigheten tillämpa sekretessbestämmelsen på uppgiften.[55] Sekretessen gäller såväl för uppgifter som avser förberedelser inför fredstida krissituationer som för uppgifter som uppkommer vid hanteringen av sådana krissituationer.[56]

I den mån lägesbilderna innehåller uppgifter om enskilds affärs- och driftsförhållanden kan de också omfattas av sekretess med stöd av 30 kap. 23 § OSL. De kan då sekretessbeläggas hos Socialstyrelsen, länsstyrelserna och MSB med stöd av 9 § offentlighet- och sekretessförordningen (2009:64) i kombination med punkten 31 i bilagan till förordningen om det kan anses vara uppföljnings- och stödverksamhet hos dessa myndigheter i frågor som rör förberedelser enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap eller enligt motsvarande äldre föreskrifter. Hos Socialstyrelsen kan uppgifterna också omfattas av sekretess enligt 30 kap. 23 § OSL med stöd av punkten 123 i bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen, om uppgifterna kan hänföras till utredning och planering enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

Uppgifter som lämnas som underlag för lägesbild kan också omfattas av sekretess med stöd av 15 kap. 2 § OSL om det avser att skydda uppgifter i totalförsvarsplaneringen. Det ställer krav både på att de tekniska system som lägesbilderna lämnas i uppfyller kraven för sådan verksamhet och på att de personer som hanterar uppgifterna har behörighet att hantera sådana uppgifter.

För att kommuner och regioner, i egenskap av sjukvårdshuvudmän, ska kunna ha förutsättningar att planera sin verksamhet, samverka och hjälpa varandra behöver de, i en begränsad krets, kunna få ta del av detaljerade uppgifter om läget i en region eller kommun, eller

[55] Vårt framtida försvar (prop. 2004/05:5), s. 263.
[56] Några frågor om sekretess och tillgång till register (prop. 2008/09:152), s. 45.

Sid 545(1295)

på nationell nivå. Om uppgifterna är sekretessbelagda med stöd av 18 kap. 13 § OSL eller 15 kap. 2 § OSL följer sekretessen med uppgifterna när de lämnas mellan myndigheter. Eftersom det finns sekretessbestämmelser som skyddar uppgifter som kommuner och regioner lämnar till Socialstyrelsen, och sekretessen följer med när uppgifterna lämnas vidare till andra berörda myndigheter, bedömer utredningen att det inte finns behov av ytterligare sekretessbestämmelser.

Behandling av personuppgifter

Den största andelen uppgifter som kan komma att behöva lämnas med anledning av uppgiftsskyldigheten ovan är inte knutna till en person utan till aggregerade resurser i en kommun eller region, t.ex. belagda och vakanta vårdplatser. Det får dock förmodas att det i liten utsträckning kommer att förekomma personuppgifter, exempelvis uppgifter om kontaktpersoner eller uppgiftslämnare som kan knytas till en enskild person. Det kan inte heller helt uteslutas att det kan komma att lämnas uppgifter från vårdgivare som kommuner eller regioner har avtal med som är enmansföretag.

De rättsliga regleringar som bedöms aktuella att tillämpa vid behandling av sådana personuppgifter är Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), förkortad EU:s dataskyddsförordning, samt lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten ska den vara förenlig med de grundläggande principerna i bl.a. artikel 5 i dataskyddsförordningen. Av dessa principer följer bl.a. att personuppgifter får behandlas enbart för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål samt att det inte är tillåtet att behandla fler personuppgifter än nödvändigt med hänsyn till dessa ändamål. Utredningen bedömer att det endast är ett fåtal personuppgifter som eventuellt kommer att behandlas vid inrapporteringen av lägesbilder. Lägesbildsrapporteringen sker med stöd av den nu föreslagna bestämmelsen i HSL och samlas in för uttryckligt angivna och berättigade ändamål, nämligen att skapa lägesbilder över hälso- och sjukvårdens kapacitet

i Sverige som underlag för att besluta om hjälp till kommuner och regioner som har hamnat i en situation där de inte längre kan erbjuda de människor som vistas där vård som inte kan anstå. Personuppgiftsbehandling är laglig bl.a. om den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen. Den som anges som kontaktperson för en verksamhet i hälso- och sjukvården måste anses ha samtyckt till att en sådan uppgift lämnas till andra myndigheter. Det finns därmed samtycke och laglig grund för personuppgiftsbehandlingen enligt artikel 6 i dataskyddsförordningen.

Utredningen anser därför att det är förenligt med dataskyddsförordningens bestämmelser att utföra sådan nödvändig personuppgiftsbehandling som kan vara aktuell med anledning av hantering av uppgifter till lägesbilder. Mot den bakgrunden och eftersom den personuppgiftsbehandling som kan vara nödvändig bedöms vara av liten omfattning och inte innefatta känsliga personuppgifter är utredningens bedömning att det saknas skäl att införa särskilda bestämmelser om personuppgiftsbehandling i HSL för insamling av uppgifter till grund för lägesbilder i hälso- och sjukvården.

Tillsyn och ansvarsutkrävande

Av patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL, framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, i det följande förkortad IVO. Även om det inte varit särskilt vanligt förekommande så bedriver IVO även viss tillsyn av sjukvårdshuvudmän. Beslut om fördelning av patienter, fördelning av vårdresurser och inriktning av arbete är som regel en av hälso- och sjukvård enligt HSL och PSL. IVO har inom ramen för sin tillsyn möjligheter att vidta olika åtgärder mot bl.a. vårdgivare och mot hälso- och sjukvårdspersonal (se 7 kap. 23–30 §§ PSL).

Det kan 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 vitesföreläggande 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 att 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 myndighet som har fattat beslut om hjälp, eller i vissa fall kanske också ansvar för beslut om inte har fattats.

Det kan visserligen anföras vissa skäl för förslag som skulle utsträcka IVO:s tillsyn till att omfatta en statlig myndighet som ska besluta om hjälp. IVO har redan tillsyn av andra statliga aktörer exempelvis Statens institutionsstyrelse och Kriminalvårdens hälso- och sjukvård, men att låta sådan tillsyn omfatta regeringen kan det aldrig blir fråga om. En statlig myndighet som beslutar om hjälp kommer dock inte själv att utföra någon vård. Det som händer ute i hälso- och sjukvården före och efter ett statligt beslut är dock något som det ska utövas tillsyn över enligt bestämmelserna i PSL.

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 kontroll och 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.

Sammantaget bedöms det inte krävas ytterligare bestämmelser om tillsyn eller ansvar än de som redan finns i gällande rätt.

Bestämmelserna tillämpning vid kris och krig

Det bör framhållas att de förslag som lämnats ovan innebär att det saknar betydelse vilken eller vilka händelser som medför hjälpbehov.

För bestämmelsens tillämpning saknar det betydelse om situationen uppkommer under fredstid eller vid krig. En sådan ordning bedöms bättre kunna möta det som brukar beskrivas som gråzonsproblematik.

Förhållandet till annan lagstiftning

De ovan föreslagna bestämmelserna ska som tidigare framhållits tillämpas under såväl fred som vid krig. Enligt vad som tidigare redovisats finns bestämmelser i 4 kap 2 § LEH som innebär att om en kommun eller en region 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 andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. Omfattningen av hjälpen beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Av 9 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap framgår att omfattningen av hjälpen enligt 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap beslutas av länsstyrelsen i det län där den kommun eller den region som ska lämna hjälpen ligger. Kommuner eller regioner som har fått hjälp med personal, ska svara för personalens avlöning och andra anställningsförmåner.

Bestämmelserna i 4 kap 2 § LEH bör inte tillämpas i de fall de av denna utredning nu föreslagna bestämmelser om hjälp är tillämpbara dvs. för sådan hjälp som avser hälso- och sjukvårdsbehov. Det föreslås därför att det i lag införs bestämmelser som klargör detta förhållande. Det får till konsekvens att länsstyrelserna inte längre har i uppgift att besluta om omfattningen av hjälp mellan kommuner och regioner avseende hälso- och sjukvård.

Bestämmelserna i 4 kap. 1 § LEH, som ger kommuner och regioner befogenheter att lämna hjälp till kommuner eller regioner som har drabbats av en extraordinär händelse i fredstid, ska alltjämt gälla

oförändrat. Det kommer således även fortsättningsvis vara möjligt att lämna hjälp till bl.a. enskilda och hjälp för att tillgodose behov inom hälso- och sjukvård.

Vidare bör beaktas att kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning enligt 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap är skyldiga att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen. Bestämmelsen motsvarar enligt vad som anges i förarbetena 8 kap. 12 § den upphävda lagen om civilt försvar. Sistnämnda lag ersatte då den infördes civilförsvarslagen (1960:74), lagen (1964:63) om kommunal beredskap, lagen (1981:1216) om kyrklig beredskap, m.fl. lagar. Enligt vad som framgår av förarbetena avser de överväganden som ligger till grund för bestämmelsen primärkommuner och inte regioner.[57]

Av 6 § förordning (2006:639) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap följer att kommuner eller regioner som enligt 2 kap. 5 § lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap har fått hjälp med personal ska svara för personalens avlöning och andra anställningsförmåner. Det är något oklart med vilket stöd denna föreskrift, som medför en skyldighet för en hjälpmottagande kommun att svara för vissa kostnader, har beslutats. Det framgår inte heller av föreskriften vad som gäller för annan hjälp. Oavsett detta finns inte någon bestämmelse i lagen som anger att hjälplämnande kommuner har rätt till ersättning för hjälp som lämnas eller att en kommun som får hjälp ska ersätta några kostnader för hjälpen. Det finns inte heller föreskrifter som närmare anger hur hjälpen ska bestämmas eller, likt bestämmelserna i 4 kap. 2 § LEH, sätter en statlig myndighet att besluta om hjälp. Det kan således finnas skäl att överväga olika förtydliganden vad gäller hjälp som ska lämnas vid utrymning.

Enligt utredningens bedömning är de bestämmelser om hjälp under alla förhållanden tillräckliga för att så långt möjligt säkerställa hjälp som krävs för hälso- och sjukvårdens behov, även vid en utrymningssituation. När de bestämmelser om hjälp som utredningen ovan föreslår är tillämpliga, dvs. i de fall hjälpen avser att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov, finns inte skäl att tillämpa bestämmelserna i

[57] Kungl. Maj.ts proposition till riksdagen med förslag till lag om kommunal beredskap m.m. (prop. 1964:4), s. 35 f.

2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Det föreslås därför att det i lag införs bestämmelser som klargör detta förhållande. Detta kan ske genom att 1 kap. 3 § LEH ändras och får följande lydelse: Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen eller av bestämmelserna i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vidare föreslås att det införs en nytt andra stycke i 2 kap. 5 § bestämmelse i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap som innebär det att vad som sägs i första stycket inte ska gälla om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Slutligen bör beaktas att förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19 innehåller bestämmelser av visst intresse. Socialstyrelsen får enligt 4 §, med hänsyn till behovet inom en särskild del av landet eller inom en viss verksamhetsgren inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, besluta att en region eller kommun ska överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial till en eller flera andra regioner eller kommuner. Före beslutet ska Socialstyrelsen inhämta synpunkter från berörda regioner och kommuner. Socialstyrelsens beslut får inte överklagas. Om de förslag om hjälp som denna utredning lämnar genomförs torde det inte längre finnas behov av att tillämpa den nyss nämnda 4 § i förordningen såvitt avser hälso- och sjukvård. Eftersom det är en förordningsbestämmelse kan regeringen genomföra lämpliga anpassningar av densamma.

Frågor om överklagande

De skyldigheter att lämna hjälp som utredningen föreslår ovan riktar sig mot kommuner och regioner och inte mot enskilda. Hjälpen kommer endast att kunna bestå av personal och andra resurser som en kommun eller region kan förfoga över. Enligt utredningens bedömning kommer besluten om hjälp inte att röra några civila rättigheter och det finns därför inte tvingande skäl för en ordning som medger att besluten kan överklagas. Att det skulle kunna tänkas uppkomma frågor i samband med att en kommun eller region vill ianspråkta vårdresurser som finns hos en privat aktör eller en anställd ändrar

Sid 551(1295)

inte denna bedömning. Det kan konstateras att bl.a. frågor mellan t.ex. en kommun och en privat aktör, exempelvis om ett förfogandes förenlighet med ett avtal, kan prövas av en domstol. På samma sätt kan t.ex. arbetsrättsliga tvister prövas i domstol.

Beslut om hjälp behöver kunna effektueras omgående och det bedöms därför även olämpligt att införa en ordning där besluten får överklagas. Beslut om hjälp enligt 4 kap. 2 § LEH torde inte få överklagas även om det inte uttryckligen framgår av lagen att det förhåller sig så. Ett beslut som inte får överklagas får omedelbart laga kraft och kan verkställas så snart adressaten och den som ska svara för verkställigheten har underrättats om beslutet.

På motsvarande sätt som gjorts i förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19, där det uttryckligen anges att Socialstyrelsens beslut om att en region eller kommun ska överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial till en eller flera andra regioner eller kommuner inte får överklagas, bör det införas en lagbestämmelse enligt vilken beslut om hjälp enligt de förslag som utredningen ovan föreslagit, inte får överklagas. Utredningen föreslår därför att en sådan bestämmelse införs i HSL.

Hur förslagen förhåller sig till av utredningen tidigare lämnade lagförslag

Denna utredning har också lämnat lagförslag (ny 6 kap. 2 § 3 HSL) som innebär att regeringen ska få meddela förskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser eller om det vid fredstida kriser finns behov av andra nationellt samordnade åtgärder till skydd för enskildas hälsa.[58] De förslag som utredningen lämnar i detta kapitel innebär i praktiken att det tidigare lämnade förslaget faller.

[58] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 290 ff.

5.3.3 Underlag för föreskrifter om uppgifter som kommuner och regioner ska lämna

Förslag: Socialstyren bör tillsammans med Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten samt med kommuner och regioner ta fram närmare underlag för vilken information som behöver framgå av händelsestyrd rapportering för lägesbilder. I detta arbete behöver de behov av lägesbilder som andra statliga myndigheter och regeringen har beaktas. Arbetets genomförande bör ske i enlighet med vad som anges i särskilda regeringsuppdrag till berörda myndigheter.

I avsnitt 4.2.5 behandlas olika frågor om lägesbilder. Som framgått ovan är lägesbilder av stor betydelse för lägesuppfattning och beslutsfattande. Lägesbilder bygger på rapportering av uppgifter och utredningen lämnar ovan förslag om att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp till den som får besluta om hjälp, dvs. till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp.

Arbetet med att meddela förskrifter som behövs för beslut om hjälp behöver bl.a. föregås av en analys av vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna för en ändamålsenlig lägesbild. Analyserna bör även beakta vilket behov av uppgifter i lägesbilderna som andra statliga myndigheter och regeringen har.

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. Lägesbilder för beslut om hjälp torde även kunna fylla de behov av rapportering som ska ske enligt LEH. Lämpligen samordnas skyldigheten att lämna uppgifter enligt de nu förslagna 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.

Sid 553(1295)

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten tillsammans med kommuner och regioner ska ta fram närmare underlag för vilken information som behöver framgå av lägesbilder som ska ligga till grund för beslut om hjälp. I detta arbete behöver även beaktas de behov av lägesbilder som andra statlig myndigheter och regeringen har.

5.4 Kommuner och regioners roll i totalförsvarsplaneringen

Kommuner och regioner har helt avgörande betydelse för totalförsvaret. Som utredningen konstaterat i avsnitt 4.1.8 omfattar den nu föreslagna planeringsmodellen som Försvarsmakten och MSB tagit fram inte kommuner och regioner. Det finns därmed inget system för att fånga upp vilken förmåga som finns i hälso- och sjukvården och som kommande försvarsbeslut kan bygga på och det finns inte heller något sätt att ställa krav på hälso- och sjukvården att uppnå viss förmåga.

Även om det inte är en uppgift för denna utredning att ta fram ett fungerande system för totalförsvarsplanering som involverar kommuner och regioner måste utredningen för att kunna lösa sitt uppdrag föreslå lösningar som innebär att åtminstone hälso- och sjukvården knyts an till ett system. Som konstaterats utförs den absoluta majoriteten av den sjukvård som bedrivs i Sverige av, eller på uppdrag av, kommuner och regioner. Ett totalförsvar som bara inkluderar statliga aktörer innebär därmed i praktiken nästan ingen sjukvård alls. Ett sådant system ger inte befolkningen tillgång till den vård som krävs. Inte heller kommer Försvarsmaktens behov av stöd från den civila hälso- och sjukvården att kunna lösas.

Utredningen har genom ett flertal olika förslag försökt skapa ramverk för en fungerande totalförsvarsplanering som även inkluderar den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. I det följande är vår ambition att försöka klargöra hur dessa förslag samspelar.

Skyldighet att följa planeringsanvisningar Sid 554(1295)

I avsnitt 5.1.2 ovan har utredningen föreslagit 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.

Utredningen bedömer att förslaget möjliggör för staten att delge de dimensionerande krav som krävs för att för att kommuner och regioner ska kunna genomföra konkret planering. Enligt förslaget ska regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer få besluta om sådana anvisningar. Förslaget innebär därmed att planeringanvisningarna kan inriktas på de särskilda behov som finns inom hälso- och sjukvårdssektorn och utgöra en precisering av de övergripande anvisningar som tagits fram av främst Försvarsmakten och MSB. Att utredningens förslag i denna del endast avser hälso- och sjukvård hindrar givetvis inte motsvarande lösningar på problemet för övriga sektorer.

Planeringsanvisningar inriktade på hälso- och sjukvården, framtagna av t.ex. Socialstyrelsen i samarbete med E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten och Läkemedelsverket behöver ges en geografisk, volymmässig och tidsmässig dimension. Av planeringsanvisningar behöver således exempelvis bl.a. framgå hur många skadade som kan förväntas och hur de kan antas vara fördelade över olika regioner i Sverige. Detta måste sättas i relation till under vilken tidsperiod som dessa skador förväntas uppstå. Det behöver framgå om en region alltid förväntas ta emot de primärt skadade, alltid har en stödjande roll i eftervård eller för personalförstärkning, eller om en region i olika scenarier kan ha både den ena och den andra av dessa roller. Detta blir avgörande för planeringen. En övergripande uppgift att regionerna gemensamt ska kunna ta hand om si eller så många svårt skadade och döda utan att mer precist ange i vilket geografiskt område eller under vilken tidsperiod ger enligt utredningen

inte tillräcklig information för att kunna genomföra den planering som krävs.

Att kommuner och regioner också ska 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 skapar förutsättningar för att till den nationella planeringssnurran föra in information om vilken förmåga och vilka behov som finns i kommuner och regioners hälso- och sjukvård. Planeringssnurran som föreslagits av Försvarsmakten och MSB är cyklisk vilket innebär att den också syftar till att utvärdera eller fånga upp förmåga inför varje försvarsbeslut. Denna förmåga kan då ställas i relation till de mål som statsmakterna sätter upp för totalförsvaret och gapet mellan förmåga och behov utgör de satsningar som behöver göras inför kommande försvarsbeslutsperioder. Dessa behov kan då knytas till den statliga budgetprocessen.

Att kommuner och regioner rapporterar sådana uppgifter som behövs är således centralt eftersom staten utifrån detta ska besluta om finansiering för kommande satsningar och åtgärder. Och utan sådan finansiering kommer det inte att bli någon beredskap att tala om.

Ett beredskapsråd

Utredningen föreslår i avsnitt 5.2.1 att Socialstyrelsen ska inrätta ett beredskapsråd till vilket ledande befattningshavare i kommuner och regioner samt E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket samt Försvarsmakten inbjuds.

Det är utredningens tanke att rådet ska utgöra en viktig länk mellan den statliga och regionala planeringen för totalförsvarets sjukvård, men även för sjukvårdens krisberedskap. Även om det är staten som sätter ramarna för totalförsvarsplaneringen genom att ange dimensionerande krav och tillhandahålla finansiering för sådana åtgärder som kommer av krigets krav är det viktigt att det finns ett forum där de bevakningsansvariga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet kan möta ledande befattningshavare i kommuner och regioner. Ett sådant forum ger möjlighet till dialog kring kommuner och regioners behov och förutsättningar utifrån totalförsvarsplaneringen. Det ger möjlighet för kommuner och regioner att framföra synpunkter som behöver tas med och beaktas i den statliga planeringscykeln in-

för den statliga budgetprocessen. Det ger också möjligheter för staten att diskutera de dimensionerande planeringsanvisningarna och inhämta viktig information. Genom beredskapsrådet och ovan angivna uppgiftsskyldighet anser utredningen att det skapas grundläggande förutsättningar för de bevakningsansvariga myndigheterna ska kunna uttrycka hälso- och sjukvårdens behov i den statliga planeringsprocessen.

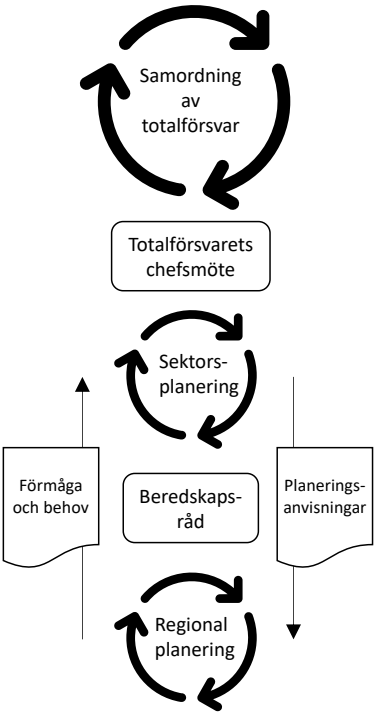
Ett sammanhängande planeringssystem för totalförsvarets sjukvård

I figur 5.2 nedan illustreras hur den lokala och regionala planeringen för hälso- och sjukvården i en kommun eller region, genom utredningens förslag, förhåller sig till den statliga sektorns planering. Beredskapsrådet utgör det forum där de två processerna möts. Motsvarande sektorsövergripande forum för de statliga myndigheterna är, utifrån Försvarsmaktens och MSB:s planeringsmodell, totalförsvarets chefsmöte.

Den statliga processen föds med uppgifter om förmåga och behov utifrån den av utredningen föreslagna uppgiftsskyldigheten för kommuner och regioner. Uppgifterna tas om hand av myndigheterna i hälso- och sjukvårdssektorn, bearbetas och diskuteras i beredskapsrådet. Resultatet förs därefter in i den sektorsövergripande processen. Resultatet av den övergripande processen dvs. budgetunderlag och övergripande planeringsanvisningar framtagna av MSB och Försvarsmakten återförs till hälso- och sjukvårdsmyndigheterna som bearbetar detta till sektorsvisa planeringsansvisningar i dialog med beredskapsrådet. De fastställda planeringsanvisningarna inklusive finansiering blir genom utredningens förslag styrande för planeringen.

Figur 5.3 Totalförsvarsplanering

Sid 557(1295)



I figur 5.3 illustreras samma process som ovan men på ett sätt som tydligare visar att den process utredningen föreslår för sektorn hälso- och sjukvård också, genom anpassning av relevanta regelverk, kan användas även för andra sektorer. Därmed skulle den ovanstående modellen kunna utgöra grunden för ett större system.

Utredningen om civilt försvar har som tidigare beskrivits lämnat förslag på inrättande av beredskapssektorer och civilområden. Dessa strukturer är för närvarande inte beslutade. I den nedanstående illustrationen utgörs sektorn hälso- och sjukvård av den föreslagna beredskapssektorn för hälsa, vård och omsorg. Vad utredningen kan se krävs egentligen inte några särskilda beslut om en beredskapssektor för att det ovanstående förslagen ska fungera, myndigheterna har ändå sina uppdrag som bevakningsansvariga myndigheter och ska enlig gällande rätt samverka i frågor av betydelse, inrättandet av en sektor skulle dock sannolikt underlätta genom att det med ett sådant kan skapas ett tydligt ramverk.

I illustrationen nedan redovisas det av utredningen om civilt försvar föreslagna civilområdet genom funktionen civilområdeschef. Exakt vilken funktion civilområdeschefen ska eller kan ha i planeringsprocessen har utredningen inte gått in på. Utredningen bedömer att om de sektorsvisa statliga planeringsanvisningarna bearbetas av aktörerna på en framtida högre regional nivå så bör det inte utgöra ett problem för det beskrivna systemet så länge inte nya krav eller väsentliga ändringar införs i anvisningarna. Enligt utredningens förslag kommer den dimensionerande kravbilden och finansieringen från nationell nivå, det är därmed inte möjligt att på lägre nivåer t.ex. tillföra krav som också innebär utökade kostnader eller att sänka den kravställda dimensioneringen. Det kan nämnas att sektorsvisa planeringsanvisningar i det tidigare planeringssystemet för totalförsvaret remitterades av Socialstyrelsen före fastställande. Detta gav de dåvarande civilbefälhavarna och regionerna möjlighet att komma med synpunkter på innehållet innan de fastställdes. Utredningen anser att en motsvarande ordning kan vara en god idé att återinföra.

Genom de förslag som utredningen lämnar i 5.1 ska det vara möjligt att meddela de föreskrifter som behövs för att även den högre regionala nivån och dess roll ska kunna inordnas i systemet.

Om beslut fattas om att införa civilområden och civilområdeschefer möjliggör det i framtiden dialog med Försvarsmakten där det militära och civila försvaret kan företrädas av två aktörer med samma geografiska ansvar. Detta har betydelse både ur ett planeringsperspektiv och under en händelse. Det ska dock särskilt noteras att en civilområdeschef aldrig kan företräda kommuner och regioner i frågor där det inte finns stöd i gällande rätt. För närvarande uppfattar utredningen att civilområdeschefen blir ytterligare en nivå eller plattform där aktörerna i det civila försvaret samlas för att genom samverkan försöka uppnå samordning både i ett före och under-perspektiv.

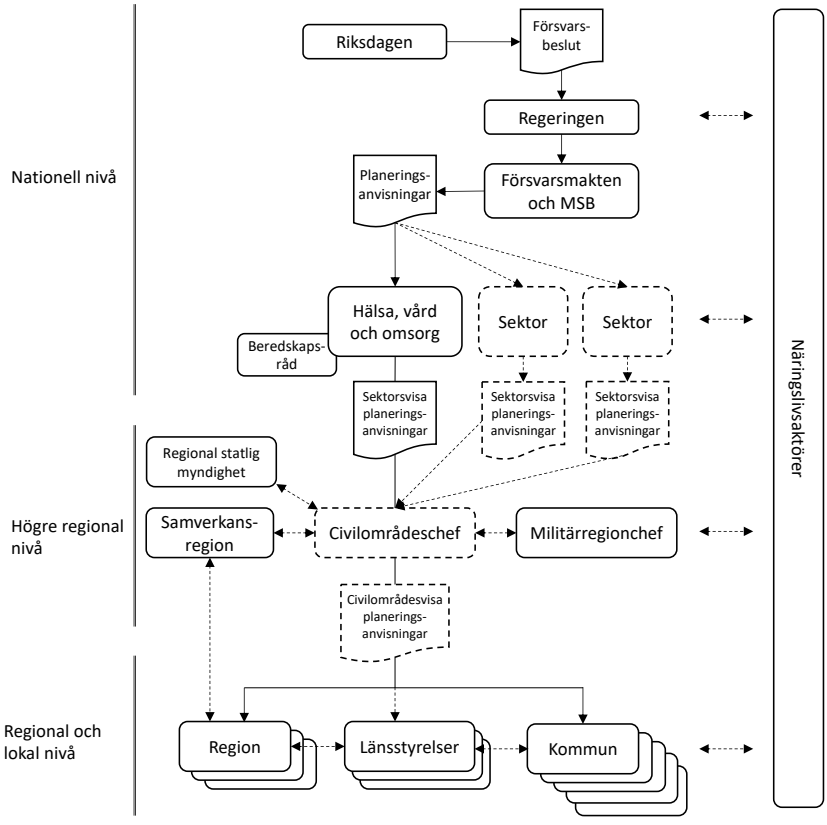
Länsstyrelserna saknar enligt utredningen en tydligt uttryckt roll inför höjd beredskap, t.ex. i planeringssystemet för totalförsvar. Bestämmelser om länsstyrelsens uppgifter vid höjd beredskap och i krig finns i förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap, förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion och i förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Av dessa förordningar framgår att länsstyrelserna är geografiskt områdesansvariga på regional nivå och att länsstyrelsernas uppgifter i

stort innebär att de på olika sätt ska verka för att samordning uppnås mellan aktörerna inom det geografiska området i kriser och vid höjd beredskap. Genom förslag från utredningen om civilt försvar ska det råd som i dag finns vid länsstyrelserna för krisberedskap och skydd mot olyckor utökas till att även omfatta höjd beredskap. Det framgår inte av bestämmelsen vilka uppgifter rådet ska ha men man kan av betänkandet utläsa att det är tänkt att det ska kunna bidra t.ex. vid planering.

Utredningen ser att länsstyrelserna, oavsett vad som händer med civilområdescheferna och deras roll i planeringen, sannolikt fortsatt behöver ha en funktion vad avser tillhandahållande av olika forum som behövs för att aktörer på en lägre regional nivå ska kunna utbyta information av betydelse för planeringen, dvs. forum där länsstyrelserna kan verka för att totalförsvarsplaneringen får en samordnad inriktning. Utredningen anser dock att det finns skäl att tydligare uttrycka vilken roll som länsstyrelserna ska ha i ett före-perspektiv och att de uppgifter som länsstyrelserna ska ha. exempelvis beträffande planering, tydligt bör anges i ovan nämnda förordningar.

Avslutningsvis kan det konstateras att det i hela processen behöver finnas en dialog med näringslivet, på alla nivåer och i flera forum. Mer om förhållandet till privata aktörer framgår bl.a. i avsnitt 6.4.

Figur 5.4 Ett system för totalförsvarsplanering på nationell, högre regional, regional och lokal nivå som inbegriper kommuner och regioner



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]

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, Försvarsdepartementet, 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, Försvarsmakten, 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 Thyrén, 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 Sid 571(1295) **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 arbetssätt 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 Totalförsvar 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 Planeringbestämmelser 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

Sid 573(1295)

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 totalförsvar 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

Sid 574(1295)

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 ..... Sid 575(1295) 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 laboratorieverksamhet 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 Ansvaret 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

Sid 579(1295)
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 Sid 581(1295) **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

Sid 582(1295)
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

Sid 583(1295)

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 utförligare 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
– 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	– 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	– > 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 inställelsetid, 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.

Sid 587(1295)

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 arbetssätt 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 försvar. 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]).

Sid 589(1295)

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 2021–2025[7] 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

Sid 591(1295)

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 NIS[10], 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 Hälso- 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-direktivet[12]. 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] Hälso- 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 beskrevs 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 välstånd 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.

Sid 596(1295)

sekvenser för kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.[25] MSB inledde i november 2020 en samordningsinsats för att öka motståndskraften mot ransomware[26] 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 behoven 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 låser 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

Sid 598(1295)

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

Sid 599(1295)

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 påverkan på möjligheten att bedriva god vård och därmed också på patientsäkerheten. 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-vardguiden/1177-vardguiden-pa-telefon.
[31] A.a.
[32] www.inera.se/nyheter/nyheter/1177-vardguiden---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 ägarnas 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.

Sid 603(1295)

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-vardguiden/om-1177-vardguiden.

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.

Krisninformation.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 framtvinga 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 vågen 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.

Sid 607(1295)

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 självservicetjänster 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-

Sid 609 (1295)

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 krigs-delegationen, var riksmötet hålls och regeringens normgivnings-kompetens 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, Räkenskapssammandrag 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 ransomeware-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

Sid 615(1295)

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 stödjande 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 arbetssätt 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 arbetssätt

[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 vårdenhet 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.

Leverantörsdialogen behöver utökas

Som för all upphandling är det viktigt med en god leverantörsdialog 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

Sid 617(1295)

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 totalförsvar 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 nogsamt beskrivs 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 vården 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. tvätterinäringen 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 avtalsskrivning.

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-

Sid 621(1295)

muner 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 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, Försvarsmakten, 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 ämnen[52] 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 CBRN[56]-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

Ansvaret 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).

Sid 625(1295)

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 samverkansstruktur.

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 utbil-

[63] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 266.
[64] Strategin togs fram av en aktörsgemensam arbetsgrupp med representanter från Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten, 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 måluppfyllnad.

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-ämnen 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 gymnastiksalar dit hemlösa och drabbade fördes. Mycket av arbetet handlade om att säkerställa att det fanns mediciner mot kroniska sjukdomar och att övervaka hygienen 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 akutevakuerades 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 händer 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 brevförsändelser med Antrax vanligt förkommande. 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 totalförsvarsplaneringen. 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. Försvarsmakten, 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 Försvarsmakten 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 fredstida 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 terrorsyfte. 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.

Sid 637(1295)

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 makts 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).

Sid 639(1295)

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 (*erytrocyter*) 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 AB0 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 ambulanshelikopterverksamheten 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

Sid 641(1295)

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 Försvarsmakten söka lösningar på hur tillgången till blod kan säkerställas inom ramen för totalförsvaret.

Förslag: Försvarsmakten 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 levrar sig (stelnar). Varje blodpåse märks med en etikett och kodsystem 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 vagga.

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 Försvarsmaktens insatser utomlands och vid krig. Försvarsmakten 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 Försvarsmakten 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 prehospital vård bl.a. i ambulanshelikopterverksamheten i Västra Götalandsregionen och Värmland. De prehospitala 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-

Sid 645(1295)

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 formeras. Ett sådan nätverk skulle i så fall kunna utgöras av Sveriges regioner, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Försvarsmakten samt Läkemedelsverket.

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 uppdra 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 harmonierar i dag inte fullt ut med den geografiska indelningen för samverkansregionerna.[90] I flera europiska 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 sådan 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.

Sid 651(1295)

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 Försvarsmakten 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 totalförsvarspropositionen 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 arbetsmetodiken 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 innebär 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] Identifikation 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 olycksoffer, 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 krigsåtgärd 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/dodsfalletregistreras.4.76a43be412206334b89800018611.html, besökt 2021-09-21.

Sid 661(1295)

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 förhållandevis 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 avsiktligen eller oavsiktligen 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 underrättelseagenter. Som exempel kan nämnas förgiftningen av Alexander Litvinenko med polonium-210[124] eller förgiftningen av Aleksej Navalnyj med Novitjok[125]. 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 totalförsvar 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, sammanslutningar 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 hundratals 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 Försvarsmaktens 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 noga. Sådan planering behöver, som framgår av vad som redovisats ovan, göras i en nära samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen, MSB, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket, Försvarsmakten och Svenska kyrkan.[126] Planeringen bör t.ex. mynna i ut i att 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 stödsystem 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 Försvarsmakten, 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 ansvara för begravningsplatserna.

arbete behöver det genomföras i nära samverkan med Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket och Försvarsmakten. 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 skadeplats 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 fredstida 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 skadeplats 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. prehospital vård på skadeplats. 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

Sid 671(1295)

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

totalförsvarspropositionen[2], nationella vägledningar 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 vägledningar 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 utrustning[4] och vid behov tilläggsutrustning[5]. I vissa fall, t.ex. vid kemiska olyckor, ansågs att det även kunde behöva personlig skyddsutrustning.[6] Sjukvårdsgruppernas primära uppgift var medicinskt omhändertagande på skadeplats, 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 katastrofsjukvårdsenheter[7] 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, filtar, 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 läkarkompetens på skadeplats. Storstadsregionerna har därför valt att ha läkarkompetens i den prehospitala 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 prehospitala 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 akutsjukvård[11] 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 sjukvårdsgrupper 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 vårdenhet 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 NUSAR[12]. 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 prehospitala 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 prehospitala grupper att samverka med varandra och med andra aktörer vid masskadehändelser.

De prehospitala 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.

Sid 683(1295)

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 krisstödinsatser behöver fungera under förhållandevis lång tid.

Samhällets stödinsatser utgör det formella stödet och kan komplettera det individuella nätverket i stället för att ersätta det. Stödinsatser 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 krisstödinsatser 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 K*risstöd 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 POSOM[21], 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 stödcentrum 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 enlig 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 stabschef 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 konventionsskydd 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 totalförsvarsplaneringen.[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-händelser[34] 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 framtagande 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 Försvarsmakten 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 Försvarsmaktens 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] Försvarsmakten och Socialstyrelsen (2017): *Totalförsvarets sjukvårdssystem* (dnr Försvarsmakten 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 laboratorieverksamhet

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 fredstida 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 laboratorieförmåga 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, Försvarsmakten samt regionernas laboratorienätverk.

Laboratorieverksamhet 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 laboratorieresurser som kan hantera farliga smittämnen i säkerhetsnivå klass 3 och 4.

Sid 697(1295)

FOI har flera laboratorier och med förmåga att hantera och analysera högtoxiska 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 högtoxiska ämnen.[36]

Myndighetsgemensamma projekt

Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten, 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 laboratorieförmåga.

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 högtoxiska 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 effektivare 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, Försvarsmakten 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. Luftfartsstyrelsen[39] fick inledningsvis huvudmannaskapet 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 huvudmannaskapet.
[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 innebar 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 huvudmannaskapet 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.

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

Försvarsmakten 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 Försvarsmaktens 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. Försvarsmakten 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 transportering av skadade svenska soldater men skulle ha kunnat användas för Försvarsmaktens 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 Försvarsmakten verkar. Försvarsmakten 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 avdela 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 sjörädningstjänst.[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 kusterns 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 civilförsvaret. 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.

Sid 709(1295)

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 Försvarsmakten 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. Försvarsmakten 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 merpaten 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 prehospitala förstärkningsgrupper, CBRN-händelser och för andra händelser. Regionerna behöver därför lämna uppgift till myndigheten om vilka resurser som finns i respektive region.

7.4 Hälso- 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.

Sid 713(1295)

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 tillhanda 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.

Sid 717(1295)

bör regleras exempelvis frågor om ekonomisk ersättning, försäkringsskydd 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 flygtransporternas 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 anestesi 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,

Sid 721(1295)

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. Sådan 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 rättsodontologisk 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 om 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. Förutsättningar 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.

Sid 729 (1295)

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 inställelsetid. 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 totalförsvar.

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 Försvarsmakten om en nationell katastrofmedicinsk insatsstyrka

I rapporten Totalförsvarets sjukvårdssystem som togs fram gemensamt av Socialstyrelsen och Försvarsmakten 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] Försvarsmakten 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 freds-tid, vid ett gråzonsscenario eller vid krig. En nationell samordningsfunktion skulle ta fram riktlinjer och kompetenskravsprofiler för den hälso- och sjukvårdpersonal som skulle ingå i insatsstyrkorna vilket skulle skapa förutsättningar för en nationell civilmilitär personalpool av hälso- och sjukvårdspersonal. Försvarsmaktens 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 losstagning 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 läkarkompetens 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 prehospital 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 ständigberedskap (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
Geriatriksjuksköterskor	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
Operationssjuksköterskor	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 att 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.

årligen 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 avtalsslutande 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 for social- og 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 helsedistrikten 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 överenskommits.[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 överförts 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 Barentsamarbetet.

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. Barenstavtalet 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 for 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 Civilskyddspoolen[38], 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

Sid 755(1295)

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-ercc_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 konsekvensernas 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 hälsoreglementet[63] 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] Världshälsoorganisationen (2013): *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*.
[62] Världshälsoorganisationen (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 krishanteringsinsatser.[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 övningssamarbete. 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/PFF (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 Medicin, 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 Försvarsmakten 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 Försvarsmakten 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.

Sid 765(1295)

- 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 Natostrukturer, 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 värdlandsstödavtalet med Nato samt ett utvecklat samarbete i utformning och genomförande av övningar. Vad gäller värdlandsstödavtalet 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. Värdlandsstödavtalet 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 CoordinationCentre (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 terroristattackerna 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 katastrofhjälpsituationer.[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.

Sid 767(1295)

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 sjukvårdsprodukter[1] 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 sjukvårdpersonal 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 utgångpunkt 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 räcka 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 nödåtgärder 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 överbeläggningsproblem, 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 ”produktivitetskris” 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 förstås 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. Däremot 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 a*llmän 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 Försvarsmakten[13] 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.

Sid 775(1295)

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.

Arbetsskyldigheten 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 omplacera 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 behöv 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 totalförsvars-plikt när den infördes. I förarbetena till lagen om totalförsvarsplikt[24] 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.

Sid 777(1295)

Därmed står det klart att grundtanken är att de som ska kvarstå i en anställning även i höjd beredskap ska göra detta genom allmän tjänsteplikt. 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 propositionen[26] 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 trettiotal 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 aktiverande 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. Eftersom 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 a kunna omfördela resurser inom riket i händelse för att förhindra en katastrof i vården eller för att minska

Sid 783(1295)

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 Försvarsmakten 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 Försvarsmakten 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 tjänstgöringsskyldighet 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 arbetstagaren.

[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 arbetstagaren.[40] Regeringen aviserade i propositionen Totalförsvaret 2021–2025 att en översyn av personalförsörjningen till det civila försvaret är angelägen[41] 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 kommunalarbetarförbundet, Kommunaltjänstemannakartellen 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. avtalssamverkan 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 förmodenheter 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 erfara. 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 arbetsskyldigheten 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.

Numera 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 arbetsskyldigheten, 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 arbetsskyldigheten i anställningsavtalet. Med ett sådant förordnande

[46] www.arbetsgivarverket.se/ledare-i-staten/arbetsgivarguiden/fragor-och-svar/arbetsskyldighet-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 arbetsskyldighet 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 arbetsskyldigheten enligt anställningsavtalet, vilket för Kommunals avtalsområde typiskt sett bedöms vara vidare än inom avtalsområden 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 arbetsskyldigheten. 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 som det överhuvudtaget finns möjlighet att beordra personal att arbeta hos en annan arbetsgivare. Arbetstagarens arbetsskyldighet 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 kompentens 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 kompentens 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 föreperspektiv.

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 utbildningsystem 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 smittskyddsenhet 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] Västragötalandsregionen, 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 anestesisjukvård 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 anestesisjukvård har i flera delar ämnesområden med samma eller liknande moment, detta möjliggjorde att sjuksköterskorna kunde byta arbetsplats från anestesisjukvård till intensivvård. Flera regioner har beskrivet att anestesisjuksköterskorna arbetade patientnära med exempelvis omvårdnad, beredning av infusioner och läkemedel under handledning av en rutinerad intensivvårdssjuksköterska. Flera regioner beskriver att efter hand kunde anestesisjuksköterskorna 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 medarbete 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,

Sid 803(1295)

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 krisläge[63] 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 Sobonas[64] 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 arbetstagares 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 begräsningar 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 arbetsskyldighet som innebär att arbetsgivaren har större möjlighet att flytta personal inom en verksamhet än med de normala kollektivavtalen. Avtalet innebär också en arbetsskyldighet 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 arbetsgivarsidan 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. Arbetsgivarsidan 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. Arbetsgivarsidan 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. Arbetsgivarsidan kan dock konstatera att det endast är centrala parter om 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/uppdateratkrislagesavtalanpassattill olikakriser.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 noga 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 normaltillstånd 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 stridshandlingar. 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.

Sid 809(1295)

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 noga 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 outbildad 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. 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/overenskommelse-vagledning-skr-life-science-branschorganisationer_200405.pdf, besökt 2021-04-29.
[79] Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2018): B*ristyrken 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/halsoochsjukvard/bemanningstrendinhyrdpersonal.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 civilskyddspoolen 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 Sverige[90]

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 civilskyddspoolen 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 Läkemedelsverket 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 medicinrättsliga 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 stödinsatser 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 Läkemedelsverket.
[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).

Sid 823(1295)

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 SOFA[97] 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 last-förteckningar 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 försvaret[104] 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. angriparens militära personal.

Det kan inte förutsättas att all militär sjukvårdspersonal från ett EU-land eller ett Nato-land är legitimerad för ett vårdyrke i sina hemländer. Det kommer sannolikt finnas utländsk sjukvårdspersonal som aldrig skulle uppfylla kraven för tillfällig svensk legitimation för ett vårdyrke. 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 vårdyrke.

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 krissituationer 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 medicinsk riktigt vis av hälso- och sjukvårdpersonal 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 förlag 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 förkortatToA. 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 Försvarsmakten samt graden av integration med Försvarsmakten 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 Försvarsmakten utgör vårdgivare för sjukvårdsverksamhet i utländska militära förband.

Om inte en region eller den svenska Försvarsmakten 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 Försvarsmakten 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.

Sid 829 (1295)

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 utvikning 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.

Sid 831(1295)

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 sommarsemestrarna.[108] Av situationen kan man sluta sig till att det åtminstone för vissa regio-

[108] www.svt.se/nyheter/inrikes/karolinska-soker-vardpersonal-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 anestesi- 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 ansvara 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 hälsoberedskapsavtalet[110] 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 ordning[111]) 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 anslagets 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 regleringen 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.

Sid 837(1295)

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 totalförsvar 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 totalförsvarsresurser 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 totalförsvar 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 inritning 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 merparten 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 totalförsvar* via de frivilliga försvarsorganisationerna som kan ha betydelse och användas i en fredstida kris. En sådan tanke är både kostnadseffektiv och stödjs 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 behöver 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 alltjämt är relevanta inför situationen vid höjd beredskap. Det handlar om behovet av civilplikt[129], tillgång till uppgifter om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal[130] samt frivilliga försvarsorganisationers bidrag[131].

[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 utgångpunkt i den vård som ska bedrivas. Det är också den utgångpunkt 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 verkningsfulla. Det gäller t.ex. utvecklade kris-lägesavtal 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 legitimerad 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 arbetstagaren, arbetstagarens 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 uppdra 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 intaressant 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 regionsjukhus[138]. Teamet bestod av kirurg, anestesiläkare, anestesisjuksköterska, 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 länssjukhus i dag närmare skulle benämnas kunna benämnas regionsjukhus.

Sid 851(1295)

kortat ATLS. Många av de som genomgick utbildningen fortsatte sedan att själva utbilda i konceptet traumaomhändertagande på hemmaplan 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.

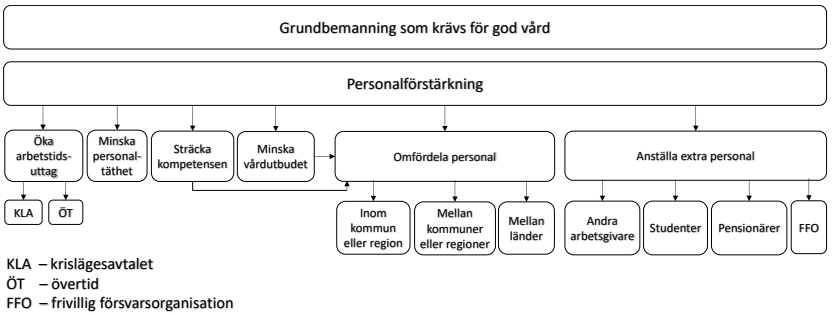
Utredningen kan precis som Coronakommissionen konstatera att det i nuläget saknas en översiktlig bild över den faktiska personalomsättningen under pandemin.[139] Utredningen kan också konstatera att merparten av vårdpersonalen har en uppsägningstid som är så pass lång att en uppsägning vid åtminstone 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 gråzonsproblematik 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

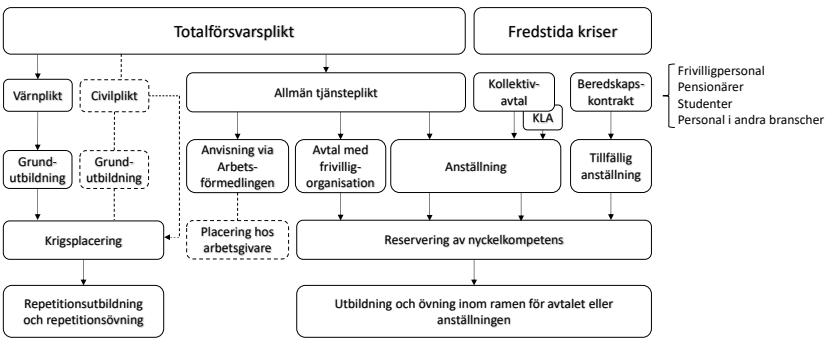
Utifrån vad som beskrivits i avsnitt 8.1 och 8.2 samt vad utredningen sedan tidigare anfört i det första delbetänkandet kan möjligheterna till personalförstärkning för fredstida kriser och höjd beredskap illustreras enligt nedanstående bilder.

[139] Sverige under pandemin – sjukvård och folkhälsa (SOU 2021:89), s. 503.

Figur 8.1 Personalförstärkning kan åstadkommas genom ett flertal olika aktiviteter Sid 853(1295)



Figur 8.2 Systemet för totalförsvarsplikt 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 totalförsvarsplikt. 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 aktörsgemensamma 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 doktorsexamen 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.

Sid 957(1295)

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 förtroendevald 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. Regionen 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 vidareutbildning[9] 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 utpekat 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 en 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. Regionen 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 kommunalteknisk 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 kunskap[28] 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 tvärsektoriella 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, anestesi, 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 anestesisjukvård 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 anestesi, 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.

Sid 869(1295)

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 förkommer 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 testar 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 sjukvårdsledning[41] 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 nittiotalet. 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 verklighetstrogna 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 Försvarsmakten

Några regioner har, ofta genom att de har ett militärt förband inom regionen, ett tätare samarbete med Försvarsmakten 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 Försvarsmaktens 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 skademarkörena 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 totalförsvar börjar dock övningsverksamheten åter så sakta komma igång genom bl.a. Totalförsvarsövning 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 innebär 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 utbildning- 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 Totalförsvarsövning 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 totalförsvarspropositionen 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 totalförsvar 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 sjuvårdseldning på regional och lokal nivå.

De flesta regioner saknar strukturerade krav på vilka kurser och utbildningar inom katastrofmedicin, krisberedskap, totalförsvar, 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 aktörsgemensamma 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 sjukvårdsystem 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 nivån.[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, Försvarsmakten, 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] Försvarsmakten och Socialstyrelsen (2016), *Totalförsvarets sjukvårdsystem 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 totalförsvar 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 webbutbildningar 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 samverkansstrukturen.

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 presentar 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.

Sid 889(1295)

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 anestesisjukvård, 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 förvärvas 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

Sid 891(1295)

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. Medelstilldelningen kan genomföras genom riktade utlysningar. Viss del av medelstilldelningen 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]).

Sid 893(1295)

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 rasism[76] eller om patientsäkerhet[77] 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 myndigheten[98]

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 dom[100] 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 arbetssättet

Upphandlingsprocessen har vad utredningen uppfattar inte avlöpt 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 akademin 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 enkom 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 professurer 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 forskningsfinansiärer 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 alltjämt. 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 sjukvårdsprodukter[104] 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 ledningseller 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 processen för totalförsvarsplanering (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 forskningsfinansiärerna. 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-rapporter[112] som myndigheten tar fram och i totalförsvarsplaneringen. 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 Totalförsvarstes 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.

Sid 909(1295)

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, Formas[114], Forte[115], Vetenskapsrådet och Vinnova[116], 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 Energimyndigheten[118] och Rymdstyrelsen[119] men även MSB får använda en del av 2:4 anslaget för forskningsändamål[120]. 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 utlysningsförfarande 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 tvärsektoriell 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 beställningsbemyndigande[132] 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 regleringsbreven.

De statliga forskningsprogrammen innebär stora möjligheter till samverkan mellan de ingående aktörerna. Det innebär också möjligheter till tvärsektoriellt arbete. De nationella forskningsprogrammens 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 tidshorisont 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 Försvarsmakten 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 rättssäker 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 akademin 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 smittskyddsenheternas 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 smittskyddsenheternas 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 smittskyddsenheternas 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. laboratorieverksamhet, 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 högisoleringenheten. 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 högsmittsamme 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 framgått 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 arbetsmiljörisker.

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-

Sid 923(1295)

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 Försvarsmaktens 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 Försvarsmaktens 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 enlighet 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

Sid 927(1295)

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 genomlysa 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 högisoleringsvård 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 högspecialiserad 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 påverkan 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 omhänderta 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 sjukdomsspridningen.

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 terminologi lexikon 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 utgör en pandemi.

Med sådana vaccin 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 medicinsktekniska 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).

Sid 939(1295)

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. Däremot 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 karantänslokaler 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, patientsäkerhetslagen 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 karantänsflygplatser 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 karantänsflygplatser 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 2021–2024[41] 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 samhället – en kunskapsöversikt för kommuner med faktablad och rekommendationer vid värmebölja*, s. 23–24.
[47] Exempelvis Folkhälsomyndigheten (2015), *Hälsoeffekter av höga temperaturer – En kunskapssammanställning*, 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 friluftsaktiviteter 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

Sid 953(1295)

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 skadeplats 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 transportapparatens 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 dirigering 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 totalförsvarspropositionen 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 ambulanstransporter 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 flygambulanser[12] 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 kostnadseffektivt 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 genomför 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 vårdenhet 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 skadeplats 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 Vänern, 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-

Sid 963(1295)

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 interaktionsytor 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 förskrifter 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 *misstänkt 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.

Sid 965(1295)

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 förskrifter 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 hemmet[27] 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 sjukvårdledare 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 upphämtningsplats. I vissa fall leds verksamheten av regionens helikopterläkare om en sådan finns. Samma problematik som ovan uppstår vid en sjöräddningsinsats med samtidiga 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 samhällsstörningar" 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.

Sid 969(1295)

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 påverkan 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 prehospitala 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 prehospitala 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 gränsytor 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 (dispositionsrätt), 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 dirigering. 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 dirigering däremot är en fråga om att bedöma ett medicinskt behov och att eventuellt styra transportresurser i en viss riktning. Prioriterings- och dirigeringsfunktionen 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 dirigering sker på olika sätt i olika regioner

Flera regioner har i dag valt att sköta hela eller delar av prioritering och dirigering i egen regi. Andra regioner köper hela tjänsten från t.ex. SOS Alarm. SOS Alarm utför prioritering och dirigering åt flera regioner genom lokala larmcentraler. Aktörerna som utför prioritering och dirigeringen är därför organisatoriskt och geografiskt spridda. Regioner reglerar i avtal med SOS Alarm hur utalarmering, prioritering och dirigering ska gå till samt vilken medicinsk kompetens som krävs vid bedömning och prioritering av vårdärenden. Många regioner har krav på att en sjuksköterska ska intervjua 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 dirigering 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 dirigering 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 dirigering har organiserats i regioner

Västra Götalandsregionen har valt att i egen regi organisera prioritieringsfunktionen, 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 dirigeringstjänsten av SOS Alarm. Regionen dirigerar däremot själva det som kallas liggande sjuktransport och inte kommer in som ett larmsamtal. Denna resurs är bemannad med undersköterska.

Regionerna Sörmland, Uppsala och Västmanland har valt att organisera dirigeringsfunktionen som en gemensam ambulansdirigeringsnämnd. [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 larmcentrals enheter 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 säsongs-

[38] Region Sörmland: *Reglemente för gemensam ambulansdirigeringsnämnde* (STYR20-2605).
[39] www.akademiska.se/for-vardgivare/verksamhetsomraden/ambulanssjukvard/larmcentral, besökt 2021-06-23.
[40] Region Sörmland: *Reglemente för gemensam ambulansdirigeringsnämnde* (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 identifieras behov av ökad samordning av alarmering och dirigering. Två statliga utredningar har under senare år utrett frågan om SOS Alarm, Alarmeringsutredningen[43] och 112-utredningen[44]. 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 alarmeringstjänster. 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 totalförsvarsplaneringen. 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.

Sid 981(1295)

regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, samt under höjd beredskap enligt lagen (1992:1403) om totalförsvar 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 dirigering 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 avveckla 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.

Sid 983(1295)

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 Försvarsmakten 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 Försvarsmakten 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*.

Sid 985(1295)

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 transportermedel 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 dirigeringstjänst 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 nivåstrukturering 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 Försvarsmaktens 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 beslutsstöd för komplexa medicinska frågor. FKC hanterar beställningar från samtliga regioner för att prioritera och samordna flyguppdrag.

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 kostnadseffektiv 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 Försvarsmakten 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

Sid 993(1295)

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 dirigeringstjänst 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 Försvarsmakten. På området finns vissa standar-

Sid 995(1295)

der, ofta inom ett visst transportslag. De standarder som i dag hämns i Socialstyrelsen 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.

Sid 997(1295)

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.

Sid 999(1295)

ständigt av räddningstjänstens personal när hälso- och sjukvården inte larmats eller inte kan ta sig till platsen.[83]

Försvarsmakten har inget eget ansvar inom räddningstjänstområdet. Däremot kan Försvarsmakten, 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 Försvarsmakten finns i förordningen (2002:375) om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet, den så kallade stödförordningen. Där anges i 4 § att Försvarsmakten 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 Försvarsmakten får lämna stöd enligt förordningen endast om Försvarsmakten 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 grotträddning. 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).

Sid 1001 (1295)

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.

gångsläget 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 sjöpolisen, som finns stationerade i Stockholm och Göteborg, dels med polishelikoptrar och bilpatruller på räddningsledarens anmodan. Försvarsmaktens 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 dirigeringstjänst 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, Försvarsmakten 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, Försvarsmakten, 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-rådet[101] och SamSAR-rådet[102], 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 vardagshändelser. 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 egendomsräddning 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 Sid 1010(1295)
> 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 dirigeringstjänsten 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 dirigeringstjänsten 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 dirigeringstjänsten 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 överlåts 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 möjliggöra 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 Vänern, 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 om 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 sjöräddningsinsaser 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. Eftersom 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-

Sid 1019 (1295)

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

Sid 1023(1295)

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 Sjöräddningssällskapets, 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 dirigering 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 beredskap[121], 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 trygghetsskapande 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 räkning, 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 anbudskonkurrens. 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 Sjörädningssällskapet.

[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 uppgiften[130].

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[131].

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] Åligganden 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 patientskadeersättning 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 kroppsfunktioner. 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 hjälplämnande 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 defibrillering 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 förskrifterna 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. Däremot 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 Sid 1037(1295)

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 ansvarar 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 införs 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 förskrifter 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 sekretesskyddas den del av IVPA-verksamheten i kommunal räddningstjänst som får anses ha behov av sekretesskydd. 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 författning[16]. 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

Sid 105(1295)

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 sjukvårdpersonalen 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 förskrifter 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 föreskriva 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-

Sid 1055(1295)

ningsansvarig läkare finnas avseende vård, diagnostik och behandling. Verksamhetschefen är ansvarig för att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och regler. Verksamheten regleras och kvalitetssäkras 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 farmacevter 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 miljös 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 sjukvårdsförmågors 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

Sid 1059(1295)

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 patientsäkerhetslagen.

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

Ansvaret för hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet inom Försvarsmakten är uppdelat såtillvida 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 ”förskrifter 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.

Sid 1068 (1295)

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 föreskriftsrätten avseende undantag från smittskyddslagens bestämmelser ligger på tillsynsfunktionen, eller om sådan föreskriftsrätt 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 föreskriftsrätt 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 föreskriftsrätten.[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]

Socialstyrelsens har beslutat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. I dessa förskrifter 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 utomnordisk 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).

Sid 1071 (1295)

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 jämställas 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 anställde, få hjälp att etablera kontakt med denne och få veta om och i så fall när den anställde 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 sådan 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 vitesföreläggande 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 dispenssammanhang och andra situationer där inslaget av maktanvändning 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 terapisvar 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 avvikelsehantering 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 hälsorapporten *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 sållning) och prioritering av patienter vid fredstida krissituation 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 vårdgivare 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 ställningstaganden 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 resursanvändning 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 arbetssätt 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, terapisvar 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 patientcentrerad vård, varför en övergång till vård utifrån gruppprioritering 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 ompröv ningsbart 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 nämn-

[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 utpekat 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 hälsotillstån-

[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 försämras. 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).

Sid 1091 (1295)

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 gruppers 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 kraven 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 hälsotillstånd[39] och krav om ny medicinsk bedömning[40] 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 primärvården[41] 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 behöver omfördelas. Rätten att välja hjälpmedel[42] blir förstås 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 möjlig 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 arbetssätt 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 TYKO[1], 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 genomsnitten 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 uppföljningsstudien[3] 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 totalförsvar bidrar till att förstärka den fredstida krisberedskapen. Arbetet med krisberedskap och totalförsvar 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 försvaret[3] 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 klargörande 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 ettåriga[5].

I budgetpropositionen för 2010 angav regeringen följande två principer för hur medel från anslag 2:4 får användas[6]:

- 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 utröna 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 kostnadseffektivt 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 totalförsvar 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.
- Totalförsvar bygger på krisberedskapen men totalförsvar 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 totalförsvarseffekt. 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 2025[9]

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 stärkt 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 ovanstående[10]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 åtaganden 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 nettonuvärde, 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 säkerhetsskyddsanalyser (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 totalförsvar 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. Försvarsmakten och MSB har tagit fram ett system för totalförsvarsplanering som involverar bevakningsansvariga myndigheter.

Förslaget omfattar inte kommuner och regioner och det finns inte heller någon redogörelse för hur kommuner och regioner ska lunna knyta an till en sådan process.

Det är statens ansvar att uttrycka vilka behov som föreligger och vad som behöver uppnås inom totalförsvaret genom planeringsansvisningar 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 ansvara för verksamheten. Åtgärder inom ramen för totalförsvaret finansieras däremot i huvudsak med medel från totalförsvarsbesluten. 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 totalförsvar 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 totalförsvar. Kommuner och regioner kan inte vara skyldiga att planera eller vidta åtgärder för totalförsvar 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 kostnadsmässiga och andra konsekvenser. Vidare ska statliga myndigheter, kommuner, regioner, organisationer, näringslivet och andra som kostnadsmässigt 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 totalförsvar. 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 förslagna 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 förskrifter 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 CBRN[12]-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 nuvärdeskostnaden 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 Försvarsmakten. Utredningen anser dock att frystorkad plasma även skulle vara av betydelse för utvecklingen av den prehospitala 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 Försvarsmakten 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, Försvarsmakten, 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, Försvarsmakten och Totalförsvarets forskningsinstitut inom ramen för projektet om gemensamma laboratorieresurser. Det bör också genomföras i samverkan med regionernas laboratorienätverk.

Utredningen bedömer att satsningen innebär ökade kostnader för i huvudsak Folkhälsomyndigheten som ansvara 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/tenteras. 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 akademin. 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. Medelstilldelningen 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 vaccin[17]. 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 prehospitala 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-bekampa-smittspridningen-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 uppdra 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

Antalutryckningar 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 utryckning				8 426
Total 46 utryckningar				**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 utryckningstid 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 patientsäkerhetslagen (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. Motsvarande 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 totalförsvarsplikt. 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 innebär 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 arbete 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 fredstida kriser och krig. Oavsett om kommuner och regioner väljer att delta så måste samverkan 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 förtydligar 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 vårdsituationer 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 vitesföreläggande 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 möjligt 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 planeringsansvisningar och vidta finansierade åtgärder är nödvändiga för att upprätthålla den samhällsviktiga verksamhet som hälso- och sjukvården är och för att säkerställa ett fungerande totalförsvar 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, Försvarsmaktens planering och antaganden om skadeutfall. 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 planeringsansvisningar 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 patientsäkerheten 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)

Miljoner 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 händelsestyrd rapportering för lägesbilder						
Uppdrag	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

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
Hälso-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 behöver 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 förslås 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 förslås 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 alternativen 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 uteslutas 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 förslår 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 alltjämt 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 kabinettssekreteraren,

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 behöver 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 taxiförarlegitimation 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 Försvarsmakten 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 totalförsvarsplikt. 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 Försvarsmakten 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 Försvarsmaktens 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 prehospital 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 omnumrerats. 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 skadevolymer och skadepanorama i samband med krigshandlingar samt dimensionera och ge planeringsanvisningar för totalförsvar. 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 totalförsvarsplanering. 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 huvudmannaskap 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 utgångpunkt. 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 meningen 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 gråzonsproblematik 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 Försvarsmakten 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 vårdstandarden (kvaliteten) ska kunna upprätthållas eller utvecklas vid katastrof. I sådana situationer måste utgångspunkten vara att vårdstandarden 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 hotbilden 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 totalförsvar och höjd beredskap

I lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap anges att totalförsvar är verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Totalförsvar 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 totalförsvar 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 totalförsvar 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 avvecklats.

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 totalförsvarsplaneringen 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 Sid 1217(1295)

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 dirigering 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 bekräftas 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 Försvarsmakten 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 beslutprocess 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 Försvarsmakten 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 gråzonsscenarion 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

Ansvaret 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 totalförsvar och höjd beredskap anges att totalförsvar 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 direktivrätt 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 alltjämt 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 frångicks 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 förskrifter 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 noga 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 återupptagandet 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 strukturreformen 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 influensapandemin 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 förskrivningsrätten 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 händer 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 har 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, tidsliga 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. Förslagens 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 förslagens kostnadsmässiga 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-

rialbristen 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 leverantörsbyten 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 beredskapszoner. 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 skyddsmaterial, 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 handelshinder 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.

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

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]

Informationsärende: Avtalsuppföljning, vård- och omsorgsboende Sätraåsen, Frösunda Omsorg AB

14

19ON405

Gävle
KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2022-03-14

Diarienummer: 19ON405

Handläggare:

Karina Zettlin Lindholm
026-17 94 96
karina.zettlin_lindholm@gavle.se

Nämnd: Omvårdnadsnämnden

Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Sätraåsen, Frösunda Omsorg AB

Sammanfattning

Sätraåsens vård- och omsorgsboende har inriktning på aktiviteter där arbetsterapeut tillsammans med övriga medarbetare ansvarar för att kunderna ska få rörelser i vardagen. Trädgård och spa är också viktiga delar i konceptet. Verksamheten har varit i drift i två (2) år och cirka hälften av boendet är belagt. Det har varit stor personalomsättning samt händelser och avvikelser som medfört vidare utredningar. Beställaren har genomfört en avtalsuppföljning och utföraren har svarat på de enkäter som lämnats samt bifogat egna granskningar och patientsäkerhetsberättelse för 2021.

Som för många vård- och omsorgsboenden inom kommunen har pandemin samt en god tillgång till lägenheter medfört att efterfrågan inte varit lika hög som tidigare. Utföraren har dock goda förutsättningar och en vilja att utveckla verksamheten utifrån ramverket och stödet för ett strukturerat vård och omsorgsarbete samt möjligheter till kompetensutveckling för personalen.

För att hitta förbättringar görs även medarbetarundersökningar och vissa kundenkäter. Utföraren uppger att de har en tät dialog med närstående.

Nedan beskrivs det förbättringsarbete som har påbörjats och beställaren avser att följa upp resultatet under hösten, senast 2022-09-30.

Förbättringar	**Åtgärder**
Kundnöjdhet	Utifrån resultat från utförarens närstående- och kostenkät samt Socialstyrelsens brukarundersökning 2022
Personal och arbetsmiljö	Trivsel, koncept, värdegrund
Ökat samarbete utifrån kundperspektivet	Förbättrat teamarbete och samarbete med läkarstödet
Kompetensutveckling	Implementera ”Frösunda akademins” obligatoriska utbildningar samt särskild vikt vid avvikelsehantering, dokumentation, basal hygien, BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), förebyggande av trycksår samt munhälsa
Lokala rutiner och processer	Utveckla dagliga rutiner för hälso- och sjukvård samt service och sociala insatser
Förbättrad dokumentation	Följa framtagen checklista för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt förbättra målformulering i genomförandeplaner och utveckla beskrivning av nattens arbete gällande sociala insatser för kund
Ökad följsamhet av:	
-Senior Alert	Förbättra nutrition (nattfasta) och munhälsa
-BPSD	Öka antalet bedömningar, åtgärder, uppföljningar
-Läkemedel	Förbättra signering och märkning av läkemedel, bevaka förskrivning av vissa potentiella läkemedel
-Vårdhygien	Förbättra hanteringen av städ, arbetskläder, basala hygienrutiner med stickprovskontroller

Bakgrund

Frösunda Äldreomsorg AB, nedan kallad utföraren driver sedan januari 2020 vård- och omsorgsboende, Sätraåsen i Gävle. Ramavtal finns upprättat med Gävle kommun, nedan kallad beställaren. Avtalet gäller med förlängningsmöjligheter, längst t o m maj 2027 och avser köp av enstaka platser för kommuninvånare som önskar bo på Sätraåsen.

Boendet är beläget bredvid Gävletravet och omfattar 72 lägenheter. Merparten, 54 lägenheter är avsedda för personer med demensomsorg. I dagsläget är hälften av boendet öppnat.

Giltigt tillstånd finns för verksamheten från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Inriktningen på boendet är aktiviteter, spa och trädgård.

Beställaren har regelbunden kontakt med utföraren som även deltar på beställarens utförarmöten.

Under 2021 var det som mest 30 kunder. För närvarande köper beställaren 28 platser, varav 24 för demensomsorg.

En fördjupad avtalsuppföljning har genomförts med anledning av att boendet fortfarande inte är fullbelagt, en hög personalomsättning samt händelser och avvikelser som medfört vidare utredningar.

Avtalsuppföljning

På grund av den pågående pandemin genomfördes en digital avtalsuppföljning av beställarens upphandlingscontroller, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i februari 2022.
Deltagare från utföraren var verksamhetschefer och regionchefer.

Granskningsperioden är 2021-01-01— 2021-12-31 med utblick på verksamhetsåret 2022.

Utföraren har svarat på beställarens enkäter som återfinns i sin helhet i diariet, gällande följsamhet av avtalet samt redovisat resultat från företagets egenkontroll och systematiska förbättringsarbeten.

Patientsäkerhetsberättelse för 2021 är lämnad enligt avtal och denna uppföljning hanteras som en kvalitetsberättelse.

Bemanning och kompetens

Personalomsättningen har varit hög på boendet inom alla personalkategorier. Enligt uppgift har en handlingsplan upprättats.

Bemanning och trivsel

Personaltätheten är 0,96 årsarbetare/kund. Den höga bemanningen beror på att det finns lediga lägenheter på olika enheter och bemanningen kommer på sikt att normaliseras när flera kunder flyttar in. 28 medarbetare är tillsvidareanställda och (1) är visstidsanställd. 13 medarbetare är timanställda. Deltidsanställda har möjlighet att arbeta mertid.

Sjukfrånvaron var i genomsnitt 4,6 % med toppar vid utbrott av Covid. Ordinarie verksamhetschef har varit sjukskriven och en tf verksamhetschef har varit verksam under stora delar av 2021. Ordinarie verksamhetschef avser att successivt återgå i tjänst under 2022.

Nyrekrytering har skett löpande av omvårdnadspersonal. En sjuksköterska har nyligen rekryterats och rekrytering pågår av fysioterapeut. Utföraren nyttjar underleverantörer för att täcka behovet av legitimerad personal, främst på OB-tid.

Årliga medarabetarundersökningar genomförs i syfte att följa medarbetarnas nöjdhet med arbetsmiljön. Resultat och förbättringar kommuniceras på APT. Exempel på förra årets förbättringsarbete är fokus på ”ordning och reda” och ”teambuildning”. Nästa undersökning kommer att ske i mars 2022.

Kompetens
De tillsvidareanställda medarbetarna har undersköterskekompetens (100%). Av timanställda medarbetare finns även vårdbiträden med erfarenhet. Ombudsmannaroller tillämpas inom olika nyckelområden.

Samtliga nya medarbetare genomgår en strukturerad introduktion med checklista och ”bredvidgång”. Verksamhetschef eller samordnare följer upp introduktionen med tillhörande checklista. I och med många nyanställningar har utföraren haft extra utbildningsdagar under hösten 2021, utifrån de viktigaste arbetsmomenten och rutiner.

Frösundas utbildningsportal har en mängd olika digitala utbildningar som medarbetarna kan och ska ta del av, bland annat den sk Frösundacertifieringen. Det innebär såväl fortbildning av teoretiska som praktiska delar samt reflektionsmoment. Certifiering ska upprepas en gång per år.

I certifieringen ingår:

- Basala hygienrutiner
- Rapporteringsskyldigheter
- Demens ABC.
- Modul 1 - Frösunda grundläggande idé och gällande lagstiftningar
- Modul 2 - Ökad medvetenhet om stöd och insatser
- Modul 3 - Kundens fokus vid kognitiv svikt
- Modul 4 - Ökad kunskap om kundens rätt att kunna kommunicera.
- Modul 5 - Förbättringsarbeten
- Modul 6 - Kunskap om hbtq.

Under 2021 har 12 medarbetare fått certifieringen och ambitionen är att resterande tillsvidareanställda ska genomgå utbildningen under 2022.

Förutom ovanstående, har utbildningar genomförts under 2021 kring:

- Läkemedelsdelegering
- Social dokumentation och genomförandeplan
- Demens ABC, fortsättningskurs
- Fallprevention och förflyttningsteknik
- Kost
- Inkontinens

Information om kvalitet

Kvalitetsledningssystemet är digitalt och kallas Q-loopen och innehåller rutiner för kärn- och stödprocesser. Systemstödet heter ”TQM”, vilket omfattar det systematiska förbättringsarbetet, t ex avvikelsehantering och handlingsplaner för kvalitet. Lokala rutiner finns även i pärmar som medarbetarna kan ta del av.

Ständiga förbättringar

Verksamhetschefen fastställer lokala rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet. Lednings- och kvalitetsrådet träffas regelbundet för aktuella frågor för den dagliga driften samt avvikelser, synpunkter, förbättringsarbeten samt uppföljning av kvalitetsregister.

Enligt utföraren genomförs egenkontroller via ett årshjul inom verksamhetens samtliga stöd- och kärnprocesser. Exempel på egenkontroll utifrån individnivån är uppföljning av basala hygienrutiner, dokumentation och nattfasta. Resultatet registreras TQM. Utifrån eventuella brister upprättas handlingsplaner med åtgärder. Egenkontrollerna följs månatlig upp via regionchef.

Riskanalys och riskbedömning uppges genomföras kontinuerligt och vid behov, såväl gällande organisationen som för enskild kund. Verksamheten har bl a genomfört riskanalyser i samband med pandemin och under utbrott av andra potentiella risker i huset. För övrigt säkerhetsarbete finns upprättade rutiner som t ex brandskydd, nycklar, krishantering samt loggkontroller.

Miljö

Utföraren har ett övergripande miljöledningssystem. Miljöombudet ingår i det lokala kvalitetsrådet. Det övergripande huvudmålet i Miljöledningssystemet benämns ”Miljöklart” och innebär återvinning av avfall, prioritera leverantörer vid inköp som har ett väl utvecklat miljöledningssystem, aktivt minska el-,vatten-, och värmeförbrukning. Verksamheten har ett lokalt miljömål för 2022 att minska pappersförbrukningen med 5% mot 2021.

Oönskade händelser

De mest frekventa händelser som redovisas är läkemedelsavvikelser (77). Förbättringar förväntas i och med ändrade rutiner, elektronisk signering och stickprovskontroller. Fallavvikelser (31) har minskat över tid då arbetsterapeuten påbörjat ett proaktivt arbete med kund, redan vid inflyttningen och aktivt arbete med rörelseövningar. Övriga avvikelser (98) som uppmärksammats är bland annat brister i städrutiner och arbetskläder, åtgärder har vidtagits med förbättrade rutiner.

Två (2) Lex Sarah utredningar har genomförts, varav en anmäldes till IVO. Den handlade om brister i bemötande från medarbetare och den andra om övergrepp mellan kunder.

En (1) vårdskadeutredning har genomförts enligt Lex Maria. Utredningen gällde förekomst av trycksår. Utredningen föranledde ingen anmälan till IVO, utan åtgärder har vidtagits med bland annat införande av lokala rutiner för förbättrad följsamhet av Senior Alert (kvalitetsregister).

Antalet diarieförda avvikelser från samverkanspart Region Gävleborg var fem (5). Det rörde brister i information, upplevelsen av bristande hygien hos patient samt brister i samverkan med avtalat läkarstöd. Samtliga avvikelser har utretts och handlingsplaner och lokala rutiner för hälso- och sjukvård har tagits fram.

Två (2) av dessa händelser (en från Region Gävleborg och en utredning efter klagomål) har rört patienter/kunder med urinvägsbesvär. Utföraren har vidtagit åtgärder med att stärka ombudsrollen för inkontinenshjälpmedel, lokala rutiner för hälso- och sjukvården samt gett extra utbildning i inkontinens till omvårdnadspersonalen.

Vård och omsorg

Grundläggande värderingar

Utförarens koncept utgår från ett professionellt bemötande och värderingar som respekt, engagemang och nyfikenhet med fokus på att se hela kunden, dess förmågor och att få bestämma själv över sitt liv.

En värdegrundsledare, tillika samordnare arbetar tillsammans med verksamhetschefen med värderingsfrågor i alla möten med medarbetare och kunder.

Utföraren uppger att samarbetet med närstående varit prioriterat under året och ett närståendemöte har anordnats. Utöver överenskomna kontakter, ges information till närstående via sociala media och månadsbrev. Närstående bjuds in efter samtycke till teamsmötet.

Socialstyrelsens brukarenkät har inte genomförts under 2021. Utföraren uppger att man arbetar efter de fokusområden som finns i enkäten och avser att göra en närståendeundersökning under 2022.

Sociala insatser

Sätraåsen har aktiviteter, spa och trädgård som inriktning. Arbetsterapeuten har en framträdande roll för en meningsfull vardag och är huvudansvarig för de gemensamma aktiviteterna där fokus ligger på rörlighetsövningar. Utevistelse och trädgård ökar möjligheten att följa årstiderna och solrum och spa avser att öka välbefinnandet hos kunderna. Samverkan sker med frivilligorganisationer och ledsagarservice samt ”Friskis och Svettis”.

Genomförandeplanen ligger till grund för kundens delaktighet och medbestämmande kring de insatser som ska utföras. Varje kund har en kontaktman (och vice kontaktman), byte kan ske vid behov. Kontaktmannen tecknar ett ”kontrakt” om uppdraget.

Matleverantören är Dafgård, tillbehören lagas på plats. Måltidsrådet sammanträder två gånger/år för att diskutera maten och måltidens betydelse för kundernas välbefinnande. Kostombud finns utsedda. Kostenkät genomförs regelbundet och det totala resultatet har förbättrats från föregående år.

Hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering
Beställarens MAS har genomfört en uppföljningsenkät av hälso- och sjukvården på samtliga boenden inom kommunen. Nedan lämnas ett sammandrag för Sätraåsen. Utföraren har fått en detaljerad rapport som arbetsmaterial.

Teamträffar sker en gång per vecka, vilket anses vara en bra frekvens för att optimera den personcentrerade vården. Dock rekommenderas att läkare och fysioterapeut ingår i teamet.

Utföraren registrerar i de kvalitetsregister som ingår i avtalet och samtliga kunder har fått individuella riskbedömningar med olika åtgärder utifrån, Senior Alert (bedömning och åtgärder för att förebygga fall, nutrition, trycksår munhälsoproblem och inkontinens), BPSD (bedömning och åtgärder vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) samt Palliativa registret och RiksSår. Förbättringsområdet är främst ökad följsamhet av BPSD och Senior Alert.

Samtliga kunder har erbjudits munhälsobedömning av tandhygienist. Ett förbättringsförslag är utbildningsinsatser till samtliga medarbetare.

Läkemedelsgranskning gällande användningen av olämpliga läkemedel för äldre visar i stora delar på ett bra resultat men kan förbättras gällande användning av vissa preparat. Även en extern läkemedelshanteringsgranskning har genomförts i februari 2022, där vissa åtgärder gällande signering och dokumentation ska förbättras.

Regelbunden kontroll har skett av basala hygien- och klädregler. Närmare hälften av medarbetarna har genomgått nationell utbildning för basala hygienrutiner och samtliga medarbetare har genomgått Frösundaakademins utbildning i ämnet. Det har dock uppmärksammats förekomst av MRSA (Meticillinresistent Staphylococcus aureus), VRE (Vancomycinresistenta enterocker) och Covid-19 på boendet, vilket har föranlett såväl riskanakyser som individuella riskbedömningar. Region Gävleborgs -Vårdhygien har genomfört platsbesök och förslagit åtgärder för ett bättre smittskydd.

Dokumentgranskning

Beställaren har slumpvis valt ut fyra kunder för granskning, därefter har utförarens centrala resurser – MAS, utfört granskning av såväl den medicinska som den social dokumentationen och återkopplat till beställaren om förbättringsåtgärder.

Seriositetskontroll

Seriositetskontroll är utförd på Frösunda Äldreomsorg AB och visar för närvarande på mycket god kreditvärdighet (grönt enligt stoppljusmodellen).

Karina Zettlin Lindholm

Upphandlingscontroller

Beställare av välfärdstjänster

Välfärd Gävle

Informationsärende: Kvalitetsteamets kvalitetsberättelse år 2021

15

22ON92

VÄLFÄRD GÄVLE

Dnr 22ON92 / 22AFN30 / 22SON51

Handläggare
Helena B Jansson

Kvalitetsteamets kvalitetsberättelse

Välfärd Gävle 2021

Innehåll

Inledning **3**

Sammanfattning **4**

Resultat **5**

Ledningssystemet *5*

Rutiner i kärnprocesser *5*

Systematiskt förbättringsarbete *6*

Avvikelsehantering *6*

Vård & omsorg 6

Individ & familj 11

Vuxenutbildning 11

Klagomål *11*

Lex Sarah *13*

Omvårdnadsnämnden 13

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden 14

Socialnämnden 14

Uppföljning och utvärdering *15*

Öppna Jämförelser *17*

Enhetsundersökningen *17*

Brukarenkäten *18*

Kvalitetsteamets kvalitetsberättelse 2021
Välfärd Gävle 2021

Handläggare Helena B Jansson

Citera gärna ur skriften men ange källa
© Författaren och Gävle kommun 2019-
Grafisk form Pangea design

www.gavle.se

Inledning

I Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ställs krav på systematiskt kvalitetsarbete och att en sammanhållen årlig kvalitetsberättelse bör upprättas. Omvårdnad Gävle har under åren 2013-2018 upprättat både kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i ett och samma dokument. År 2019-2020 upprättades den lagstadgade patientsäkerhetsberättelsen och genomförda avtalsuppföljningar redovisades separat. För år 2021 upprättas nu tre separata dokument, patientsäkerhetsberättelsen, redovisning av avtalsuppföljningar samt denna kvalitetsberättelse.

Under 2019 formades Kvalitetsteamet inom verksamheten Planering, analys och utvärdering. Kvalitetsteamet består av Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Nutritionsansvarig dietist (NAD), Socialt ansvariga samordnare (SAS), upphandlingscontroller och utredare. Kvalitetsteamet samordnar sina roller i kvalitetsarbetet.

Verksamheten Planering, analys och utvärdering påbörjade 2020 ett arbete med tjänstedesign. Under 2021 planerades sedan tre efterfrågade stödåtgärder till kärnverksamheterna runt klagomåls- och avvikelsehantering, systematiskt kvalitetsarbete och flera utbildningsinsatser. Denna kvalitetsberättelse beskriver främst hur medlemmar i Kvalitetsteamet inom verksamheten Planering, analys och utvärdering medverkat i kvalitetsförbättringar.

Coronapandemin har under närmare två år påverkat hur Kvalitetsteamets medlemmar kunnat bedriva sitt dagliga kvalitetsarbete. En stor del av arbetstiden har ägnats åt pandemirelaterade frågor både inom Kvalitetsteamet och ute i verksamheterna.

Kvalitetsteamet är inte delaktig i det kvalitetsarbete som bedrivs på olika chefsnivåer inom kärnprocesserna. Det hanteras av verksamhetschefer, kontorschefer och kvalitetstrateg och sektorledning och redovisas i sektorns årsredovisning till respektive nämnd.

Kvalitetsteamet har inte begärt redovisning av externa utförare runt deras arbete med avvikelse- och klagomålshantering. Det presenteras i deras egna kvalitetsberättelser som lämnas in till beställaren, Välfärd Gävle.

Under varje rubrik presenterar Kvalitetsteamet en kort sammanfattande reflektion runt återstående utmaningar inom sakområdet.

Sammanfattning

Flera åtgärder som Kvalitetsteamet har arbetat med växte fram under den tjänstedesign som skett inom Planering, analys och utvärdering.
Under året har Kvalitetsteamet genomfört utbildningsinsatser inom olika sakfrågor, gett stöd i olika situationer och arbetat aktivt med att förbättra innehåll i flera övergripande rutiner i ledningssystemet.
Under hösten har rutiner för avvikelser- och klagomålshantering förenklats och implementerats. I rutinerna infördes krav på att föra statistik och analysera avvikelser och klagomål. Kvalitetsteamet har begärt en enkel redovisning av statistik, analys och vidtagna åtgärder på enhets- och verksamhetsnivå för 2021. Det är skillnad i hur långt olika verksamheter kommit i detta arbete.
Kvalitetsteamet driver just nu ett arbete för att ta fram en rutin för systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsparametrar bl a avvikelser och klagomål samtidigt med att sektorn tar fram ett årshjul för kvalitetsarbetet.
På sektornivå bör fler krav på kvalitetsparametrar i Power BI ställas, exempelvis antal avvikelser och klagomål inom olika kategorier, hanterade inom x antal dagar samt antal med slutförd hantering.

Antal rapporter enligt Lex Sarah har sedan förra året ökat, främst inom IFO. Omvårdnadsnämnden har haft 40 rapporter varav tre anmälts till IVO, framför allt har det varit flest brist i utförande. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden har haft 30 rapporter varav fyra anmälts till IVO, mest rörande bemötande och brister i utförandet. Socialnämnden har haft 20 rapporter varav en anmälts till IVO, framför allt har dessa berört bister i handläggning. Många brister som bidrar till missförhållande finns i flera verksamheter där åtgärder behövs på övergripande nivå. Det finns enheter som inte har någon Lex Sarah rapporterad, vilket kan betyda två saker, att det inte finns missförhållanden eller att det inte rapporteras. Vissa enheter har inte velat ta emot information om Lex Sarah som socialt ansvariga samordnare erbjudit. De två vård- och omsorgsboenden som varit föremål för en kvalitetsgranskning redovisar en omfattande beskrivning av sin avvikelse- och klagomålshantering, ett föredömligt genomfört analysarbete och vidtagna förbättringsåtgärder.

Socialstyrelsens kvalitetsmätningar Öppna jämförelser, enhetsundersökningen och brukarenkäten ger inte en rättvis bild. Svaren från sektorn och enheterna överensstämmer inte med verkligheten, den varierar från år till år och mellan enheter, även om situationen är densamma. Arbetet med att besvara enkäterna behöver kvalitetssäkras innan man kan börja analysera och göra verksamhetsförbättringar. Enhetsundersökningen och brukarenkäten bör presenteras i Power BI och bli en del av ett systematiskt förbättringsarbete.

Resultat

Ledningssystemet

I Välfärd Gävles ledningssystem finns alla styrdokument samlade på ett åskådligt sätt för respektive verksamhet, med möjlighet att sortera och söka rätt dokument. Det finns även möjlighet för alla att upprätta egna styrdokument. Under året har referensgruppen för ledningssystemet bevakat och stöttat de s k upprättarna på olika nivåer att upprätthålla principerna i ledningssystemet vid upprättande och uppdatering av styrdokument.

Under året har alla 17 verksamhetschefer och ca 135 enhetschefer fått utbildning om ledningssystemet och hur man lättast hittar de styrdokument man ska följa i sitt arbete. Ett utbildningsmaterial finns framtaget. Respektive chef skulle sedan utbilda sina medarbetare i det som är viktigt för dem. Flera chefer har själva utbildat, medan andra har tagit hjälp av utredare i referensgruppen för genomgång till sina medarbetare.

Utbildningstillfällen om ledningssystemet och hur man hittar i det erbjuds fr o m 2022 via Kompetensen.

Sammanfattande reflektion

Kvalitetsteamet uppfattar att chefer fortfarande känner sig osäkra i hanteringen av ledningssystemet. Flera chefer har inte börjat dra nytta av ledningssystemet och inte heller implementerat det i sin enhet/verksamhet eller sitt kontor.

Arbetet med att upprätthålla aktuella styrdokument, att utbilda medarbetare och att stödja upprättare av styrdokument är en pågående process som krävs kontinuerligt. Det stödjande arbetet i detta behöver förtydligas.

Rutiner i kärnprocesser

Kvalitetsteamet har förbättrat befintliga rutiner runt klagomåls- och avvikelsehantering samt tagit fram nya rutiner för de verksamheter som tidigare inte systematiskt hanterat avvikelser.

Under hösten erbjöds verksamhetschefer och enhetschefer utbildning utifrån rutinerna för klagomåls- och avvikelsehantering vid flera utbildningstillfällen. Totalt har ca 15 verksamhetschefer och ca 60 enhetschefer tagit del av utbildningen.

Kvalitetsteamet erbjuder via Kompetensen fr o m år 2022 erbjuda ett antal digitala utbildningar runt flera sakområden inom kvalitetsarbete, exempelvis ledningssystemet, avvikelse- och klagomålshantering och dokumentation.

Dagligen ger Kvalitetsteamets medlemmar stöd till enskilda i olika sakfrågor samt deltar i olika ledningsgrupper och andra möten för att ge information i olika sakfrågor.

Sammanfattande reflektion

Kvalitetsteamet har en avgörande roll för att stödja i olika sakfrågor. Det är naturligt i de frågor som rör medarbetare i flera kontor, d v s sektornivå. För de sakfrågor som rör en enhet eller verksamheter i samma kontor bör Kvalitetsteamet kunna frikopplas från att vara stödjande på det sätt som sker.

Systematiskt förbättringsarbete

Kvalitetsteamet har påbörjat ett brett arbete med att kartlägga det pågående kvalitetsarbetet i sektor för att få inblick över hela sektorn. Intervjuer med kontorschefer har genomförts för att få underlag till detta arbete. Kvalitetsteamet har en representant i arbetet med att ta fram ett årshjul för kvalitet och synka det med årshjulen för HR och ekonomi inom hela sektorn. Utifrån detta tar Kvalitetsteamet nu fram utkast till en rutin för systematiskt förbättringsarbete. Rutinen beskriver de viktigaste parametrarna som ligger till grund för ett systematiskt förbättringsarbete. Både årshjulet och rutinen med mallar ska bli ett stöd för alla chefsled i kvalitetsarbetet.

Sammanfattande reflektion

Det krävs implementering och stöd för att få i gång ett systematiskt förbättringsarbete utifrån flera viktiga parametrar och analyser. Kvalitetsteamet planerar under 2022 erbjuda workshops för chefer.

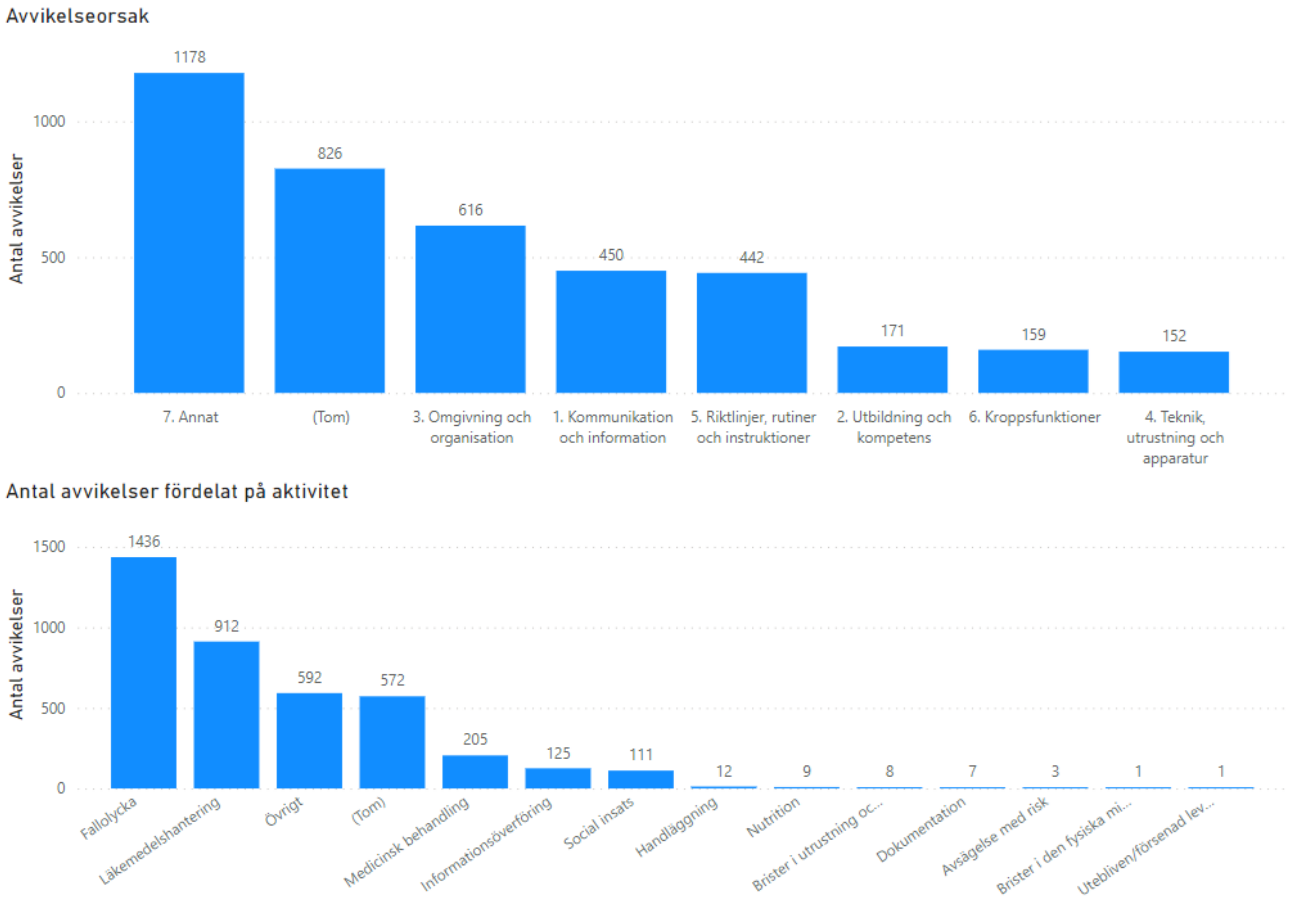
Avvikelsehantering

Socialstyrelsens definition på avvikelser är händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, att en kund upplevt obehag eller skada.

Vård & omsorg

Sedan 2012 har vård & omsorg haft en rutin för att identifiera, dokumentera, fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna till detta. En processbaserad modul används i verksamhetssystemet Treserva för att få stöd i denna

avvikelsehantering. Diagrammen i bilden nedan visar fördelningen på alla sociala och medicinska avvikelser inom egenregins vård & omsorg för 2021.



Det är två parametrar i bilden ovan som är omotiverat frekventa, dels aktiviteten ”Övrigt” dels bakomliggande orsak ”Annat”. Dessa alternativ ska enligt rutinen bara behövas i undantagsfall då inget annat val är lämpligt. Det är dessutom omotiverat många avvikelser som saknar vald aktivitet, d v s är ”Tom”. Här finns skäl att analysera hur korrekt dessa val registreras.
I statistiken över avvikelser finns hos de flesta verksamheterna en oroväckande stor del av avvikelserna är varken hanterade eller slutförda. Kvalitetsteamet har erfarenhet av att det även finns mycket felregistreringar och även en del icke registrerade avvikelser.

Hemtjänst egenregi
Sammanställt på både enhetsnivå och verksamhetsnivå i PBI. Totalt finns 494 avvikelser, varav 194 är slutförda, men vissa enheter saknas i redovisningen. 360 av 494 har kategoriserats med ”övrigt”, medan har ”informationsöverföring” ligger på andra plats med 49 st. Analys som gjorts visar att kategorin övrigt använts då verksamheten inte har valmöjlighet till läkemedelsavvikelser.

Statistiken kommer succesivt att följas under 2022 inom enheter och verksamhet för att se analysera om de vidtagna åtgärderna ger en positiv trend.

Vård- och omsorgsboende egenregi

Forellplan/Ängslyckan/Solgårdsgatan/Furugården
Forellplan redovisar 265 avvikelser, övervägande del är fallavvikelser.
Ängslyckan redovisar 64 avvikelser, nästan alla är fallavvikelser.
Solgårdsgatan redovisar 223 avvikelser, övervägande del är läkemedels- och fallavvikelser.
Furugården redovisar 268 avvikelser, övervägande del är läkemedels- och fallavvikelser.
Det finns en analys och planerade eller vidtagna förbättringsåtgärder på både enhets- och verksamhetsnivå. Exempel på analys från enhetsnivå:

”Under 2021 har det varit 223 avvikelser fördelat på hela Solgårdsgatan, det har varit jämnt fördelat under året. Allvarlighetsgraden har varit i största del mindre till måttlig med vissa undantag.
De vanligaste förekommande avvikelserna är läkemedel samt fallavvikelser.
Avvikelserna är förhållandevis jämnt fördelat över dygnets alla timmar.
Läkemedelsavvikelser förekommer ofta kl. 08, sedan kl. 16, kl. 20.
Gällande läkemedel har ansvarig sjuksköterska tagit upp på APT och diskuterat med personalen kring åtgärder, det vi har sett är att man inte läser ordination, vårdplaner, glömmer att signera. Det gjordes en insats från sjuksköterskorna under hösten 2021 med att förtydliga läkemedelslistor, med tydliga register i läkemedelspärmen, har givit god effekt.
Fallavvikelserna förekommer i stor del bland kunder som är oroliga, multisjuka, icke orienterade i tid och rum samt har en känd fallrisk. En del kunder återkommer också i flera avvikelser. På demensavdelningarna är det ofta kunder som vandrar omkring, det kan utifrån bemanning vara svårt att hålla uppsikt dygnet runt och fall kan ske när personal är inne hos annan kund med mera. I vissa situationer kan fall också ske framför personal men ändå vara svåra att undvika.
Fallavvikelser har tagits upp på teamträff där vi diskuterar hur vi kan förebygga fall för kunden, och om det är något rehab kan vara behjälplig med eller om det är något medicinskt som sjuksköterska tar upp med läkare.”

Hamrånge/Hille/Strömsbro/Gävle strand/Vallongården
På hela verksamhetsområdet finns 1192 avvikelser registrerade. 60 % är fallavvikelser. Drygt 25 % är kategoriserade som ”Övrigt” eller saknar kategorisering.
Det finns en analys och planerade eller vidtagna förbättringsåtgärder på verksamhetsnivå. Exempel på analys på verksamhetsnivå:

”I området Solberga, Hilleborg, Selggrens, Gävle strand och Vallongården finns det 312 lägenheter och som oftast lika många kunder. Området har rapporterat in 1192 avvikelser under 2021.
Enligt statistiken så är 60% det vill säga 711 av alla avvikelser fallolyckor.

Om man slår ihop antalet avvikelser som kategoriserar som övrigt och där det inte finns någon kategorisering så är det sammanlagt 302 avvikelser. Vad gömmer sig bakom denna siffra? verksamheten ser förbättringsbehov gällande att kategorisera avvikelserna för att kunna få fram ett bra statistiskt underlag för fortsatta förbättringsområden i syfte att förbättra verksamheten. Är det verkligen 20 avvikelser gällande social insats, i en verksamhet alla kunder borde ha behov av stöd gällande sociala insatser.
Vidare är det 583 avvikelser där det inte framgår orsaken till avvikelsen. Det är viktigt att få fram orsaken till avvikelserna i syfte att kunna arbeta förebyggande. Under februari månad 2022 i samband med att HSL enkäten besvarat så har vi i tvärprofessionella teamet titta på fall statistiken tillsammans och även pratat om de avvikelser där det står tom eller övrig och kommit överens om att dessa avvikelser behöver minskas, så det är ett av målen för 2022.
Enligt statistiken så är orsaken vid 69 tillfällen utbildning och kompetens, stämmer verkligen det? Den uppfattningen som delas av många är att verksamheterna behöver kompetensutveckling och information. 441 uppges orsaken annat och 142 avvikelse orsaker är tom.
Under 2022 så har en sjuksköterska fått uppdrag att vara resursperson i arbetet med avvikelsehantering. I uppdraget ingår att utgöra stöd till chefer vid utredning av avvikelser och vara ett stöd vid bedömning av allvarlighetsgrad, händelseanalys samt framtagande av åtgärder.
De flesta avvikelserna inträffar klockan 08:00 och 14:00, vad är orsaken till det?
275 kunder har en eller flera registrerade avvikelser. Vad är det för avvikelser, är det upprepade fallolyckor? Eller annat.
Uppdaterad rutin gällande avvikelsehantering genomfördes under oktober 2021. Detta innebar diskussioner kring avvikelsearbetet i verksamheterna. Förbättringsarbete gällande arbetet med avvikelser påbörjades i november 2021. Samtliga verksamheter inom området har påbörjat förbättringsarbete där avvikelsemöte med tvärprofessionella teamet går igenom veckans avvikelser för att kunna analysera och komma fram till åtgärder som är teambaserade.
Verksamhetsmöte för kontoret boende 2022-02-17 workshop med samtliga enhetschefer inom kontoret gällande avvikelsearbete."

Socialpsykiatri

Denna hantering görs regelbundet genom att enhetscheferna har koll på sina resp. enheter samt att verksamhetschef har insyn i alla avvikelser, "skummar" igenom, med viss regelbundenhet, alla avvikelser och lyfter det som sticker ut till berörd enhetschef för att säkerställa att man hanterar och åtgärdar. Ser verksamhetschef "kluster" av avvikelser på enhet eller områden som sticker ut och då tas dessa till kvalitetsmöte eller annat lämpligt möte, (beroende på avvikelse) på respektive ställe och har en dialog om vi behöver tillföra kompetens, ändra rutiner/arbetssätt eller andra åtgärder för att minimera återupprepning. På ledningsgruppen (LGR) inom verksamheten hanteras gemensamma och övergripande förbättringsåtgärder som framkommit från en avvikelse eller ett klagomål men som behöver justeras till övriga enheter i förebyggande syfte, för att ha en lärande organisation.

Hemsjukvård
Statistiken finns i avvikelsemodulen. I årsredovisningen till patientsäkerhetsberättelsen finns delar lyfta. Djupgående intervjuer i tidigt skede sker vid större avvikelser. Dock behöver detta arbete utvecklas framåt för att även bli en del i lärandemoment.

Personlig assistans /avlösningsvistelse / korttids LSS vuxna

PASS har en avvikelse;
1 informationsöverföring

Korttids LSS vuxen;
4 övrigt
1 felaktig läkemedelshantering
1 social insats
1 ej utförd insats

Avlösningsvistelse;
19 fallavvikelser
3 felaktig läkemedelshantering
2 social insats
6 insats ej utförd
1 felaktigt utförd insats
2 övrigt

Inom PASS behöver kunskapsnivån höjas inom social dokumentation, utbildningsinsatser har genomförts under 2021 och handledning ges löpande till medarbetare. Under 2022 kommer fokus ligga på genomförandeplaner och IBIC, ett arbete enligt handlingsplanen -21 där enhetschef samt kontaktperson ansvarar för utvecklingsarbetet som startat. Under gemensamma APT för hela området har mycket handlat om medarbetarskap och uppdraget hos kund, vilket även styr arbetet framåt. Det är ett ansvar att fylla på med kunskaper och förståelse för uppdrag och hur det blir i ett sammanhang.
Inom avlösningsvistelsen finns ett stort antal fallavvikelser, där pågår ett att arbete med att förändra bemötande och arbetsmetod, att jobba mer nära kunder och minska eventuell oro. Riskbedömningar behöver tas fram för att identifiera faktorer som kan förebygga fallolyckor. Kunskapsnivån kring läkemedel behöver höjas och kompetenshöjande insatser genomförs under 2022 i enlighet med handlingsplan -21 och fortsätter i år.
Korttidsboendet LSS har ett mönster med avvikelser där kunder påverkat varandra och då skapat oro. Ett arbete med att se över planering av vistelser för att undvika den typen av situationer samt öka kontinuiteten för kunderna har inletts. Syftet är att öka kundernas känsla av trygghet under korttidsvistelsen och uppnå en effektivare personalplanering. Dessa avvikelser har föregåtts av tillfälligt byte av lokal, men under -22 kommer enheten att återgå till ursprunglig lokal. Det är också tydligt att bokningar och planering är av stor vikt. Det här har diskuterats i områdets ledningsgrupp och åtgärdsförslag från enhetschef finns.

Förebyggande och kompetens
Har nyligen bytt verksamhetschef och har inte hanterat detta på verksamhetsnivå än.

Boende och stöd
Har nyligen bytt verksamhetschef och har inte hanterat detta på verksamhetsnivå än.

Kontor Myndighet
Har under året en hög arbetsbörda och har inte möjlighet att arbeta eller rapportera något runt avvikelsehantering.

Stöd och behandling
Boendestöd och Personligt stöd har inte redovisat något, men är i startgroparna för att börja arbeta med analys av avvikelser.

Individ & familj
Sedan oktober har verksamheten fått en rutin och mallar för att registrera och hantera avvikelser. Ingen av verksamheterna har redovisat statistik eller analys för år 2021, men flera verksamheter har planerat arbete för detta.

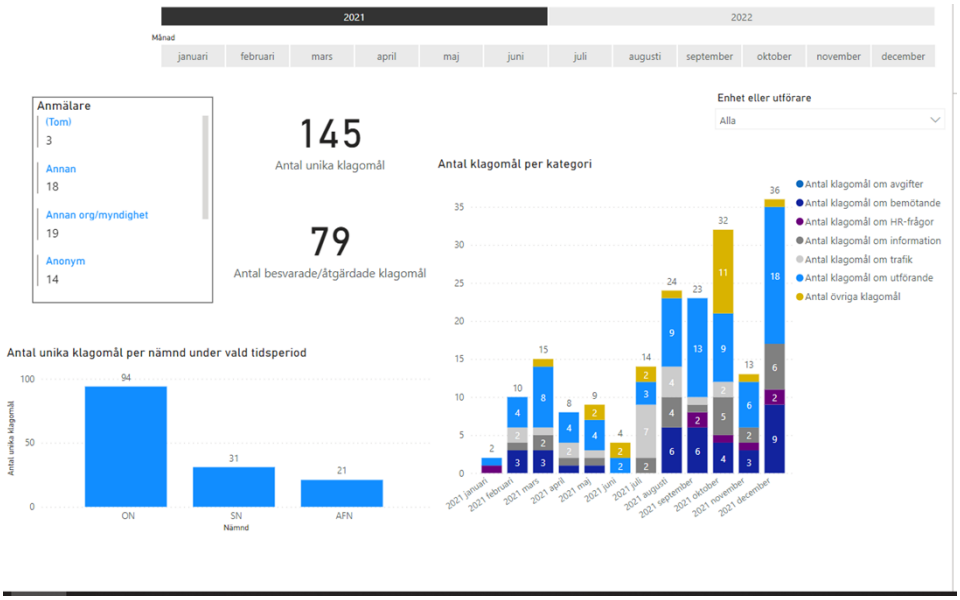
Vuxenutbildning
Sedan oktober har verksamheten fått en rutin och mallar för att registrera och hantera avvikelser även om de inte styrs av Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd. De ska börja hantera de händelser de själva upptäcker som drabbat elever, likvärdigt med de händelser som uppmärksammas via klagomål. Ingen redovisning för år 2021 har inkommit.

Sammanfattande reflektion

Det återstår mycket arbete i de flesta verksamheter för att komma i gång med en korrekt avvikelse- och klagomålshantering med tillhörande analys och förbättringsarbete. Kvalitetsteamet fortsätter att ge stöd.

Klagomål

Bilden visar fördelning av 145 diarieförda klagomål per nämnd och uppdelning på kategori (sakområde).



Den 21 februari 2022 hade 79 svar diarieförts med 16 anonyma inte krävde något svar. Av de 16 anonyma var dessutom två ett beröm till verksamheten.
20 av 145 diarieförda klagomål har inkommit via IVO som då inte upprättat tillsynsärende utan bett Välfärd Gävle besvara klagomålet.
29 av 145 klagomål berör extern utförare.
I statistiken saknas svar i 50 klagomål som troligen är besvarade, utan att ha blivit diarieförda. Omvårdnadsnämnden har flest klagomål och samtidigt högst antal potentiella klagande kunder och anhöriga.
Det bör även noteras att det under den beskrivna perioden har funnits andra kanaler för att lämna klagomål. Mest frekvent är klagomål på själva utförandet av insatser samt under sommarmånaderna påpekas det runt vårdslös bilkörning och felparkering. En del klagomål inkommer i form av avvikelser som Region Gävleborg uppmärksammar, fram för allt vid inskrivning i slutenvård men även i utskrivningsprocessen. Det förekommer ungefär lika frekvent att Välfärd Gävle uppmärksammar Region Gävleborg på avvikelser som skett där.
Några verksamheter, men inte alla redovisar sin statistik av klagomål på enhets- eller verksamhetsnivå. I den redovisning som finns ingår både diarieförda och icke diarieförda klagomål.

Sammanfattande reflektion

En större andel klagomål än tidigare år inkommer via IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Detta kan även bero på att IVO blivit mer allmänt känd under pandemin så att den enskilde i högre grad vänder sig dit direkt med sitt klagomål. Det finns inte något i dessa klagomål som visar att verksamheten fått klagomålen till sig i ett tidigare skede och då inte hanterat dessa korrekt. Det är

viktigt att verksamheterna hanterar inkomna klagomål korrekt samt även informerar den enskilde att klagomål alltid ska lämnas till dem i första hand.

De klagomål som rör utskrivningsprocessen bör uppmärksammas i det länsövergripande samarbetet och rutinen som finns.

Det återstår för alla verksamheter att komma i gång med en korrekt avvikelse- och klagomålshantering med tillhörande analys och förbättringsarbete. Kvalitetsteamet fortsätter att ge stöd.

Lex Sarah

Omvårdnadsnämnden

Under 2021 har cirka 40 rapporter inkommit enligt lex Sarah, varav 3 har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De flesta rapporter som inkommer handlar om brister i utförandet av insatser på olika sätt så som att insatser inte blivit utförda eller utförda på ett felaktigt sätt. De orsaker som framgår i utredningarna är bristande kompetens och brister i kommunikation både utifrån språkliga svårigheter eller stress och hög arbetsbelastning. Många av rapporterna som inkommit under 2021 avser brister i bemötande gentemot kund. I vissa fall handlar detta också om brister i kommunikation och stress men även svårigheter att förstå sitt uppdrag trots flera riktade utbildningar och information om tex värdegrund.
Det har även rapporterat en del handhavandefel avseende olika typer av larm, rörelselarm som placerats felaktigt och ej utlösts och batterier som ej blivit bytta i trygghetslarm. Här skulle tekniken behöva utvecklas i syfte att minimera riskerna som finns utifrån viss manuell hantering kring larmen. Inaktuella rutiner behöver ses över och revideras gällande larmen för att det ska fungera optimalt.
Vidare framkommer stölder och i en del fall är det svårt att hitta någon egentlig orsak. Det som framgår är bristande följsamhet till rutiner. I några fall har fysiska övergrepp mellan kunder inträffat. Här är det viktigt att säkerställa att verksamheterna arbetar förebyggande och att utrymmena är anpassade till den verksamhet som ska bedrivas, där de boendes kognitiva förmåga är nedsatt.
Ibland finns flera orsaker till att missförhållanden inträffar i verksamheterna men det som ses som genomgående är att det brister i följsamheten till rutiner. I flera fall är den sociala dokumentationen undermålig och det tycks råda en okunskap om var, hur och vad information kring kunderna ska dokumenteras. Med tanke på kundernas omfattande behov borde betydligt fler väsentliga händelser finnas dokumenterade.

I flera utredningar framkommer kritik gentemot bemanningsenheten, det bör kunna ställas högre krav på introduktion och utbildning hos vikarier, men även att nuvarande system behöver ses över där Bemanningsenheten många gånger inte kan lösa passen och ansvaret faller tillbaka till enheterna.
Tre lex Sarah utredningar har resulterat i anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) där tydliga brister i ledning och styrning framkommit som bakomliggande orsak till uppkomna missförhållandena. Flera kunder har drabbats och missförhållandena bedöms ha pågått under en längre tid. Här behöver ledningen vara mer vaksam och fånga upp vad som händer ute i de olika verksamheterna när indikationer om brister kommer från olika håll. Bland annat utgör en dålig arbetsmiljö bland medarbetare, risker i att även kunderna far illa.

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Under 2021 har cirka 30 rapporter inkommit enligt lex Sarah varav 4 har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
Brister i bemötande och brister i utförandet av insatser är vanligast förekommande i rapporteringarna. Orsakerna till brister i bemötande handlar om okunskap och låg förståelse för målgruppen och det behov av arbetssätt som kundernas kognitiva funktionsnedsättning kräver. Flera psykiska övergrepp som rapporterats har sin grund i att vissa individer inte har fått rätt vårdform utifrån mångfasetterad problematik vilket gör att andra kunder påverkas negativt.
Otillåtna begränsningsåtgärder som pågått under en längre tid har uppmärksammats under året, där den största bidragande orsaken har handlat om okunskap inom LSS-området. Detta har resulterat i utbildningsinsatser och en öppnare dialog kring skydds- och begränsningsåtgärder som fått spridning till fler verksamheter.
Brister i samverkan framkommer tydligt i flera fall både internt och externt. Överenskommelser i genomförandeplaner behöver framgå i större utsträckning och hur samarbetet kan ske när kunder inte öppnar eller vill ta emot insatser. Biståndshandläggare behöver även följa upp mer frekvent när kunder tydligt säger ifrån sig eller inte har rätt insatser. Tydliga rutiner och riktlinjer behöver upprättas för att säkerställa att kunder inte hamnar mellan myndighet och utförare samt att SIP (Samordnad individuell plan) upprättas kring kunder i kontakt med fler instanser, tex i samverkan med Regionen.
Vidare framkommer stölder och i en del fall är det svårt att hitta någon egentlig orsak. Det som framgår är bristande följsamhet till rutiner.

Socialnämnden

Under 2021 har cirka 20 rapporter inkommit enligt lex Sarah, varav 1 har anmälts vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Majoriteten av inkomna rapporter handlar om brister i handläggningen som kan ha påverkat

rättssäkerheten. Klienter har inte fått tagit del eller tagit del av uppgifter som denne inte har rätt att ta del av. Orsaker till de rapporterade missförhållandena handlar om att medarbetare utifrån okunskap eller hög arbetsbelastning och stress missat delar i handläggningen. Överinskrivning i jourhem ses även som en orsak till missförhållanden och att det utifrån detta även finns en risk att placerade barn inte får sina behov av vård tillgodosedda. En händelseanalys1 har påbörjats för att se över hur planering och uppföljning sker och vilka rutiner som finns gällande placerade barn.

Sammanfattande reflektion

Socialt ansvarig samordnare har identifierat följande brister:

1. Bemanningsenhetens möjligheter att rekrytera och bemanna uppvisar oro för framtida personalförsörjning inom vård & omsorg
2. Chefer som inte har, eller får rätt förutsättningar, utifrån brist på erfarenhet och kompetens, hög arbetsbelastning eller bristande personlig lämplighet
3. Bristande kommunikation och dialog mellan chefsleden och avsaknad av handlingsplaner vid indikation från enheterna om brister i verksamheterna
4. Brister i den psykosociala arbetsmiljön vilket utgör risker för kunder och klienter i deras boende eller i handläggningen av ärenden
5. Kunskapsbrist kring aktuell lagstiftning och rutiner i handläggning
6. Flera verksamheter inom Välfärd Gävle som inte har rapporterat något missförhållande under flera år vilket väcker frågor om hur kunskapen kring lex Sarah och hantering av avvikelser ser ut
7. Bristande motivation till att ta emot information om lex Sarah trots erbjudande om att bli informerade av SAS
8. Avsaknaden av samordning kring HVB medför att det saknas en helhetssyn kring att avtalen efterföljs och att olämpliga HVB fortsätter att användas

Uppföljning och utvärdering

Uppföljningar och utvärderingar av verksamheten sker via Kvalitetsteamet uppföljning med platsbesök (nivå 1) uppföljning med platsbesök och rapport (nivå 2), mer djupgående kvalitetsgranskning med rapport till nämnd (nivå 3) samt avtalsuppföljningar av externa utförare. Avtalsuppföljningarna redovisas

1 En händelseanalys söker svar på: Vad har hänt? Varför har det hänt? Hur förhindras upprepning? Sid 17 *Riskanalys och händelseanalys - Analysmetoder för att öka patientsäkerheten (SKR 2015)*

till ansvariga nämnder i separat handling. Planering, analys och utvärdering har även ansvarat eller medverkat i andra uppföljningar och utvärderingar.

En uppföljning (nivå 1) på Vallongårdens vård- och omsorgsboende har genomförts. En uppföljning (nivå 1) av läkemedelshanteringen inom missbruksvården är beslutad att kvalitetsteamet ska genomföras, dock inte påbörjat p g a pandemins resurskrävande arbetsuppgifter. Planerad att genomföras under 2022.

En uppföljning (nivå 2) på Solberga vård- och omsorgsboende respektive Solgårdsgatans vård- och omsorgsboende har genomförts.

Kvalitetsgranskningar (nivå 3) har skett på två vård- och omsorgsboenden, Gävle Strand (Dnr 20ON318) och Forellplan (Dnr 22ON40) och presenteras på Omvårdnadsnämnden. Brister som främst lyfts fram i dessa rapporter rör brister och oklarheter runt roller och chefsansvar, avvikelsehantering och systematiskt förbättringsarbete samt dokumentation. Åtgärdsplanen för Gävle Strand har följts upp och visar att de flesta åtgärder är genomförda.

Utredare har genomfört *utvärdering i projektet Hemtjänst och hemsjukvård på distans* som presenterats till omvårdnadsnämnd hösten 2021.

Utredare inom Planering, analys och utvärdering har under året tagit fram en rapport *Kostnadsberäkning av interna öppenvårdsinsatser* som ska presenteras i socialnämnden våren 2022.

Utvärdering av *reflektionstid* pågår regelbundet. Innan sommaren 2022 avslutas projektet och eventuell fortsättning ska beslutas.

Utredare arbetar deltid på uppdrag inom Forskning och Utveckling (FOU) Gävleborg, med utvärderingsuppdrag, årliga seminariedagen Forskare möter praktiker samt en del samarbete med Högskolan i Gävle.

Sammanfattande reflektion

Kvalitetsteamet ser behov av att göra fler och mindre uppföljningar i olika verksamheter för att på ett tydligare sätt stödja i förbättringsarbete. De granskade verksamheterna ser med tacksamhet att granskningen är genomförd och Kvalitetsteamet ser också att förbättringsarbetet då får fart.

Öppna Jämförelser

Socialstyrelsens enkäter till kommunerna inom Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra olika kvalitetsaspekter inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, totalt inom 10 olika områden. Öppna jämförelser används också för nationell uppföljning av trender. Genom öppna jämförelser kan kommuner och verksamheter;

- få underlag till uppföljning, utveckling och förbättring av sina verksamheter
- följa verksamheten över tid
- få specifika indikatorer och mått som belyser verksamhetens kvalitet
- få kunskapsunderlag och lära av andra
- jämföra sina resultat med andra kommuner eller verksamheter med liknande förutsättningar.

Öppna jämförelser publiceras regelbundet på Socialstyrelsens webbplats.

Resultat för år 2021 finns. Kvalitetsteamet har granskat svaren från år 2020 och 2021, vilka visar på en del rent felaktiga svar under de båda åren. Resultatet i svaren varierar från år till år, även om situationen och styrdokumenten är desamma i kommunen.

Sammanfattande reflektion

Arbetet med att besvara frågorna behöver styras upp och följas år från år, för att kvalitetssäkra svaren. Så länge svaren spretar kan man inte analysera och göra verksamhetsförbättringar.

Det råder otydlighet i vems ansvar det är att analysera och vidta eventuella åtgärder. Är det sektorledning, kvalitetstrateg, kontorschef eller kvalitetsteamet?

Ska inte resultatet publiceras på hemsidan så att det är publikt för medborgare?

Enhetsundersökningen

Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en undersökning där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden besvarar frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre. Syftet med undersökningen är att stimulera till kunskaps- och verksamhetsutveckling på främst lokal nivå.

Enhetsundersökningen har inte genomförts under 2021 så senaste resultatet gäller 2019. Under våren samlas nu svar in gällande 2021. Kvalitetsteamet har granskat svaren och ser att svaren varierar mellan enheter, trots att situationen och styrdokumenten är desamma.

Sammanfattande reflektion

Arbete med att besvara frågorna behöver styras upp och följas år från år, för att kvalitetssäkra svaren. Så länge svaren spretar kan man inte analysera och göra verksamhetsförbättringar.

Det råder otydlighet i vems ansvar det är att analysera och vidta eventuella åtgärder. Är det sektorledning, kvalitetstrateg, kontorschef eller kvalitetsteamet?

Svaren i enhetsundersökningen bör respektive enhet kunna använda i sitt systematiska förbättringsarbete. Kanske en publicering i Power BI underlätta? Ska inte resultatet publiceras på hemsidan så att det är publikt för medborgare?

Brukarenkäten

Resultat från Socialstyrelsens brukarenkät 2020 finns. Kvalitetsteamet har inte analyserat svaren och vidtagit eventuellt förbättringsarbete.

Från och med mitten av januari 2022 får cirka 220 000 äldre personer en enkät med posten till sin folkbokföringsadress. Enkäten skickas till personer som är 65 år eller äldre och som har hemtjänst eller bor i ett särskilt boende. Den innehåller frågor om vad man tycker om sin äldreomsorg.
Syftet med undersökningen är att ge enskilda äldre personer möjlighet att göra sin röst hörd. Resultatet ger kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån de äldre personernas perspektiv. Därmed kan utfallet av insatserna jämföras, utvärderas och utvecklas i linje med vad de som tar emot äldreomsorgen tycker är bra respektive dåligt. Det blir en viktig signal till ansvariga politiker och tjänstemän. Resultaten publiceras på Socialstyrelsens webbplats preliminärt i juni 2022.

Sammanfattande reflektion

Det råder otydlighet i vems ansvar det är att analysera och vidta eventuella åtgärder. Är det sektorledning, kvalitetstrateg, kontorschef eller kvalitetsteamet?

Svaren i brukarenkäten bör respektive enhet kunna använda i sitt systematiska förbättringsarbete. Kanske en publicering i Power BI underlätta?

Informationsärende: Anmälningsärenden 22

Gävle KOMMUN

Kommunfullmäktige
Sammanträdesdatum 2022-02-21

§ 4 Omfördelning av kommunbidrag år 2022

Dnr 22KS20

Expedieras till:
Samtliga nämnder utom Valnämnd, Överförmyndarnämnd, Jävsnämnd

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

att 120 tkr omfördelas från samhällsbyggnadsnämnden till kommunstyrelsen avseende helårseffekt av verksamhetsövergång 1/5 2021.

Ärendebeskrivning

Sektor styrning och stöd, ekonomiavdelningen har stämt av nämnder och styrelses upprättade internbudgetar för år 2022 mot förutsättningarna i den av Kommunfullmäktige fastställda Kommunplanen för år 2022.

Ärendet innehåller en beskrivning kring förändrade kommunbidrag samt förslag på finansiering.

Enligt beslut om Kommunplan dnr 21ks22 är ekonomidirektören bemyndigad att inom ram omfördela centrala anslag till nämnderna avseende kompensation för ökade hyres- och kapitaltjänstkostnader till följd av färdigställda investeringar.

Informationen avser fattade beslut på delegation 1/1–8/2 2022.

Inlägg i ärendet

Åsa Wiklund Lång (S).

Yrkanden

Åsa Wiklund Lång (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Beslutsunderlag

- §11 KS Omfördelning av kommunbidrag år 2022, dnr 22KS20-4
- Tjänsteskrivelse - Omfördelning av kommunbidrag år 2022, dnr 22KS20-3
- Omfördelning kommunbidrag år 2022 för nämnder och styrelser, dnr 22KS20-1
- Bilaga 1 - Sammanställning av förändrade kommunbidrag 2022, dnr 22KS20-2

Kommunfullmäktige
Sammanträdesdatum 2022-02-21

§ 12 Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80

Dnr 21KS109

Expedieras till:
Omvårdnadsnämnden

Beslut

Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige besluta

att anse motionen som besvarad.

Ärendebeskrivning

Vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 2021-02-22, §18, väckte Jan Myléus (KD) rubricerad motion. Ett yttrande över motionen har inkommit från Omvårdnadsnämnden.

I motionen föreslås att uppsökande samtal riktade till ensamstående seniorer 80 år eller äldre skulle genomföras under 2021. I yttrandet över motionen beskriver Omvårdnadsnämnden hur uppsökande insatser eller samtal genomförts gentemot målgruppen 2019, 2020 och 2021.

Under 2019 kontaktades alla seniorer över 80 år utan biståndsbeslut eller insats med information om samhällsservice och inbjudan till träffpunkterna för seniorer. Under 2020 när arbetet med Äldrevänlig kommun startat upp genomfördes uppsökande samtal via telefon i samarbete med Välfärd Gävles uppsökande verksamhet för att förhindra ohälsa och oro. Vid dessa tillfällen gavs både information om aktiviteter som erbjuds av kommunen och av civilsamhället, om Stödlinje Corona och möjlighet att tycka till kopplat till Äldrevänlig kommun. Under samtalen kom kommunen i kontakt med personer i ofrivillig ensamhet och tillsammans med individen identifierades och erbjöds insatser och stöd för att förbättra hälsa och välmående.

Då majoriteten av seniorerna uppgett att de föredrar att kontaktas via telefon och bedömningen är att flest seniorer nås via denna metod så genomfördes nya uppsökande samtal under 2021. Målgruppen var då de seniorer som fyllde 80 år under året. Utöver riktade samtal anordnar kommunens Anhörigcenter aktiviteter, stöd och informationstillfällen. Samarbete sker också med civilsamhället. Två exempel är rörelsesatsning för seniorer i samarbete med Gävleborgs innebandyförbund, KF Heros och Hedvigslundshallen AB samt projektet Digivän som PRO och Microsoft står bakom för att öka digital kunskap och möjlighet att hålla kontakt med anhöriga via digitala former.

Sammantaget bedöms att de uppsökande samtalen som genomförts varit mycket uppskattade och att erfarenheterna ligger till grund för att fortsatt utveckla det förebyggande arbetet riktat till seniorer. Ofrivillig ensamhet är ett stort samhällsproblem som ökat under pandemin, särskilt för de äldre. Att genomföra

uppsökande insatser under pandemin har därför varit en viktig prioritering. Under 2022 ska handlingsplanen för Äldrevänlig kommun beslutas efter remiss till kommunala pensionärsrådet och pensionärsorganisationerna. Tillsammans med Välfärd Gävles uppsökande verksamhet kommer därmed utvecklingsarbetet fortsätta för att bryta ofrivillig ensamhet och möjliggöra ett hälsosamt, oberoende och delaktigt liv som senior i Gävle.

Motionen anses mot denna bakgrund besvarad.

Inlägg i ärendet

Jan Myléus (KD), Elisabeth Carlsson Cederholm (C) och William Elofsson (M).

Yrkanden

Elisabeth Carlsson Cederholm (C) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Jan Myléus (KD) och William Elofsson (M) yrkar bifall till motionen.

Beslutsgång

Ordföranden ställer kommunstyrelsens förslag mot Jan Myléus (KD) m.fl. bifallsyrkande och finner att kommunfullmäktige bifaller kommunstyrelsens förslag.

Votering begärs och bifalles. Följande voteringsproposition godkännes. Den som bifaller kommunstyrelsens förslag röstar ja. Den som bifaller Jan Myléus (KD) förslag röstar nej. Vid votering avges 62 röster, varav 48 ja-röster och 14 nej-röster. Ordförande finner att kommunfullmäktige beslutar att bifalla kommunstyrelsens förslag.

Reservationer

Moderaternas och Kristdemokraternas ledamöter reserverar sig mot beslutet till förmån för sitt bifallsyrkande.

Beslutsunderlag

- §28 KS Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80, dnr 21KS109-6
- Utlåtande över motion - Uppsökande samtal till ensamstående 80+, dnr 21KS109-5
- Yttrande från Omvårdnadsnämnden gällande motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80, dnr 21KS109-4
- Beslutsprotokoll 2021-06-17 § 91 Omvårdnadsnämnden gällande motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80, dnr 21KS109-3
- Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80, dnr 21KS109-1