

Hälso- och sjukvård i det civila försvaret

– underlag till försvarspolitisk inriktning

*Delbetänkande av Utredningen om
hälso- och sjukvårdens beredskap*

Stockholm 2020



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2020:23

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

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

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25046-4

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 (dir. 2018:77).

Genom tilläggsdirektiv beslutade regeringen den 14 november 2019 att utvidga utredningens uppdrag 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. Samtidigt förlängdes tiden för uppdraget till den 30 september 2021 (dir. 2019:83).

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

Som experter i utredningen förordnades den 10 maj 2019 ordföranden Karin Båtelson, Läkarförbundet, seniora juristen Marit Carlsson, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, medicinalrådet Lennart Christiansson, Socialstyrelsen, juristen Emilia Freij, Polismyndigheten, projektledaren Erica Hagblom, Läkemedelsverket, översten Claes Ivgren, Forsvarsmakten, vice förbundsordföranden Ann Johansson, Vårdförbundet, handläggaren Hasse Knutsson, Sveriges Kommuner och Regioner, länsöverdirektören Johan von

Sydow, Länsstyrelsen Stockholm, avdelningschefen Magnus Thyberg, Region Stockholm, och biträdande enhetschefen 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 departementssekreteraren 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.

Som sekreterare i utredningen anställdes apotekaren Fredrik Ax från den 1 januari 2019, juristen Ulrika Ternby från den 21 januari 2019, ämnesrådet Hans Hagelin från den 1 april 2019, beredskaps-samordnaren Eva Bengtsson på 60 procent från den 1 maj 2019 och f.d. medicinalrådet Lennart Christiansson på 20 procent från den 1 februari 2020. Under perioden 1 februari – 31 mars 2020 anställdes som analytiker kanslirådet Brigitta Hultblad och ämnesrådet Tom Nilstierna på 20 procent vardera.

Utredningen, som antog namnet Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap, överlämnar härmed delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning.

Stockholm i mars 2020

Åsa Kullgren

/Fredrik Ax
Eva Bengtsson
Lennart Christiansson
Hans Hagelin
Brigitta Hultblad
Tom Nilstierna
Ulrika Ternby

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Utredningens uppdrag och arbete	23
2 Inledning	25
3 Planering, ledning och samordning	27
3.1 Planering	27
3.1.1 Försvarsberedningen anser att en samordnad planering för totalförsvaret behöver påbörjas.....	28
3.1.2 Ett tydligt och sammanhängande planeringssystem	29
3.1.3 Kontinuitetshantering för planering av samhällsviktig verksamhet	31
3.1.4 Kommunernas och regionernas förmåga att hantera säkerhetsklassad information behöver säkerställas	33
3.1.5 Planering behöver ske utifrån olika skadetyper i krig.....	33
3.1.6 Vissa grunder för kommunernas och regionernas beredskapsplanering.....	34
3.2 Ansvar, ledning och samordning på hälso- och sjukvårdens område i kris och krig	38
4 Mål för hälso- och sjukvården inom totalförsvaret	41
4.1 Försvarsberedningen anser att funktionaliteten i hälso- och sjukvården ska upprätthållas	41

4.2	Allmänt om prioriteringar i vården	42
4.2.1	Prioriteringsplattformen.....	43
4.3	Prioritering är en utgångspunkt för planering.....	46
4.3.1	I försvarsbeslut har det angivits mål för sjukvården.....	47
4.3.2	Vårdprinciper i kris och krig	48
4.4	Mål för hälso- och sjukvården vid kris och krig	50
4.4.1	Utgångspunkter för en målsättning.....	51
4.4.2	Ett mål för den civila hälso- och sjukvården inom totalförsvaret.....	54
5	Hälso- och sjukvårdens förmåga i kris och krig.....	57
5.1	Totalförsvarets sjukvård.....	57
5.1.1	Försvarsmaktens sjukvård	59
5.1.2	Civil hälso- och sjukvård i krig	61
5.2	Den civila hälso- och sjukvårdens organisation i krig	61
5.2.1	Beredskapssjukhus i ett historiskt perspektiv	62
5.2.2	Regionernas krigsorganisationer behöver omfatta hela vårdkedjan	62
5.2.3	Faktorer av betydelse för regionernas organisation i höjd beredskap.....	67
5.3	Förbättrad sjukvårdsförmåga i krig.....	75
5.3.1	Försvarsberedningen anser att förmågan att ta hand om ett stort antal skadade måste förstärkas	76
5.3.2	Nationell kartläggning av regionernas förmåga	77
5.3.3	Förstärkningsresurser	80
5.4	Masskadeplanering	87
5.4.1	Förmågan att hantera stora skadeutfall bygger på den katastrofmedicinska beredskapen.....	88
5.4.2	Värdlandsstöd.....	89
5.4.3	En nationell masskadeplan bör tas fram	90

5.5	Robust infrastruktur för sjukvård och kritiska beroenden	94
5.5.1	Försvarsberedningen konstaterar att de flesta sjukhus har beroenden till samhällets tekniska funktionalitet	95
5.5.2	Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig	96
5.5.3	Informations- och kommunikationsteknologi samt AI behöver vara robust.....	100
5.6	Vidmakthållande av befintliga skyddade lokaler	103
5.6.1	Försvarsberedningen anser att skyddade lokaler ska bevaras	104
5.6.2	Befintliga skyddade lokaler är inte alltid ändamålsenliga i dag	104
5.6.3	Föreslaget nytt statligt kontrollsystem.....	105
5.6.4	Skyddade lokaler i regionerna behöver kartläggas.....	106
6	Sjuktransporter i kris och krig	109
6.1	Ambulanser och andra sjuktransporter	109
6.2	Försvarsberedningen konstaterar att transporter försvåras i krig.....	110
6.3	Samordning av sjuktransporter	111
6.3.1	En larmmottagare, men flera ambulansdirigenter	112
6.3.2	Parallella räddningstjänst- och sjukvårdsinsatser.....	112
6.3.3	Förstärkningsresursen Svenska Nationella Ambulansflyget (SNAM)	114
6.3.4	Sjuktransportresurser i Försvarmakten	115
6.3.5	Det saknas en samlad bild över tillgängliga resurser.....	115
6.3.6	Det finns vinster med ökad samordning.....	116
6.4	Förstärkningsresurs för sekundärtransporter i kris och krig.....	118

7	Personalförsörjning i kris och krig	121
7.1	Försvarsberedningen anser att personaltillgången behöver säkerställas för olika lägen.....	121
7.2	Hälso- och sjukvårdens behov av personal i kris och krig.....	122
7.2.1	Allmänt om krigsorganisation och krigsplacering	124
7.2.2	Totalförsvarsplikten.....	125
7.2.3	Privata aktörer är skyldiga att medverka i totalförsvarsplaneringen	130
7.2.4	Överenskommelse om personalförsörjning i kris.....	131
7.2.5	Förutsättningarna för personalförsörjning till civilt försvar behöver klargöras.....	132
7.3	Tillgång till uppgifter om utbildad hälso- och sjukvårdspersonal	136
7.4	Resursförstärkning genom frivilliga försvarsorganisationer	141
8	Förnödenhetsförsörjning	145
8.1	Försvarsberedningen konstaterar att försörjningen är avgörande för att skydda civilbefolkningen	145
8.2	Varför behöver vi en försörjningsberedskap?	146
8.3	Övergripande försörjningsfrågor behöver samordnas nationellt	148
8.4	Hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap ska utgå från den vård som ska bedrivas vid fredstida kris och vid krig	150
8.5	Internationella försörjningssamarbeten och kartläggning av basindustri	151
8.5.1	Översyn av internationella avtal.....	152

8.6	Ett sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel	154
8.6.1	Ansvaret för försörjningen till vården i vardagen åvilar sjukvårdshuvudmännen – nivå 1	157
8.6.2	Information till allmänheten och till vissa patienter med kroniska sjukdomar	163
8.6.3	Ekonomiska konsekvenser av en eventuell lagringsskyldighet i Sverige – nivå 2	169
8.6.4	Utökad statlig beredskapslagring av vissa förnödenheter – nivå 3	172
8.6.5	Nordisk tillverkningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel – nivå 4	175
8.7	Blodförsörjning	178
9	Utbildning och övning	183
9.1	Försvarsberedningen anser att utbildnings- och övningsinsatserna behöver öka	183
9.2	Utbildning och övning behöver ske med en bred ansats....	184
9.2.1	Ansvaret för utbildning och övning är delat mellan flera aktörer.....	185
9.2.2	Nationella och regionala strategier för övning och utbildning behöver samordnas.....	188
9.2.3	Nationella utbildnings- och övningsplaner behöver tas fram	189
9.2.4	Kunskapen i katastrofmedicin och om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret behöver öka	195
9.2.5	Katastrofmedicin bör ingå i grundutbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal	202
9.2.6	Utbildning och övning behöver utgå ifrån den vård som ska bedrivas	204
9.3	Allmänhetens kunskap i första hjälpen bör öka.....	206

10 Ekonomiska konsekvenser och prioritering av åtgärder . 211

10.1	Krisberedskap eller totalförsvar.....	211
10.1.1	Finansieringsansvar för krisberedskapen är otydligt	212
10.1.2	Finansieringen av krisberedskap och civilt försvar	213
10.1.3	Hälso- och sjukvården är bara en del i kommuners och regioners kostnader för krisberedskap och civilt försvar	214
10.2	Sammanställning av budgeteffekter.....	214
10.2.1	Budgeteffekter för staten.....	214
10.2.2	Vissa ekonomiska effekter för staten för hemlagring som inte rör försvarsbeslutet.....	216
10.2.3	Vissa ekonomiska effekter och kostnader för regioner vid utökad lagring.....	216
10.2.4	Budgeteffekter per åtgärdsområde.....	217
10.3	Sammanställning av kostnader.....	220
10.3.1	Ekonomiska effekter och konsekvenser för myndigheter	225
10.3.2	Kostnader för kommuner och regioner.....	226
10.3.3	Övriga kostnader.....	227
10.3.4	Kostnader för områden som tagits upp av andra aktörer.....	228
10.4	Konsekvenser av att inte vidta åtgärder	228
10.5	Prioritering av åtgärder	229

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2018:77.....	231
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2019:83.....	271

Sammanfattning

Om betänkandet

Utredningen fick i augusti 2018 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 (se bilaga 1). Uppdraget skulle redovisas senast den 31 december 2020.

I november 2019 beslutade regeringen tilläggsdirektiv (se bilaga 2) som bl.a. anger att utredningen senast den 1 april 2020 ska lämna en delredovisning som innehåller en analys av de åtgärdsförslag avseende det civila försvaret som Förvarsberedningen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Försvarmakten har redovisat när det gäller hälso- och sjukvården. Utredningen 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 också föreslå en prioritetsordning för de områden där det krävs insatser till och med 2025 samt vilka kostnader och övriga konsekvenser detta ger upphov till. I tilläggsdirektiven utvidgades utredningens uppdrag och tiden för uppdraget förlängdes till den 30 september 2021.

I detta delbetänkande redovisas utredningens analys av de förslag till inriktning för hälso- och sjukvården som en del av det civila försvaret som Förvarsberedningen, Försvarmakten och MSB har lämnat. Utredningens bedömningar i detta delbetänkande är avsedda att utgöra ett underlag inför den försvarspolitiska inriktningsproposition som regeringen ska lämna till riksdagen under hösten 2020.

Betänkandets innehåll

I detta delbetänkande lämnar utredningen sin bedömning av de förslag som Försvarsberedningen lämnat inför den försvarspolitiska inriktningspropositionen 2020. Utredningen redogör också för vilka åtgärder som utredningen bedömer bör prioriteras under kommande försvarsbeslutsperiod. Utredningen gör sammanfattningsvis följande bedömningar.

Det behövs en tydlig planeringsprocess som också omfattar kommuner och regioner

Utredningen kan konstatera att den återupptagna planeringen för civilt försvar påbörjas samtidigt på flera nivåer i samhället, och i flera parallella strukturer, utan att den övergripande processen för inriktning, stöd till genomförande och uppföljning finns på plats. Rollfördelningen mellan olika statliga aktörer och länsstyrelserna är inte heller tydlig. Inom hälso- och sjukvårdsområdet har kommuner och regioner ett stort behov av stöd från statliga myndigheter för denna planering, samtidigt som myndigheterna själva ska påbörja sitt eget arbete med civilt försvar. Eftersom hälso- och sjukvården bedrivs i kommuner och regioner samt genom privata utförare kan planeringsprocessen för civilt försvar inte stanna vid en struktur för statliga myndigheters planering. Det är nödvändigt att det i samband med kommande försvarsbeslut anges en process för hur planeringsinriktningar förs vidare från statliga myndigheter till i första hand kommuner och regioner, för att i ett andra steg även involvera privata aktörer.

Det bör fastställas en målsättning för hälso- och sjukvården i kris och krig

Försvarsberedningen framhåller att det är viktigt att upprätthålla funktionaliteten inom sjukvården i krig. Om sjukvården inte fungerar får det konsekvenser för människors liv och hälsa, men utöver det konstaterar Försvarsberedningen att det även riskerar att skada allmänhetens förtroende för statsledningen och det offentliga, vilket i sin tur kommer att påverka försvarsviljan och motståndskraften. Utredningen delar denna bedömning och vill understryka att flera aktörer

har framhållit just en fungerande sjukvård som en viktig faktor för allmänhetens förtroende för det offentliga. Det är därför viktigt att tydliggöra för allmänheten vad den kan förvänta sig för vård vid allvarliga händelser i fredstid och i krig. Vård kommer inte att kunna bedrivas på samma sätt i krig som i vardagen och alla fredstida krav i lagstiftningen kommer inte 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.

För att underlätta beredningsplaneringen och för att tydliggöra för allmänheten vad den kan förvänta sig av hälso- och sjukvården, även då den är utsatt för extrem belastning, behöver det anges vilken hälso- och sjukvård som ska kunna utföras även i händelse av fredstida kriser eller vid krig. I försvarsbeslutet år 2020 bör det därför anges en målsättning för den civila hälso- och sjukvården. Målsättningen bör vara att ”Den civila hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och 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 ska de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred”.

Hälso- och sjukvårdens krigsorganisation behöver omfatta hela vårdkedjan

Planeringen för hälso- och sjukvården i krig fokuserar ofta på traumavård och hälso- och sjukvårdens förmåga att ta hand om masskadeutfall. Det är viktigt att ha beredskap för detta eftersom sjukvården normalt inte möter den typen av händelser i vardagen. Men det är också viktigt att beakta att förmågan att ta hand om traumapatienter är beroende av att andra delar av hälso- och sjukvården fungerar. Ett omhändertagande av ett stort antal trauman medför också undanträngningseffekter för annan akut- och planerad vård som kan påverka vårdens kapacitet under lång tid. Likaså finns ett fortsatt stort behov av att kunna hantera andra stora utmaningar som hälsohot och utbrott av smitta, oavsett om detta är en del i en global situation eller har en antagonistisk grund.

Utöver de tillkommande vårdbehov som kan uppstå under krig kommer de allvarliga sjukdomstillstånd som vi möter i vardagen finnas kvar. Många svårt sjuka eller skadade patienter kommer att vara i lika stort behov av vård som patienter med svåra krigsskador. Patienter som är inskrivna för vård på sjukhus är i dag som regel så sjuka att det vid platsbrist på ett sjukhus som regel inte är möjligt att skriva ut dem och överlämna dem till den kommunala hälso- och sjukvården. Beredningsplaneringen för hälso- och sjukvården behöver således ske utifrån ett bredare perspektiv än traumavård och omfatta alla delar av hälso- och sjukvården, inklusive smittskydd, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

För att organisera hälso- och sjukvården i krig behöver kommuner och regioner skapa krigsorganisationer utifrån nationella planeringsförutsättningar samt lokala och regionala civila och militära behov. Regionernas krigsorganisationer behöver omfatta hela vårdkedjan från prehospitäl vård till tertiär högspecialiserad vård på universitetssjukhus. De vårdinrättningar som ingår i organisationen bör vara geografiskt spridda för att minska sårbarhet och skapa redundans. Primärvård och specialistsjukvård i såväl öppen som sluten vårdform är alla en väsentlig del av en sådan organisation. Kommuner och regioner behöver samverka för att skapa krigsorganisationer som täcker hela vårdkedjan, och särskilt planera gemensamt för att upprätthålla hemsjukvård och vård på särskilda boenden. Vid utformningen av kommunernas och regionernas krigsorganisation bör även vårdinrättningar och särskilda boenden som drivs av privata aktörer beaktas.

Sjukvårdens organisation för höjd beredskap och krig bör utformas utifrån förutsättningen att viss traumavård behöver kunna bedrivas på de flesta akutsjukhus, men att universitetssjukhusens traumacentrum, med sina regionala nätverk av traumaenheter, kan ha ett särskilt uppdrag i att stödja verksamheterna med att utveckla och bibehålla kompetens på de mindre sjukhusen.

Förmågan att ta hand om många skadade och sjuka behöver öka

Utifrån de uppskattningar av antal skadade och döda vid ett väpnat angrepp som Forsvarsberedningen anger behöver hälso- och sjukvårdens kapacitet öka väsentligt. För att på nationell nivå kartlägga regionernas förmåga behöver det finnas gemensamma kriterier för den kapacitet

som ska redovisas. Socialstyrelsen bör i samarbete med regionerna snarast, utifrån gemensamma kriterier för vårdplatser i höjd beredskap och krig, kartlägga och på nationell nivå sammanställa uppgifter om vilken vårdkapacitet som finns i landet. En rimlig ambitionsnivå under den kommande försvarsbeslutsperioden kan vara att regionerna, utifrån de kriterier som Socialstyrelsen anger för sjukvården i höjd beredskap och krig, ska kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med ett normalläge i fredstid, med en bemanning som är möjlig under sådana förhållanden.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att påbörja arbetet med att ta fram en nationell masskadeplan. Vid uppdragets utförande ska särskilt Försvarsmaktens, Folkhälsomyndighetens och regionernas synpunkter inhämtas. När den nationella planen fastställts bör den utgöra grund för regionernas arbete med att ta fram regionala masskadeplaner. I uppdragets inledningsskede bör Socialstyrelsen prioritera framtagandet av dels ett nationellt enhetligt triagesystem, dels nationella fördelningsnycklar för hur patienter ska fördelas mellan sjukhus och regioner.

Robustheten behöver öka

Hälso- och sjukvårdens robusthet i vardagen behöver öka. En mer robust vård i vardagen skapar bättre förutsättningar för krisberedskap och för den beredskap som är nödvändig för att säkerställa vård även vid krig.

Utredningen bedömer att investeringsstöd genom programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (SSIK) är ett effektivt sätt att skapa incitament för regionerna att öka robustheten i hälso- och sjukvården. Internationella erfarenheter har visat att satsningar på robusta sjukhus är väl investerat när hälso- och sjukvården ska klara effekterna av katastrofer och fortsätta att bedriva vård. Utredningen bedömer därför att investeringsprogrammet SSIK bör återinföras. Det bör i ett första läge omfatta sjukhus, men längre fram utökas till att även omfatta vårdcentraler och senare även andra vårdinrättningar.

Införandet av information- och kommunikationsteknologi och artificiell intelligens i vården måste ske med beaktande av totalförsvarets krav på robusthet och redundans. Statliga myndigheter med

expertis på området som MSB, och den myndighet som får ansvaret för SSIK bör stödja regionerna i detta arbete.

Det finns behov av att på nationell nivå kartlägga vilka skyddade lokaler det finns i regionerna där det går att bedriva vård. Den myndighet som får ansvaret för programmet SSIK bör också få ett särskilt uppdrag att tillsammans med regionerna kartlägga befintliga skyddade lokaler för vårdverksamhet. Om underhållet av en lokal är efterställt och lokalen har betydelse för totalförsvarets behov bör statligt stöd för att åtgärda detta kunna utgå.

Sjuktransporter

En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna ta hand om skadade prehospitalt och frigöra vårdplatser på sjukhus vid krig, är förmåga att i rätt tid transportera rätt skadad till rätt vårdnivå med rätt transportmedel och rätt ambitionsnivå. Detta kräver en väl fungerande sjuktransportorganisation och ledning. Det behöver därför skapas en tydlig samordningsfunktion för civila och militära sjuktransporter. Denna ska klara av samordning av samtliga typer av transportmedel. Detta gäller särskilt under höjd beredskap och krig. En utgångspunkt för uppbyggnad av funktionen är civila och militära beskrivningar av de befintliga sjuktransportorganisationerna. Regeringen bör därför i överenskommelsen med SKR om civilt försvar och genom uppdrag till Forsvarsmakten och Sjöfartsverket säkerställa att sådana beskrivningar tas fram. Därefter bör den för hälso- och sjukvården blivande sektorsansvariga myndigheten samt Forsvarsmakten gemensamt och i samverkan med regionerna ta fram en modell för samordnad sjuktransportledning i krig.

Därutöver bör Socialstyrelsen få i uppdrag att i samverkan med regionerna och Forsvarsmakten ta fram förslag till hur en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan utformas.

Personalförsörjning

Utredningen anser, precis som MSB, att regelverken kring personalförsörjning för det civila försvaret behöver ses över. Det behöver bl.a. tydliggöras på vilka sätt kommuner och regioner kan involvera

privata aktörer i sina krigsorganisationer samt hur kommuner och regioner kan förstärka sina organisationer med personal från privata arbetsgivare, utbildad personal som inte har anställning och de som är under utbildning. Utredningen bedömer att en återaktiverad civilplikt skulle skapa ökade möjligheter för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning i krig. I samband med en sådan översyn bör det övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för totalförsvarets behov.

Lagerhållningen i Sverige av förnödenheter behöver öka

Det finns betydande vinster med att på nationell nivå samordna vissa strategiska försörjningsrelaterade frågor i stället för att aktörer i olika sektorer i samhället skapar separata lösningar för detta. Utredningen anser därför att regeringen bör överväga om en sammanhållande funktion för samhällets försörjningsberedskap bör inrättas.

Planering och åtgärder som vidtas för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap måste utföras med utgångspunkt i den vård som ska bedrivas vid fredstida kriser och vid krig. Sådana åtgärder måste även inkludera planering för smitta och hälsohot. En målsättning som anger vilken civil hälso- och sjukvård som ska kunna bedrivas även i fredstida kriser och krig skulle även utgöra en utgångspunkt för den civila vårdens försörjningsberedskap.

Regeringen bör initiera en översyn av de övergripande internationella krishandelsavtal som tecknats med Finland och Norge. Såvitt avser läkemedel och hälso- och sjukvårdsmateriel bör Läkemedelsverket få i uppdrag att genomföra en kartläggning avseende svensk produktion av aktiva substanser, hjälpämnen och förpackningsmaterial samt färdiga produkter på området. Läkemedelsverket bör, om det är möjligt, samverka med sina nordiska motsvarigheter om motsvarande kartläggningar.

Försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmateriel behöver stärkas. För att stärka försörjningen krävs mer läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige. Det behöver därför tas fram ett nationellt sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige för fredstida kriser och krig. Systemet ska kunna anpassas efter rådande säkerhetspolitiska läge och ekonomiska ramar och måste därför vara skalbart vad avser såväl antalet produkter, som den mängd

som lagras. Utredningens utgångspunkt för det fortsatta arbetet är att omsättningslagring är att föredra framför beredskapslagring när så är möjligt. Utredningen avser att återkomma avseende ett sådant system i slutbetänkandet.

Redan nu kan konstateras att systemet med just in time-leveranser medför sårbarheter, vilket bl.a. visat sig vid den brist på sjukvårdsmateriel som drabbade flera regioner under hösten 2019 samt vid de återkommande problem med restnoteringar av läkemedel som orsakar merarbete för både vården och apoteken. Det kan också innebära patientsäkerhetsrisker för den enskilde. Regionerna har enligt gällande lagstiftning ansvar för att det finns läkemedel och annan nödvändig utrustning för den vård de ska bedriva. Det behöver därför finnas en viss lagerhållning av sådana förnödenheter i regionerna för att minska sårbarheten i vardagen. Vissa regioner har redan påbörjat arbete med att se över sin lagerhållning. Utredningen bedömer att kommuner och regioner snarast bör vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa att försörjningen av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel är tillräcklig för en god vård i ett normalläge i fred samt, såvitt avser regioner, för att upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap.

Ett annat sätt att minska sårbarheten vid brist på läkemedel och sjukvårdsmateriel är att allmänheten har en viss hemberedskap. Regeringen bör därför ge MSB i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och TLV informera allmänheten om betydelsen av att i vissa fall själv lagerhålla läkemedel och vissa förbrukningsartiklar för en period om upp till en månad.

Den statliga beredskapslagringen bör under den kommande försvarsbeslutsperioden utökas med produkter för traumavård, sjukvårdsmateriel som kan behövas vid epidemier och genom viss komplettering av antidoter.

Utredningen föreslår också att regeringen tar initiativ till en diskussion om nordisk tillverkningsberedskap i syfte att forma en multilateral arbetsgrupp som vidare utreder genomförbarheten av ett sådant förslag. Om regeringen inte bedömer detta som en framkomlig väg, eller att hinder möts på vägen, bör Sverige ändå på egen hand gå vidare med att överväga en nationell tillverkningsberedskap för vissa produkter.

Även försörjningen av blod behöver stärkas. De regionala blodverksamheterna behöver bli robusta 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. Regeringen kan därutöver behöva tillföra medel för att ytterligare stärka blodcentralernas verksamhet inför krigets utmaningar.

Regeringen bör också ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt register över blodgivare som är lätt tillgängligt för alla blodverksamheter.

Det behövs nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial för sjukvården

All vårdpersonal måste 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. På hälso- och sjukvårdsområdet ansvarar kommuner och regioner själva för utbildning och övning av sin personal. Det saknas nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial i katastrofmedicin och för hälso- och sjukvård i kris och krig. Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att stödja regionerna med kunskapsstöd och att bl.a. ta fram en nationell modell för utbildning och övning. Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2020. Utredningen vill understryka vikten av att sådant stöd till regionerna tillgängliggörs snarast.

Kunskapen i katastrofmedicin har minskat under senare år. I kombination med den ökade specialiseringen inom sjukvården har det medfört att det på många håll saknas personal med generella kunskaper att hantera stora skadeutfall utanför sitt eget specialistområde. Att hälso- och sjukvårdspersonal har grundläggande kunskaper i katastrofmedicin är en förutsättning för en fungerande krisberedskap och för befolkningens säkerhet och trygghet i krig. Det är också en förutsättning för tillhandahållandet av en jämlik vård över hela landet. Ämnesområdet katastrofmedicin bör därför införas som en obligatorisk del i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska.

Därutöver behöver det återinföras nationella utbildningar i traumavård och krigskirurgi som utgår ifrån krigets krav. Sådana utbildningar ska ta sin grund i de civila och militära skador som uppkommer i krig samt beakta behovet av resursbesparande metoder. Socialstyrelsen bör därför, tillsammans med Försvarsmakten, ges i uppdrag att genomföra och finansiera sådana kurser för regionerna.

Ökade kunskaper i första hjälpen hos allmänheten skulle bidra till ökade överlevnadsmöjligheter för svårt skadade. En ökad förmåga att utföra akuta och livräddande åtgärder i fred skulle också stärka samhällets beredskap för kris och krig. Utredningen anser därför att allmänhetens kunskaper i första hjälpen bör stärkas, både genom utbildning i skolor, hos arbetsgivare och som fristående utbildningar i kommunerna öppna för allmänheten. För detta krävs en välorganiserad och systematisk utbildningsinsats som når ut till hela befolkningen. MSB bör få i uppdrag att genomföra en sådan insats.

Prioriterade åtgärder och behov av medel till hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

Utredningen bedömer det som högt prioriterat att i det kommande försvarsbeslutet fastställa en målsättning för den civila hälso- och sjukvården i fredstida kriser och i krig. En sådan målsättning är vägledande för kommuners, regioners, privata aktörers och statliga myndigheters fortsatta arbete med civilt försvar och ger en gemensam utgångspunkt för det fortsatta planeringsarbetet. Utredningen bedömer vidare att det är viktigt att regionerna snarast påbörjar arbetet med att stärka den egna försörjningsberedskapen. Brister i försörjningen har visat sig både för läkemedel och sjukvårdsmateriel i vardagen. Det globala beroendet i försörjningskedjan har aktualiserats än mer under den senaste tidens smittutbrott med viruset Covid-19. Genom en god egen beredskap minskar regionerna direkt risken att påverkas av olika störningar. Även den statliga beredskapslagringen behöver utökas i viss del.

Utredningen bedömer också satsningar på att ta fram nationellt stöd för utbildning och övning i katastrofmedicin och för civilt försvar som högt prioriterat. Dessa stöd är en förutsättning för att alla kommuner och regioner ska arbeta i samma riktning. Utredningen vill särskilt framhålla vikten av ett införande av obligatorisk utbildning i katastrofmedicin i läkar- och sjuksköterskeutbildningen. Ett sådant införande ger i framtiden en gemensam lägstanivå där andra nationella och regionala utbildningar kan ta vid, men det tar tid. Regionernas möjligheter att öka sin förmåga i situationer när samhället utsätts för påfrestningar av olika slag är naturligtvis också högt prioriterad. Utredningen har lämnat förslag på flera åtgärder på området. Att bygga förmåga tar tid och måste därför genomföras succesivt.

Det kan dock konstateras att med rätt utbildad och övad personal, tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel samt nödvändig medicinteknisk utrustning kan mycket åstadkommas även under enkla förhållanden.

Ett genomförande av de åtgärder som presenteras i detta betänkande medför budgeteffekter. För ett genomförande av de åtgärder som berör civilt försvar bedöms staten behöva reservera totalt 3 785 miljoner kronor under försvarsbeslutsperioden 2021–2025.

Utöver detta presenterar utredningen några åtgärder som i större utsträckning berör den grundläggande krisberedskapen. Det avser hemlagring och utökad regional lagerhållning. Budgeteffekterna för detta under perioden 2021–2025 är för staten totalt 896 miljoner kronor (hemlagring) och för regionerna 995 miljoner kronor (utökad regional lagring).

De olika satsningar som utredningen har bedömt bör genomföras medför, utöver ovan redovisade budgeteffekter, även kostnader för staten, kommuner och regioner. De totala kostnaderna under perioden 2021–2025 beräknas för staten uppgå till 568 miljoner kronor, för kommunerna till 650 miljoner kronor och för regionerna till 1 210 miljoner kronor.

Utredningens fortsatta arbete

Utredningen redovisar i detta delbetänkande övergripande bedömningar av vad som är viktigast att satsa på inom hälso- och sjukvårdsområdet i det kommande försvarsbeslutet för 2021–2025, samt vilka första åtgärder som kan påbörjas redan 2021. I utredningen slutbetänkande i september 2021 kommer vi redovisa våra förslag avseende hälso- och sjukvårdens samlade beredskap.

1 Utredningens uppdrag och arbete

Regeringen beslutade i augusti 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 (se bilaga 1). I november 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (se bilaga 2) som bl.a. innebär att 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.

Utredningen lämnar i denna rapport en delredovisning i enlighet med tilläggsdirektiven. De förslag som utredningen haft i uppdrag att analysera är dels de förslag som Försvarsberedningen lämnat i ”Motståndskraft – Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025” (Ds 2017:66) samt ”Värnkraft – Inriktningen av säkerhetspolitiken och utformningen av det militära försvaret 2021–2025” (Ds 2019:8), dels de förslag som Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har lämnat till regeringen i den myndighetsgemensamma redovisningen av det så kallade 11 maj-uppdraget.

Hälso- och sjukvården är en viktig del i totalförsvaret, både för befolkningens liv och hälsa i allmänhet men även som stöd till Försvarsmakten. Utredningens hela uppdrag är mycket omfattande och det ovan redovisade underlaget är intimt förknippade med hela uppdraget. Detta medför vissa utmaningar eftersom denna delredovisning inte är enkelt avskiljbar från uppdraget som helhet. Det underlag som delredovisningen utgör bör därför läsas med vetskap om att det som tas upp inte är heltäckande och att flera delar kommer att utvecklas vidare i slutbetänkandet. Samtidigt ger delredovisningen en bild av vart utredningen är på väg och vi lyfter också vissa omedelbara åtgärder som vi bedömer kan påbörjas redan nu. Allt i syfte att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga som en del av det civila försvaret och som stöd till Försvarsmakten.

Utredningen har en expertgrupp knuten till sig med representanter för Regeringskansliet, myndigheter, regioner och organisationer. Utredningen har ett öppet arbetssätt och har löpande dialog med många olika aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet. I januari 2020 genomförde utredningen en studieresa till Finland för att träffa Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, FIMEA, Försörjningscentralen och Social- och hälsovårdsministeriet för att diskutera reglerna för den finska hälso- och sjukvårdsberedskapen.

Syftet med denna delredovisning är att ge underlag för en kommande försvarspolitisk proposition. I detta delbetänkande återfinns därför inga författningsförslag, utan endast bedömningar. Utredningen kommer att fortsätta arbetet utifrån de båda direktiven och lämnar ett slutbetänkande senast den 30 september 2021.

2 Inledning

Var femte år beslutar riksdagen en försvarspolitisk inriktningsproposition som ligger till grund för arbetet inom totalförsvaret under den kommande femårsperioden. Under hösten 2020 ska regeringen lämna en proposition för perioden 2021–2025. Detta delbetänkande utgör ett underlag till regeringens bedömning av vilka åtgärder som bör prioriteras inom hälso- och sjukvården som en del av det civila försvaret under denna period.

I samband med den försvarspolitiska inriktningspropositionen för perioden 2016–2020 återupptogs totalförvarsplaneringen. Arbetet har inletts på flera nivåer i samhället samtidigt.

Under högsta beredskap och krig är totalförsvaret all samhällsverksamhet som då ska bedrivas. Totalförsvaret består av civilt och militärt försvar. Genom ömsesidigt stöd och samverkan mellan civila och militära verksamheter uppnås största möjliga försvarseffekt. Totalförsvaret ska utformas och dimensioneras för att kunna möta ett väpnat angrepp mot Sverige. Totalförsvaresresurser ska också utformas så att de även kan stärka samhällets förmåga att förebygga och hantera andra svåra påfrestningar i samhället.

Det civila försvaret bygger på samhällets krisberedskap och samhällets samlade motståndskraft.¹ Krisberedskapen är därmed utgångspunkten för förmågan i höjd beredskap. Krisberedskapen tar sin grund i ansvarsprincipen och det geografiska områdesansvaret och skapas därmed i aktörernas vardagliga verksamhet.² Ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under kris och krig.

Inom hälso- och sjukvårdens område är det kommuner och regioner som enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är ansvariga för att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård. Regionerna har också

¹ Regeringskansliet (2017) *Nationell Säkerhetsstrategi*.

² Prop. 2007/08:92, s. 7–8.

ansvar för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen (2004:168). Regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen också upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap vilket enligt föreskrifterna innebär beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse³. Föreskrifterna anger att varje region 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 omhändertaga drabbade samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen har även meddelat föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som bl.a. anger att det ska finnas ledningssystem som säkerställer att vårdgivaren gör riskanalyser och vidtar de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.⁴

Kommuners och regioners ansvar för krisberedskap och planering för höjd beredskap anges i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Strukturen i detta delbetänkande inleds med planering och inriktning av arbetet med civilt försvar och följs därefter först av en analys av hälso- och sjukvårdens kärnverksamhet och sedan dess stödprocesser som transporter, personalförsörjning och förnödenhetsförsörjning. Därefter följer åtgärder kring utbildning och övning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kostnader för föreslagna åtgärder redovisas i respektive avsnitt och sammanställs i det avslutande avsnittet.

³ Allvarlig händelse kallas ibland också för särskild händelse. Enligt Socialstyrelsens termbank är dessa synonyma men termen allvarlig händelse används i föreskrifterna.

⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

3 Planering, ledning och samordning

I detta kapitel redogör utredningen för övergripande iakttagelser avseende planering, ledning och samordning av totalförsvsarbetet. Utredningen diskuterar inledningsvis planeringssystemet och kommuners och regioners arbete med risk- och sårbarhetsanalyser inom krisberedskapen. Därefter diskuterar utredningen övergripande frågor kring ansvar, ledning och samordning inom hälso- och sjukvårdens område.

3.1 Planering

Sedan den nu gällande försvarspolitiska inriktningspropositionen för 2016–2020 beslutats, och totalförsvsarplaneringen återupptagits, fattade regeringen beslut om ett antal sammanhängande uppdrag och anvisningar till berörda myndigheter. Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortat MSB, fick i uppdrag att redovisa ett förslag till gemensamma grunder (grundsyn) för en sammanhängande planering för totalförsvaret. Myndigheterna fick också i uppdrag att göra en bedömning av Försvarsmaktens behov av stöd från myndigheter inom det civila försvaret inför och vid höjd beredskap samt en bedömning av myndigheternas möjligheter att tillhandahålla sådant stöd. De bevakningsansvariga myndigheterna fick i uppdrag att återuppta sin planering för höjd beredskap. Enligt särskilda anvisningar fick Försvarsmakten vidare i uppdrag att med stöd av MSB snarast möjligt ge de bevakningsansvariga myndigheterna tillgång till relevanta delar av planeringen avseende väpnat angrepp.

Försvarsmakten och MSB kom i juni 2016 med ett förslag till grundsyn. Ett år senare, i juni 2017, inkom Försvarsmakten och MSB med en samlad bedömning avseende möjligheten för Försvarsmakten att

vid höjd beredskap få stöd från det civila försvaret. I den rapporten analyseras vilken förmåga de bevakningsansvariga myndigheterna har att tillgodose Försvarmaktens behov av stöd inom sju områden, varav ett av dessa avsåg sjukvård och läkemedelsförsörjning.¹ Staten har vidare träffat överenskommelser med kommuner och regioner om planeringen för civilt försvar och ersättning för sådant arbete.^{2,3,4,5}

3.1.1 Förvarsberedningen anser att en samordnad planering för totalförsvaret behöver påbörjas

Förvarsberedningen uttrycker i *Motståndskraft* att ledningsstrukturen inom det civila försvaret på central myndighetsnivå behöver förtydligas och stärkas för att åstadkomma en sammanhållen planering i fredstid och ett samordnat agerande under höjd beredskap och krig. Förvarsberedningen anser också att regionerna och övriga berörda sjukvårdshuvudmän måste börja planera för höjd beredskap och krig i enlighet med vad som föreskrivs i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Beredningen anser att Socialstyrelsen bör vara pådrivande för att en sådan planering sker och att planeringen bör utgå från Försvarmaktens operativa planläggning och samordnas inom totalförsvaret. Rimlig statlig ersättning ska utgå för att planeringen ska kunna bedrivas.

Förvarsberedningen anser vidare att beredskapsplaneringen även bör beakta ett efterkrigsperspektiv för omhändertagande och vård av bl.a. invalidiserade och psykiskt traumatiserade. Beredskapsplaneringen inom sjukvården bör ta sin utgångspunkt i beräkningar rörande skadetyper och antal skadade och döda i krig. Planeringen behöver ta hänsyn till situationer med störningar i andra samhällsfunktioner, såsom el-, vatten- och läkemedelsförsörjningen samt inom transportsektorn.⁶

¹ Förvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 40–41.

² *Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018.*

³ *Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019.*

⁴ *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* (dnr S2019/05298/FS).

⁵ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), *Överenskommelse om landstingens arbete krisberedskap och civilt försvar 2018–2020* (SKR dnr 18/0265, MSB dnr 2018-05682).

⁶ Förvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 93, 192–193.

3.1.2 Ett tydligt och sammanhängande planeringssystem

Utredningens bedömning: Totalförvarsplanering bör utföras enligt ett tydligt och sammanhängande system som bl.a. säkerställer att riksdagens och regeringens mål och anvisningar, och planeringsinriktningar från Försvarmakten och MSB med dimensionerande uppgifter förs vidare till och följs av myndigheter och andra aktörer i deras planeringar. Det är viktigt att planeringssystemet inte bara omfattar riksdag, regering och statliga myndigheter, utan även kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförvarsplaneringen.

Systemet bör också säkerställa att nödvändig uppföljning och återrapportering sker från olika aktörer inom civilt försvar. Regeringen bör snarast fastställa hur detta planeringssystem ska se ut framöver. Utveckling och förvaltning av ett sådant system medför kostnader. Statlig ersättning ska utgå för kommuners och regioners planering av civilt försvar.

Enligt den försvarspolitiska inriktningen för perioden 2016–2020 ska planering för det civila försvaret återupptas.⁷ Staten har genom MSB träffat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, om arbetet med civilt försvar under åren 2018–2020. Den ena överenskommelsen avser kommunernas arbete med civilt försvar under åren 2018–2020⁸ och den andra omfattar regionernas arbete med krisberedskap och civilt försvar under åren 2018–2020.⁹

Därutöver har staten genom Socialdepartementet träffat årliga överenskommelser med SKR om regionernas arbete med civilt försvar inom hälso- och sjukvårdsområdet under åren 2018, 2019 och 2020. Av överenskommelserna mellan staten och SKR för åren 2019¹⁰

⁷ Prop. 2014/15:109.

⁸ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), *Överenskommelse om kommunernas arbete med civilt försvar 2018–2020*, dnr SKL 18/01807, MSB 2018-05681.

⁹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), *Överenskommelse om landstingens arbete med krisberedskap och civilt försvar 2018–2020*, dnr SKL 18/02653, MSB 2018-05682.

¹⁰ *Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*.

och 2020¹¹ framgår bl.a. att regionerna ska delta i arbetet med planeringen av civilt försvar på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen har fått uppdrag att stödja regionerna i detta arbete.¹² Det kan konstateras att planeringsarbetet har påbörjats. Mycket arbete återstår dock.

Den återupptagna planeringen för civilt försvar har påbörjats samtidigt på flera nivåer i samhället, och i flera parallella strukturer, utan att den övergripande processen för inriktning, stöd till genomförande och uppföljning finns på plats. Rollfördelningen mellan olika statliga aktörer och länsstyrelserna är inte heller tydlig. Inom hälso- och sjukvårdsområdet har kommuner och regioner ett stort behov av stöd från statliga myndigheter för denna planering, samtidigt som myndigheterna själva ska påbörja sitt eget arbete med civilt försvar.

En effektiv totalförsvarsplanering där alla arbetar mot samma mål kräver att det finns en tydligt fastställd ordning för hur planeringen ska ske. En sådan planeringsordning förutsätter i sin tur att det finns en tydlig process för hur riksdagens och regeringens mål och planeringsanvisningar med bl.a. styrande och dimensionerande uppgifter ska föras vidare till myndigheter och andra aktörer som berörs. Nationella planeringsinriktningar från Försvarsmakten och MSB behöver också brytas ned av ansvariga myndigheter för att förmedlas vidare till bl.a. kommuner och regioner. Ett planeringssystem behöver säkerställa nödvändig uppföljning och återrapportering från olika aktörer så att eventuella gap mellan de planeringsanvisningar som fastställts och faktisk förmåga identifieras inför kommande försvarsbeslut och planeringsanvisningar. Sådana underlag behöver även ges in av kommuner och regioner. Det får inte heller råda något tvivel om att givna planeringsanvisningar, återrapporteringskrav m.m. ska följas och de kan därför behöva åtföljas av lag- och förordningsstöd.

Det har under utredningens arbete blivit tydligt att det saknas ett sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret och att behovet av ett sådant system är stort. I det s.k. 11-maj uppdraget¹³ (öppen del) redovisar Försvarsmakten och MSB på övergripande nivå hur en sammanhängande planeringsprocess för det civila försvaret skulle

¹¹ *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* (dnr S2019/05298/FS).

¹² *Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja landstingen i arbetet med katastrofmedicinsk beredskap och planering för civilt försvar inom hälso- och sjukvården* (S2018/02370/FS).

¹³ MSB och Försvarsmakten (2019): *Öppen sammanfattning av Försvarsmaktens och MSB:s redovisning av regeringsbeslut 11 maj 2017*.

kunna utformas. Utredningen bedömer att ett sådant fastställt system bör kunna motsvara de behov som angivits ovan förutsatt att det också innefattar kommuner och regioners planering. Den nationella, regionala och lokala planeringen måste tydligt hänga ihop. Utveckling och förvaltning av ett sådant system medför kostnader. Statlig ersättning ska utgå för kommuners och regioners planering av civilt försvar, se vidare avsnitt 5.2.3.

Utredningen om civilt försvar ser över frågor om ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar

Frågor av betydelse för ett planeringssystem utreds för närvarande av Utredningen om civilt försvar (Ju 2018:05) som ska redovisa sitt arbete senast den 1 mars 2021. Utredningen om civilt försvar har i uppdrag att analysera och föreslå en struktur för ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar på central, regional och lokal nivå. Strukturen ska även stärka samhällets förmåga att hantera fredstida kriser. Utredningen ska bl.a. lämna förslag på en struktur med statliga myndigheter indelade i sektorer och sektorsansvariga myndigheter, lämna förslag på en ändamålsenlig geografisk indelning för civil ledning och samordning på regional nivå och på hur dessa områden ska ledas, lämna förslag på en förtydligad ledningsförmåga för kommuner och regioner samt lämna förslag på hur MSB:s roll att verka för samordning kan utvecklas.¹⁴

När Utredningen om civilt försvar har lämnat sina förslag avser vi att i vår utrednings slutbetänkande vid behov komplettera dessa med eventuella ytterligare förslag för hälso- och sjukvårdsområdet.

3.1.3 Kontinuitetshantering för planering av samhällsviktig verksamhet

Kontinuitetshantering har vuxit fram som en metod för att säkra olika verksamheters leveransförmåga av produkter, varor och tjänster. Metoden utgör ett verktyg i utvecklingen av samhällets krisberedskap och fokuserar på att upprätthålla samhällsviktig verksamhet trots bortfall av t.ex. el eller informations- och kommunikationsteknologi.

¹⁴ *Ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar*, Kommittédirektiv 2018:79.

Med kontinuitetshantering kan berörda aktörer snabbare återhämta sig från och minska konsekvenserna av en inträffad händelse.

Kontinuitetshantering omfattar exempelvis följande aktiviteter:

- Identifiera beroenden av resurser.
- Bestämma vad som är acceptabla störningsperioder.
- Genomföra åtgärder som minskar risken för störningar.
- Skapa planer för att hantera de störningar som ändå kan uppstå.
- Kartlägga viktiga verksamheter och processer.

MSB har tillsammans med andra aktörer tagit fram en verktygslåda för att stödja arbetet med kontinuitetshantering. Metoden är enligt utredningen även relevant i planering inför höjd beredskap och krig och det finns därför ett värde i att kommuner och regioner använder detta verktyg i den framtida planeringen. Detta lyfts också fram av MSB i skrivelsen *Så skapar vi motståndskraft*.¹⁵ MSB har även i mars 2020 gått ut med ett uppdaterat planeringsstöd som vägledning för hantering av eventuellt bortfall av personal, varuleveranser och tjänster.¹⁶

Beträffande kontinuitetshantering kan konstateras att kommuner och regioner enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, har ansvar för vissa förberedelser för och verksamhet under extraordinära händelser (2 kap.) och förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap (3 kap.). Enligt 5 kap. 1 § LEH ska kommunerna och regionerna 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. Kommuner och regioners kontinuitetsplanering som är föranledd av bestämmelserna i 2 eller 3 kap. LEH kan således berättiga till ersättning från staten. Frågor om sådan ersättning behandlas i avsnitt 3.1.6.

¹⁵ MSB (2020): *Så skapar vi motståndskraft*, s. 13, (dnr MSB 2020-02262).

¹⁶ MSB (2020): *Planeringsstöd för bortfall av personal, varor och tjänster*, (Publ.nr MSB1519).

3.1.4 Kommunernas och regionernas förmåga att hantera säkerhetsklassad information behöver säkerställas

En förutsättning för planeringen är att det finns förmåga att hantera säkerhetsklassad information. För att planeringsinriktningar ska kunna föras vidare från ansvariga myndigheter till kommuner och regioner behöver dessa ha förmåga att ta emot och hantera sådan säkerhetsklassad information i sina verksamheter. Ett arbete med att säkerställa sådan förmåga har påbörjats i kommuner och regioner genom överenskommelserna mellan MSB och SKR för perioden 2018–2020.¹⁷

Det är enligt utredningens bedömning viktigt att avtalsparterna tillser att detta arbete slutförs så att kommuner och regioner kan utgå från relevanta planeringsinriktningar i sitt arbete med civilt försvar. Om arbetet inte kan slutföras i tid torde ytterligare medel behöva tillföras så att arbetet kan slutföras så snart som möjligt efter år 2020. Länsstyrelserna och SKR har i en skrivelse¹⁸ begärt medel för att finansiera en bottenplatta i civilt försvar. I denna bottenplatta ingår kostnader för säkerhets- och signalskydd som en icke specificerad del. Utredningen har inte kunnat ta ställning till vilka delar av dessa kostnader som är hänförliga till hälso- och sjukvårdsområdet och anser att detta måste hanteras sektorsövergripande för kommunernas och regionernas verksamheter, se även avsnitt 5.2.3.

Genom uppföljning av arbetet och övning finns det möjlighet att kontrollera att önskvärd förmåga har uppnåtts. Området är också föremål för tillsyn. Tillsynen utförs av de olika tillsynsmyndigheter som anges i säkerhetsklassningsförordningen (2018:658). Vad gäller kommuner och regioner vilar tillsynsansvaret på Säkerhetspolisen.

3.1.5 Planering behöver ske utifrån olika skadetyper i krig

Försvarsberedningen beskriver i Motståndskraft att de anser att beredningsplaneringen inom sjukvården bör ta sin utgångspunkt i beräkningar rörande skadetyper och antal skadade och döda i krig. Utredningen delar Försvarsberedningens bedömning att det är en viktig

¹⁷ MSB och SKR (2018): *Överenskommelse om kommunernas arbete med civilt försvar 2018–2020* (SKL dnr 18/01807, MSB dnr 2018–05681), samt *Överenskommelse om landstingens arbete med krisberedskap och civilt försvar 2018–2020* (SKR dnr 18/0265, MSB dnr 2018–05682).

¹⁸ Länsstyrelserna och SKR (2020): *Begäran om resursförstärkning till kommuner och regioner för uppbyggnad av ett bättre civilt försvar* (dnr 101-1534-2020).

utgångspunkt för planering. Sådana beräkningar kan också vara till nytta för sjukvårdens planering för allvarliga händelser i fredstid. Sådana underlag avseende skadetyper som beredningen nämner tas vad utredningen erfar fram genom olika pågående projekt, dels vid Socialstyrelsen avseende skador på civil personal, dels vid Försvvarshögskolan på uppdrag av Försvvarsmakten när det gäller skador på militär personal. Dessa underlag kommer vara viktiga för regionerna i den framtida planerings-, utbildnings- och övningsverksamheten och för Socialstyrelsen i det arbete med att ta fram utbildnings- och övningsmaterial som beskrivs i kapitel 9.

3.1.6 Vissa grunder för kommunernas och regionernas beredskapsplanering

Utredningens bedömning: Det arbete med risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) som kommuner och regioner genomför syftar till att stärka krisberedskapen och är därför en viktig grund även för arbetet med civilt försvar. Kommuners och regioners RSA-arbeten bör präglas av samverkan och systemperspektiv.

Konsekvenserna för hälso- och sjukvården av olika risker och sårbarheter som identifieras bör därför ännu tydligare integreras i beredskapsarbetet. Det som framkommer i analysarbetet måste i relevanta delar beaktas vid regionernas katastrofmedicinska planering. Vidare bör en högre grad av samverkan mellan kommuner, regioner och länsstyrelser inom hälso- och sjukvårdsområdet eftersträvas i beredskapsarbetet. Analysarbetet och åtgärder för att motverka risker och sårbarheter måste finansieras. Oklarheter beträffande finansieringen bör inte få utgöra ett hinder för att det viktiga RSA-arbetet genomförs med rätt ambition.

Försvvarsbereidningen uttrycker att planeringen behöver ta hänsyn till situationer med störningar i andra samhällsfunktioner, såsom el-, vatten- och läkemedelsförsörjning samt inom transportsektorn.¹⁹ Utredningen delar i stort dessa slutsatser. Robust infrastruktur behandlas även i avsnitt 5.5 och förnödenhetsförsörjning i kapitel 8.

Varje kommun och region ska som en del i krisberedskapsarbetet regelbundet, vart fjärde år, genomföra en risk- och sårbarhetsanalys,

¹⁹ Försvvarsbereidningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s 193.

i det följande förkortad RSA. Med beaktande av dessa analyser ska kommuner och regioner för varje mandatperiod fastställa en plan som anger hur de ska hantera extraordinära händelser.²⁰ 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 region.

Risker och sårbarheter som är kopplade till bl.a. behovet av el, vatten, läkemedel och transporter bör på kommunal och regional nivå rimligtvis komma fram redan vid de RSA:er som ska genomföras som en del i krisberedskapsarbetet enligt LEH i fredstid. Mot bakgrund av syftet med LEH är det också en rimlig utgångspunkt att kommuner och regioner är särskilt noga med att risker och sårbarheter i den egna verksamheten inte får sådana konsekvenser att de i sig föranleder en extraordinär händelse.

Dessa RSA:er syftar i dagsläget inte till att analysera situationer som inbegriper höjd beredskap, även om arbetet med civilt försvar ska grunda sig på krisberedskapen. Övergripande risker och sårbarheter som är särskilt relaterade till området för civilt försvar och behovet av funktionalitet i krig bör anges i de planeringsinriktningar för civilt försvar som tas fram på nationell nivå och sedan föras vidare till kommunal och regional nivå. Dessa måste dock sedan kompletteras med regionala och lokala risk- och sårbarhetsanalyser som beaktar kommunernas, länens och regionernas specifika förutsättningar och utmaningar på samma sätt som görs för fredstida hot och risker.

Frågor om ledning och samordning inom civilt försvar ses för närvarande över av Utredningen om civilt försvar, som även har i uppdrag att se över delar av LEH.

Även andra bestämmelser påverkar planeringen

Vid sidan av sådana planeringsåtgärder som kommuner och regioner ska vidta enligt LEH finns även andra bestämmelser om planering som kommuner och regioner ska följa.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommuner och regioner planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolk-

²⁰ 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

ningens behov av vård. Sjukvårdshuvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen gäller även i höjd beredskap och krig. Kommuner och regioner ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska även planera sin vård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Av bestämmelser i samma lag följer att kommuner och regioner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare och samverka i frågor som berör hälso- och sjukvård i flera kommuner och regioner.

En risk- och sårbarhetsanalys ska hantera externa och interna risker

En analys av risker och sårbarheter kan på ett övergripande plan indelas i två riskkategorier. Det ena kategorin omfattar externa risker. Med extern risk avses här risk för händelser i närområdet som regioner och kommuner har små eller inga möjligheter att påverka själva. Exempelvis kan en kemisk fabrik i närområdet utgöra en extern risk och innebära att man behöver planera för att kunna ta hand om ett större skadefall vid en olycka på fabriken. Den andra kategorin kan benämnas interna risker. Med intern risk avses här risker som är knutna till hur egen verksamhet utformas. Sådana risker kan kommuner och regioner ofta helt eller i stor utsträckning påverka själva. Driften av journalsystem kan påverkas av el-bortfall (extern risk) men också av om det journalsystem som köpts in eller utvecklats i egen regi i något avseende är undermåligt (intern risk).

Det är väl känt att störningar i distributionskedjan av läkemedel eller sjukvårdsmateriel medför risker för olika bristsituationer. En region kan t.ex. inte påverka om en olycka hos en läkemedelsfabrikant eller en pandemi medför störningar eller stopp i produktionen (extern risk). Regionens ansvar att tillhandahålla vård kan dock säkerställas genom rimlig lagerhållning. Vidare kan risker för tillverknings- eller distributionsstörningar i vissa fall minskas genom avtal som säkerställer leveranser av läkemedel från mer än en tillverkare; för detta kan det krävas avtal med mer än en leverantör.

Identifierade risker och sårbarheter behöver åtgärdas

Det kan inte nog understrykas hur viktigt det är att analyser av risker och sårbarheter inte stannar vid enbart identifiering och rapportering av problem och åtgärder. Identifierade risker och sårbarheter måste också föranleda tillräckliga åtgärder för att säkerställa att verksamheter bedrivs enligt vad som anges i bl.a. lag. Arbetet med risk- och sårbarhetsanalys i kommuner och regioner behöver därför följas upp tydligare av ansvariga myndigheter. Enligt vad som har framkommit i utredningens arbete får kommuner och regioner sällan återkoppling på sina risk- och sårbarhetsanalyser från ansvariga myndigheter, och saknar därmed vägledning kring om nivån på deras analyser är rimlig.

Genom att åtgärda risker och sårbarheter stärks inte bara den dagliga verksamheten och krisberedskapen utan i många fall stärks också förmågan att bedriva verksamhet i höjd beredskap. Ambitionsnivån i arbetet med att analysera risker och sårbarheter varierar hos olika kommuner och regioner. Det finns därför skäl att sträva efter vissa förbättringar. Enligt utredningens bedömning vore det värdefullt om arbete med analyser av risker och sårbarheter tydligare präglades av samverkan och systemperspektiv. Konsekvenserna för hälso- och sjukvården av olika risker och sårbarheter som identifieras bör ännu tydligare integreras i RSA-arbetet och det som framkommer i risk- och sårbarhetsanalyserna måste i relevanta delar även beaktas vid regionernas katastrofmedicinska planering.²¹ En högre grad av samverkan mellan kommuner, regioner och länsstyrelser torde innebära bättre möjligheter att hantera gränstorna mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård. Beträffande länsstyrelserna kan konstateras att dessa bl.a. identifierar riskfyllda verksamheter inom det geografiska området och detta utgör viktiga ingångsvärden för såväl kommuners som regioners planering.

Det är angeläget att RSA-arbetet följs upp av ansvariga myndigheter. I de fall RSA-arbetet inte utförs enligt de föreskrifter som gäller behöver åtgärder vidtas. MSB kan i dag besluta att reducera ersättningen till kommuner som inte fullgöra sina uppgifter att genomföra RSA. Några motsvarande sanktionsmöjligheter som säkerställer regioners följsamhet till lagreglering och föreskrifter finns inte.

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

Slutligen kan konstateras att arbetet med risk- och sårbarhetsanalys samt åtgärder för att motverka dessa risker och sårbarheter måste finansieras. Enligt kommuner och regioner är det fredstida RSA-arbetet underfinansierat eftersom staten inte betalar ersättning i den omfattning som följer av bestämmelserna i 5 kap. 1 § LEH. Oavsett hur det förhåller sig med detta kan konstateras att den statliga ersättningen i vart fall inte täcker de kostnader som kommunerna och regionerna beräknat.

Om det är så att utformningen av bestämmelserna i 5 kap. 1 § LEH medför svårigheter att avgöra i vilka fall staten ska betala ersättning och hur stor ersättningen i sådana fall ska vara, så bör detta rättas till. Enligt utredningens bedömning bör således oklarheter beträffande finansieringen inte få utgöra ett hinder för det viktiga arbetet med att identifiera risker och sårbarheter och att åtgärda dessa, inte minst eftersom detta arbete torde vara av stort värde även för planeringen inför höjd beredskap.

Det bidrag, stort eller litet, som utgår från staten för finansiering av RSA-arbetet bekostas genom anslag 2:4 Krisberedskap. Eftersom RSA-arbetet i huvudsak knyter an till den fredstida krisberedskapen och det löpande arbetet, och även om det har betydelse för verksamheten i höjd beredskap, är det utredningens utgångspunkt att detta arbete inte i huvudsak ska finansieras med medel avsatta för civilt försvar utan istället ska finansieras genom anslag för krisberedskap. Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma till frågor om regionernas ansvar för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap enligt hälso- och sjukvårdslagen och hur det förhåller sig till bestämmelserna om beredskap i LEH.

3.2 Ansvar, ledning och samordning på hälso- och sjukvårdens område i kris och krig

Försvarsberedningen har påtalat olika behov av att tydliggöra ansvars- och ledningsförhållanden mellan regioner, militärregioner och en högre regional ledningsnivå samt att skapa ändamålsenliga organisationer för ledning och samordning. Utan att ta ställning i regionindelningsfrågan anser Försvarsberedningen att större områden på regional nivå skulle gynna samordningen och ledningen av den civila delen av totalförsvaret. Vad gäller frågor om organisation och ledning på lokal nivå

(kommuner) och regional nivå (regioner) har beredningen bl.a. påtalat behovet av att stärka ledningsförmågan och att skapa en organisation som innebär att parallella strukturer för ledning undviks. Försvarsberedningen påtalar vidare behovet av en högre regional ledningsnivå med mandat att bl.a. samordna och inrikta försvarsansträngningar och att det krävs organisatoriska förutsättningar för nära och effektivt gemensam planering med Försvarsmakten.

Strukturer för effektiv ledning och styrning på alla samhällsnivåer är nödvändiga också ur ett totalförsvarsperspektiv, så även på hälso- och sjukvårdens område. Utredningen ställer sig bakom Försvarsberedningens ovan redovisade bedömningar m.m. Det kan beträffande hälso- och sjukvårdsområdet konstateras att utformandet av strukturer för ledning och samordning måste ske med särskilt beaktande av bl.a. det kommunala självstyret samt länsstyrelsernas geografiska områdesansvar och det uppdrag som åvilar länsstyrelserna vid högsta beredskap. Strukturerna måste också utformas med beaktande av behovet av en effektiv samordning mellan Försvarsmakten och den civila sjukvården.

Utredningen om civilt försvar har i uppdrag att se över strukturer för ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar och ska redovisa sitt uppdrag senast 1 mars 2021. Fram till dess att sådana strukturer är på plats vill utredningen framhålla att det är viktigt att Försvarsmakten i relation till de 21 länsstyrelserna, 21 regionerna och 290 kommunerna agerar samordnat och utifrån samma strukturer i alla delar av landet. Försvarsmaktens nuvarande samverkan med regioner och kommuner sker oftast inom ramen för militärregionernas verksamhet. Såvitt utredningen kan bedöma arbetar militärregionerna på delvis olika sätt. Regioner som är del av samma samverkansregion måste i dag föra dialog med olika militärregioner eftersom de högre regionala nivåerna inte har samma geografiska indelning. I de fall dessa militärregioner inte agerar på ett likartat sätt uppstår olika svårigheter då samverkan sedan sker mellan regioner och kommuner inom en samverkansregion.

Beträffande inriktning och samordning av försvarsansträngningar som rör hälso- och sjukvård, kan det krävas att en högre regional eller nationell aktör ges tydliga mandat för ledning. Sådana mandat krävs också för inriktning och samordning vid mycket stora och allvarliga påfrestningar i hälso- och sjukvården vid kriser i fred, exempelvis vid s.k. gråzon. Hur ett sådant mandat bör utformas behöver analyseras

ytterligare. Bl.a. måste möjligheterna till ledning i fredstid respektive vid höjd beredskap utredas, samt vilka resurser som kan tas i förfogande av en sådan nationell eller högre regional aktör. Utredningen avvaktar kommande förslag från Utredningen om civilt försvar och avser att återkomma i dessa frågor i slutbetänkandet.

4 Mål för hälso- och sjukvården inom totalförsvaret

Ett trovärdigt totalförsvaret förutsätter bl.a. att civilbefolkningen och militär personal har tillgång till en fungerande hälso- och sjukvård vid krig. Totalförsvaret är uppdelat i en civil och en militär del. Vid krig förutsätts den civila sjukvården hantera huvuddelen av de samlade civila och militära sjukvårdsbehoven. I sådana situationer, liksom vid omfattande fredstida kriser, kommer de vårdbehov som finns normalt att kvarstå, samtidigt som det tillkommer behov av att även kunna omhänderta ett mycket stort antal krigsskadade.

Utredningen konstaterar att det inte är en realistisk utgångspunkt att hälso- och sjukvården i så svåra situationer ska upprätthålla samma vårdförmåga som i ett normalläge i fred. Det krävs därför att staten formulerar prioriteringsprinciper, mål och uppdrag för hälso- och sjukvårdsområdet vid kris och krig som tydliggör vilken vårdförmåga som beredningsplaneringen ska syfta till att uppnå. Staten bör också förtydliga förväntningarna på den militära sjukvården så att den civila sjukvården kan möta den militära förmågan.

Vid prioriteringar inom hälso- och sjukvård är utgångspunkten alltid vilka resurser som finns tillgängliga. Även i goda tider är de resurser som kan avsättas för hälso- och sjukvård begränsade. Prioriteringar måste därför ske. Det ligger i sakens natur att ju större resursknappheten är, desto kännbarare blir prioriteringarna.

4.1 Försvarsberedningen anser att funktionaliteten i hälso- och sjukvården ska upprätthållas

Försvarsberedningen framhåller att det är viktigt att upprätthålla funktionalitet inom sjukvården i krig. Enligt Försvarsberedningen kommer sjukvårdens främsta uppgift i en krigssituation vara att ta hand

om ett stort antal krigsskadade. I största möjliga utsträckning, givet omständigheterna, bör annan vård och omsorg även upprätthållas så långt det är möjligt. Det är framför allt viktigt för att värna civilbefolkningen och rädda liv, men det har också betydelse för allmänhetens förtroende för statsledning och myndigheter samt för försvarsviljan. Försvarsberedningen anser också att det på nationell nivå behöver utarbetas och fastställas generella prioriteringsgrunder för olika verksamheter på grund av den knapphet i resurser som kommer att råda under krigsförhållanden. Metoder för prioritering, men även för ransonering behöver utvecklas inom olika berörda sektorer bl.a. inför en situation då ransoneringslagen (1978:268) tillämpas.¹

4.2 Allmänt om prioriteringar i vården

Hälso- och sjukvården i Sverige är i huvudsak finansierad genom allmänna medel och det är framför allt kommunerna och regionerna som ska tillgodose befolkningens behov av vård. Kommuner och regioner ger även kommersiella aktörer i uppdrag att utföra sådan offentligfinansierad vård.

I Sverige finns ett omfattande regelverk för hälso- och sjukvården. En av de mest centrala lagarna på området är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL. HSL har främst karaktären av målinriktad ramlag för hälso- och sjukvården. Den innehåller därför huvudsakligen bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten. Av HSL framgår att det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

I Sverige finansieras hälso- och sjukvård främst genom skatte-medel. Den allmänna ekonomiska utvecklingen i samhället påverkar därför hur stora resurser som kan tillgängliggöras för offentligfinansierad vård. Det kommunala självstyret innebär bl.a. att var och en av de 21 regionerna och de 290 kommunerna, inom de ramar som lagstiftningen anger, själva kan påverka vilka resurser som avsätts för hälso- och sjukvård genom politiska beslut. Inte ens i ett normalläge i fredstid finns det resurser för att tillgodose alla vårdbehov full ut. Nödvändiga prioriteringar sker bl.a. i samband med att de politiska församlingarna i kommuner och regionerna beslutar om en budget.

¹ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 162, 189, 192.

Vid sidan av sådan mer systemövergripande prioritering sker även medicinska prioriteringar på patientgrupps- och individnivå. Prioriteringar på individnivå sker dagligen inom hela hälso- och sjukvården. Inom akutvården är behovet av prioritering ofta särskilt påtagligt. På akutvårdsmottagningar uppstår ofta situationer där alla patienter inte samtidigt kan ges den vård de behöver. I sådana fall krävs att vårdpersonalen kan göra systematiska indelningar av patienter i kategorier utifrån medicinsk angelägenhetsgrad. Detta för att bedöma hur snabbt en patient måste tas om hand med hänsyn till hens hälsotillstånd. Sådana prioriteringar sker utifrån olika triagesystem. Med triage avses sortering och prioritering av patienter efter vårdbehov.

Vad som ovan sagts gäller i ett normalläge i fred men även vid kriser och krig. Oavsett om det är fred eller krig behöver det vara tydligt och förankrat hos både allmänheten och hälso- och sjukvårdspersonalen vilka grundläggande etiska värden som gäller för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

4.2.1 Prioriteringsplattformen

Prioriteringar i svensk offentligt finansierad hälso- och sjukvård utgår från den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen, som bygger på följande tre principer:²

- *människovärdesprincipen*; alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- *behovs- och solidaritetsprincipen*; resurserna bör fördelas efter behov och man bör särskilt värna om att svaga grupperns behov tillgodoses,
- *kostnadseffektivitetsprincipen*; vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Principerna är rangordnade. Människovärdesprincipen har högsta rang. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de två andra principerna. Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen ligger till grund för bestämmelsen i HSL om att vården ska ges med

² Prop. 1996/97:60.

respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården³. Kostnadseffektivitetsprincipen avspeglas genom bestämmelsen som anger att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.⁴

Beträffande behovsprincipen kan särskilt nämnas att den avser såväl hälsorelaterade som livskvalitetsrelaterade behov. Bedömningen av vårdbehovet vilar på förväntad medicinsk nytta. En patient anses endast ha behov av åtgärder som medför medicinsk nytta. Motsatt gäller att en patient inte har behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten. Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är sammanfattningsvis att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda.⁵

I nyss nämnda proposition slås även fast att det är en form av diskriminering och därför oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Ålder bör således exempelvis inte vara en prioriteringsgrund i sig, liksom självförvållade skador inte bör leda till negativ särbehandling. Inte heller bör vårdinsatserna till för tidigt födda, lågviktiga barn bygga på schablongränser. Att ta hänsyn till en persons sociala funktion vid prioritering inom vården skulle vara helt oförenligt med principen om allas lika värde. Ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden, ställning i samhället etc. ska därför inte utgöra grund för prioritering.

Generella gränsdragningar vad gäller rätt till vård och behandling av exempelvis äldre, för tidigt födda barn eller livsstilsrelaterade sjukdomar är således inte acceptabla. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.⁶

Prioriteringsriktlinjer exemplifieras i propositionen genom en redovisning av fyra olika prioriteringsgrupper med kliniska exempel. Det är behovet av vård som utgjort den grundläggande faktorn för

³ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁴ 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁵ Prop. 1996/97:60, s. 10.

⁶ Prop. 1996/97:60, s. 24 f.

gruppindelningen. Det kan även behöva genomföras olika prioriteringar inom en viss prioriterings- eller patientgrupp. De i propositionen redovisade prioriteringsgrupperna är:

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar.
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
- Vård av svåra kroniska sjukdomar.
- Palliativ vård och vård i livets slutskede.
- Vård av människor med nedsatt autonomi.

Prioriteringsgrupp II

- Prevention.
- Habilitering/rehabilitering.

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Det är av stor vikt att de prioriteringar som måste genomföras inom vården sker medvetet och med utgångspunkt i olika kunskapsunderlag. För att genomföra detta systematiskt krävs olika stöd. Ett sådant stöd är den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården som Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet tagit fram.⁷ Enligt denna nationella prioriteringsmodell sker bedömningarna av ett tillstånd svårighetsgrad, patientnytta, kostnad i rela-

⁷ Linköpings universitet (2017), Prioriteringscentrums rapportserie (2017:2).

tion till patientnytta och kvaliteten på kunskapsunderlagen. Resultaten av dessa bedömningar vägs sedan samman och rangordnas i en 10-gradig skala där 1 är högsta prioritet och 10 lägsta. Några absoluta kriterier för prioriteringsgraderna finns inte.

Det bör framhållas att ett sjukdomstillstånd, oavsett om det är akut, långvarigt eller kroniskt, kan vara ett allvarligt tillstånd. Vissa tillstånd, exempelvis schizofreni och andra långvariga psykotiska syndrom, utgör som regel allvarliga tillstånd, medan andra sjukdomar, såsom epilepsi, kan variera betydligt i allvarlighetsgrad mellan individer. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan över tid variera i svårighetsgrad hos en och samma patient.

Prioriteringsplattformen har medfört vissa tolknings- och tillämpningssvårigheter. En översikt av sådana svårigheter har sammanställts vid Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet.⁸ En övergripande redogörelse för viss kritik av exempel i prioriteringsgrupperna finns också i delbetänkandet *God och nära vård, Vård i samverkan*.⁹ Även med beaktande av detta kan dock konstateras att prioriteringsplattformen gäller och att den utgör utgångspunkt för alla sjukvårdsaktörers prioriteringsarbete, oavsett roll och ansvar.

4.3 Prioritering är en utgångspunkt för planering

Som framgår av avsnittet ovan ska det medicinska behovet av vård styra prioriteringar inom vården. HSL är som tidigare sagts en målriktad ramlag, därutöver finns även bestämmelser i bl.a. patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821) som anger hur vården ska bedrivas. Alla krav i dessa regelverk kommer inte att kunna upprätthållas i krig. Det behövs därför vägledning på nationell nivå kring vilken vård som kan prioriteras bort och vilken vård som kommuner och regioner alltid ska kunna upprätthålla.

Under utredningens arbete har det framkommit att behovet av sådan vägledning är stort både på nationell, regional och lokal nivå. Prioriteringar inom vården måste göras öppet och uppfattas som rimliga och rättfärdiga. Utredningen delar Försvarsberedningens bedömning att en sådan förankring är viktig, inte minst för att kunna

⁸ Linköpings universitet (2015): Prioriteringscentrums rapportserie (2015:3).

⁹ *God och nära vård. Vård i samverkan* (SOU 2019:29), s. 40.

vidmakthålla förtroendet för vården, för samhället som helhet och ytterst för demokratin.

För att minska effekterna av den särskilda resursknapphet och de andra särskilt svåra omständigheter som är direkt förknippade med kriser i fredstid eller krig krävs förberedelser. Detta beskrivs närmare i de följande kapitlen. En grundförutsättning för den beredskapsplanering av hälso- och sjukvård som måste genomföras, de åtgärder som måste vidtas och de resurser som måste avsättas för beredskap är dock att det står klart vilken vård som ska utföras vid kriser och krig.

När det gäller prioriteringar bör även framhållas att bestämmelser som rör prioritering av vårdbehövande också förekommer i Genèvekonventionerna. Av exempelvis första tilläggsprotokollet till Genèvekonventionerna framgår att skyddade parter ska erhålla den sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver och att ingen åtskillnad ska göras mellan dem av andra skäl än medicinska.¹⁰

4.3.1 I försvarsbeslut har det angivits mål för sjukvården

I Sverige genomförs sedan lång tid en fördjupad översyn av försvarspolitiken vart femte år. Översynen resulterar bl.a. i försvarsbeslut. I sådana beslut har genom åren säkerhetspolitiska mål och försvarspolitiska inriktningar för kommande försvarsbeslutsperiod angivits.

Försvarsbesluten innehåller viktiga inriktningsbeslut för Försvarsmakten, men kan också utformas genom att mål och inriktningar för andra myndigheter och verksamheter som är en del av civilförsvaret anges. Försvarsbesluten innebär även att allmänheten får kännedom om viktiga övergripande ställningstaganden om exempelvis den allmänna beredskapssituationen och om olika prioriteringar som rör landets totalförsvaret.

För att de i försvarsbesluten angivna målen och inriktningarna ska kunna genomföras krävs ytterligare planering och beslutsfattande. Beträffande försvarsbesluten krävs som regel att regeringen ger myndigheter särskilda mål och planeringsanvisningar. Inom de ramar som lagstiftaren angivit är det kommuner och regioner som ansvarar för styrning och ledning av hälso- och sjukvård.

¹⁰ Se artikel 10 i Tilläggsprotokoll till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 Rörande skydd för offren i internationella väpnade konflikter (Protokoll I).

Målet för det civila försvaret från och med år 2016 har varit att värna civilbefolkningen, säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna och bidra till Försvarsmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp eller krig i vår omvärld¹¹. Några för den civila hälso- och sjukvården i försvarsbeslutet särskilt angivna mål eller inriktningar anges dock inte.

Det finns exempel där mer utförliga mål för den civila hälso- och sjukvården presenterats i samband med försvarsbeslut. I försvarsbeslutet år 1992 angav regeringen bl.a. att den avsåg att fastställa följande mål för funktionen hälso- och sjukvård:¹²

Hälso- och sjukvården ska verka för att varje skadad eller sjuk under kriser och krig kan ges medicinsk acceptabel behandling och vård. Ambitionen ska vara att hålla de medicinska behandlingsresultaten på fredstida nivå för det stora flertalet patienter, trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma som i fred. Kapaciteten ska vara tillräcklig för att tillgodose såväl de krigsskadade patienternas behov som sådan fredsmässig vård som inte kan anstå. En skadad ska kunna ges primärkirurgisk behandling inom sex timmar från skadetillfället.

Försvarsbeslutet år 1992 och det nyss redovisade målet för funktionen hälso- och sjukvård, var inte någon avspegling av exempelvis de krav som enligt då gällande rätt följde av hälso- och sjukvårdslagen. Det utgjorde dock viktig vägledning för beredskapsplanering och beredskapsåtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet. Målet utgjorde exempelvis en viktig grund för Socialstyrelsens allmänna råd om sjukvården i kris och krig.¹³

4.3.2 Vårdprinciper i kris och krig

Fram till mitten av 1990-talet arbetade Socialstyrelsen under många år med projektet ”Vårdprinciper i kris och krig”. Det resulterade i flera olika rapporter som år 1995 publicerades som allmänna råd. I de allmänna råden konstaterade Socialstyrelsen att vårdprinciper i krig av resursskäl måste skilja sig från de fredstida. Ambitionen var dock att behandlingsresultaten skulle hållas på en nivå som är jämförbar med de fredstida och inte behöva försämrats nämnvärt för det stora flertalet patienter. Vidare konstaterade Socialstyrelsen att det för att

¹¹ Prop. 2014/15:109, s. 59.

¹² Prop. 1991/92:102, s. 257.

¹³ Socialstyrelsen (1995): *Sjukvården i kris och krig – omställning och ändrade prioriteringar*. (1995:1), s. 16 och 20.

möta den ökade belastningen krävdes att extra lokaler och utrustning togs i bruk, att icke yrkesverksam personal kallades in och att arbetstiderna förlängdes. Vid en lokal eller regional överbelastning kunde betydligt försämrade behandlingsresultat inte undvikas. I en sådan situation kunde det bli nödvändigt att använda vårdprinciper som var anpassade för masskadesituationer. Tillgängliga resurser behövde prioriteras så att livräddande och invaliditetsförebyggande insatser kom största möjliga antal patienter tillgodo.

Socialstyrelsen konstaterade också utifrån det mål för hälso- och sjukvården i krig som angavs i 1992 års försvarsbeslut, att civila och militära patienter skulle få tillgång till samma vård och att prioriteringar endast ska göras med utgångspunkt i medicinska bedömningar. Krigsskadade skulle inte prioriteras före patienter med skador och sjukdomar av fredsmässig karaktär. Det som enligt Socialstyrelsen borde styra prioriteringen var effekten av olika åtgärder på överlevnad, funktion, livskvalitet och komplikationsrisk. Vid det omedelbara omhändertagandet av skadade hade direkt livshotande tillstånd högre prioritet än tillstånd som riskerade att leda till invaliditet (principen ”liv före funktion”). Under alla förhållanden måste svåra fysiska lidanden motverkas, eventuellt endast med palliativa (symptomlindrande) åtgärder som smärtlindring.

Vidare bedömde Socialstyrelsen att målet för hälso- och sjukvården i krig kvalitetsmässigt innebar en inriktning mot en resurssnål basal vårdstandard som inte medgav att stora och /eller exklusiva resurser satsas på enstaka patienter med osäkert resultat. Socialstyrelsen angav att inriktningen borde vara att det stora flertalet patienter ska få en vård som, t.ex. uttryckt som mortalitet och invaliditet, ligger på fredstida nivå, medan det kunde förutses att den allmänna vårdstandarden, avseende omvårdnad och psykosocial miljö, av resurs-skäl inte kunde upprätthållas på fredstida nivå. Socialstyrelsen konstaterade vidare att de prioriteringar som blir nödvändiga i kris eller krig inte principiellt skiljer sig från de som måste tillämpas vid fredstida katastrofer när det gäller att utnyttja tillgängliga resurser optimalt i en nödsituation.

4.4 Mål för hälso- och sjukvården vid kris och krig

Utredningens bedömning: För att underlätta beredningsplaneringen och för att tydliggöra för allmänheten vad den ska kunna förvänta sig av hälso- och sjukvården även då den är utsatt för extrem belastning behöver staten ange vilken hälso- och sjukvård som ska kunna utföras även i händelse av fredstida kriser eller vid krig.

I försvarsbeslutet år 2020 bör det därför anges en målsättning för den civila hälso- och sjukvården. En sådan målsättning kan formuleras enligt följande: ”Den civila hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och 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 ska de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred”.

I enlighet med vad som redovisats i avsnitt 4.3.1 fanns det i försvarsbeslutet från år 1992 ett särskilt angivet mål för den civila hälso- och sjukvården i kris och krig. Målet utgjorde bl.a. en utgångspunkt för nödvändiga prioriteringar och andra beredningsförberedelser. Målet gav tillsammans med givna planeringsinriktningar exempelvis vägledning för kommuner och regioner i deras arbete med att styra och inrikta beredningsarbetet och att prioritera beredningsåtgärder. Det gav också vägledning för den medicinska professionen. Även statliga myndigheter fick genom målet vägledning i arbetet med bl.a. nationella vägledningar och styrning.

Utredningen bedömer att det i försvarsbeslutet för 2020 bör anges en målsättning för den civila hälso- och sjukvården. Det skulle ge god vägledning för den fortsatta beredningsplaneringen. Det skulle också ge god vägledning för bedömningar på olika nivåer av vilka ekonomiska satsningar och andra åtgärder som behöver genomföras för att målsättningen ska kunna uppfyllas. Exempelvis vid uppdatering av vägledningar om vilka vårdprinciper som gäller för kris och krig eller vid arbetet med att säkerställa tillgång till förnödenheter.

Utredningen delar Försvarsberedningens bedömning att en fungerande hälso- och sjukvård, utöver att värna befolkningens liv och

hälsa, även är viktigt för allmänhetens förtroende för statsledningen och det offentliga, vilket i sin tur kommer att påverka försvarsviljan och motståndskraften. En tydlig målsättning för hälso- och sjukvården i kris och krig medför att grundläggande utgångspunkter för prioriteringar redovisas öppet vilket bedöms bidra till att ge allmänheten en bättre bild av vad de ska kunna förvänta sig av hälso- och sjukvården i sådana situationer. Det tydliggör också för allmänheten behovet av att upprätthålla en god hemberedskap.

4.4.1 Utgångspunkter för en målsättning

Vid utformandet av en målsättning som bl.a. anger vilken vårdförmåga som den civila hälso- och sjukvården ska kunna upprätthålla vid kriser i fred och i krig bör följande beaktas.

Den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller och bör även fortsättningsvis gälla för vårdprioriteringar i såväl fred som vid krig. Det har i utredningens arbete framkommit att det råder viss oklarhet i denna fråga. Det bör därför upplysningsvis tydligt framgå av målsättningen att prioriteringsplattformen gäller även vid fredstida kriser och i krig.

Målsättningen måste också anpassas till de ställningstaganden riksdagen gjort avseende totalförsvaret. Planeringsinriktningar och sådana hot som bedömts föreligga mot Sverige utgör då en central utgångspunkt. Den s.k. gråzonsproblematiken, som bl.a. innebär att betydande påfrestningar på samhällsfunktioner kan förekomma även i fredstid, är något som särskilt bör beaktas. En målsättning bör därför utformas i enlighet med dessa utgångspunkter, men också så att den ger vägledning för bedömningar av nödvändig kapacitet.

Sjukvården ska kunna ge vård som inte kan anstå

I Sverige erbjuds i dag inom ramen för den offentliga vården vård av olika omfattning; fullständig vård, omedelbar vård och vård som inte kan anstå. De nu redovisade uttrycken är främst avsedda att precisera omfattningen av en viss vårdskyldighet. Fullständig vård, som utgör huvudregel i Sverige, innebär generellt uttryckt tillgång till all vård som tillhandahålls.

Vad gäller uttrycket omedelbar vård framgår av förarbetena till HSL¹⁴ bl.a. att denna vårdskyldighet avser akuta vårdbehov som inte kan anstå till dess patienten kan få vård i sin hemregion. Skyldigheten gäller i princip endast om den vårdbehövande inte utan men kan flyttas till t.ex. ett sjukhus i sin hemregion.

Uttrycket vård som inte kan anstå förekommer i det ovan redovisade målet för hälso- och sjukvård som angavs i försvarsbeslutet år 1992 men även i gällande rätt där uttrycket vård som inte kan anstå avses utgöra en utvidgning av uttrycket omedelbar vård.^{15,16}

Med vård som inte kan anstå avses i gällande rätt vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Likaså innefattas följdinsatser till sådan vård och psykiatrisk vård. I uttrycket vård som inte kan anstå ligger även att erbjuda vård i ett tidigt skede för att förhindra eller i vart fall motverka att ett allvarligt sjukdomstillstånd utvecklas och behov av en mer omfattande behandling uppstår. Exempelvis kan tidig upptäckt och kirurgiska åtgärder avseende vissa hudförändringar förhindra att en person utvecklar en allvarlig cancersjukdom (malignt melanom) och information och stöd vid s.k. egenvård av vissa sjukdomstillstånd som t.ex. diabetes kan förhindra att allvarliga tillstånd utvecklas.

Utredningen anser att det vid kriser i fred och vid krig, bör säkerställas att det finns kapacitet att ge sådan vård som inte kan anstå dvs. vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Detta bör framgå av målsättningen. Beredskapsplanering, resurstillskott och andra åtgärder ska således syfta till att säkerställa sådan kapacitet.

En uttömmande uppräkningslista av vilken vård som ryms under begreppet vård som inte kan anstå är knappast möjlig att göra. Det kan dock konstateras att uttrycket vård som inte kan anstå bl.a. inrymmer sådan vård som har exemplifierats i den grupp som har högsta prioritet enligt prioriteringsplattformen.

¹⁴ Prop. 1981/82:97 s. 119 f.

¹⁵ Prop. 2012/13:109 s. 40.

¹⁶ Prop. 2007/08:105 s. 37 f.

Högsta prioritet är att rädda liv

Det står klart att vårdinsatser för att rädda liv har högsta prioritet. Med beaktande av den resursknapphet som måste vara utgångspunkt för kriser och krig, är det av stor vikt att tillgängliga vårdresurser utnyttjas så att de räddar så många liv som möjligt. Detta får inte minst betydelse när prioriteringar måste ske i situationer där många patienter samtidigt har en skada eller en sjukdom som är livshotande.

Utöver vård för livshotande akuta tillstånd bör resurser säkerställas för vård av sjukdomar som utan behandling leder till ett varaktigt invalidiserande tillstånd. Det kan dock konstateras att sådana tillstånd kan vara av olika svårighetsgrad. Vård för att förhindra att tillstånd medför allvarliga permanenta funktionsnedsättningar bedöms dock utgöra sådan vård som inte kan anstå. Om det krävs för att rädda liv kan det dock, precis som i ett normalläge i fred, bli nödvändigt att i vissa fall acceptera även sådana funktionsnedsättningar.

Vidare bedöms vård av tillstånd som normalt leder till förtida död, vård av svåra kroniska sjukdomar samt vård i livets slutskede utgöra vård som inte kan anstå. Även vårdåtgärder som avser vissa smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen (2004:168), i detta inkluderas preventiva åtgärder såsom vaccination, och förlossningsvård bedöms inrymmas i uttrycket vård som inte kan anstå.

Det bör betonas att det som ovan anförts avser såväl somatiska som psykiska tillstånd. Det måste därmed även finnas beredskap för att vårda personer med allvarliga psykiska störningar eller allvarlig psykisk sjukdom. Detta gäller även sådan vård som måste ges med tvång. I beredskapsplaneringen behöver beaktas att behovet av psykiatrisk vård under och efter krig ökar.

De medicinska bedömningarna av om en patient bör prioriteras måste dock alltid utföras med utgångspunkt i det rådande resursläget. Detta gäller även åtgärder för att rädda liv. Vårdåtgärder som har liten medicinsk effekt och åtgärder som är mycket resurskrävande kan behöva prioriteras bort. På samma sätt kan åtgärder som endast medför korta överlevnadsvinster behöva bortprioriteras. Vidare bör framhållas att vissa vårdåtgärder avseende allvarliga kroniska sjukdomar kan anstå. Även vissa palliativa åtgärder torde kunna anstå.

Beträffande människor med nedsatt autonomi bör framhållas att det är viktigt att de behandlas likvärdigt med patienter som har full autonomi. Nedsatt autonomi kan dock inte i sig medföra att en pati-

ent ska prioriteras. En ordning som skulle medföra att behandling av lindriga åkommor prioriteras framför allvarliga tillstånd vore inte lämplig.

Krigsskadades vårdbehov ska tillgodoses i enlighet med prioriteringsplattformens principer. Enbart den omständigheten att en skada orsakats av krig kommer således inte medföra att den ges medicinsk prioritet framför andra skador eller sjukdomstillstånd av motsvarande eller större svårighetsgrad.

Vårdstandard och militära vårdbehov

Utöver vad som ovan anförts anser utredningen att det på samma sätt som i försvarsbeslutet år 1992 bör framgå av målsättningen att den allmänna vårdstandard inte fullt ut kommer att kunna upprätthållas i kris och krig, men att de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter dock så långt möjligt ska motsvara fredstida nivå. Vidare bör en målsättning utformas så att det framgår att den civila sjukvården inte enbart ska tillgodose civila vårdbehov utan också huvuddelen av de militära vårdbehoven.

4.4.2 Ett mål för den civila hälso- och sjukvården inom totalförsvaret

Sammanfattningsvis anser utredningen att det är angeläget att regeringens och riksdagens arbete med det kommande försvarsbeslutet resulterar i ytterligare vägledning för beredskapsarbetet. Detta bör ske genom en i beslutet angiven särskild målsättning för den civila hälso- och sjukvården vid kriser i fred, vilket bl.a. inkluderar s.k. gråzonsproblematik, samt vid krig.

Målsättningen skulle i enlighet med vad som anförts kunna utformas enligt följande: Den civila hälso- och sjukvården ska vid kriser i fred och 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 vårdstandard 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.

Undanträngningseffekter

I beredskapsplanering hamnar fokus lätt på de omedelbara akuta konsekvenserna som kan följa vid kris och krig, exempelvis ett mycket stort antal patienter med allvarliga trauman. Det är därför viktigt att framhålla de stora etiska utmaningar för vården som följer av de undanträngningseffekter som uppkommer på grund av mer omedelbara akuta behov. Sådana effekter kommer att uppkomma inom såväl akutsjukvården som inom planerad (elektiv) och förebyggande vård.

Konsekvenserna av undanträngningseffekterna måste också förberedas. Där hälso- och sjukvården inte fullt ut kan hantera effekterna kan det krävas andra åtgärder i samhället i övrigt, som exempelvis hemberedskap. Till dess att förhållandena normaliserats, vilket kan vara en avsevärd tid efter en avslutad kris eller ett avslutat krig, kommer viss vård att behöva senareläggas och i vissa fall kanske helt väljas bort. För detta behövs beslutsstöd för prioritering inom sjukvården som ger vägledning kring prioritering både på kort och på längre sikt. Det kan också krävas användning av för dessa svåra situationer särskilt anpassade resurseffektiva vårdmetoder. Den undanträngningseffekt som t.ex. ett stort skadeutfall kan få på mindre prioriterad vård under lång tid efter en händelse är också en kommunikativ utmaning för vården i förhållande till befolkningen. I nära anslutning till en händelse finns sannolikt en förståelse hos allmänheten för att vissa sjukvårdsbehov får stå tillbaka för mer akuta insatser, men med tiden ökar allmänhetens förväntningar på att vården ska kunna återgå till normal kapacitet. I ett längre perspektiv kan sådan vård som vid en tidpunkt kan stå tillbaka senare bedömas vara vård som inte kan anstå, därmed behöver regelbundna omprioriteringar genomföras.

I fall när hälso- och sjukvården är utsatt för extrem belastning måste allmänheten utgå från att nödvändiga prioriteringar medför konsekvenser som det finns skäl för var och en att förbereda sig inför. Den vars vårdbehov inte kan prioriteras vid fredstida kris eller vid krig måste bl.a. räkna med att det kan ta väsentligt längre tid än normalt innan ett icke prioriterat vårdbehov kan tillgodoses. Det finns således anledning för hela befolkningen att genom egen hemberedskap söka motverka en del av de effekter som kriser och krig får för hälso- och sjukvården. Detta kräver bl.a. insikter om vilka effekter som kan uppstå och vilken målsättning hälso- och sjukvården har. Sådan beredskap kan omfatta att allmänheten säkerställer viss tillgång till så-

dana läkemedel och sjukvårdsmateriel som krävs för t.ex. kronisk behandling eller tillgång till vissa enklare receptfria läkemedel. Vid sidan av detta bör framhållas att en god hemberedskap även motverkar vardagsproblem, exempelvis läkemedelsbrister, som uppkommer även vid ett normalläge i fredstid (se även avsnitt 8.6.2.).

5 Hälsa- och sjukvårdens förmåga i kris och krig

Att upprätthålla hälso- och sjukvårdens funktionalitet och kapacitet i krig är en viktig del av det civila försvaret. Hälsa- och sjukvårdens kapacitet är också ständigt aktuell i samhällsdebatten, utifrån påfrestningar på vården i vardagen. I detta kapitel diskuterar utredningen hur hälso- och sjukvårdens organisation och förmåga inom kärnverksamheten, att bedriva vård, kan utvecklas för civilt försvar. Vad gäller de stödprocesser som vården är beroende av i kris och krig som sjuktransporter, personalförsörjning, förnödenhetsförsörjning samt utbildning och övning diskuteras det i de efterföljande kapitlen.

5.1 Totalförsvarets sjukvård

Försvarsberedningen anser att sjukvården i totalförsvaret bör utgå från den civila sjukvårdsorganisationen, och att en omfattande parallell förmåga i Försvarmakten således inte bör skapas. Det är utredningens utgångspunkt att hälso- och sjukvården i krig måste bedrivas som ett sammanhängande system inom totalförsvaret. Totalförsvarets sjukvård som den utformades tidigare omfattade även djursjukvård och tandvård¹ vilket också lyfts i livsmedelssektorns redovisning inför försvarsbeslutet.² Varken djursjukvård eller tandvård är en del av denna utrednings arbete varför detta inte kommer analyseras vidare. I en framtida struktur bör dock även dessa områden ingå som en del av totalförsvarets sjukvård.

Försvarmakten är beroende av den civila hälso- och sjukvårdens kapacitet, men Försvarmakten har förmågor att verka på platser där den civila sjukvården inte kan eller bör verka.

¹ Försvarmakten (2000), *Sjuv FM1, Sjukvårdsreglemente för Försvarmakten – allmänna grunder*, s. 10.

² Livsmedelsverket m.fl (2020), *Livskraft – mätt och frisk*, s. 7.

Samtidigt är det viktigt att beakta att vid ett överraskande väpnat angrepp kommer Försvarmaktens sjukvårdsresurser inte omedelbart att vara tillgängliga. Det kan ta upp till en vecka att genomföra mobilisering.^{3,4} Det finns alltså anledning att anta att det vid ett överraskande anfall även i dag förhåller sig på så sätt att den civila hälso- och sjukvården till stor del ensamt måste möta samhällets samlade behov.

Försvarmaktens hälso- och sjukvård är vare sig i fred eller krig dimensionerad för att möta civila vårdbehov utan för att möta de särskilda behov som följer av de uppgifter som Försvarmakten har att lösa. I krig kommer Försvarmaktens hälso- och sjukvård att vara starkt fokuserad på att ta hand om militär personal som är allvarligt skadad. På samma sätt som för den civila hälso- och sjukvården kommer det vid krig ändå att finnas vissa förutsättningar för Försvarmakten att ge enklare vård till militär personal som inte är högt medicinskt prioriterad.

Om inte också den civila hälso- och sjukvården ska införskaffa de kunskaper och den materiel som krävs för att kunna bedriva vård i en stridszon måste Försvarmakten i vissa fall, t.ex. om man inte lyckats eller hunnit genomföra utrymning, vara beredda att lösa uppgifter som innebär att civila skadade kan få ett första omhändertagande och transport ut ur stridszonen där den civila hälso- och sjukvården kan ta hand om dem.

Enligt utredningens bedömning är en utvecklad samverkan mellan Försvarmakten och den civila hälso- och sjukvården viktig för att den civila ska kunna erhålla stöd från Försvarmakten i ett gråzonsscenario där påfrestningarna på civil sjukvård ökar, utan att landet befinner sig i krig. På samma sätt förekommer det frågor i gränsytan mellan militär och civil sjukvård som måste lösas för att den civila sjukvården vid krig ska kunna ge det stöd som Försvarmakten behöver.

Frågor som rör den ovan nämnda gränsytan har betydelse för den planering som måste ske. Hur Försvarmaktens sjukvårdsverksamhet ska organiseras och vilken förmåga den ska ha är främst en försvarsfråga.

Det är dock nödvändigt för denna utredning att beröra frågor som rör samspelet mellan den civila och militära sjukvården vad gäller vissa förmågor och deras betydelse för att skapa ett sammanhängande

³ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 77.

⁴ Försvarmakten (2000), *SjöR FM1, Sjukvårdsreglemente för Försvarmakten – allmänna grunder*, s. 10.

sjukvårdssystem. I de följande avsnitten behandlar utredningen därför vissa sådana frågor.

5.1.1 Försvarsmaktens sjukvård

Utredningens bedömning: För planering och dimensionering av den civila hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig är det viktigt att det tydligt framgår vilken sjukvård Försvarsmakten ska ansvara för i sådana situationer. Regeringen bör därför i försvarsbeslutet ange en övergripande målsättning för Försvarsmaktens sjukvård.

Försvarsberedningen anser att sjukvårdstjänsten i Försvarsmakten behöver utvecklas

Försvarsberedningen beskriver i *Motståndskraft* att möjligheterna till civila insatser i stridsområden i krig är begränsade. Även kvalificerade militära sjukvårdsinsatser kan begränsas med anledning av stridsaktiviteter och hot från fiendens vapensystem. Den militära sjukvården på stridsfältsnivån måste därför koncentreras till livsuppehållande och stabiliserande insatser för att möjliggöra vidare transport i vårdkedjan till fältsjukhus eller civila sjukhus där mer avancerade ingrepp kan genomföras. Försvarsberedningen konstaterar att Försvarsmakten i dag har begränsade resurser att omhänderta ett stort antal skadade i ett stridsområde.⁵ Beredningen föreslår vidare i *Värnkraft* att sjukvårdstjänsten i Försvarsmakten måste utvecklas och förstärkas, att det måste finnas sjukvårdsresurser för det akuta omhändertagandet på taktisk nivå.⁶ Beredningen anser vidare att sjukvårdskedjan måste ses i ett sammanhang inom totalförsvaret och att de beredskapssjukhus som föreslås i delrapporten *Motståndskraft* utgör en central komponent även för det militära försvaret.

⁵ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 190.

⁶ Försvarsberedningen, *Värnkraft* (Ds 2019:8), s. 185.

Civil sjukvård behöver veta vilket uppdrag den ska klara av

Utredningen delar Förvarsberedningens uppfattning 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 Förvarsmakten avser att klara själv. Gränssytan mellan militär och civil sjukvård behöver vara tydlig, även om man i praktiken kommer att behöva arbeta tillsammans i många situationer. Utredningen uppfattar att utgångspunkten är att Förvarsmakten 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. Oavsett hur rollfördelning mellan Förvarsmakten och civil sjukvård ska se ut, så måste rollfördelningen slås fast så att den civila sjukvården vet vilka behov den ska möta. Tidigare beskrevs denna rollfördelning bl.a. i sjukvårdsreglemente för Förvarsmakten.⁷

Utredningen kan i likhet med Förvarsberedningen konstatera att Förvarsmaktens sjukvårdsförmåga inte är lika väl utbyggd i alla delar. Resurserna är begränsade och torde därför inte fullt ut svara mot de behov som uppkommer vid ett väpnat angrepp mot Sverige. Såvitt utredningen kan bedöma medger sjukvårdsresurserna i t.ex. hemvärnet och flygvapnets basförband inte samma kvalificerade förmåga till akut omhändertagande och transport som i manöverförbanden. Stridskrafter till sjöss har också starkt begränsad förmåga att transportera skadade längre än till kaj. Avsaknaden av vissa av dessa militära förmågor kan innebära att den civila sjukvården, främst genom ambulanssjukvården, i avsaknad av kvalificerade militära resurser tvingas verka på platser utanför eller i direkt anslutning till den direkta stridszonen där det ur ett skyddsperspektiv inte vore lämpligt. Sådana situationer kan uppstå i exempelvis basområden, vid hemvärnsobjekt eller andra platser utanför den direkta stridszonen men där enstaka stridshandlingar ändå kan inträffa. Det är också tveksamt om de civila ambulansresurserna, utöver lämplighetsaspekten, är tillräckliga för att de utöver sina huvuduppdrag även ska kunna lösa sådana uppgifter. Utredningen delar således också Förvarsberedningens slutsatser att den militära sjukvården i denna del behöver utvecklas, inte minst för att det annars kan leda till ett överutnyttjande av civila

⁷ Förvarsmakten (2000): *SjuR FM 1 – Sjukvårdsreglemente för Förvarsmakten, allmänna grunder*.

resurser. Regeringen bör därför i försvarsbeslutet ange vilket sjukvårdsuppdrag Försvarsmakten ska planera för att klara av.

5.1.2 Civil hälso- och sjukvård i krig

Hälso- och sjukvårdslagen gäller även i höjd beredskap och krig. Enligt ansvarsprincipen ska den som ansvarar för en verksamhet i fred också lösa motsvarande uppgifter vid höjd beredskap och i krig. Kommuner och regioner ska därmed ha de planer som behövs för att de ska kunna upprätthålla sin verksamhet under höjd beredskap. Planerna ska innehålla uppgifter om den verksamhet som ska bedrivas, krigsorganisation och vilken personal som ska tjänstgöra i organisationen.⁸ Personalförsörjning inför kris och krig avhandlas utförligare i bl.a. kapitel 7.

Vid ett överraskande väpnat angrepp behöver civil sjukvård vara förberedd på att Försvarsmakten inte är mobiliserad. I en sådan situation behöver den civila sjukvården inledningsvis ensam ansvara för att det totala sjukvårdsbehovet i landet tillgodoses. Detta ansvar kommer att förändras i takt med att Försvarsmaktens egen organisation mobiliserar. Den civila sjukvården behöver således tillse att det även finns planer, lagerhållning m.m. för att kunna bedriva vård vid överraskande masskadeutfall. Detta oavsett om skadeutfallet är orsakat av en stor olycka, en terroristattack eller ett väpnat angrepp. Planering för masskadeutfall beskrivs utförligare i avsnitt 5.4 nedan.

5.2 Den civila hälso- och sjukvårdens organisation i krig

Försvarsberedningen föreslår att regionerna bör utpeka minst ett befintligt sjukhus i varje "civilområde"/militärregion till beredskaps-sjukhus. För att hantera avståndsproblematik anser Försvarsberedningen att beredskapssjukhus särskilt behöver utpekas på Gotland samt i norra Norrland. Beredskapssjukhusen bör ges i uppdrag att planera för att i krig kunna omhänderta stora skadeutfall, vilket kräver förmåga att snabbt kunna ställa om verksamheten. Försvarsbered-

⁸ 4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

ningen anser vidare att beredskapssjukhusen bör utveckla och vidmakthålla en god traumakompetens för konsekvenserna av krigshandlingar i landet.⁹

5.2.1 Beredskapssjukhus i ett historiskt perspektiv

Beredskapssjukhus är ett begrepp som använts tidigare i totalförsvars-sammanhang. Det motsvarade på 1990-talet ett länsdelssjukhus som kompletterades med vård- och operationsannex. Annexen skulle inrättas i lokaler som inte normalt brukades för vård, t.ex. i skolor. Sådan utrustning som krävdes förhandslagrades lokalt. Verksamheten vid sjukhusen var inriktad på kirurgisk vård av krigsskadade, men resurser var också avsatta för kvarvarande fredskirurgi, internmedicinsk vård, infektionssjukvård och förlossningsvård. Sjukvårdshuvudmännen skulle ha förmåga att upprätta extra vårdplatser för infektionsvård (epidemiberedskap), för skadefall efter användning av kemiska, biologiska eller nukleära medel samt för det fall omfördelningstransporter inte var möjliga att utföra. Sängutrustning för dessa ändamål lagrerhölls tillsammans med annexutrustningen. Psykiatrisk vård och långtidssjukvård skulle så långt möjligt bedrivas på samma sätt som i fredstid.

Även på 1990-talet utgick planeringen från att den största delen av sjukvården i krig skulle utföras på civila sjukhus. De fredstida kirurgiska resurserna i övre Norrland och på Gotland ansågs inte vara tillräckliga för att möta behoven från det stora antal förband som skulle kunna komma att verka där och det fanns därför behov av en större militär primärkirurgisk förmåga i dessa områden. I stort sett all sekundärkirurgisk vård planerades ske vid civila sjukhus.¹⁰

5.2.2 Regionernas krigsorganisationer behöver omfatta hela vårdkedjan

Utredningens bedömning: För att organisera hälso- och sjukvården i krig behöver kommuner och regioner skapa krigsorganisationer utifrån nationella planeringsförutsättningar samt lokala och regionala civila och militära behov. Regionernas krigsorganisation

⁹ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 194.

¹⁰ *Försvarsmaktens hälso- och sjukvård* (SOU 1992:101).

behöver omfatta hela vårdkedjan från prehospital vård till tertiär högspecialiserad vård på universitetssjukhus. Primärvård knuten till vårdcentraler och specialistsjukvård i såväl öppen som sluten vårdform är alla en väsentlig del av en sådan organisation. Begreppet ”beredskapssjukhus” är enligt utredningen inte ändamålsenligt för att beskriva den förmåga som regioner behöver planera för i höjd beredskap och krig.

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. De vårdinrättningar som ingår i organisationen bör vara geografiskt spridda för att minska sårbarhet och skapa redundans. Vid utformningen av kommunernas och regionernas krigsorganisation bör även vårdinrättningar och särskilda boenden som drivs av privata aktörer beaktas.

Sjukvårdens organisation för höjd beredskap och krig bör utformas utifrån förutsättningen att viss traumavård behöver kunna bedrivas på alla akutsjukhus, men att universitetssjukhusens traumacentrum, med sina regionala nätverk av traumaenheter, kan ha ett särskilt uppdrag i att stödja verksamheterna med att utveckla och bibehålla kompetens på de mindre sjukhusen.

Kommunernas och regionernas krigsorganisation och förmåga behöver planeras utifrån planeringsanvisningar för det civila försvaret, lokala och regionala förutsättningar för vården och utifrån Försvarmaktens regionala behov. Alla regioner ska ha en katastrofmedicinsk beredskapsplan¹¹ och både kommuner och regioner ska ha en plan för verksamheten under höjd beredskap.¹² Planeringen för verksamheten under höjd beredskap ska innehålla uppgifter om den verksamhet som är avsedd att bedrivas. Av planen ska också krigsorganisationen, den personal som ska tjänstgöra i organisationen och vad som i övrigt behövs för att kommunen respektive regionen ska kunna bedriva sina verksamheter under höjd beredskap framgå. Kommunerna och regionerna behöver utifrån sina geografiska, befolkningsmässiga och andra förhållanden skapa förmåga att bedriva hälso- och sjukvård även

¹¹ 5 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹² 4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

under mycket ansträngande förhållanden. En del av denna sjukvård är akut traumavård.

Sjukvårdens planering för höjd beredskap behöver omfatta mer än traumavård

Utredningen anser att det inte är ändamålsenligt att utgå från begreppet ”beredskapssjukhus” vid en beskrivning av den förmåga som regionen behöver planera för i höjd beredskap och krig. Detta eftersom den förmåga som krävs ytterst handlar om att upprätthålla vissa funktioner och vissa vårdnivåer snarare än om att verksamheten ska upprätthållas i en eller flera på förhand utpekade fysiska byggnader. Det som regionerna ska kunna upprätthålla i krig är en viss förmåga att bedriva hälso- och sjukvård. I vissa fall kräver detta sådana särskilda medicinska eller tekniska resurser eller viss särskild kompetens som nu finns samlade på sjukhus. Även hälso- och sjukvård som bedrivs på vårdcentraler eller i hemsjukvården behöver omfattas av planeringen. Hela vårdkedjan är av betydelse eftersom tillgången till vårdplatser på sjukhusen påverkas av om primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården klarar av sina respektive uppdrag. Om den kommunala hälso- och sjukvården inte klarar av sitt uppdrag kommer patienter därifrån behöva läggas in på sjukhus vilket riskerar att försvåra mottagandet av krigsskadade. Detsamma gäller andra patienter från primärvården. Krigsorganisationen behöver också innefatta beredskap för utbrott av smittsamma sjukdomar eller händelser med farliga ämnen (CBRNE).

Vid kris, höjd beredskap och krig kommer alla delar av vårdkedjan överlag att behöva göra betydligt mer än man gör i vardagen. I krigsorganisationen ska därför de funktioner och aktiviteter finnas som krävs för att kommunen respektive regionen ska upprätthålla den av statsmakterna angivna förmågan i planeringsinriktningarna. Till skillnad från regionens katastrofmedicinska förmåga i allmänhet handlar planering och beredskap inför höjd beredskap och krig om att säkerställa förmågan att möta den yttersta utmaningen vid masskadeutfall och andra konsekvenser som följer av väpnad strid.

Sjukvården måste ha planer för att utöka verksamheten

Det är en stor logistisk utmaning att ta hand om en stor mängd svårt skadade patienter. Det kräver tillgång till avancerad utrustning, stöd-funktioner och kvalificerad personal. Så långt det är möjligt är det därför rimligt att även i krig fortsätta att bedriva vård på samma ställen där den bedrivs i vardagen. För att kunna öka kapaciteten på dessa sjukhus behövs dock ett system för evakuering och omhändertagande av andra patientgrupper inom eller utom regionen. I sådana situationer behöver alla lämpliga och tillgängliga personalresurser, utöver de ordinarie, som exempelvis pensionerad personal, personer under utbildning, personal inom företagshälsovård och från frivilligorganisationer tillvaratas.

Därutöver behöver det finnas beredskap för att utöka verksamheten med ytterligare lokaler, att evakuera befintliga lokaler och bedriva verksamhet i helt andra lokaler. Ett exempel kan vara att ett sjukhus som normalt inte tar emot traumapatienter, utan endast bedriver planerad (elektiv) verksamhet eller en privat kirurgisk klinik, får ett annat eller utökat uppdrag. Krigsorganisationen skulle kunna omfatta ett flertal sjukhus, vårdinrättningar eller verksamheter i ett visst geografiskt område. Planeringen ska inkludera förmågan att bedriva traumavård av en viss omfattning, öka antalet vårdplatser samt säkerställa personal och relevant kompetens. Utifrån regionernas beredskapsplanering kan en vårdinrättnings funktion medföra att kraven på robusthet ökar jämfört med vårdinrättningar som inte bedöms ha en sådan funktion.

Regionerna behöver således planera för, och identifiera, lokaler för evakuering och utslussning från sjukhus, eventuellt med såväl slutna som öppna vård och sambemanning region/kommun. Sådana lokaler kan också vara uppsamlingsplats för skadade för triage, initial vård alternativt omlastning och transport till krisstöd. Vidare kan sådana lokaler behöva användas för karantän vid exempelvis en epidemi.

I stället för att som tidigare planera för att bedriva eftervård eller operationer i annex som inte är avsedda för vårdverksamhet kan dagens struktur med privata vårdaktörer utgöra en slags modern annex-verksamhet. I vissa geografiska regioner, där alternativa lokaler inrättade för vård i vardagen saknas, kan ändå behov av att planera för vård i tillfälliga lokaler vara nödvändigt. För de fall detta är nöd-

vändigt bör den utrustning som behöver användas förhandslagras lokalt eller regionalt. Statligt stöd bör då kunna utgå för detta.

Krigsorganisationen kan i vissa delar komma till användning vid andra samhällsstörningar

De krigsorganisationer som kommuner och regioner skapar syftar till att bedriva verksamhet i högsta beredskap.¹³ Både kommuner och regioner har också behov av att kunna upprätthålla verksamheten under andra svåra förhållanden t.ex. vid terrorattentat, naturkatastrofer, epidemier eller i gråzon. Det är därför viktigt att kommunerna och regionerna i arbetet med krigsorganisationen identifierar vilka delar av organisationen som personal, lokaler eller andra resurser, som kan nyttjas även då det inte råder högsta beredskap. Det kan dock konstateras att lagen om totalförsvarspflicht inte är tillämplig i hanteringen av frestida kriser. Därmed kan regionerna inte i frestida kriser stödja sig på allmän tjänsteplicht eller civilplicht för personalförsörjningen i sådana situationer. Genom planering av en krigsorganisation som också tränas och övas för kriget ökar förutsättningen för att kunna bedriva verksamheten även vid svåra påfrestningar i fredstid.

Ekonomiska konsekvenser

Arbetet med att påbörja framtagande av krigsorganisation finansieras genom de överenskommelser mellan Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, i det följande förkortat MSB, och Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, som löper fram till och med 2020. Arbetet med krigsorganisationen kommer inte vara avslutat vid ingången av försvarsbeslutsperioden, dels beroende på att det fortsatt föreligger utvecklingsbehov kopplat till krigsorganisationens struktur, dels att det finns ytterligare utredningsbehov vilket bl.a. redogörs för i kapitel 7. Arbetet med att utveckla krigsorganisationen handlar också om att identifiera andra verksamheter, t.ex. privata sådana, som kan ställas om eller att i vissa regioner tillskapa och utrusta tillfälliga lokaler. Det föreligger också ett behov av löpande förvaltning av krigsorganisationen kopplat till personal-

¹³ 12 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

rörligheten på arbetsmarknaden. Utredningen bedömer därför att det är rimligt att regionerna fortsatt tillförs 100 miljoner kronor årligen för arbetet med utveckling och förvaltningen av en krigsorganisation. Länsstyrelserna och SKR har i en skrivelse till regeringen redovisat kostnader för en bottenplatta för civilt försvar uppgående till 300 miljoner kronor, bl.a. innehållande arbete med krigsorganisation.¹⁴ SKR har i bottenplattan räknat in flera olika delar som utbildning och övning samt säkerhetsskydd. Det ska noteras att utredningen inte räknat in dessa kostnader i det som redovisas ovan. Kostnader avseenden utbildning och övning redovisas i kapitel 9 och kostnader avseende säkerhetsskydd och signalskydd måste hanteras sektorsövergripande (se även avsnitt 3.1.4)

När det gäller kommunernas arbete med krigsorganisation redovisas kostnader för detta till regeringen i andra underlag. Den kommunala hälso- och sjukvården är en begränsad del av kommunernas totala verksamhet. Utredningen anser ändå att det bör anslås särskilda medel för kommunernas arbete att i samverkan med regionerna skapa krigsorganisationer som omfattar hela vårdkedjan där sjukvårdshuvudmännen kan stödja varandra. I ett sådant arbete kan det finnas skäl att t.ex. överväga behovet av alternativa eller kompletterande lokaler som kan bemannas gemensamt av hälso- och sjukvårdspersonal från båda organisationerna. För kommunernas arbete med krigsorganisation för kommunal hälso- och sjukvård, och samverkan med regionerna i detta avseende, bör kommunerna tillföras 100 miljoner kronor per år under kommande försvarsbeslutsperiod.

5.2.3 Faktorer av betydelse för regionernas organisation i höjd beredskap

Vid planering av hälso- och sjukvårdens organisation i höjd beredskap och krig behöver bl.a. nedanstående faktorer beaktas.

Tiden är en kritisk faktor i samband med traumavård

Vid allvarliga skador eller sjukdomstillstånd är tiden fram till att patienten får ett kvalificerat omhändertagande en kritisk faktor. I militära sammanhang används tidsgränserna 10-1-2 vilket i korthet innebär

¹⁴ Länsstyrelserna och SKR (2020): *Begäran om resursförstärkning till kommuner och regioner för uppbyggnad av ett bättre civilt försvar* (dnr 101-1534-2020)

att en svårt skadad ska få kamrathjälp inom 10 minuter, livräddande prehospital vård inom en timme och livräddande kirurgi inom 2 timmar från skadetillfället för att rädda liv, lem och funktion.¹⁵ Även svenska Försvarmakten arbetar efter dessa principer. Genom dessa åtgärder kan ytterligare kirurgiska åtgärder skjutas upp till ett senare tillfälle då andra resurser och kompetenser finns tillgängliga. Tidsuppgifterna ovan baseras på erfarenheter från de flertal militära insatser och operationer som genomförts av olika nationer.

I en civil kontext har i det studier konstaterats att det är särskilt viktigt med snabb avtransport från skadeplats, och därmed möjlighet till ett mer kvalificerat omhändertagande på sjukhus, för neurologiskt skadade och instabila patienter med blödningar efter penetrerande våld.¹⁶ För stabila patienter med blödningar ökar däremot inte risken för död i samma grad med ökad tid på skadeplats, förutsatt att kvalificerad prehospital vård kan ges.¹⁷ Det är alltså inte enbart tiden till kvalificerad sjukhusvård som har betydelse utan även att snabbt få ett kvalificerat första omhändertagande på skadeplats beroende på typ av skada. Det är också i sammanhanget viktigt att beakta de olika former för sjuktransport som kan genomföras och vilka resurser som finns tillgängliga. Valet mellan fortsatt vård på plats, avtransport med en enklare transportresurs som saknar relevant medicinsk kompetens och medicinteknisk utrustning (CASEVAC) eller avtransport med en resurs där vård kan bedrivas under transport (MEDEVAC) måste styras av etablerade triagesystem (med kriterier för sortering och sällning av drabbade, *sort and sieve*) för att skapa bästa möjliga utfall, se vidare avsnitt 5.4.3.

Primärkirurgisk stabilisering kan vinna tid

Sjukvården i krig bedrivs under svåra påfrestningar. Försvarmakten planerar därför att i krig bedriva vård med beaktande av längre transporttider. En sådan planering förutsätter att det då finns möjlighet att nära skadeplats stabilisera patienterna så att de överlever en längre transport. För detta krävs en primärkirurgisk resurs nära skadeplatsen. Försvarmakten har sådana fristående resurser samt resurser vid

¹⁵ Nato, Allied Joint Medical Support Doctrine, AJP 4.10 EDC V1.

¹⁶ The influence of prehospital time on trauma patients outcome: A systematic Review, *Injury* (2015), 46, 602–609.

¹⁷ A.a.

bataljons- och brigadförbandsplatser. Försvarsmakten har också fördelen att de kan gruppera sina primärkirurgiska enheter nära stridsfältet på de platser de bedriver, eller avser att bedriva, väpnad strid.

Resurser som motsvarar de nyss beskrivna saknas i huvudsak på den civila sidan med undantag av den akutsjukvårdsresurs Socialstyrelsen nyligen har införskaffat och börjat utveckla arbetsformer för (se vidare avsnitt 5.3.3). Inom den fredstida katastrofmedicinska beredskapen är möjligheten att ta hand om en masskadesituation i samband med t.ex. ett terrorattentat inte på samma sätt som för Försvarsmakten möjlig att förutse. Därmed kan det vara svårt att i förväg förutse var de primärkirurgiska förstärkningsenheterna ska finnas. När masskadesituationen är ett faktum är grupperingstiden för en sådan resurs alldeles för lång, även om den skulle finnas regionalt, för att resursen ska vara till någon nytta i det initiala arbetet. Detta innebär att förutsättningarna är olika för civil och militär sjukvård att bedriva primärkirurgisk stabilisering i tillfälliga lokaler utanför befintliga sjukvårdsinrättningar och infrastruktur.

Flyg- och helikoptertransporter är inte alltid möjliga

Transport av patienter med helikopter minskar tiden det tar att komma till rätt vårdnivå jämfört med vägtransport, i de fall en för ändamålet lämplig helikopter finns tillgänglig och väderförhållandena medger det. Helikoptertransport kan i vissa fall i nuläget också vara en förutsättning för att regionerna ska kunna hämta skadade eller sjuka patienter på ställen dit det inte går att komma med vägburen ambulans.

Vid allvarliga händelser i fredstid, vid höjd beredskap och särskilt i krig, kan förutsättningarna att utföra flygtransporter förutsättas vara sämre än i ett normalläge i fred. Beroende på omständigheterna kan de tillgängliga flygburna transportresurserna visa sig för knappa för att tillgodose sjuktransportbehoven. Utöver detta måste det vid krig förutsättas att omständigheterna helt kan förhindra att luftrummet nyttjas för civila flyg- eller helikoptertransporter.

Mot ovanstående bakgrund bedömer utredningen att sjukvårdens organisation för höjd beredskap och krig bör utformas utifrån förutsättningen att transporter av sjuka och skadade i huvudsak måste ske med vägburna fordon.

Sjukhusens antal och lokalisation har betydelse för hur fort patienten får sjukhusvård

Vårdanalys genomförde år 2018 en kartläggning av befolkningens res-tid till närmaste akutmottagning med vägburet fordon utifrån rådande hastighetsbegränsning.¹⁸ Vid tidpunkten för kartläggningen fanns 68 akutmottagningar med varierande verksamhet i Sverige. I kartläggningen konstaterade Vårdanalys att omkring 85 procent av Sveriges be-folkning har högst 30 minuters resväg till närmaste akutmottagning. På vissa håll var dock restiden lång, framför allt i Jämtlands, Norrbottens, Västerbottens och Västernorrlands län. Omkring 16 000 per-soner hade mer än två timmars resväg till närmaste akutmottagning.¹⁹ Det är dock värt att beakta att alla akutsjukhus inte har samma för-måga till akut omhändertagande, vissa har exempelvis bara medicin-akut, men saknar kirurgakut osv.

Vårdanalys rapport utgår ifrån ett fredsmässigt perspektiv. I hän-delse av krig kan lokaliseringen av Försvarsmaktens insatta förband innebära att befolkningen ökar och minskar i olika områden. Den om-fattande förändring av mängden människor i samband med mobili-sering av Försvarsmaktens förband i Norrland som beskrevs i början av 1990-talet är dock inte aktuell i dag, framför allt kopplat till att arméns numerär är en helt annan. Det innebär dock inte att det fort-farande föreligger en viss utmaning för den civila sjukvården att pla-nera för de förband som kan komma att uppträda i regionen.

Även andra befolkningsförflyttningar med anledning av kris eller krig kan förekomma och vara av betydelse för sjukvårdens förmåga. Totalförsvarets behov behöver därmed beaktas vid planering av akut-sjukvårdens organisation.

Akutsjukhusens organisation och uppdrag

I dag har alla regioner sin egen organisation för handläggning av trau-mapatienter. De bestämmer själva om det ska finnas särskilda mål för traumavården, traumateamens kompetens, kriterier för nivå på traumalarm och hur de är utformade. En akutmottagnings kapacitet styrs även av antalet akut- eller traumarum, tillgång till operationssalar och

¹⁸ Vårdanalys (2018), *En akut bild av Sverige*, (Rapport 2018:13), s. 51 ff.

¹⁹ Vårdanalys (2018), *En akut bild av Sverige*, (Rapport 2018:13), s. 51 f.

intensivvårdspplatser, samt av tillgången till stödfunktioner som exempelvis röntgen och laboratorium m.m. Socialstyrelsen har konstaterat att den specialiserade traumavården är ojämnt fördelad över landet.²⁰ För att säkerställa tillgång till specialiserad traumavård krävs det därför upparbetade rutiner för kontakt och transport till de sjukhus som har kompetens inom respektive område.

Den statliga utredning som lämnade förslag till en ny beslutsprocess för högspecialiserad vård föreslog att regeringen skulle tillsätta en särskild utredning för att se över akutsjukvården och dess behov av strukturförändringar.²¹ SKR och flera regioner framförde i remissförfarandet att organisationen av akutsjukvården i första hand är en lokalpolitisk fråga som inte bör utredas av staten. I propositionen som genomförde beslutsprocessen för högspecialiserad vård konstaterade regeringen därför att eventuella utredningar av akutsjukvården, där bl.a. perspektivet för totalförsvaret beaktas, bör genomföras på regional och lokal nivå av sjukvårdshuvudmännen själva.²² Regeringen konstaterade vidare att det är relevant att inkludera effekterna på akutsjukvården av koncentration av högspecialiserad vård i sakkunniggruppernas analyser.

Vad utredningen erfar har inget arbete med att se över akutsjukvårdens organisation genomförts. Det sker dock ett samarbete mellan regionerna avseende akutsjukvård genom kunskapsstyrning i s.k. Nationella programområden, där akut vård är ett område. Det finns för närvarande 24 nationella programområden och dessa består av experter inom respektive område och representation från alla samverkansregioner.

Nivåstrukturer av vården

Nivåstrukturer av traumavården ger ökade möjligheter för patienter att i fredstid få ett multidisciplinärt och kvalificerat omhändertagande på en nivå som motsvara professionens kriterier. Universitetssjukhusen fungerar vanligen som traumacenter i respektive samverkansregion. Det finns i dag sju universitetssjukhus i Sverige (Göteborg, Linköping, Malmö/Lund, Stockholm, Uppsala, Umeå och Örebro), alltså ett universitetssjukhus per samverkansregion, förutom i Uppsala/

²⁰ Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig bändelse*, Artikelnummer 2015-11-5.

²¹ *Träning ger färdighet, Koncentrera vården för patientens bästa*, SOU 2015:98.

²² Prop. 2017/18:40, s. 79.

Örebroregionen där det finns två. Socialstyrelsen påbörjar under 2020, inom ramen för processen med högspecialiserad vård, en analys av ett antal nationella funktioner där bl.a. akuta transporter och hög-isoleringsvård ingår.

Sådana högspecialiserade resurser som redogörs för ovan kan inte rimligtvis upprätthållas på alla akutsjukhus. Det kan dock konstateras att koncentration av all traumavård till universitetssjukhusens traumacentrum inte ens under optimala förhållanden i fred alltid medger att patienter kan transporteras direkt till sjukhuset inom den tidsram som många gånger bedöms som kritisk för vissa traumafall. Om möjligheten att utföra traumavård koncentreras till ett enda universitetssjukhus i en samverkansregion kommer det således att innebära långa transporter för allvarligt skadade patienter, något som kan vara svårt att genomföra vid allvarliga händelser i fredstid, under höjd beredskap men särskilt i krig. Regioner som inte har något universitetssjukhus behöver därmed ha en egen förmåga till primärt traumaomhändertagande, livräddande kirurgi och intensivvård (motsvarande en traumaenhet) för det fall transporter av patienter till ett traumacentrum inte är möjligt. Geografiska skäl eller stor folkmängd kan också motivera en eller flera traumaenheter även i regioner där universitetssjukhus finns. I de fall det är möjligt att transportera svårt skadade patienter, endera direkt eller efter primärkirurgisk intervention på annat sjukhus, till den tertiära vårdnivån är det naturligtvis att föredra.

Mot ovanstående bakgrund bedömer utredningen att sjukvårdens organisation för höjd beredskap och krig bör utformas utifrån förutsättningen att viss traumavård behöver kunna bedrivas på merparten av alla akutsjukhusen, men att universitetssjukhusens traumacentrum, med sina regionala nätverk av traumaenheter, kan ha ett särskilt uppdrag i att stödja verksamheterna med att utveckla och bibehålla kompetens på de mindre sjukhusen.

Koncentration av resurser till en plats skapar sårbarhet

Hälso- och sjukvården i krig bör som utgångspunkt bedrivas på de platser där den bedrivs i vardagen. Eftersom de stora resurserna i vardagen finns på universitetssjukhusen är det naturligt att dessa fortsätter att vara ett nav för hälso- och sjukvården i samverkansregionen så länge det är möjligt och inte är olämpligt. Däremot måste det

finnas en beredskap för det fall universitetssjukhusen av något skäl slås ut eller för de fall universitetssjukhuset bedöms vara så sårbart att det inte anses möjligt att bygga på detta i beredskapssammanhang.

Enligt den fjärde Genèvekonventionen, som syftar till att säkerställa skydd för civila, är sjukhus skyddade från militära angrepp. Internationella erfarenheter visar dock att konventionsskyddet inte alltid respekteras.²³ Beredskapsplaneringen behöver därför utgå från att sjukhus kan drabbas oavsiktligt av krigshandlingar men också att sjukhus kan utgöra avsiktliga mål. Om en hel samverkansregion vore helt beroende av de bestämda fysiska byggnader som i fred utgör ett universitetssjukhus skulle det utgöra en stor sårbarhet.

Robusthet och säkerhetsaspekter

Sjukhusens skydd utreddes av Socialstyrelsen på 1980-talet i samband med framtagande av rapporten ”Sjukvårdens säkerhet i krig.”²⁴ Även om rapporten är mer än 30 år gammal bedöms vissa av rapportens slutsatser fortfarande ha relevans. I rapporten identifierade Socialstyrelsen bl.a. tre principiella metoder för sjukvårdens säkerhet;

- särskilda skyddade anläggningar,
- utspridning till vårdcentraler och andra alternativa lokaler, eller
- ett utnyttjande av akutsjukhusen.

Samtliga metoder hade sina för- och nackdelar. I sitt resonemang kring vad som var mest optimalt framförde Socialstyrelsen att byggandet av särskilda skyddade anläggningar blev onödigt dyrt och därmed riskerade medföra att ett otillräckligt antal anläggningar uppfördes. Utspridning till enbart enheter där akutsjukvård normalt inte bedrevs innebar att de befintliga akutsjukhusen förblev en outnyttjad resurs. Socialstyrelsen kom därför sammantaget fram till att en kombination av utspridning och att använda akutsjukhusen var mest lämpligt. Eftersom Socialstyrelsen konstaterade att byggandet av säkra skyddade anläggningar dels var extremt dyrt, dels hade få mervärden

²³ Försvarsmakten och Socialstyrelsen, *Totalförsvarets sjukvårdssystem*, s. 17, bilaga till FM2016-16189:15 och SoS 11.1-30361/2017.

²⁴ Socialstyrelsen (1986), *Sjukvårdens säkerhet i krig*.

kopplat till den civila sjukvården har därför endast ett fåtal sådana civila anläggningar byggts.

Den vapenutveckling som skett sedan rapportens tillkomst har bl.a. medfört ökad precision och verkan. Den som vill träffa ett visst mål i dag kommer att göra det, från långt håll och med god verkan. Frågan är därför om det inte är ännu dyrare att i dag bygga skyddade anläggningar. Utredningen har inte funnit något som talar för att de slutsatser som Socialstyrelsen kom fram till på 1980-talet skulle vara inaktuella. Det mest kostnadseffektiva sättet att uppnå en tillräcklig förmåga bedöms därför även i dag åstadkommas genom en kombination som innebär nyttjande av de befintliga resurserna, ökad robusthet i både säkerhetsskydd och försörjning av bl.a. vatten, avlopp, värme, el och ventilation och genom att planera för tillräcklig utspridning. Internationella erfarenheter har visat att satsningar på robusta sjukhus är väl investerat när hälso- och sjukvården kan klara effekterna av katastrofer och fortsätta att bedriva vård.²⁵ Robust infrastruktur beskrivs ytterligare i avsnittet 5.5.

En sjukvård i förändring

Sedan nedmonteringen av totalförsvaret inleddes i slutet av 1990-talet har flera faktorer förändrats i samhället. En del av dessa påverkar möjligheterna att återknyta till tidigare planeringstankar. Utvecklingen inom vården har medfört betydligt mer avancerad vård med betydligt mer avancerad teknik, vilket också avspeglas i den nivåstrukturering och koncentration av viss vård som har skett. Vissa delar av detta har redan beskrivits i avsnitten om nivåstrukturering av vården ovan. Vidare har mer avancerad vård flyttas till patienters hem och till särskilda boenden. Patienter skrivs också ut från slutna vård tidigare än förr. I dag svarar kommunerna för cirka 25 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården.²⁶

En annan tydlig förändring är det ökade inslaget av privata vårdaktörer. Vissa sjukhus drivs helt av privata aktörer enligt avtal med en region, medan andra sjukhus är organiserade så att delar av sjukhuset eller dess stödprocesser drivs av privata aktörer. Därutöver har en del verksamheter flyttat ut från sjukhusen och bedrivs istället av

²⁵ Försvarsmakten och Socialstyrelsen, *Totalförsvarets sjukvårdssystem*, s. 17.

²⁶ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård*, 2019, s. 51.

privata aktörer i andra lokaler. Det pågår också en strukturförändring som innebär att primärvården stärks och får ett utökat uppdrag. Alla dessa faktorer påverkar hur man i det moderna samhället måste se på en krigsorganisation för sjukvården.

Omstruktureringen av vården innebär också andra utmaningar. Det är redan i vardagen svårt att dela information mellan olika aktörer och system. Olika vårdgivare med olika it-system skapar också utmaningar, likväl som det faktum att en digital tjänst kan vara beroende av flera system från flera olika systemleverantörer. Som exempel kan nämnas floran av vårdinformationssystem eller tjänster som e-recept.

Krigsorganisationen behöver omfatta plan för värdlandsstöd

Kommuners och regioners krigsorganisationer ska även kunna förbereda för att verka tillsammans med tredje part. Det kan handla om att ta emot personal eller i organisationen integrera fristående sjukvårdsresurser från andra länder. Det kan också handla om att bistå andra länder med personal eller andra resurser. MSB tar under 2020 fram en inriktning för civila aktörers agerande vid värdlandsstöd, både vid EU-stöd och internationellt stöd. Inriktningen kommer att beskriva förberedande åtgärder och civila aktörers agerande vid mottagande av internationella resurser, under fredstida kriser och under höjd beredskap.

5.3 Förbättrad sjukvårdsförmåga i krig

Att vårda och omfördela ett stort antal patienter samt att omhänderta döda måste ingå i regionernas planering inför höjd beredskap. Planeringen kan inte utföras utan vissa dimensionerade utgångspunkter såsom antaganden om konsekvenser av ett väpnat angrepp. Regionerna har som stöd i diskussionerna avseende dimensionering bl.a. använt Forsvarsberedningens betänkande Motståndskraft och de hotbildsunderlag, s.k. typfall, som Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) tagit fram. Under hösten 2018 genomförde även Socialstyrelsen i samarbete med Forsvarshögskolan möten med samtliga regioner där diskussioner med stöd av säkerhetspolitiska och militära scenarion belyste konsekvenser av ett stort antal skadade vid höjd beredskap och krig.

Utvecklingen inom vården har medfört att antalet vårdplatser minskat under många år. Överbeläggningar förekommer i stor utsträckning. Detta är en utmaning för förmågan att vid samhällsstörningar tillskapa vårdplatser. Förmågan att bedriva hälso- och sjukvård påverkas i stor utsträckning av tillgången till personal, lokaler, läkemedel och sjukvårdsmateriel. Akutsjukhusens förmåga att öka sin kapacitet och ta emot ett stort antal skadade patienter är också helt beroende av att andra delar av hälso- och sjukvården, som primärvård och hemsjukvård, fungerar och också klarar av att hantera ett utökat uppdrag.

Sjukvården behöver också planera för att ta hand om ett ökat antal döda. Det behövs därför ett helhetsperspektiv på sjukvården i planeringen av hantering av masskadeutfall.

5.3.1 Försvarsberedningen anser att förmågan att ta hand om ett stort antal skadade måste förstärkas

Försvarsberedningen framhåller att vid ett krig kommer både militär personal och civilbefolkningen att drabbas. Det kommer till stor del handla om allvarliga, svåra eller kritiska traumaskador. Typen av skador som kan förväntas är penetrerande splitterskador, skottskador, explosionsskador, klämskador och brännskador. Skador eller åkommor till följd av epidemier eller begränsat användande av kärnvapen kan också uppkomma liksom svåra psykologiska trauman. Det är svårt att uppskatta skadeutfallet vid krigshandlingar på svenskt territorium. Krig är dynamiska förlopp. Omhändertagande av skadade och döda kommer således inte att upphöra efter en enskild händelse. Skadeutfallet kommer inte att vara jämnt fördelat över landet utan kommer att variera beroende på var krigshandlingarna och striderna inträffar.

Försvarsberedningen konstaterar att under normala förhållanden, utan externa påfrestningar, ligger verksamheten i den civila sjukvården ofta på, eller över, kapacitetstaket. Vid antagonistiska angrepp i ett gråzonsscenario eller vid ett väpnat angrepp skulle obalans mellan behov och resurser snabbt uppstå, såväl totalt i landet som i olika geografiska delar av landet. Det saknas helt enkelt resurser och uthållighet för sådana situationer.²⁷ Försvarsberedningen anser att beredningsplaneringen inom sjukvården bör ta sin utgångspunkt i beräkningar rörande skadetyper och antal döda i krig.²⁸ Försvarsberedningen be-

²⁷ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 190.

²⁸ A.a., s. 193.

dömer att kapaciteten inom den svenska sjukvården för att kunna ställa om verksamheten i syfte att ta hand om ett stort antal skadade måste förstärkas avsevärt.²⁹

5.3.2 Nationell kartläggning av regionernas förmåga

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör i samarbete med regionerna snarast, utifrån gemensamma kriterier för vårdplatser i höjd beredskap och krig, kartlägga och på nationell nivå sammanställa uppgifter om vilken vårdkapacitet som finns i landet.

Utifrån de uppskattningar av antal skadade och döda vid ett väpnat angrepp som Försvarsberedningen anger behöver hälso- och sjukvårdens kapacitet öka väsentligt. Utredningen bedömer att en rimlig ambitionsnivå under den kommande försvarsbeslutsperioden kan vara att regionerna, utifrån de kriterier som Socialstyrelsen anger för sjukvården i höjd beredskap och krig, ska kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med ett normalläge i fredstid, med en bemanning som är möjlig under sådana förhållanden.

Försvarsberedningen anger att utifrån bedömningar av hur ett väpnat angrepp mot Sverige skulle kunna gå till skulle ett begränsat väpnat angrepp mot södra Sverige under en tolvdagarsperiod uppgå till sammanlagt cirka 11 000 skadade eller döda. En krigssituation som pågår under ett antal veckor och på flera platser i landet skulle kunna resultera i förluster om cirka 20 000–30 000 döda och skadade.

Socialstyrelsen publicerade i december 2018, utifrån ett regeringsuppdrag, en rapport om kapaciteten i sjukvården.³⁰ Uppdraget bestod av att analysera vilken kapacitet svensk sjukvård har för att hantera kritiska lägen som kan uppkomma i den löpande verksamheten, även vid extraordinära händelser. Uppdraget omfattade dock inte perspektivet höjd beredskap och krig.

²⁹ A.a, s. 192.

³⁰ Socialstyrelsen (2018): *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen.*

Regionernas arbete behöver utgå från planeringsanvisningar

Enligt överenskommelserna mellan Socialdepartementet och SKR har regionerna sedan 2018 bl.a. till uppgift att påbörja en kartläggning av vilka delar av den egna hälso- och sjukvården som berörs av den återupptagna planeringen för civilt försvar. Därefter ska regionerna identifiera vilka verksamheter som är mest prioriterade, samt vilka behov av anpassning som krävs för att bygga upp och upprätthålla ett civilt försvar. Utifrån de planeringsinriktningar för civilt försvar som gäller för 2016–2020 har regionerna inte delgivits några regionanpassade anvisningar för vilken förmåga som respektive region ska upprätthålla. Regionerna har därför fått dra vissa egna slutsatser om vad som behöver förstärkas. Därmed utförs planeringen i regionerna utan ett gemensamt mål. Den nationella och regionala planeringsinriktningen måste, som beskrivits i kapitel 3 brytas ned av ansvariga myndigheter och bli mer konkret så att regionerna kan genomföra nödvändiga åtgärder för att bygga upp och upprätthålla förmåga för civilt försvar. Inte minst är detta viktigt utifrån perspektivet att bedöma behovet av och avsätta tillräckliga medel för utvecklingen.

Kartläggning av förmåga behöver utgå från gemensamma kriterier

I den ovan nämnda överenskommelsen framgår att traumakedjan ska kartläggas för att stärka förmågan att hantera ett stort skadefall. Flera regioner har i arbetet med denna kartläggning identifierat att det inom den egna regionen inte finns fastställt vilken förmåga regionen ska ha vad gäller omhändertagande av många svårt skadade inom ramen för den katastrofmedicinska beredskapen i vardagen.

Regionerna har inom ramen för överenskommelsen också börjat kartlägga förmågan att ta hand om stora skadefall genom att tillskapa resurser. Kartläggningsarbetet, som fortfarande pågår, har bidragit till en bredare förståelse i regionerna för vilka styrkor och svagheter som finns i de egna verksamheterna. I arbetet har det framkommit att det saknas gemensamma kriterier för att jämföra förmåga mellan olika regioner. Det behövs exempelvis för att kunna beräkna hur många vårdplatser som kan tillskapas utifrån bemanning och utrustning. För att respektive region ska kunna kartlägga sin kapacitet och dessa uppgifter ska kunna sammanställas på nationell nivå

behöver arbetet utgå från gemensamma kriterier. En viktig utgångspunkt för arbetet med att kartlägga och tillskapa vårdplatser är att definiera vad som avses med en viss typ av vårdplats. Antalet vårdplatser som kan tillskapas beror på vårdnivå och vilka kvalitetskrav som ska kunna uppfyllas för varje sådan nivå.

Regionerna har under det senaste decenniet minskat antalet vårdplatser. På många sjukhus finns det därför oanvända vårdutrymmen och i vissa fall även sängar och annan medicinteknisk utrustning kvar som inte används. Flera regioner torde därför redan i nuläget kunna tillskapa fler vårdplatser vid t.ex. en epidemi eller masskadehändelse, vilket kan innebära färre antal vårdpersonal per vårdplats. Eftersom bemanningen ofta är den begränsande faktorn för antalet tillgängliga vårdplatser behöver kartläggningen av förmåga utgå från gemensamma kriterier för bemanning av vårdplatser i höjd beredskap och krig.

Socialstyrelsen bör därför inom ramen för sitt arbete med att samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens beredskap snarast stödja regionerna i detta arbete med att ta fram sådana gemensamma kriterier för att mäta förmåga. När regionerna har kartlagt sin kapacitet utifrån dessa gemensamma kriterier bör Socialstyrelsen sammanställa uppgifterna på nationell nivå. Dessa uppgifter blir också ett viktigt ingångsvärde i arbete med nya planeringsinriktningar och uppföljning mot nationella mål och behov, t.ex. i programplanen.

Ingen region har i dag förmåga att ensam ta emot så stora skadeutfall som beskrivs av Försvarsberedningen i Motståndskraft. Utredningen kan konstatera att gapet mellan den förmåga att ta hand om masskadeutfall som Försvarsberedningen efterfrågar och den faktiska förmågan i regionerna är stort. Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera stora skadeutfall i höjd beredskap och krig behöver därför öka i betydande omfattning. Utredningen bedömer att en rimlig ambitionsnivå under den kommande försvarsbeslutsperioden kan vara att regionerna, utifrån de kriterier som Socialstyrelsen anger för sjukvården i höjd beredskap och krig, ska kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med ett normalläge i fredstid, med en bemanning som är möjlig under sådana förhållanden. På längre sikt bör ambitionsnivån vara att kunna utöka antalet vårdplatser ytterligare. Detta arbete bör utgå från de gemensamma kriterier för olika typer av vårdplatser som Socialstyrelsen ska ta fram och utgå från att det i krig kan bli nödvändigt med förtätning av patienter och en glesare bemanning av vård-

platserna. Vad som är tillräcklig bemanning av vårdplatser måste således bedömas med utgångspunkt från vad som är möjlig under sådana förhållanden som råder vid fredstida kriser och krig.

Ekonomiska konsekvenser

Fastställande av kriterier för vårdplatser i kris och krig bedöms inte medföra någon extra kostnad utan bör kunna ske inom ramen för Socialstyrelsens ordinarie verksamhet. Kartläggning av regionernas förmåga är en del i överenskommelsen mellan staten och SKR som löper fram till och med 2020. Utredningen bedömer att arbetet inte kommer vara slutfört då utan föreslår att ytterligare 24 miljoner kronor avsätts för regionernas kartläggning utifrån de framtagna kriterierna.

För regionernas arbete med att dubblera antalet fysiska vårdplatser bedöms det rimligt att under perioden investera 480 miljoner kronor över de sista fyra åren i perioden. Med en medelavskrivningstid på 15 år innebär detta en årlig kostnad från åtta till 24 miljoner kronor.

5.3.3 Förstärkningsresurser

Utredningens bedömning: De prehospitala förstärkningsgrupper som vissa regioner har inom ramen för den katastrofmedicinska beredskapen har en viktig roll även i höjd beredskap. Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med en samlad bedömning av förstärkningsresurser både för katastrofmedicinsk beredskap och för krig.

Förmågan att upprätthålla en god kapacitet avseende mikrobiologiska analyser och sjukdomsövervakning i kris och krig behöver stärkas. I första hand bör det skapas en myndighetsgemensam nationell laboratorieresurs, men om det inte är en framkomlig väg bör en sådan resurs skapas särskilt för hälso- och sjukvården. Det bör avsättas medel för inköp och drift av en sådan nationell laboratorieresurs från 2022 och framåt.

Försvarsberedningen ser behov av vissa förstärkningsresurser

Försvarsberedningen konstaterar att det bl.a. krävs förstärkningsresurser inom vissa sektorer. Detta är särskilt tydligt inom befolkningskyddet och för vissa andra samhällsviktiga funktioner t.ex. för Svenska kraftnäts behov av reparationspersonal för elnätet samt förstärkningspersonal till Polismyndigheten.³¹

Förstärkningsresurser behövs även inom hälso- och sjukvården

Utifrån utredningens perspektiv behövs det även förstärkningsresurser på hälso- och sjukvårdens område, t.ex. vid allvarliga händelser med många skadade. Det kan handla om extra prehospitala resurser, både avseende ambulanstransporter (i luften och på marken), hälso- och sjukvårdspersonal samt läkemedel, blod och sjukvårdsmateriel eller en organisation för sekundärtransporter.

I ett akut skede i fredstid är tillgången på personal inom sjukvården, efter en kortare inställetid, ofta god, eftersom många i den ordinarie personalstyrkan vill hjälpa till. Men vid en ökad belastning under en längre tid blir behovet av personalförstärkning utifrån påtagligt. I fredstid har regionerna rutiner för att vid allvarliga händelser 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. I ett gråzonsscenario där belastningen på sjukvården ökar under en längre tid blir möjligheterna för regionerna att stödja varandra mindre. I höjd beredskap och krig försvåras sannolikt samverkan mellan regionerna ytterligare.

I ett första läge behöver förstärkningsresurser finnas regionalt för att snabbt kunna användas t.ex. på skadeplats. Nationella förstärkningsresurser kan komplettera och stödja den regionala verksamheten på längre sikt, men tar tid att transportera till det drabbade området. Förstärkningsresurser avseende transporter t.ex. Svenska Nationella Ambulansflyget, förkortat SNAM, och omfördelningstransporter behandlas separat i kapitel 6 och förstärkningsresurser avseende läkemedel, blod och sjukvårdsmateriel behandlas i kapitel 8. Personalförsörjning i kris och krig avhandlas i kapitel 7. I detta avsnitt be-

³¹ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 123.

handlas behovet av extra organisatoriska enheter eller förmågor och viss annan varaktig utrustning.

Socialstyrelsen har en nationell förstärkningsresurs för akutsjukvård

Socialstyrelsen har under perioden 2018–2019 skaffat en förstärkningsresurs för akutsjukvård som ska kunna stödja den civila sjukvården vid fredstida allvarliga händelser samt användas för totalförsvarets sjukvårdsbehov vid höjd beredskap. Förstärkningsresursen består av mottagnings-, trauma-, operations- och intensivvårdsenhet samt enheter för laboratorium, medicinteknisk service och administration. Resursen är modulbaserad och kan anpassas beroende på uppdrag. Den passar väl ihop med Försvarmaktens motsvarande system och möjliggör därmed en gemensam insats om sådant behov skulle uppstå.

Socialstyrelsen genomför för närvarande ett utvecklingsprojekt med denna förstärkningsresurs för att pröva hur utbildning, träning, övning samt personalförsörjning kan genomföras i en sådan nationell sjukvårdsförstärkningsresurs. Förstärkningsresursen med personal från regionerna kommer att övas under TFÖ2020.

En nationell förstärkningsresurs som den som Socialstyrelsen köpt in tar tid att transportera till rätt plats, att sätta upp och få i drift med personal från olika regioner. En rimlig användning kan därför antas vara vid utdragna händelser med stora skadeutfall under en längre tid eller då verksamheten kan planeras och byggas upp i förväg innan en händelse inträffar (se även resonemanget om primärkirurgisk stabilisering inför transporter under avsnitt 5.2.4). Den kan också användas som komplement till befintliga vårdresurser efter händelser med många skadade för att tillskapa (ett fåtal) fler vårdplatser när behovet av eftervård är stort. Däremot behövs andra lösningar för att snabbt tillskapa extraresurser för omhändertagande av skadade vid plötsliga händelser.

Utöver ovan nämnda resurser har MSB förstärkningsresurser som kan vara aktuella i samband med allvarliga händelser som involverar hälso- och sjukvården, t.ex. CBRN-resurser och resurser för urban sök- och räddning.

EU-gemensamma stödresurser kan komma att utvecklas

Genom EU/rescEU kan EU-gemensamma förstärkningsresurser inom hälso- och sjukvård komma att utvecklas. Medicinsk katastrofrespons är ett av tre prioriterade områden tillsammans med skogsbrandsbekämpning från luften och förmåga att hantera CBRN-händelser. Inom området medicinsk katastrofrespons pågår arbete i tre spår:

- medicinsk evakuering, både för infektionspatienter och för andra patienter,
- avancerat fältsjukhus (EMT3),
- lagerhållning av läkemedel, skyddsutrustning, övervakningsutrustning m.m.

Medicinsk evakuering av smittsamma patienter är det spår som har kommit längst och ambitionen är att redan hösten 2020 fastslå ramar för hur denna förmåga ska utformas för att snarast möjligt vara operativ. MSB är nationell kontaktpunkt för Emergency Response Coordination Centre, förkortat ERCC, EU-kommissionens centrum för samordning av katastrofberedskap.

Regionala förstärkningsresurser

Hälso- och sjukvårdspersonal kan bedriva vård även under knappa förhållanden, men utan personal, basal sjukvårdsmateriel och läkemedel bedrivs ingen vård. Tillgången till dessa komponenter måste således ha högsta prioritet när det gäller att säkerställa resurser för katastrofmedicinsk beredskap, fredstida kriser och för krig. Det behövs därför extra personal och utrustning i ett akut läge vid plötsliga händelser för omhändertagande på skadeplats och för akut omhändertagande på sjukhus. Därutöver finns behov av extra personal för att klara en hög belastning under längre tid, t.ex. vid utbrott av smittsamma sjukdomar eller eftervård av många skadade. Dessa behov behöver tillgodoses på olika sätt. För att stärka personalförsörjningen i fredstida kriser finns det s.k. krisavtalet (se avsnitt 7.2.2).

Prehospitala grupper som kan förstärka på skadeplats

Fram till år 2013 fanns det i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om katastrofmedicinsk beredskap en bestämmelse enligt vilken varje landsting (numera region) skulle finnas prehospitala team, sjukvårdsgrupper, som var ständigt bemannade för insatser vid allvarliga händelser. En sjukvårdsgrupp definieras som en ”grupp bestående av hälso- och sjukvårdspersonal med särskild katastrofmedicinsk utbildning som är utrustad för att arbeta inom skadeområde”.³² I de allmänna råden till föreskrifterna framgick att sjukvårdsgruppernas kompetens skulle fastslås inom ramen för den katastrofmedicinska planeringen och att personal från sjukhus och primärvård kunde bemanna sjukvårdsgrupperna. Fram till år 2010 fanns även nationella utbildningar för personal som skulle ingå i sådana sjukvårdsgrupper.

Efter att kravet på sjukvårdsgrupper togs bort ur de katastrofmedicinska föreskrifterna har regionerna valt olika vägar för att hantera 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. Vid masskadehändelser och därmed vid höjd beredskap och krig kan det finnas behov prehospitala förstärkningsresurser.

Utredningen avser att återkomma till förstärkningsresurser i slutbetänkandet

Eftersom tiden är en kritisk faktor vid omhändertagande av svårt skadade och sjuka personer måste extraresurser snabbt vara på plats. Förstärkningsresurser behöver därför finnas lokalt och regionalt. Sådana resurser behöver även vara dimensionerade för att kunna arbeta vid händelser med farliga ämnen (CBRN-händelser). De förstärkningsresurser som regionerna har inom ramen för den katastrofmedicinska beredskapen blir därför en viktig resurs även i höjd beredskap och krig. Därutöver behöver krigsorganisationerna innehålla fler förstärknings-

³² Socialstyrelsen, termbank, beslutad 2006.

resurser utöver det som kan tillskapas i ordinarie organisation. Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med en samlad bedömning av förstärkningsresurser både för katastrofmedicinsk beredskap och för krig.

Förstärkningsresurser för laboratorieverksamhet

Utöver transporter, läkemedel, blod och sjukvårdsmateriel som behandlas i avsnitt 6 och 8, finns det även andra resurser som är nödvändiga för att bedriva hälso- och sjukvård och som det behöver finnas förstärkningsresurser för både vid allvarliga händelser i fredstid och vid höjd beredskap och krig. Exempel på sådana resurser är laboratorieutrustning och förmåga att göra mikrobiologiska analyser.

I den aktörsgemensamma CBRN-strategin framhålls att det finns brister i dag när det gäller förmåga att analysera mikroorganismer.³³ Laboraterieresurserna är inte tillräckliga, vanliga avtalslaboratorier saknar metoder för vissa organismer och i tecknade avtal inkluderas ofta inte behovet av snabba analyser vid akuta lägen.

Försvarsmakten förvaltar vissa resurser genom bl.a. Totalförsvarets skyddscentrum som har kapacitet till mobila laboratorier, sanering av CBRN-ämnen, m.m. Planering för användandet av vissa av dessa resurser vid höjd beredskap har av vad utredningen erfarit inte gjorts fullt ut, och det bör utredas hur Försvarsmakten och de civila aktörerna ska samverka för att skapa största möjliga nytta utifrån dem vid höjd beredskap. Dessutom bör det utredas hur Försvarsmaktens resurser inom CBRN-skydd och analys, främst gällande ovan nämnda mobila laboratorier, kan tillgängliggöras och nyttjas vid fredstida kriser som vid större smittoutbrott eller liknande.

Folkhälsomyndigheten har vissa förstärkningsresurser avseende laboratorieutrustning som kan användas vid internationella insatser.

Inom ramen för ett pågående myndighetsgemensamt projekt, finansierat av 2:4-medel, har Folkhälsomyndigheten, Statens veterinärmedicinska anstalt, Livsmedelsverket och Totalförsvarets forskningsinstitut samt Försvarsmakten tagit fram behovsanalyser avseende vilken diagnostisk förmåga som respektive myndighet ska kunna upprätthålla vid störda förhållanden, höjd beredskap och krig. Gemensamt för dessa myndigheter är att det inom ramen för deras uppdrag

³³ MSB (2017): *Aktörsgemensam CBRN-strategi*.

finns laborativ verksamhet som är samhällsviktig och ska upprätthållas vid höjd beredskap och krig. Denna förmåga behöver säkerställas även i händelse av att den ordinarie laboratorieplatsen är satt ur funktion eller inte är tillgänglig. Myndigheterna behöver därför kunna utföra den prioriterade laborativa verksamheten på annan plats. Projektet syftar till att resultera i ett upprättande av en myndighetsgemensam nationell laboratorieförmåga som är mobil.

Utredningen bedömer att det finns behov av att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att upprätthålla en god kapacitet avseende mikrobiologiska analyser och sjukdomsövervakning i kris och krig. En satsning på förstärkningsresurser för laboratorieutrustning är en viktig faktor för att öka den katastrofmedicinska förmågan både vid utbrott av smittsamma sjukdomar, men också vid ökad belastning på sjukvården vid allvarliga händelser i fredstid och i krig.

I första hand bedömer utredningen att det vore en resurseffektiv lösning att skapa en sådan myndighetsgemensam laboratorieresurs som det pågående ovan beskrivna projektet syftar till. Om detta visar sig inte vara en framkomlig väg har Folkhälsomyndigheten bedömt att två sådana mobila laboratorieresurser behövs för att säkerställa hälso- och sjukvårdens förmåga under allvarliga händelser i fredstid och vid höjd beredskap och krig. Utredningen bedömer därför att det i andra hand bör skapas två mobila laboratorieresurser för hälso- och sjukvårdsområdet som förvaltas av Folkhälsomyndigheten.

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen har kostnader för att förvalta den sjukvårdsförstärkningsresurs som myndigheten har köpt in. Utredningen bedömer därför att det är rimligt att Socialstyrelsens förvaltningsanslag förstärks med 2,5 miljoner kronor årligen för detta ändamål.

Prehospitala förstärkningsgrupper är viktiga i den katastrofmedicinska beredskapen men de bedöms i än högre grad vara av stor betydelse vid mer omfattande kriser och krig. Det är därför rimligt att avsätta totalt 50 miljoner kronor fördelat över de två sista åren i försvarsbeslutsperioden för detta ändamål. Utredningen bedömer att hälften av detta utgörs av investeringar i utrustning som skrivs av på 15 år. Den samlade kostnaden uppgår då till 13 miljoner kronor per år.

Kostnaden för en nationell laboratorieresurs kan delas upp i en inköpskostnad och en årlig driftskostnad. Inköpskostnaden för två mobila laboratorieenheter beräknas till 11 miljoner kronor. Den årliga driftskostnaden för dessa två laboratorieenheter beräknas till 2,5 miljoner kronor. Om det genomförs som ett myndighetsgemensamt projekt bör respektive myndighet betala sin del av driftskostnaden. Motsvarande medel bör då tillföras respektive myndighets förvaltningsanslag. Om det i stället skapas en nationell laboratorieresurs enbart för hälso- och sjukvårdens behov bör medel motsvarande hela den årliga driftskostnaden tillföras Folkhälsomyndighetens förvaltningsanslag. Projektet med utveckling av formerna för en nationell laboratorieresurs pågår under 2020–2021. Medel för inköp och drift av en nationell laboratorieresurs bör därför avsättas från år 2022 och framåt.

5.4 Masskadeplanering

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att påbörja arbetet med att ta fram en nationell masskadeplan. Vid uppdragets utförande ska särskilt Försvarmaktens, Folkhälsomyndighetens och regionernas synpunkter inhämtas. När den nationella planen fastställts kan den utgöra grund för regionernas arbete med att ta fram regionala masskadeplaner.

I uppdragets inledningsskede bör Socialstyrelsen prioritera framtagandet av dels ett nationellt enhetligt triagesystem, dels nationella fördelningsnycklar för hur patienter ska fördelas mellan sjukhus och regioner.

Försvarsberedningen konstaterar att utgångspunkten är att förmågan att hantera kriser i samhället i fredstid också ska ge en grundläggande förmåga att hantera krigssituationer. Krisberedskapen lägger grunden till förmågan att skydda befolkningen, minska samhällets sårbarhet, hantera störningar och upprätthålla viktiga samhällsfunktioner. Samtidigt konstaterar Försvarsberedningen att krisberedskapen inte är dimensionerad för att hantera ett väpnat angrepp och de påfrestningar som ett krig medför.³⁴

³⁴ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 46.

5.4.1 Förmågan att hantera stora skadeutfall bygger på den katastrofmedicinska beredskapen

I Sverige bygger hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera stora skadeutfall, masskadesituationer, på den katastrofmedicinska beredskapen och katastrofmedicinsk planering. Enligt Socialstyrelsen är en katastrofmedicinsk beredskapsplan den fastställda plan som varje region ska ha som beskriver hur hälso- och sjukvården ska organisera sig vid en särskild händelse.³⁵ En allvarlig- eller särskild händelse innebär en händelse där hälso- och sjukvården behöver organiseras och ledas på ett särskilt sätt. Begreppet allvarlig- eller särskild händelse, och därmed även den katastrofmedicinska planen, innefattar många olika typer av händelser och är bredare än en masskadesituation. Det finns katastrofmedicinska planer i regionerna, men det finns inte någon övergripande katastrofmedicinsk plan på nationell nivå.

Eftersom begreppet masskada inte används i sammanhanget har inte heller Socialstyrelsen definierat begreppet masskadesituation. I Rikstermbanken återfinns definitionen ”en situation vid vilken sjukvårdsbelastningen är så stor i förhållande till tillgängliga resurser efter förstärkning, att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas”.³⁶ Denna beskrivning tangerar istället Socialstyrelsens beskrivning av begreppet ”katastrof” som utgår ifrån att kvalitetskraven inte längre kan upprätthållas.

Nato definierar begreppet masskadesituation som ”en situation där överdriven olikhet existerar mellan skadeutfallet och den lokala medicinska kapaciteten och förmågan att hantera situationen”.³⁷

När den högst medicinskt ansvarige i operationsområdet inom ramen för en Nato-insats, fattar beslut om att en masskadesituation råder, förkortad MASCAL, innebär detta ett auktoriserande av sådana medicinska inriktningsbeslut som är nödvändiga med anledning av situationen.³⁸

³⁵ Socialstyrelsens, termbank, beslutad 2018. Socialstyrelsen använder samtidigt begreppen allvarlig- och särskild händelse även om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap använder konsekvent använder allvarlig händelse.

³⁶ Rikstermbanken, termpost 103318.

³⁷ Nato, Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation, AMedP-1.10 EDA V1 2015.

³⁸ Nato, Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation, AMedP-1.10 EDA V1, 2015.

5.4.2 Vårdlandsstöd

År 2016 trädde Sveriges vårdlandsavtal med Nato i kraft. Det är ett samförståndsavtal om vårdlandsstöd som påverkar Sveriges möjligheter att ge och ta emot militärt stöd. Vårdlandsstödet kan sammanfattas som de praktiska förberedelser som krävs för att utländska förband ska kunna verka på svenskt territorium vid exempelvis övningar, kriser och militära operationer i Sverige eller i Sveriges närområde. Detta ställer krav på det civila samhällets förmåga, exempelvis vad gäller hälso- och sjukvård.³⁹

Sju grundläggande civila förmågor för att skapa ett motståndskraftigt samhälle

I samband med Nordatlantiska rådets toppmöte i Warszawa år 2016 beslutade Natos stats- och regeringschefer att stärka medlemmarnas motståndskraft genom att sträva efter att uppnå sju grundläggande civila förmågor för att skapa ett motståndskraftigt samhälle.⁴⁰ Även om förmågorna avser Nato-ländernas försvarsplaneringsprocess så har den svenska regeringen konstaterat att de sju grundläggande civila förmågorna även utgör en central utgångspunkt i vårt nationella arbete med att utveckla krisberedskapen och civilt försvar.⁴¹ Därmed blir dessa förmågor också relevanta för utredningens arbete. De sju grundläggande civila förmågorna är:

- säkerställande av politiskt beslutsfattande och centrala offentliga funktioner,
- robust energiförsörjning,
- förmåga att hantera stora okontrollerade befolkningsrörelser,
- robusta system för livsmedels- och dricksvattenförsörjning,
- förmåga att hantera masskadeutfall,
- robusta civila sambandssystem, samt
- robusta transportsystem.

³⁹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) (2019), *Rätt person på rätt plats – regioner, Vägledning för krigsorganisation och krigsplacering*, s. 31.

⁴⁰ Commitment to enhance resilience, issued by Heads of State and Government participating in the meeting of the North Atlantic Council in Warsaw. 8–9 July 2016.

⁴¹ Försvarsberedningen, *Motståndskraft*, (Ds 2017:66), kap. 5, s. 53 f.

En av de sju grundläggande förmågorna berör hälso- och sjukvården direkt. Det handlar om förmågan att hantera masskadeutfall. I beskrivningen av förmågorna berörs aspekter som alarmering på olika nivåer, vilka aktörer som är primärt involverade och vem som utövar nationell ledning, hur utökad kapacitet att ta hand om stora mängder traumafall är säkrad, att förnödenhetsförsörjningen är säkrad och att det finns en integrerad civil/militär planering.

Nordiskt försvarssamarbete

I Norden har flera länder gjort olika säkerhetspolitiska val. Norge är medlem i Nato, men inte medlem i EU. Sverige och Finland är medlemmar i EU, men inte medlemmar i Nato. Behovet av att ta ett ökat ansvar för den gemensamma säkerheten har medfört att det nordiska försvarssamarbetet har fördjupats. Samarbetet med innebär bl.a. gemensamma utbildnings- och övningsinsatser.

Målet med det fördjupade försvarssamarbetet med Finland är att förbättra ländernas försvarsförmåga, möjliggöra gemensamt operativt agerande och främja gemensamma intressen på försvarsområdet, inklusive att stärka säkerhetssituationen i Östersjöregionen. Samarbetet omfattar bl.a. operativ planering och förberedelser för gemensamt användande av civila och militära resurser i olika scenarier.

5.4.3 En nationell masskadeplan bör tas fram

Masskadeplaner (på engelska MASCAL-plans) är redan ett välkänt begrepp inom den militära sjukvården. Inom ramen för de militära insatser som Sverige deltagit i internationellt är masskadeplaner en naturlig del av planeringen både för Sverige och för andra länder.

Totalförsvarets sjukvård ska vara ett system som hänger ihop mellan det civila försvaret och det militära försvaret. Masskadeplaner är ett sätt att bidra till detta sammanhängande system.

Enligt vad som ovan redovisats har regeringen konstaterat att de sju grundläggande civila förmågorna även utgör en central utgångspunkt i vårt nationella arbete med att utveckla krisberedskapen och civilt försvar. Hälso- och sjukvårdens förmåga att ta hand om masskadeutfall är en sådan förmåga. Det nordiska försvarssamarbetet och avtalet om värdlandsstöd med Nato förutsätter att Sverige gör

vissa anpassningar till bl.a. processer och system som används av våra samarbetspartners.

I händelse av svåra påfrestningar bidrar en masskadeplan således till vår förmåga att verka tillsammans med andra nationer såsom Finland, Norge och Danmark och andra aktörer såsom EU, Nato, FN och internationella Röda Korset, oavsett om det är en civil kris eller ett väpnat angrepp som medför behovet av samverkan.

Det är tydligt att masskadesituationer rymms inom ramen för den katastrofmedicinska planeringen. En masskadesituation är dock endast en av flera situationer där sjukvården behöver organiseras och ledas på ett särskilt sätt. Varje typsituation kräver en särskild plan som är anpassad för sitt ändamål.

På smittskyddsområdet är det Folkhälsomyndigheten som samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå, där det operativa arbetet bedrivs. Folkhälsomyndigheten har i många år tillhandahållit ett stöd för pandemiplanering som har omfattat både nationell och regional nivå. Den senaste versionen är från år 2019. Det består av ett kunskapsunderlag i tre olika delar: *Hur vi förbereder oss*, *Hur vi kommunicerar* och *Tillgång till och användning av läkemedel*.^{42,43,44} Dessa kunskapsunderlag beskriver den nationella pandemiplaneringen och ger vägledning och checklistor för regionerna i deras arbete med att skapa regionala pandemiplaner. Kunskapsunderlaget är också avsett att användas av andra aktörer, t.ex. kommuner, statliga myndigheter och privata aktörer, som kan behöva göra en pandemiplanering. Pandemiplanerna är stommen i den verksamhet som behöver bedrivas i händelse av en epidemi. En sådan nationell och regional planering har flera fördelar då många olika aspekter kan kopplas till planeringen precis som Folkhälsomyndigheten gjort. Till pandemiplaneringen kopplas exempelvis kringliggande faktorer som nationell lagring och försörjning med vacciner, antiviraler och antibiotika men även viss sjukvårdsmateriel som krävs.

På motsvarande sätt skulle en nationell masskadeplan kunna klargöra förutsättningarna och fungera som ett rättesnöre för arbetet med att planera för och klara av händelser med stort antal traumafall. En sådan plan skulle ha relevans både vid stora olyckor, naturkata-

⁴² Folkhälsomyndigheten (2019): *Pandemiberedskap. Hur förbereder vi oss – ett kunskapsunderlag*.

⁴³ Folkhälsomyndigheten (2019): *Pandemiberedskap. Hur vi kommunicerar – ett kunskapsunderlag*.

⁴⁴ Folkhälsomyndigheten (2019): *Pandemiberedskap. Tillgång till och användning av läkemedel – ett kunskapsunderlag*.

strofer, terrorattentat och i krig. En masskadeplan bör bl.a. inkludera ett särskilt avsnitt om farliga ämnen, i det följande förkortat CBRNE. Masskadeplanen skulle kunna utgöra länken mellan, eller ramverket för, den beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel som föreslås i 8.6 och kopplas till de definitioner av vårdplatser som föreslås i avsnitt 5.3.2. Vidare finns tydliga kopplingar till behovet av nationella triagesystem och på förhand fastställda fördelningsnycklar vilka beskrivs utförligare nedan.

Enligt utredningens bedömning bör arbetet med att ta fram en nationell masskadeplan snarast inledas. Ett sådant arbete bör lämpligen utföras med beaktande av bl.a. de faktorer som beskrivs i de sju grundläggande förmågorna och Natos standard för masskador.⁴⁵ En nationell masskadeplan bör utgå från en nationell hotbild.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att påbörja arbetet med att ta fram en nationell masskadeplan. Vid uppdragets utförande ska särskilt Försvarsmaktens, Folkhälsomyndighetens, MSB och regionernas synpunkter inhämtas.

När en nationell masskadeplan fastställts bör den kompletteras med regionala masskadeplaner. De regionala planerna måste anpassas till respektive regions organisatoriska struktur. De regionala masskadeplanerna behöver, utöver den regionala anpassningen utifrån en nationell hotbild, också beakta regionala hotbilder som identifierats i regionens egen risk- och sårbarhetsanalys och som tar sikte på situationer som kan hanteras på regional nivå.

Prioriterande åtgärder i arbetet med att ta fram en masskadeplan

Arbetet med att ta fram en masskadeplan kommer att kräva ett omfattande arbete som i delar är beroende av andra pågående processer. Utredningen bedömer att ett första steg i detta arbete bör vara åtgärder som bör prioriteras under den kommande försvarsbeslutsperioden. Behovet av att ta fram nedanstående åtgärder har redan tidigare identifierats av Socialstyrelsen i rapporten *Traumavård vid allvarlig händelse*.

⁴⁵ Nato, Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation, AMedP-1.10 EDA V1, 2015.

Ett nationellt triagesystem

En faktor som är viktig i masskadeplanering är att det finns ett enhetligt, välkänt och övat triagesystem. I dag finns inget enhetligt nationellt triagesystem. Regionerna har olika system som inte fullt ut harmonierar med varandra. Förmågan att verka tillsammans med andra underlättas av om man använder ett internationellt erkänt och etablerat system. I Socialstyrelsens rapport *Traumavård vid allvarlig händelse* nämner myndigheten just samordnade triageringskriterier som en viktig faktor för regionerna att samordna sig kring.⁴⁶

Utredningen anser att Socialstyrelsen bör ta fram ett nationellt triagesystem i nära samarbete med regionerna. Det bedöms skapa goda förutsättningar för nationell samsyn och en effektiv implementering av det enhetliga triagesystemet.

Triagesystemet är också viktigt i militära operationer. Det får betydelse vid olika former av värdlandstöd och nordiska försvarssamarbeten. Därför bör Försvarsmakten medverka i framtagandet av ett sådant nationellt system.

Färdiga och fastställda initiala fördelningsnycklar

För att kunna agera snabbt på en masskadehändelse krävs att det finns förberedda och fastställda initiala fördelningsnycklar för hur patienter ska fördelas mellan sjukhus och regioner. Detta möjliggör att avtransport från skadeområdet kan påbörjas omgående utan att varje mottagande sjukhus och region behöver tillfrågas. Därefter, i takt med händelseförloppet, kan fördelningsnycklar behöva korrigeras i samverkan mellan aktörerna. Socialstyrelsen bör sammanställa och ansvara för uppdatering av en nationell fördelningsnyckel. Denna fördelningsnyckel bör i de delar som är aktuella för en region inarbetas i den regionala masskadeplanen.

Ekonomiska konsekvenser

Arbetet med att ta fram en nationell masskadeplan kommer att kräva ett omfattande arbete som behöver ledas av Socialstyrelsen under ett antal år. Den första delen som avser framtagande av ett nationellt

⁴⁶ Socialstyrelsen (2015): *Traumavård vid allvarlig händelse*.

tragesystem och nationella fördelningsnycklar är dock ett arbete som kräver en koncentrerad insats under en begränsad tid. Ett uppdrag på detta område bedöms medföra kostnader på fyra miljoner kronor över två år. Regioner är beroende av både triagesystem och fördelningsnycklar. Under en övergångsperiod bedöms nationellt framtagna system innebära vissa implementerings och anpassningskostnader för regionerna. Det ska framhållas att triagesystem och fördelningsnycklar är av relevans både för upprätthållandet av den katastrofmedicinska förmågan och civilt försvar. Det är därför av vikt att detta arbete kommer till stånd. Utredningen föreslår därför att 24 miljoner avsätts under försvarsbeslutsperioden för regionernas arbete med detta. I ett längre perspektiv bör det finnas betydande samordningsvinster av att arbeta med gemensamma nationella system och arbete med masskadeplaner bör ses som en del i regionernas arbete med katastrofmedicinsk beredskap. Förvaltning av en nationell masskadeplan bör utgöra en del av den verksamhet som Socialstyrelsen bedriver inom ramen för sin nationella samordning på det katastrofmedicinska området.

5.5 Robust infrastruktur för sjukvård och kritiska beroenden

Sjukvårdshuvudmännens ansvar för hälso- och sjukvård 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. Möjlig-

heten att bedriva traumavård på sjukhusen förutsätter t.ex. som vi tidigare beskrivit en i grunden fungerande primärvård.

5.5.1 Försvarsberedningen konstaterar att de flesta sjukhus har beroenden till samhällets tekniska funktionalitet

Försvarsberedningen konstaterar att sjukhusens förmåga att tillhandahålla vård är beroende av en funktionalitet inom andra samhällssektorer, t.ex. elförsörjning, dricksvattenförsörjning samt elektroniska kommunikationer. Verksamheter inom akutsjukvården är relativt väl utbyggd med reservkraft för att motstå ett avbrott i elförsörjningen men kommer vid ett långvarigt avbrott att få problem. Vatten behövs inom vården för att kunna upprätthålla exempelvis vårdhygien, tvätt, mathållning och städning. Störningar i vattenförsörjningen kommer därmed att påverka t.ex. förmågan att upprätthålla hygien. Sjukvården är vidare känslig för störningar i elektroniska kommunikationsnät och kommunikationstjänster, bl.a. eftersom journalhållningen i är elektronisk. Försvarsberedningen bedömer att betydande störningar kan förväntas inom alla dessa sektorer vid ett väpnat angrepp och konstaterar att de flesta sjukhus i dag saknar en robusthet i form av grundläggande fysiskt skydd.⁴⁷

Robusthetsaspekter har varit eftersatta under många år

Utredningen delar Försvarsberedningens bedömning att hälso- och sjukvårdens förmåga är beroende av funktionaliteten i andra sektorer. Utredningen kan också konstatera att frågor om robusthet i infrastruktur och system har varit eftersatt under många år och behöver prioriteras upp. I många regioner pågår eller planeras ny- eller ombyggnationer av sjukhus och det är viktigt att robusthets- och kontinuitetsaspekter finns med i detta arbete.

⁴⁷ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 192.

5.5.2 Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig

Utredningens bedömning: Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (SSIK) bör återinföras. Det bör i ett första läge omfatta sjukhus, men längre fram kunna utökas till att även omfatta vårdcentraler och andra relevanta sjukvårds- och omsorgsinrättningar. Regeringen bör utse en central myndighet med ansvar för programmet och säkerställa att relevant kompetens byggs upp vid myndigheten.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ansvarar för programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig, i det följande förkortat SSIK, och för det statliga stödet till sjukvårdshuvudmännen kopplat till detta. MSB:s ansvar för detta är ett arv från nedmonteringen av det civila försvaret. 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.

Vägledningar om robusta sjukhus och vårdcentraler

Sedan år 2008 har det, inom SSIK-programmet, funnits en vägledning, *Det robusta sjukhuset*,⁴⁸ för regionerna avseende fysiskt skydd och funktionssäkerhet i sjukhusbyggnader. MSB arbetar med att, i samverkan med andra aktörer, under år 2020 färdigställa en uppdaterad version.⁴⁹ Vägledningen syftar till att stödja regionerna i planering, projektering, byggande och förvaltning av sjukhusbyggnader och deras fastighetstekniska installationer som är robusta i vardag, kris och krig. Vägledningen ger rekommendationer för vad som bör ingå i en sjukhusbyggnads grundläggande robusthet och hur högre grader av robusthet kan uppnås.

MSB har bedömt att sjukhus, trots att de ska vara skyddade från militära angrepp enligt Genèvekonventionen, kan utgöra avsiktliga eller oavsiktliga mål. Detta har också visats av krigföringen under

⁴⁸ Krisberedskapsmyndigheten (2008): *Det robusta sjukhuset* (2008:2).

⁴⁹ MSB (2020): *Den robusta sjukhusbyggnaden – 2020, en vägledning för funktionssäkra sjukhusfastigheter*.

senare år.⁵⁰ Under ett väpnat angrepp finns inte bara risken att sjukhusen utsätts för direkta militära angrepp; de påverkas också av indirekta faktorer genom att kritisk infrastruktur och transporter sannolikt inte kommer att kunna upprätthållas med ordinarie leverans- och kvalitetsnivå. Elavbrott, avbrott i elektroniska kommunikationer, störningar i vattenförsörjningen och problem med att transportera patienter, läkemedel, mat, medicinska förbrukningsvaror, ren tvätt och avfall är några exempel på störningar som MSB lyfter fram som kan uppstå under höjd beredskap. Dessutom är sannolikheten hög att viktiga varor tar slut hos producenter och leverantörer samt att personal uteblir från sina arbetsplatser. I en sådan situation ska sjukvården klara att hantera en ökad belastning som kan uppstå vid exempelvis ett väpnat angrepp.⁵¹

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 MSB eller den myndighet som får ansvaret för programmet ska ta arbetet med den robusta vårdcentralen vidare och på motsvarande sätt som för sjukhusbyggnader ta fram en vägledning för regionerna som avser robusthet i primärvårdens fastigheter, fastighetstekniska installationer, m.m. SKR har också framfört att det är rimligt att programmet på sikt utökas för att även stödja kommunala omsorg.

Eftersom kommunerna är leverantörer av många av de resurser sjukhusen och vårdcentralerna är beroende av (t.ex. vatten, avlopp och fjärrvärme) bör kommuner och regioner i högre grad än idag också samplanera för att skapa robusta leveranser och en robust sjukvård. I dagsläget saknas rättligt stöd för huvudmännen för dricksvattenproduktionen (kommunerna) att prioritera och styra dricksvattendistributionen till särskilda verksamheter. Detta är en fråga som rör fler sektorer än hälso- och sjukvård, men är ändå av stor relevans för förmågan att leverera sjukvård under krig.

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 organisation för krisberedskap och civilt försvar som ligger till grund

⁵⁰ Försvarsmakten och Socialstyrelsen, *Totalförsvarets sjukvårdssystem*, s. 17, bilaga till FM2016-16189:15 och SoS 11.1-30361/2017.

⁵¹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020), *Den robusta sjukhusbyggnaden, remissutgåva*, s. 13.

för vilken nivå av robusthet olika sjukhus och vårdcentraler ska ha i kris och krig.

Programmet SSIK bör återinföras och ansvarig myndighet bör bygga upp kompetens i frågan

Inom ramen för SSIK-programmet kunde regionerna tidigare söka ekonomiskt stöd för robusthetshöjande åtgärder på sjukhusen. Genom SSIK delfinansierade staten via MSB regionernas investeringar med 20 procent i bidrag för elförsörjning och 50 procent i bidrag för värme- och vattenförsörjning. Stödet minskade i omfattning från 36 miljoner kronor år 2009 till två miljoner kronor år 2012. I nuläget är inga medel avsatta för SSIK.

SKR har framfört att investeringsprogram är nödvändiga för att skapa en ökad förmåga hos kommuner och regioner. Enligt SKR är många av de investeringar som det civila försvaret kräver svåra att motivera utifrån den fredstida verksamhetens behov och förutsätter därför externt stöd för att förverkligas.⁵²

Programmet omfattade utöver investeringsstödet möjligheter till råd och vägledning. Det är där för viktigt att den myndighet som ansvarar för programmet bygger upp den kompetens som krävs för att utöva det stöd som så väl behövs. Just tillgången på kompetens har framförts vara en bidragande orsak till svårigheterna att återstarta programmet.

Utredningen bedömer att investeringsstöd genom SSIK är ett effektivt sätt att skapa incitament för regionerna att öka robustheten i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Försvarsmakten har tidigare framhållit att internationella erfarenheter har visat att satsningar på robusta sjukhus är väl investerat när hälso- och sjukvården kan klara effekterna av katastrofer och fortsätta att bedriva vård.⁵³ Satsningar på robust infrastruktur ökar också hälso- och sjukvårdens förmåga att bedriva vård under andra samhällsstörningar i fredstid.

En viktig förutsättning för sådant investeringsstöd är att det är utformat som en delfinansiering och följs upp. Skulle det förekomma investeringar som enbart är till nytta vid höjd beredskap och krig kan det vara aktuellt att staten finansierar hela investeringen.

⁵² Länsstyrelserna och SKR (2020): *Begäran om resursförstärkning till kommuner och regioner för uppbyggnad av ett bättre civilt försvar* (dnr 101-1534-2020).

⁵³ Försvarsmakten och Socialstyrelsen, *Totalförsvarets sjukvårdssystem*, s. 17.

Satsningar på SSIK är en del i ett långsiktigt arbete eftersom det tar tid från det att en region utformar en ansökan om stöd till dess att arbetet är genomfört ute i verksamheterna. Mot bakgrund av att flera regioner har planer på att bygga sjukhus eller i dagsläget har sådana pågående byggprojekt bedömer utredningen att det är angeläget att programmet snarast återupprättas både avseende kompetens och att medel till investeringsstödet.

MSB, som för närvarande har ansvaret för SSIK, har framfört att myndigheten anser att Socialstyrelsen bör ansvara för inriktning, stöd och statlig styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet, och därmed även programmet SSIK. Utredningen gör ingen värdering av hos vilken myndighet SSIK-programmet bör ligga, men vill framhålla vikten av att programmet återupptas och att medel avsätts för sådant investeringsstöd. Den myndighet som ska ansvara för SSIK behöver också få medel för att bygga upp kompetens på detta område.

Ekonomiska konsekvenser

Ett stödsystem för robusthöjande åtgärder kan antas skapa incitament för regionerna att genomföra nödvändiga åtgärder enligt vad som beskrivits ovan. Ett sådant stöd utgör i samhällsekonomisk mening en transferering i det ekonomiska systemet och innebär därmed inga direkta kostnader för staten även om det har budgeteffekter. Kostnaderna är i egentlig mening förknippade med regionernas avskrivningar och därmed beroende av den totala investeringens storlek. Eftersom det är regionens faktiska investeringskostnad som utgör den egentliga kostnaden, redovisas stödet som en kostnad för regionerna i kapitel 10. En medelavskrivning på 25 år har använts. Flera aktörer har påtalat behovet av att stödprogrammet återupptas och utredningen delar denna uppfattning. SKR föreslår att programmet omfattar ett stöd om 200 miljoner kronor i slutet av försvarsbeslutsperioden.

Inledningsvis kommer det finnas ett behov av att bygga upp organisation och kompetens vid den myndighet som ska ansvara för programmet. Därefter kommer programmet behöva förvaltas, därmed behöver förvaltningsanslagen vid myndigheten anpassas därefter. Utredningen bedömer att en löpande förvaltningskostnad om 4 miljo-

ner kronor årligen är rimlig och att uppbyggnaden av programmet kan genomföras inom ramen för denna kostnad.

Utredningen föreslår sedan att investeringsstödet återupprättas och att stödet ökar från 25 miljoner 2022 till 200 miljoner 2025. Ett sådant program som föreslås innebär att sakanslagen till den myndighet som ska ansvara för investeringsprogrammet behöver ökas i motsvarande omfattning.

5.5.3 Informations- och kommunikationsteknologi samt AI behöver vara robust

Utredningens bedömning: Införandet av information- och kommunikationsteknologi och artificiell intelligens i vården måste ske med beaktande av totalförsvarets krav på robusthet och redundans. Statliga myndigheter med expertis på området som MSB, och den myndighet som får ansvaret för SSIK bör stödja regionerna i detta arbete. Fokus bör ligga på vägledning för att skapa säkra och robusta system. Kommuner och regioner behöver samtidigt ta höjd för att under perioder kunna utföra de mest centrala uppgifterna utan stöd av elektroniska system.

En stor förändring sedan 1990-talets beredskapsplanering är graden av digitalisering. Digitaliseringen genomsyrar hela samhället och regeringen har beslutat om en särskild digitaliseringsstrategi med det övergripande målet att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter.⁵⁴ Regeringen har också beslutat om en inriktning för arbetet med artificiell intelligens, i det följande förkortat AI, som komplement till digitaliseringsstrategin.⁵⁵ På hälso- och sjukvårdsområdet finns även en gemensam vision om e-hälsa mellan SKR och Socialdepartementet.⁵⁶ Visionen anger att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Redan på 1990-talet

⁵⁴ För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi (N2017/03643/D).

⁵⁵ Nationell inriktning för artificiell intelligens (N2018.14).

⁵⁶ Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård.

sågs den tekniska utvecklingen i hälso- och sjukvården som en utmaning i beredskapssammanhang. Erfarenheter av, och förslag till åtgärder mot, it-haverier i vården har också varit föremål för en av Socialstyrelsens Kamedo-rapporter.⁵⁷

Vården är i dag till hög grad digitaliserad med många olika system som kommunicerar med varandra. Modern medicinteknisk utrustning är mer eller mindre beroende av informations- och kommunikationsteknologi, i det följande förkortat IKT, och ständiga uppdateringar.

På läkemedelsområdet lanseras under 2020 den nationella läkemedelslistan⁵⁸ vilket förenklat är en nationell tjänst för att möjliggöra delning av förskrivnings- och expeditionsinformation mellan vård och apotek. För att dela ut eller administrera läkemedel till inskrivna patienter i sjukvården krävs tillgång till digitala vårdinformationssystem. Beställning av olika typer av förnödenheter och sjukvårdsmateriel sker i dag i princip helt genom olika former av elektroniska system genom s.k. e-handel.

Nya digitala vårdgivare har tagit distansvården till en ny nivå. Listan över olika digitaliseringssatsningar kan göras lång och regionerna avser att införa liknande tjänster som de privata vårdgivarna har.

En central del i vården är vårdinformationssystem (dvs. patientjournalen). Denna hanteras i dag nästan uteslutande i olika former av elektroniska vårdinformationssystem. Ofta är det inte bara ett system utan kan bestå av flera olika systemberoende på verksamhetens inriktning och art. Nationella lösningar som gemensamma journal-system eller journaldatabaser saknas, även om arbeten pågår för att harmonisera informationsstrukturen för att öka möjligheterna till utbyte av information. Vägen dit är dock lång. Flertalet regioner har börjat, eller står efter upphandling inför, att byta ut sina vårdinformationsmiljöer de närmaste åren. Implementeringsarbetet är omfattande och komplicerat.

⁵⁷ Socialstyrelsen (2011): Kamedo-rapport 96: *IT-haverier i vården – erfarenheter och förslag till åtgärder från aktuella fall*.

⁵⁸ Prop. 2017/18:223.

Artificiell intelligens är nästa steg

Nästa steg i hälso- och sjukvårdens digitalisering är troligen implementeringen av artificiell intelligens (AI). Regeringen beskriver i inriktningen för artificiell intelligens att det redan i dag finns exempel på där AI kan bidra till att bättre identifiera sjukdomar och utveckla nya läkemedel.⁵⁹ Det är dock viktigt att beakta riskerna för manipulerade data, cybersäkerhet och integritet. AI-applikationer bör vara etiska, säkra, pålitliga och transparenta.⁶⁰ Regeringen framhåller att etiska och säkerhetsmässiga överväganden måste vara en integrerad del från det tidiga designarbetet i utvecklingen av AI-applikationer. I detta arbete måste också risker ur ett krisberedskapsperspektiv hanteras. När AI tar över människans uppgifter minskar vår förmåga att återta det som vi överlätit till AI eftersom vi är otränade och oerfarna. Detta kan ha stor betydelse i kontinuitetsplaneringen och ställa särskilda krav på utbildning och övning.

Förstahandsalternativet är inte att återgå till papper och penna

Teknik ger oss många möjligheter, men den inför också en hel del sårbarheter som vi måste hantera. 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. Precis som på AI-området framgår av regeringens strategi för digitalisering vikten av att arbeta med integritets- och säkerhetsfrågor.⁶¹ 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 IKT 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.

⁵⁹ Nationell inriktning för artificiell intelligens (N2018.14), s. 4.

⁶⁰ Nationell inriktning för artificiell intelligens (N2018.14), s. 5.

⁶¹ För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi (N2017/03643/D).

Arbete med informationssäkerhet, säkerhetsskydd samt robusta och redundanta system behöver gå hand i hand och genomföras med en bred ansats. Viktigast av allt är kanske ändå att säkerställa att varje ny strategi eller nytt projekt beaktar de krav som finns utifrån totalförsvarets behov. För att kommuner och regioner ska kunna genomföra de insatser som krävs behövs nationellt stöd i form av vägledningar som tydligt pekar på vad som är skyddsvärt och vilka minimikrav som ska gälla på hälso- och sjukvårdens område. Detta stärker även informations- och driftsäkerheten i vardagen.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnader för det nationella stöd avseende vägledningar och krav som föreslås bör rymmas inom ramen för berörda expertmyndigheters befintliga åtaganden och genom de insatser som MSB beskriver i ”Så skapar vi motståndskraft”⁶². Därutöver ingår robust IT, telefoni och Rakel som en del i programmet SSIK. Förändrade kravprofiler vid upphandling, inköp och implementering av olika it-system bedöms medföra kostnaderna i kommuners och regioners olika verksamheter. Sådana kostnader följer också av redan implementerad lagstiftning, exempelvis lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Robusta system med en hög säkerhetsnivå medför sannolikt också vinster i form av färre avbrott och lägre kostnader för hantering av säkerhetsrelaterade händelser. Ovan beskrivna kostnader har dock inte kunnat uppskattas inom ramen för utredningens arbete. Sannolikt är kostnaderna för säkerställandet av robusta it-system höga.

5.6 Vidmakthållande av befintliga skyddade lokaler

Utredningens bedömning: Den myndighet som får ansvaret för programmet SSIK bör få ett särskilt uppdrag att tillsammans med regionerna kartlägga befintliga skyddade lokaler för vårdverksamhet. Om underhållet av en lokal är eftersatt och lokalen har betydelse för totalförsvarets behov bör statligt stöd för att åtgärda detta kunna utgå.

⁶² MSB (2020): *Så skapar vi motståndskraft* (dnr MSB 2020-02262), s. 29 ff.

Det finns i dag ett fåtal skyddade civila sjukvårdsanläggningar. Vissa av dessa är belägna i berg och används inte för sjukvård i ett normal-läge, andra är en del i ordinarie verksamhet. Status på anläggningarna varierar, åtminstone en anläggning är i riskzonen för rivning och kräver underhåll för att tas i drift för sjukvård. Med tanke på förhållan-dena vid krig kan det inte heller uteslutas att t.ex. Försvarsmakten för sin vård kan ha nytta av skyddade vårdlokaler även om dessa inte har underhållits fullt ut.

5.6.1 Försvarsberedningen anser att skyddade lokaler ska bevaras

Försvarsberedningen anser att i den mån sjukhus förfogar över skyddade utrymmen och lokaler ska dessa vidmakthållas. Underhåll bör genomföras för att möjliggöra nyttjande om det skulle krävas.

5.6.2 Befintliga skyddade lokaler är inte alltid ändamålsenliga i dag

Det kan konstateras att befintliga skyddade utrymmen och lokaler byggda på 1980- och 90-talet på sjukhus kan vara illa anpassade för de behov vården har i vardagen. Sådana lokaler har en högre grad av fortifikatoriskt skydd men också en mer robust infrastruktur som kan vara av värde i krig. Kraven på fredstida lokaler förändras i takt med att vårdverksamheterna växer och förändras. Många sjukhus står, som beskrivits ovan, i närtid inför omfattande om-, till- eller nybyggnationer. För sjukhus som är centralt etablerade i städer är tillgången till exploaterbar mark begränsad och det kan därför finnas goda skäl att vilja riva icke ändamålsenliga byggnader och lokaler för att ge plats för moderna vårdverksamheter.

Det finns således skäl som, sedda för sig själva, starkt talar för att det vore mindre lämpligt att låsa fast regionerna vid lokaler som byggdes för 25 år sedan och som inte torde vara ändamålsenliga för dagens fredstida behov. Väger man dessa skäl mot sådana totalförsvarsskäl som kan finnas för att behålla skyddade lokaler, kan det dock inte uteslutas att det efter en samlad bedömning ändå framstår som lämpligt att behålla en eller flera skyddade lokaler. Som konsta-

terades i Socialstyrelsens rapport som sjukvårdens säkerhet i krig⁶³ är det mycket kostsamt att bygga skyddade lokaler med egen vatten-, el- och avloppsförsörjning. Därmed kan det också anses vara ett resursslöseri att riva befintliga skyddade lokaler om det finns behov av att använda dessa inom totalförsvarets ramar.

Befintliga skyddade lokaler för vård har såvitt känt tillkommit genom avtal mellan staten och vissa sjukhus/regioner. Av de underlag som finns från byggnationen av en sådan anläggning framgår dels att det var staten som bekostade merkostnaderna för det robusta bygget, dels att staten också betalade en engångssumma till regionen för anläggningsunderhållet. Den aktuella engångssumman, en halv miljon kronor i dåtidens penningvärde, framstår inte som väl avpassad för det underhåll som krävs för att hålla lokalen i fullgott skick under hela avtalstiden om 25 år.

Vid sidan av avtal möjliggör förfogandelagen (1978:262), när den är tillämplig, förfogande över lokaler som krävs för att utföra vård. Sådana lokaler tas i anspråk i det skick de är. Den tillgång till skyddade lokaler som kan uppnås genom avtal medger bl.a. större kontroll över lokalernas utformning och att det är möjligt att säkerställa att de underhålls för att hålla önskvärt skick. Överlag bedöms avtal i detta fall vara en lämpligare ordning för att skapa en säker tillgång till skyddade lokaler för vård.

5.6.3 Föreslaget nytt statligt kontrollsystem

Kommittén för förbättrat skydd för totalförvarsverksamhet lämnade i maj 2019 betänkandet *Förbättrat skydd för totalförsvaret* (SOU 2019:34) där det föreslås att det införs ett statligt kontrollsystem med möjlighet för staten att granska, villkora eller förbjuda överlåtelser och upplåtelser av utpekad egendom som är av väsentligt intresse för totalförsvaret. Syftet med det föreslagna kontrollsystemet är att förhindra att väsentliga totalförvarstillgångar skingras eller förstörs.

Kommittén föreslår också ett krav på att fysiskt skyddade anläggningar som inrättats för behov inom civilt försvar endast får avvecklas, överlåtas eller upplåtas av en kommun eller en region efter medgivande från staten. Med en sådan skyddad anläggning avses en lednings-

⁶³ Socialstyrelsen (1986): *Sjukvårdens säkerhet i krig*.

plats eller annan anläggning som inrättats för befolkningens behov av skydd och vård under höjd beredskap, vilken har försetts med förstärkt fysiskt skydd och som staten har överlåtit till en kommun eller en region eller som kommunen eller regionen inrättat med ekonomiskt bidrag från staten. Sådana anläggningar med förstärkt skydd finns i flera olika utföranden, både berganläggningar och betonganläggningar, såväl under som ovan jord. Samtliga dessa anläggningar kräver förberedelser för att kunna användas med sin fulla skyddsförmåga. I utredningen nämns att det hos vissa regioner finns sjukhus med akutmottagningar som försetts med fortifikatoriskt skydd. Gemensamt för dessa anläggningar är att de inrättats helt eller delvis med statlig finansiering. När den sammanhållna totalförsvarsplaneringen nu återupptagits framstår dessa skyddade anläggningar återigen som en potentiellt väsentlig tillgång. Kommittén framhåller också att ett berggrum kan användas för annan verksamhet än det ursprungligen var avsett för. De kan därför ses som en generell totalförsvarsresurs som behöver tas till vara på bästa sätt.

Som exempel på en avveckling av en skyddad anläggning som skulle kunna förkomma är när en ombyggnad eller utbyggnad sker av ett sjukhus där en sådan anläggning finns. Ett sådant projekt skulle omfattas av det föreslagna kontrollsystemet.

Det föreslagna kontrollsystemet innebär för kommuners och regioners del att en tilltänkt överlåtelse, upplåtelse eller avveckling som omfattas av den nya lagen ska föregås av ett obligatoriskt samrådsförfarande med en granskningsmyndighet. Enligt förslaget är det vissa länsstyrelser som ska få i uppdrag att utföra sådan granskning för statens räkning och länsstyrelserna ska inhämta synpunkter från Försvarsmakten, Säkerhetspolisen och andra berörda myndigheter. Kommittén föreslår därutöver bl.a. också en generell uttrycklig skyldighet i lag för kommuner och regioner att beakta totalförsvarets krav i sin verksamhet.

5.6.4 Skyddade lokaler i regionerna behöver kartläggas

Utredningen bedömer att det för hälso- och sjukvårdens del är positivt om det införs någon form av kontrollsystem för att förhindra att skyddade anläggningar överlåts, upplåts eller avvecklas utan att totalförsvarets behov har beaktats. Enligt den föreslagna nya lagen skulle

bara sådana skyddade lokaler som har förstärkt fysiskt skydd eller som har byggts med ekonomiskt bidrag från staten omfattas av samrådsplikten. Det finns därmed inget hinder mot att regionerna överlåter eller avvecklar andra lokaler, som t.ex. sjukhus, som inte har inrättats med ekonomiskt bistånd från staten. Den av kommittén föreslagna generella bestämmelsen om att kommuner och regioner ska beakta totalförsvarets krav i sin verksamhet och den bestämmelse om samrådsplikt för kommuner och regioner som föreslås i förordningen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, skulle kunna medföra att det ändå ska göras en bedömning av hur en överlåtelse av ett sjukhus till andra aktörer påverkar totalförsvaret.

Fram till dess att det finns bestämmelser på plats som innebär att staten kan granska, villkora eller förbjuda överlåtelser och upplåtelser av utpekad egendom som är av väsentligt intresse för totalförsvaret, anser utredningen att det kan finnas behov av att säkerställa att lokaler som är tänkta att omfattas av den föreslagna lagen inte avyttras. För skyddade vårdlokaler som tillkommit genom avtal med staten kan en tänkbar lösning vara att staten försöker få till stånd förlängningar av avtal eller nya avtal. Löptiden för sådana avtal får anpassas så att de kan upphöra när ett statligt kontrollsystem är på plats. En avtalslösning kräver att en lämplig statlig aktör får i uppdrag att söka teckna sådana avtal. Det krävs också finansiering för detta.

I avvaktan på att ett kontrollsystem införs behöver det även göras en kartläggning av vilka skyddade lokaler som finns för hälso- och sjukvården i regionerna. Den myndighet som får ansvaret för programmet SSIK bör också få uppdraget att kartlägga sådana lokaler. Syftet med kartläggningen skulle vara att nationellt och regionalt hos länsstyrelser och regioner få kunskap om, var och i vilken omfattning det finns skyddade utrymmen i regionerna där det kan bedrivas vård. Om underhållet av en sådan skyddad lokal är eftersatt och lokalen har betydelse för totalförsvarets behov bör statligt stöd för att åtgärda detta kunna utgå.

Ekonomiska konsekvenser

Uppdraget att kartlägga skyddade lokaler bedöms kosta 1 miljon kronor. Upprustningskostnader för sådana lokaler som bedöms behöva finnas kvar är i nuläget svåra att uppskatta. Finansiering av sådan upprustning skulle kunna vara en del av SSIK-programmet, men leder i så fall till undanträngning av andra viktiga investeringar som behöver ske i hälso- och sjukvården. Ett särskilt riktat stöd för dessa investeringar bör därför inrättas. Utredningen föreslår därför att 50 miljoner kronor reserveras för detta från 2022.

6 Sjuktransporter i kris och krig

Regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 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.¹ Sjuktransport är det sammanfattande begrepp som används för sådana transporter.²

6.1 Ambulanser och andra sjuktransporter

En ambulans är ett med medicinteknisk utrustning och hälso- och sjukvårdspersonal specialutrustat transportmedel för sjuktransport på väg, i vatten eller i luften.³ Med sjuktransporter avse i vardagligt tal inom hälso- och sjukvården transporter som personellt och utrustningsmässigt är kvalitativt lägre utrustad än ambulanser. I det följande kommer dock begreppet sjuktransport att användas som en överordnad term som, om inget annat särskilt anges, omfattar alla former av sjuktransporter.

Militärt brukar sjuktransporter från skadeplats, oberoende av transportmedel, delas in i två kategorier, MEDEVAC (engelsk förkortning för Medical evacuation) och CASEVAC (engelsk förkortning för Casualty evacuation). Skillnaden mellan dessa är nivån på den vård som kan bedrivas. MEDEVAC innebär en kvalificerad medicinsk resurs motsvarande en civil ambulans och beskrivs t.ex. utförligt i NATO-standard⁴, medan CASEVAC innebär ett på förhand förberett eller för tillfället inrett fordon med en lägre grad av medicinsk utrustning och kompetens. Tanken är att CASEVAC ska fungera dels

¹ 7 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

² Socialstyrelsen (Termbanken) anmärkning till termen sjuktransportorganisation, beslutad 2020.

³ Socialstyrelsen (Termbanken) anmärkning till termen ambulans, beslutad 2008.

⁴ Allied Joint Doctrine for Medical Evacuation, AJMedP-2 EDA V1.

som ett komplement när MEDEVAC-resurserna inte längre räcker till, dels för att avlasta MEDEVAC med sådana skadade som klarar transport med en lägre vårdnivå.

Civila sjuktransporter brukar delas in i primära och sekundära transporter. Primära transporter är sådan som innebär att en person prehospitalt transporteras till en vårdinrättning. Sekundära transporter är sådana som utförs mellan vårdinrättningar. Många gånger kan en sekundärtransport utföras med en lägre utrustnings- och kompetensnivå, men inom den högspecialiserade vården sker ofta sekundärtransporter av svårt sjuka patienter med intensivvårdsbehov. Sekundärtransporter kan i bland också kallas för omfördelnings- eller fjärrtransporter.

6.2 Förvarsberedningen konstaterar att transporter försvåras i krig

Förvarsberedningen anser att det måste finnas rutiner och strukturer för ledning och samordning mellan Förvarsmakten och den civila hälso- och sjukvården i höjd beredskap och krig. Förvarsberedningen anger att omfattande skador kan förväntas på transportinfrastrukturen under ett krig på svenskt territorium. I krig kommer såväl mark-, luft- och sjötransporterna att begränsas vilket försvårar sjuktransporterna. Stridshandlingar kommer också att försvåra sekundärtransporter, dvs. omflyttning av patienter mellan sjukhus. Avståndsproblematiken behöver beaktas. Vid ett omfattande skadeutfall t.ex. i övre Norrland är det stora svårighet att genomföra omfattande sekundärtransporter till södra Sverige.

Förvarsberedningen konstaterar vidare att inom den katastrofmedicinska beredskapen i fred inleds omhändertagandet genom en sjukvårdsinsats i skadeområdet (prehospital vård). I ett krig begränsas möjligheterna till civila insatser i stridsområden. Även kvalificerade militära sjukvårdsinsatser begränsas på grund av stridsaktiviteter och hotbilden från fiendens vapensystem. Den militära sjukvården på stridsfältsnivån måste därför enligt Förvarsberedningen koncentreras till livsuppehållande insatser för att möjliggöra vidare transport i vårdkedjan till fältsjukhus eller civila sjukhus där mer avancerade ingrepp kan genomföras. Förvarsberedningen anför också att Förvarsmakten i dag har begränsade resurser att omhänderta ett stort antal skadade i ett stridsområde, och konstaterar vidare att det kan ta upp

till en vecka innan det militära och det civila försvarets resurser har mobiliserats.⁵

6.3 Samordning av sjuktransporter

Utredningens bedömning: Det behöver skapas en tydlig samordningsfunktion för civila och militära sjuktransporter i höjd beredskap och krig. Denna ska klara av samordning av samtliga typer av transportmedel. En utgångspunkt för uppbyggnad av funktionen är civila och militära beskrivningar av de befintliga sjuktransportorganisationerna. Regeringen bör därför säkerställa att sådana beskrivningar tas fram i aktörernas fortsatta arbete efter försvarsbeslutet. Därefter bör Socialstyrelsen och Försvarsmakten gemensamt och i samverkan med regionerna ta fram en modell för samordnad sjuktransportledning i krig.

Krig är en stor utmaning för hela samhället. I krig kommer sjukvården vara hårt ansatt. En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna ta hand om skadade prehospitalt och att frigöra vårdplatser på sjukhus vid krig, är förmåga att i rätt tid transportera rätt skadad till rätt vårdnivå med rätt transportmedel och rätt ambitionsnivå. Detta kräver en väl fungerande sjuktransportorganisation och ledning.

Omlastning av kritiskt skadade patienter mellan olika aktörer eller transportmedel medför att värdefull tid går förlorad i vårdkedjan och innebär medicinska risker. För att värna patientsäkerheten är det därför önskvärt att i så stor omfattning som möjligt transportera skadade utan omlastningar eller i vart fall med så få omlastningar som möjligt. Detta innebär exempelvis att det är mindre lämpligt att bygga på ett system där huvudregeln är att omlastning från militär till civil transport sker vid övergång från stridsområdet. Om möjligt bör i stället en påbörjad transport av svårt skadade patienter fullföljas hela vägen till nästa vårdnivå. Därmed blir även sjuktransportsystemet i krig delvis ett integrerat civil-militärt system. De är utredningens bedömning att samordningen behöver utvecklas och övas.

⁵ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 189 ff.

6.3.1 En larmmottagare, men flera ambulansdirigenter

SOS Alarm är i dag nationell larmmottagare och besvarar alla 112-anrop, bedömer om det är ett akut ärende och om så är fallet, vilket eller vilka hjälporgan som behövs. SOS Alarms uppgifter utförs därefter på uppdrag av berört hjälporgan utifrån de avtal som tecknats. SOS Alarm utför sådan prioritering och dirigering åt flera regioner genom lokala funktioner. Vissa regioner utför prioritering och/eller ambulansdirigering i egen regi. Aktörerna som utför prioritering och dirigeringen är därför organisatoriskt och geografiskt spridda.

Varje region kan som utgångspunkt bara larma ut regionens egna ambulansresurser. För att få hjälp från angränsande region behöver en särskild kontakt tas med den berörda regionen. Vissa regioner har genom avtal skapat 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.

Vissa regioner har tillgång till sjuktransport med helikopter bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal, medan andra regioner inte har tillgång till någon helikopter alls. Alla regioner är medlemmar i Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg som från år 2021 kommer att leda regionernas gemensamma flygplanstransporter.

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.⁶ Tillgången till medicinskt beslutstöd skiljer sig i dag mellan olika prioriterings- och dirigeringsfunktioner. Detta medför att bedömningarna av vård- och resursbehov riskerar att bli olika.

Systemet med flera ambulansdirigenter har också i vissa fall visat sig ge upphov till samverkanssvårigheter och tidsförluster då ett flertal aktörer är delaktiga i samma händelse, exempelvis när den larmade kopplas vidare. I större samhällsstörningar kan detta problem förvärras.

6.3.2 Parallella räddningstjänst- och sjukvårdsinsatser

Den statliga räddningstjänsten är reglerad genom lagen (2003:778) om skydd mot olyckor och omfattar sjö-, flyg- och fjällräddning. Sjöfartsverket ansvarar för sjö- och flygräddning medan Polismyndig-

⁶ Socialstyrelsen (2015), *Traumavård vid allvarlig händelse*, s. 43.

heten ansvarar för fjällräddning och efterforskning av försvunna personer.

Sjö- och flygräddningscentralen (på engelska Joint Rescue Co-ordination Center, förkortad JRCC) vid Sjöfartsverket tar emot larm samt leder och koordinerar insatser vid sjö- och flygräddning. Om JRCC bedömer att det finns sjukvårdsbehov vid räddningsinsatsen tar JRCC kontakt med SOS Alarm eller ambulansdirigeringen i berörd region.

JRCC finns i samma byggnad som Kustbevakningens nationella ledningscentral och Försvarmaktens sjöövervakningscentral vilket skapar goda förutsättningar för samverkan och samordning till sjöss. JRCC har även, som en av få aktörer, förmågan att enligt internationell standard, på frivillig basis, koordinera olika nationer och aktörers luftburna resurser runt en olycksplats. Detta har bl.a. praktiserats vid skogsbränderna sommaren 2018.

Sjöfartsverket har i dag räddningshelikoptrar i Göteborg, Kristianstad, Visby, Stockholm och Umeå. Helikoptrarna är dock inte bemannade med hälso- och sjukvårdspersonal. Sjöfartsverket gör i dag bedömningen att deras uppdrag behöver förtydligas för att de ska kunna utföra sjuktransporter. Vid fjällräddning är det polisens räddningsledare som leder insatsen. Polisens helikoptrar är inte heller bemannade med hälso- och sjukvårdspersonal.

Regionernas skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård och att svara för sjuktransporter är enligt gällande rätt inte begränsad på det viset att ansvaret upphör att gälla för det fall en skadad eller sjuk befinner sig på en svåråtkomlig eller avsidig plats. Av ekonomiska skäl och eftersom det finns en statlig räddningstjänst är inte tanken att varje region själv ska tillse att det går att utföra sjuktransporter i alla lägen. I de fall det finns en annan statlig resurs är det inte rimligt att regionerna också ska ha motsvarande resurs. Genom samverkan mellan hälso- och sjukvården och den statliga räddningstjänsten ska i stället två parallella insatser, en räddningsinsats och en sjukvårdsinsats kunna genomföras samordnat och i samverkan. Det kan t.ex. innebära att regionens sjukvårdspersonal medföljer en annan myndighets helikopter. För att detta ska vara möjligt avseende Sjöfartsverkets resurser behöver myndighetens uppdrag i det avseendet förtydligas. Det finns också situationer då en region på egen hand behöver tas sig fram på platser där en normal vägburen ambulans inte kommer fram. För detta behöver det finnas regionala resurser.

I ett nyligen avslutat projekt har samverkan vid sjukvårdsinsatser i oländig miljö studerats. I projektrapporten konstateras att regionerna i samband med sjukvårdsinsatser i oländig miljö involveras allt för sällan eller för sent i tidsförloppet och att det finns stark förbättringspotential avseende samverkan mellan de involverade aktörerna.⁷

Det är inte bara statlig räddningstjänst som sker parallellt med sjukvårdsinsatser. Även sådan räddningstjänst som kommunerna ansvarar för sker många gånger parallellt med en sjukvårdsinsats. I många fall blir en insats gemensam med alla tre blåljusaktörerna, polisen, räddningstjänsten och sjukvården.

Gemensamt för alla de sjukvårdsinsatser som beskrivits ovan är att de omfattar en del som avser sjuktransport. Om samverkan mellan aktörerna brister redan i fred finns det skäl att tro att detta kommer att bli än mer problematiskt under höjd beredskap och krig.

6.3.3 Förstärkningsresursen Svenska Nationella Ambulansflyget (SNAM)

Svenska Nationella Ambulansflyget, i det följande förkortat SNAM, är en icke-kommersiell förstärkningsresurs som kan användas för transporter både nationellt och internationellt vid händelser med många sjuka eller skadade personer. Konceptet bygger på att ett civilt trafikflygplan byggs om till ett avancerat ambulansflygplan med bl.a. sex intensivvårdsplatser. Personalen kommer från det civila flygbolaget och från en region. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortad MSB, har till uppgift att upprätthålla en beredskap för att besluta om och genomföra luftburna sjuktransporter med Svenska nationella ambulansflyget.⁸ För sådana insatser gäller särskilda villkor som framgår av instruktionen. Insatser med SNAM leds av MSB från en ledningscentral där även representanter från vårdansvariga och flygbolaget finns närvarande.

Behovet av SNAM och dess roll i totalförsvaret bör utvärderas. Utredningen avser att i slutbetänkandet närmare belysa detta.

⁷ SamSAR (2020), *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*.

⁸ 14 a § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

6.3.4 Sjuktransportresurser i Försvarsmakten

Försvarsmakten, vars sjuktransportresurser egentligen endast arbetar skarpt i händelse av en insats, nationellt eller internationellt, larmar och leder sina egna resurser.

Försvarsmakten ska enligt den så kallade stödförordningen 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.⁹ Denna möjlighet har vad utredningen erfarit hittills nyttjats ytterst sällan.

Ökade möjligheter för Försvarsmakten att i fred stödja det civila med sjuktransporter med olika transportmedel, i luften, till sjöss och på marken, skulle kunna innebära ett mervärde genom att samverkansytan mellan Försvarsmakten och den civila hälso- och sjukvården ökar redan i fred. Försvarsmakten förfogar även över hjul- och bandgående sjuktransportfordon närmare civil ambulansstandard (MEDEVAC) och som kan ta sig fram i terrängen. Eftersom Försvarsmakten i fred i princip helt saknar anställd medicinsk personal för skarpa prehospitala uppgifter bör övervägas om sådana transportmedel vid allvarliga händelser i fredstid kan bemannas med militära förare och civil sjukvårdspersonal. En sådan samverkansordning kan vara förmågehöjande även för höjd beredskap och krig.

6.3.5 Det saknas en samlad bild över tillgängliga resurser

Ingen aktör i Sverige har en samlad bild av de samlade sjuktransportresurserna. Ambulansresurser dirigeras av eller på uppdrag av regionerna. Kommunala räddningstjänsters resurser kan dirigeras av räddningstjänstens egna ledningsfunktioner, ensamt eller i samverkan, eller av någon annan aktör enligt avtal. Sjöfartsverkets och Polismyndighetens räddningsresurser och Försvarsmaktens sjukvårdsresurser dirigeras av respektive myndighet oavsett om de är en del i en civil sjukvårdsinsats eller ej.

I Finland finns ett nationellt it-system för bl.a. sjuktransportledning. Anslutningen till it-systemet är obligatorisk vilket ger nationell överblick. Ett sådant system saknas i Sverige i dag. Ett annat exempel som visar på möjligheterna att skapa en nationell överblick, åtmin-

⁹ 3 § förordning (2002:375) om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet.

stone över ett delområde, är den norska Stiftelsen Norsk Luftambulans och deras dotterbolag som driver Norges alla tolv läkarhelikoptrar på uppdrag av norska staten. I Sverige hanteras helikopterfrågan i huvudsak inom respektive region eller myndighet. Regionernas helikoptrar har inte samma kapacitet och är inte heller enhetligt utrustade med vare sig personal eller utrustning. Detta gör att det kan vara svårt att veta vilken nivå av resurs som larmas ut.

Det fanns i början av 2000-talet långtgående planer på att i Sverige utveckla och införa ett nationellt system för ledning av akuta sjukvårdsinsatser genom systemet "IS SWEDE". 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.¹⁰ 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.

6.3.6 Det finns vinster med ökad samordning

Det finns i dag brister i samordningen av sjuktransporter i fredstid, både mellan regioner och mellan den som utför ambulansdirigering och andra aktörer, bl.a. statlig räddningstjänst.^{11,12} I krig tillkommer även militära transportresurser och därmed även behovet av att samordna sig med dessa.

Det finns behov av att kunna använda rätt transportmedel och rätt medicinsk nivå på sjuktransportresurs till rätt ändamål. T.ex. kan man inte förvänta sig att ambulanser i krig räcker till för att även sköta omfördelningstransporter. Tillgången till helikopter- eller flyg-

¹⁰ Prop. 2001/02:158 s. 77.

¹¹ Statens haverikommission, *Slutrapport RO 2018:01, Singelolycka med buss i beställningstrafik söder om Sveg, den 2 april 2017*, Diarienummer O-02.

¹² SamSAR (2020), *Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning*.

planstransporter kommer att påverkas av bl.a. möjligheterna att kunna flyga säkert i eget luftrum. Försvarsmaktens förmåga att, enligt stöd-förordningen, stödja det civila samhället med livräddande helikoptertransporter kommer i krig vara i princip obefintlig eftersom resurserna kommer prioriteras till andra uppgifter. Det är inte heller säkert att den närmaste ambulansen finns i egen region.

För att kunna föreslå hur en nationell eller i vilket fall högre regional samordning av sjuktransporterna i krig skulle kunna ske behöver ytterligare utredningsarbete genomföras. Det står redan nu klart att respektive aktör, regionalt och nationellt, behöver kartlägga och beskriva sin sjuktransportorganisation för att kunna föra en vidare dialog. I detta arbete bör det även ingå att kartlägga omfattningen och användningen av medicinska beslutsstöd.

Försvarsmakten behöver för sin del tydligt beskriva hur man tänkt lösa uppgiften på stridsfältet, t.ex. på motsvarande sätt som gjordes i de sjukvårdsreglementen som fann i början av 2000-talet.^{13,14} Försvarsmakten har till skillnad från övriga aktörer som bedriver sjuktransportverksamhet också en särskild förmåga och kunskap om vägnätets farbarhet i ett operationsområde.

Socialstyrelsen påbörjar under år 2020, inom ramen för processen med högspecialiserad vård, en analys av bl.a. akuta nationella transporter. Det underlag som tas fram i det arbetet skulle också kunna vara värdefullt för det fortsatta arbetet med att kartlägga befintliga transportförmågor i regionerna.

Med ovan nämnda beskrivningar som underlag kan aktörerna inom sektorn söka finna lösningar för samordningen. Ett sådant arbete behöver involvera både regioner och kommuner samt statliga myndigheter såsom Försvarsmakten, Polismyndigheten, Sjöfartsverket. Utredningen bedömer att detta arbete är centralt för den fortsatta planeringen av civilt försvar. En bättre samordnad sjuktransportorganisation för krigets behov fyller även viktig en funktion i fred vid masskadesituationer eller om sjukhus behöver evakueras.

¹³ Försvarsmakten (2000): *SjvR FM 2:A Sjukvårdsreglemente för Försvarsmakten, Hälso- och sjukvård inom bataljon och jägarförband. Arméförband.*

¹⁴ Försvarsmakten (2000): *SjvR FM 3 Sjukvårdsreglemente för Försvarsmakten, Hälso- och sjuktransportledning inom brigad (motsv).*

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att det är rimligt att under försvarsbeslutsperioden avsätta totalt 10 miljoner kronor för regionernas arbete med att kartlägga sjuktransportresurser. Motsvarande kostnader för Försvarsmakten och Sjöfartsverket uppskattas till en (1) miljon kronor vardera. Socialstyrelsen och Försvarsmaktens arbete med utveckling av en samordningsfunktion bör genomföras efter kartläggningen, i slutet av försvarsbeslutsperioden och beräknas totalt kosta 20 miljoner kronor.

6.4 Förstärkningsresurs för sekundärtransporter i kris och krig

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samverkan med regionerna och Försvarsmakten ta fram förslag till hur en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan utformas.

För att möjliggöra kvalificerad vård inom rätt tid för svårt skadade i krig behöver de som är mindre skadade eller färdigbehandlade på en viss vårdnivå så snart det medicinska tillståndet så medger kontinuerligt föras till andra, permanenta eller tillfälliga, vårdenheter längre bort från skadeområdet. För detta krävs s.k. sekundära sjuktransportresurser, omfördelnings- eller fjärrtransporter.

Ambulanser som ingår i den ordinarie civila organisationen kommer med stor sannolikhet i krig vara hårt belastade med transporter från skadeplats till olika vårdinrättningar. Till detta kommer att hjärtinfarkter och andra akuta tillstånd som kräver ambulanstransporter i vardagen inte upphör vid kriser och krig.

Som komplement till ambulanser finns i regionerna i normalläget andra och enklare former av sjuktransporter för liggande och/eller sittande patienter. Dessa kan vara organiserade på olika sätt, i egen regi eller genom kontraktering med olika aktörer, t.ex. privata taxi- eller bussbolag. Hur stor förmåga avseende sådana enklare transporter som finns i regionerna är inte kartlagt och det är inte heller analyserat utifrån ett potentiellt masskade- eller krigsscenario.

Kartläggning och utveckling av sjuktransportresurser är en viktig del i planeringsarbetet med civilt försvar utifrån nationellt framtagna planeringsanvisningar. Mot ovanstående bakgrund kan utredningen identifiera ett sannolikt behov av en utökad transportförmåga och organisation för s.k. sekundär-, omfördelnings- eller fjärrtransporter. För detta krävs förmåga att prioritera rätt och att leda och styra transportorganisationen så att rätt resurs används till rätt transport. För en sådan organisation krävs också tillgång till enklare sjuktransportfordon som inreds med särskilt framtagna utrustning. Detta kan eventuellt lösas inom regionerna genom omställning och nyttjande av de fordon som finns inom kollektivtrafiken. För krigets behov kan fordon tas ut i förväg och krigsplaceras. Ett sådant system fanns tidigare genom den s.k. sjukvårdsenhet-86¹⁵ som byggde på i förväg uttagna civila fordon, lagerhållen sjukvårdsinredning för eftermontering och krigsplacerad personal.

Det är utredningens bedömning att en modern motsvarighet till sjukvårdsenhet-86 behöver tillskapas, dock med betydligt kortad mobiliseringstid än sjukvårdsenhet-86. En sådan förstärkningsresurs kan, beroende på hur den organiseras med fordon och personal, även komma till användning vid andra masskadesituationer, naturkatastrofer eller då sjukhus eller särskilda boenden behöver evakueras. Socialstyrelsen bör därför snarast få i uppdrag att i samverkan med regionerna och Försvarsmakten ta fram ett förslag på hur en sådan bemannad transportorganisation kan utformas.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att ett uppdrag enligt ovanstående är omfattande och att totalt sex (6) miljoner kronor behöver avsättas för uppdraget under en treårsperiod. I uppdraget bör även ingå att precisera kostnaderna för en framtida organisation.

Utifrån försvarsbeslutet 1987 kan konstateras att uppbyggnaden av 130 transportenheter beräknades kosta 12,9 miljoner kronor för perioden 1986/1987–1990/1991.¹⁶ I 1992 års försvarsbeslut angavs att uppbyggnaden skulle fullföljas till en årlig kostnad av 12 miljoner kronor.¹⁷ Organisation och uppbyggnad av transportenheter bör påbörjas

¹⁵ Räddningsverket: Sjukvårdsenhet-86, studiehäfte.

¹⁶ Prop. 1986/87:95 bilaga 4, s. 30.

¹⁷ Prop. 1991/92:102, kapitel 5, s. 265.

under försvarsbeslutsperioden och slutföras under 2026–2030. Kostnaden för detta bedöms under försvarsbeslutsperioden 2020–2025 uppgå till 36 miljoner kronor i dagens penningvärde. För perioden 2026–2030 bedöms kostnaden till 18 miljoner kronor årligen.

7 Personalförsörjning i kris och krig

Personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs. Bristen på utbildad personal är en begränsande faktor för hälso- och sjukvården redan i fredstid. Tillgången till utbildad personal kommer att bli en stor utmaning för hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig.

Varje kommun och region ska ha de planer som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Av planerna ska bl.a. framgå vilken personal som ska tjänstgöra i krigsorganisationen.¹

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.²

För att kunna planera personalförsörjningen i enlighet med ovanstående regelverk behöver kommuner och regioner tillgång till olika verktyg. Två av dessa är de planeringsförutsättningar och den målsättning som beskrivs i kapitel 3 och 4. Ett annat viktigt verktyg är ett tydligt regelverk anpassat efter dagens förutsättningar för hur personal kan tas i anspråk.

7.1 Försvarsberedningen anser att personaltillgången behöver säkerställas för olika lägen

Försvarsberedningen anser att personaltillgången inom sjukvården samt ambulanssjukvården måste säkerställas för olika beredskapslägen. Sjukvårdspersonal, även i privat verksamhet, och ambulanssjukvårdare bör uttas och placeras med stöd av lagen om totalförsvarsplikt för att stärka sjukvårdsberedskapen i landet. Det handlar om att krigs-

¹ 4 och 5 §§ förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

² 7 § lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap.

placera personer i deras ordinarie befattningar, men det kan också innebära att personer som till vardags arbetar med t.ex. veterinärmedicin, tandvård eller inom företagshälsovård krigsplaceras inom andra delar av vården. Även pensionerad sjukvårdspersonal kan komma i fråga. Uttagen personal ska ges utbildning och övas.

Försvarsberedningen anser vidare att frivilliga försvarsorganisationer som Röda Korset kan spela en viktig roll inom sjukvården i kris och krig, bl.a. när det gäller att tillhandahålla grundläggande omhändertagande och första hjälpen.³ Detta behandlas ytterligare i avsnitt 9.3.

7.2 Hälso- och sjukvårdens behov av personal i kris och krig

En förutsättning för att kunna bedriva hälso- och sjukvård är att det finns personal som kan utföra vård och de stödprocesser till vilka det finns kritiska beroenden. Bemanningen i hälso- och sjukvården är ansträngd redan i fred. Det ankommer inte på denna utredning att lösa de utmaningar som finns för den fredstida bemanningen, men utredningen kan konstatera att det utgångsläge som föreligger i fred är basen även för verksamheten i kris och krig.

Bemanningen inom hälso- och sjukvården i kris, höjd beredskap och krig kommer till största del utgöras av personal som arbetar i verksamheten i ett normalläge, men den kommer att behöva förstärkas med ytterligare personal. Vissa verksamheter som över huvud taget inte finns i fred kommer kanske behöva upprättas i krig, exempelvis organisation för längre omfördelningstransporter. Personal kommer också behöva arbeta på platser eller i verksamheter som de kanske inte normalt arbetar på eller i. Viss verksamhet kommer bedrivas i mindre omfattning. Personal i sådan verksamhet kan därmed behöva utföra andra arbetsuppgifter.

Viss personal kan i höjd beredskap och krig ha uppgifter inom Försvarsmakten och vara krigsplacerade där. Andra kan via olika frivilliga försvarsorganisationer och genom avtal vara ianspråkta i olika för totalförsvaret viktiga verksamheter. Många medarbetare i vården arbetspendlar. Det är inte ovanligt att personal i alla kategorier är bosatta långt från sin arbetsplats och därmed är beroende av privata, kommunala eller regionala transporter. I händelse av vissa kri-

³ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 194.

ser, höjd beredskap eller krig är det inte orimligt att anta att arbetspendling med bil, buss eller tåg kan vara kraftigt påverkad. Dessa personer kan därmed behöva ianspråkta inom sjukvården på sin hemort i stället för på den fredstida arbetsplatsen. Pensionerad personal och personal under utbildning utgör ytterligare två viktiga exempel på resurser som är viktiga att kunna ianspråkta i krigsorganisationen.

Ett första steg för att säkerställa personalförsörjningen är att kartlägga vilka personalbehov och förutsättningar som finns kopplat till uppgift och krigsorganisation. En sådan kartläggning behöver ske på individnivå och utgå ifrån olika arbetsuppgifter och personalkategorier. Kommuner och regioners kartläggning av personalbehov kan inte stanna vid enbart den egna verksamheten. Även de privata aktörer som kommuner och regioner har kritiska beroenden till, som t.ex. andra vårdgivare, aktörer som bedriver ambulanssjukvård, tvätterier eller restaurangverksamhet, behöver kartläggas och personalförsörjningen klargöras. Av ovanstående framgår tydligt att det finns behov av olika verktyg för att säkerställa personalförsörjningen och bemanna organisationen vid kriser och krig.

Det är viktigt för de olika aktörerna att veta vilken av den ordinarie personalen de förfogar över, att personal kan placeras i andra verksamheter eller ges andra uppgifter i den egna organisationen, att personal kan tas i anspråk hos den vårdaktör där det är mest lämpligt och att pensionerad personal och personer under utbildning kan ianspråkta. Det bör särskilt framhållas att sjukvården är beroende av kvalificerad personal med flerårig utbildning och mångårig erfarenhet. Därutöver finns behov av att kunna resursförstärka även inom områden som inte kräver sådan omfattande utbildning.

Kommuners och regioners arbete med krigsorganisation

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortad MSB, och Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, har träffat överenskommelser avseende kommunernas och regionernas arbete med civilt försvar för perioden 2018–2020.^{4,5}

⁴ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Sveriges kommuner och landsting, *Överenskommelse om landstingens arbete med krisberedskap och civilt försvar 2018–2020*, Dnr SKL 18/02653, MSB 2018-05682.

⁵ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Sveriges kommuner och landsting, *Överenskommelse om kommunernas arbete med civilt försvar 2018–2020*, Dnr SKL 2018/01807, MSB 2018-05681.

Krigsorganisation och krigsplacering av personal är en av tre prioriterade uppgifter under denna period i båda överenskommelserna. För regionernas del ska arbetet med framtagandet av krigsorganisation och krigsplacering av personal vara påbörjat, men behöver inte vara avslutat vid utgången av år 2020. Kommunerna ska under perioden påbörja en planering för sina uppgifter inom totalförsvaret. Planeringen ska avse den verksamhet som kommunen ska bedriva under höjd beredskap samt dess krigsorganisation och krigsplaceringar. Som stöd i arbetet har MSB under år 2019 tagit fram vägledningar till kommuner och regioner för krigsorganisation och krigsplacering.^{6,7} Vägledningen tar sin utgångspunkt i den ordinarie personalens placering och lämnar en hel del frågor obesvarade kopplat till de ovan redovisade behov som sjukvården har. Stora delar av detta kan kopplas till ett komplicerat och otydligt regelverk som till vissa delar inte är utformat för dagens samhälle. I nedanstående avsnitt beskrivs regelverket för krigsplacering och de utmaningar det medför för personalförsörjning inom hälso- och sjukvården i krig.

7.2.1 Allmänt om krigsorganisation och krigsplacering

Grunden för tjänstgöring i totalförsvaret regleras i lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Kortfattat kan man säga att det finns tre grunder för tjänstgöring; civilplikt, värnplikt och allmän tjänsteplikt. För kommuners och regioners vidkommande är det den allmänna tjänsteplikten och civilplikten som är relevanta. Civilplikten är för närvarande vilande.

Vissa utgångspunkter för personalförsörjning i krig

Regeringen har tidigare uttryckt att planeringen av totalförsvaret likväl som samhällets krisberedskap bör innehålla ett utvecklat frivilligperspektiv.⁸ Försvarsberedningen skriver att det är centralt att det skapas ett sammanhållet personalsystem i totalförsvaret vilande på frivillig-

⁶ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019), *Rätt person på rätt plats – regioner, Vägledning för krigsorganisation och krigsplacering*.

⁷ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019), *Rätt person på rätt plats – kommuner, Vägledning för krigsorganisation och krigsplacering*.

⁸ Prop. 2014/15:109.

het och plikt, samt betonar att personalförsörjningen så långt möjligt ska bygga på den enskildes intresse, motivation och vilja.⁹ Försvarsberedningen föreslår att totalförsvarspikten i det civila försvaret ska inkludera allmän tjänsteplikt under höjd beredskap samt repetitionsutbildning och, om det krävs, beredskapstjänstgöring och krigstjänstgöring med civilplikt. Efter att de totala behoven av pliktpersonal identifierats anser Försvarsberedningen att även grundutbildning längre än 60 dagar med civilplikt kan bli aktuellt.¹⁰

7.2.2 Totalförsvarspikten

Totalförsvarspikten gäller för svenska medborgare och för andra som är bosatta i Sverige från 16 till 70 års ålder. Totalförsvarspiktiga kan fullgöra sin tjänstgöring genom värnplikt, civilplikt eller allmän tjänsteplikt.¹¹

Värnplikt ska fullgöras hos Försvarsmakten¹² 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.¹³ 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 anser att regeringen snarast bör fatta beslut för att aktivera civilplikt utom vad avser grundutbildning.¹⁴ Försvarsberedningen anser att behovet av grundutbildning med civilplikt behöver utredas.¹⁵

Krigsplacering av värnpliktig och civilpliktig personal genomförs utifrån lagen om totalförsvarspikt.¹⁶ Civilpliktig personal kan skrivas

⁹ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 123.

¹⁰ A.a.

¹¹ 1 kap. 2 och 3 §§ lagen (1994:1809) om totalförsvarspikt.

¹² 1 kap. 5 § lagen (1994:1809) om totalförsvarspikt.

¹³ 1 kap. 6 § lagen om totalförsvarspikt och 2 kap. 1 § förordningen (1995:238) om totalförsvarspikt samt bilagan till samma förordning.

¹⁴ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 124.

¹⁵ A.a.

¹⁶ 3 kap. 12–15 a §§ lagen (1994:1809) om totalförsvarspikt.

in och krigsplaceras med eller utan grundutbildning.¹⁷ Regeringen beskriver i förarbetena till lagen om totalförsvarsplikt att det saknas anledning att grundutbilda en enskild i de fall utbildningsbehov uppenbart saknas.¹⁸

Beslut om krigsplacering enligt ovan fattas av Totalförsvarets rekryteringsmyndighet, i det följande kallad Rekryteringsmyndigheten, efter framställan från t.ex. en statlig myndighet, en kommun eller en region.¹⁹ Sådana beslut bör inte förväxlas med kommuners 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)²⁰. Detta bygger i stället på personens ordinarie anställning och att regeringen föreskriver om 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.²¹ 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 pga. stängning av universitet eller gymnasieutbildning. Det är inte tänkt att Arbetsförmedlingen ska använda

¹⁷ 3 kap. 13–14 §§ lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

¹⁸ Prop. 1994/95:6, s. 120.

¹⁹ 3 kap. 15 § lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

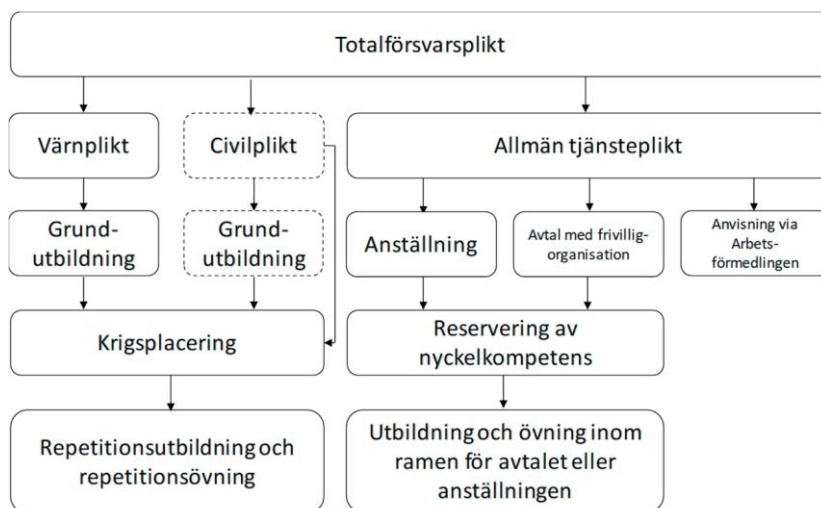
²⁰ 4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

²¹ 6 kap. lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt och 6 kap. förordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt.

den allmänna tjänsteplikten för att rent allmänt sett prioritera om på arbetsmarknaden.

Arbetskyldigheten med allmän tjänsteplikt utgår, utöver vad som ovan sagts om Arbetsförmedlingen, från respektive medarbetares anställningsavtal eller avtal om frivillig tjänstgöring. Den allmänna tjänsteplikten syftar alltså till att i första hand säkerställa att ordinarie personal finns kvar på sina arbetsplatser vid höjd beredskap, oavsett om det är en privat eller offentlig aktör men även att kunna förstärka med personal ur frivilliga organisationer. Vid höjd beredskap kan arbetskyldigheten utökas i samband med att den arbetsrättsliga beredskapslagen (1987:1262) och kollektivavtal för krigs- och beredskapstillstånd aktualiseras. Det ger bl.a. utökade möjligheter att inom ramen för ett anställningsavtal tillfälligt omplacera medarbetare.²²

Figur 7.1 Nuvarande system med totalförsvarsplikt



Den reservation av nyckelpersonal som är möjlig utifrån den allmänna tjänsteplikten kallas ofta för "krigsplacering" men ska inte förväxlas med den krigsplacering som sker av värn- och civilpliktig personal.

²² MSB (2019), *Rätt person på rätt plats – regioner, Vägledning för krigsorganisation och krigsplacering*, s. 21.

Civilplikt eller allmän tjänsteplikt?

Utredningen kan konstatera att det råder en del oklarheter kring användandet av den allmänna tjänsteplikten eller civilplikten. Nedan redogörs för vad som angavs i förarbeten till lagen om totalförsvarsplikt när den infördes. I förarbetena till lagen om totalförsvarsplikt²³ 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.

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.²⁴ I utredningen som föregick den

²³ Prop. 1994/95:6, s. 118 f.

²⁴ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 125.

angivna propositionen²⁵ 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 arbetstagen. 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.

Verksamheter som har behov av att säkerställa nyckelkompetens kan alltså, av vad som framgår av propositionen om totalförsvarsplikt, hos Rekryteringsmyndigheten reservera sådan personal.²⁶ 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 personal för olika former av förstärkningsresurser, i det fall det inte finns något anställningsförhållande eller att ett anställningsförhållande upphört.

²⁵ Totalförsvarsplikt (SOU 1992:139), s. 238.

²⁶ Prop. 1994/95:6.

Den upphävda lagen om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m.

Före år 1994 omfattades bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal av den numera upphävda lagen (1981:292) om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m. Lagen innebar att ett trettio-tal personalkategorier som i fred var, eller hade varit, verksamma inom hälso- och sjukvården och veterinärverksamheten hade tjänsteplikt när landet var i krig.

Plikten gällde alla mellan 16 och 70 år som var bosatta eller stadigvarande vistades i landet. Den som omfattades av tjänsteplikten var skyldig att under högst 60 dagar medverka i utbildning och övning för tjänstgöringen under beredskap och i krig. Socialstyrelsen ansvarade för att registrera, fördela och krigsplacera den tjänstepliktiga personalen. Lagen upphävdes i samband med att den nuvarande lagen om totalförsvarsplikt infördes. Det var regeringens bedömning att 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.

7.2.3 Privata aktörer är skyldiga att medverka i totalförsvarsplaneringen

Eftersom en betydande del av verksamheterna inom hälso- och sjukvården i både kommuner och regioner bedrivs av privata aktörer, kommer kommunernas och regionernas krigsorganisationer i många fall behöva involvera verksamheter som bedrivs av privata aktörer. Kommuner och regioner behöver därför säkerställa att även sådan verksamhet, om den är viktig för krigsorganisationen, kan upprätthållas i krig. Det kan även vara så att personal vid privata akutsjukhus eller sjukhus som normalt bedriver planerad vård behöver användas som förstärkningsresurser i regionernas krigsorganisationer.

Enligt lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap ska vid höjd beredskap de enskilda organisationer och företag som enligt

överenskommelse eller på annan grund är skyldiga att fortsätta sin verksamhet i krig 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 dessa skyldigheter.²⁷

Enligt lagen (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen är näringsidkare skyldiga att delta i totalförsvarsplaneringen genom att lämna uppgifter eller medverka på annat sätt.²⁸ De myndigheter som har rätt att begära upplysningar eller begära medverkan av privata aktörer enligt lagen är, av intresse för hälso- och sjukvårdens del, bl.a. Socialstyrelsen, länsstyrelserna och Försvarsmakten.

MSB arbetar under år 2020 med att ta fram riktlinjer om vilka företag som kan krigsplacera sin personal samt en vägledning om företagsplanläggning som riktar sig till myndigheter. Denna vägledning syftar till att bidra till en samlad bedömning av den förmåga och de förutsättningar som finns hos ett visst företag att faktiskt kunna leverera en vara eller tjänst under höjd beredskap. Vägledningen ska också bidra till att identifiera de beredskapsåtgärder som krävs för att företaget ska kunna leverera varan eller tjänsten under höjd beredskap och krig.

7.2.4 Överenskommelse om personalförsörjning i kris

I samband med de omfattande skogsbränderna sommaren 2018 aktualiserades ett antal frågor om anställningsvillkor och ersättningar. Efter dessa händelser har SKR, arbetsgivareorganisationen Sobona och fackliga organisationer tagit fram det så kallade Krislägesavtalet. Detta undertecknades i juni 2019 och är ett nationellt avtal för kris-situationer. Samtliga 26 fackliga organisationer har undertecknat avtalet.

Syftet med krislägesavtalet är att ge en större flexibilitet vad gäller arbetsskyldighet, arbetstid och villkor och i gengäld förmånligare ersättningar för arbetstagarna. Detta är ett viktigt instrument för att kunna hantera de svåra situationer som kan uppstå i fred då de vid höjd

²⁷ 7 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

²⁸ 1 § lagen (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen.

beredskap särskilda förutsättningarna för personalförsörjning inte gäller.

Det nya krislägesavtalet berör bl.a. räddningstjänstpersonal, personal som arbetar med infrastruktur och vård- och omsorgspersonal. Med krisläge menas exempelvis svåra olyckshändelser med omfattande påverkan, naturkatastrofer, skogsbränder, översvämningar, utbrott av epidemier, terrordåd eller andra hot.

7.2.5 Förutsättningarna för personalförsörjning till civilt försvar behöver klargöras

Utredningens bedömning: Utredningen delar MSB:s bedömning att regelverken kring personalförsörjning för det civila försvaret behöver ses över. Det behöver bl.a. tydliggöras på vilka sätt kommuner och regioner kan involvera privata aktörer i sina krigsorganisationer samt hur kommuner och regioner kan förstärka sina organisationer med personal från privata arbetsgivare, frivilliga försvarsorganisationer, utbildad personal som inte har anställning och de som är under utbildning.

Hälso- och sjukvården har som inledningsvis beskrivits i avsnitt 7.2 ett stort behov av att trygga tillgången på personal i krig. Det handlar både om anställda, privata aktörers personal, pensionerade medarbetare, personer under utbildning och legitimerad vårdpersonal som arbetar i administrativa funktioner vid andra myndigheter och organisationer. Det handlar också om att kunna flytta personal mellan olika verksamheter och mellan aktörer samt att kunna förstärka organisationen med stödpersonal. I de efterföljande avsnitten har utredningen redovisat de verktyg som för närvarande finns tillgängliga för arbetet.

Det står klart att grunden för personalförsörjningen i kommuners och regioners egen verksamhet är anställningsavtalet och den allmänna tjänsteplikten. Det framgår också att det är möjligt att avtala med personer ur frivilliga försvarsorganisationer som då också omfattas av allmän tjänsteplikt. För fredstida kriser finns krislägesavtalet. Hälso- och sjukvården är dock i höjd beredskap och krig även beroende av andra resurser, som inte har en anställning eller som är anställda av andra arbetsgivare. Kvalificerad vårdpersonal finns inte i någon större

omfattning att tillgå via de frivilliga försvarsorganisationerna genom avtal.

Sådan personal behöver kunna ianspråkta på ett annat sätt. Som inledningsvis beskrevs kan det också vara aktuellt att ianspråkta personal i en annan region än där de har sin anställning. Därmed behövs ett regelverk som stödjer detta.

Civilplikt skulle ge sjukvården ökade möjligheter

Vid införandet av lagen om totalförsvarsplikt gjordes, som redan beskrivits i avsnitt 7.2.1, uttalanden i förarbetena som talar för att det finns vissa möjligheter att utnyttja civilplikten, när den är aktiverad, för att förstärka en organisation och för att placera personal som saknar anställningsförhållande. Som Försvarsberedningen konstaterat skulle civilplikten kunna användas för att bemanna krigsorganisationer med personal som har rätt kompetens utan krav på genomförd grundutbildning.²⁹ Civilplikten skulle enligt utredningens bedömning kunna vara ett sätt för regioner och kommuner att bemanna krigsorganisationer med personal som till vardags är anställda i andra verksamheter, där de inte är krigsplacerade. Civilplikten skapar också förutsättningar för utbildning och övning av krigsplacerad personal när sådan tjänstgöring inte omfattas av anställningens innehåll enligt avtalet mellan 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.

Därutöver skulle civilplikten kunna användas för att förstärka hälso- och sjukvården med ytterligare personal för enklare uppgifter. Försvarsberedningen lyfter fram att det kan finnas behov av civilpliktsutbildningar för att stärka förmågan under höjd beredskap, och att ett viktigt sådant område är sjukvårdsutbildning.³⁰

²⁹ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 125. Utredningen vill förtydliga att här avses då sådan grundutbildning som är specifik för civilplikten. För utbildad hälso- och sjukvårdspersonal skulle sådan grundutbildning inte behöva genomföras eftersom personalen redan har relevant utbildning inom detta område.

³⁰ Försvarsberedningen, *Motståndskraft*, s. 128.

Det är inte tydligt hur privata aktörer kan involveras i krigsorganisationen

Enligt vad utredningen erfar finns det också vissa oklarheter kring i vilken utsträckning som regelverken stödjer att privata aktörer kan krigsplacera sin personal. Utredningen kan konstatera att offentligfinansierad hälso- och sjukvård i betydande delar, såväl vad gäller vård som olika stödprocesser, utförs av privata aktörer. Det är därför nödvändigt att kommuner och regioner kan involvera de privata aktörerna redan från början i totalförsvarsplaneringen. Det är inte effektivt att alla kommuner och regioner på egen hand ska lösa frågan om hur de ska avtala med privata aktörer om medverkan i totalförsvaret, hur de ska dra nytta av pensionerad totalförsvarspliktig personal eller studenter samt hur de på bästa sätt kan placera personer där de bäst gör nytta.

MSB har som beskrivits ovan tagit fram vägledningar för arbetet med krigsorganisation och krigsplacering för både kommuner och regioner. I dessa ges ingen närmare vägledning kring hur kommuner och regioner ska hantera privata verksamheter när de skapar sina krigsorganisationer. MSB hänvisar i stället till att kommuner och regioner i ett första läge får identifiera i vilka delar av krigsorganisationen som man behöver externt stöd.

Regelverket för personalförsörjning till det civila försvaret behöver förtydligas

MSB har konstaterat att personalförsörjning av civilt försvar är en stor utmaning. MSB lämnade därför i november 2019 en skrivelse till regeringen med en hemställan om att personalförsörjningen av det civila försvaret bör utredas. MSB bedömer att civilplikt sannolikt behöver finnas med som en komponent för att personalförsörja det civila försvaret, men att det inte bör ses som en förstahandslösning. Anställda och frivilliga ska användas så långt som möjligt. Dock bedömer MSB att det finns områden där detta sannolikt inte kommer att räcka.³¹

³¹ MSB, *Så skapar vi motståndskraft – Skrivelse med underlag inför försvarsbeslutsperioden 2021–2025*.

Försvarsberedningen har på flera sätt tydliggjort behovet att hälso- och sjukvården i olika delar uttar och krigsplacerar sin personal. Beredningen påtalar också behovet av att placera personer i andra roller eller verksamheter än vad de normalt har eller verkar i. Utredningen delar dessa slutsatser. Utredningen konstaterar dock att det inte är möjligt att krigsplacera personal med stöd av lagen om totalförsvarsplikt i andra fall än om personen är värn- eller civilplikttig. Som en planeringsåtgärd kan dock anställda registreras hos Rekryteringsmyndigheten för kommande allmän tjänsteplikt. Denna typ av ”krigsplacering” sker formellt sett inte med stöd av lagen om totalförsvarsplikt, men det kallas ibland ändå ”krigsplacering”.

Utredningen delar den uppfattning som både regeringen och Försvarsberedningen har gett uttryck för, att frivillighet är en viktig grund i personalförsörjningen. Utredningen framhåller dock precis som Försvarsberedningen att det behövs ett system som vilar både på plikt och frivillighet för att säkerställa den personalförsörjning för totalförsvaret som krävs. Det finns därför behov av olika verktyg för att säkerställa personalförsörjningen och bemanna organisationer vid kriser och krig. Det är dock inte helt klart att nuvarande reglering innebär lösningar för alla de utmaningar som idag finns för kommuner och regioner att ianspråkta personer för hälso- och sjukvårdens behov inför och vid ett krigstillstånd. Den lagstiftning om särskild tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal som gällde fram till år 1994 var mer omfattande än dagens regelverk och medgav inför krig ett till synes effektivare verktyg för hälso- och sjukvårdens personalförsörjningsbehov.

Utredningen kan inte bedöma huruvida nuvarande reglering innebär utmaningar även för andra sektorer, men håller det för sannolikt att förekomsten av privata aktörer och behovet av att säkra kvalificerad personal medför utmaningar för flera sektorer i samhället. Totalförsvarsplaneringen berör hela samhället och det är därför viktigt att det regelverk som styr totalförsvarsplikt och näringsidkares skyldigheter att medverka i totalförsvaret är tydligt. I det pågående arbetet på nationell nivå kring personalförsörjningen inom totalförsvaret har det framkommit att regelverket på detta område är komplicerat och otydligt. Regelverket är i vissa delar inte utformat för dagens samhälle och behöver därför ses över, vilket både MSB och Försvarsberedningen framfört. Utredningen anser att det är angeläget att en sådan översyn genomförs. Vid en sådan översyn måste det stora inslaget av

privata aktörer, och kommuners och regioners behov av att omfördela och nyttja personal anställd i andra organisationer, beaktas.

7.3 Tillgång till uppgifter om utbildad hälso- och sjukvårdspersonal

Utredningens bedömning: Vid en sådan översyn av personalförsörjningen till det civila försvaret som föreslås i avsnitt 7.2 bör det övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för personalförsörjning i krig. Ett sådant register skulle syfta till att skapa förutsättningar för bemanning av kommuners och regioners krigsorganisationer. Behovet av ett register bör analyseras utifrån förutsättningarna för kommuner och regioner att krigsplacera eller på annat sätt ianspråkta hälso- och sjukvårdspersonal som inte till vardags är anställda i kommunen respektive regionen.

Försvarsberedningen föreslår att Rekryteringsmyndigheten ska vara ansvarig för att det finns aktuella register över krigsplacerad personal och personal som planeras ianspråkta för allmän tjänsteplikt vid höjd beredskap. Försvarsberedningen anser att det är centralt att det skapas ett sammanhållet personalsystem i totalförsvaret vilande på frivillighet och plikt.³²

För att kommuner och regioner ska kunna planera och utforma sina krigsorganisationer på bästa sätt behöver de få kunskap om vilka vårdverksamheter och andra ändamålsenliga lokaler som finns i kommunen och regionen. De behöver också få kännedom om vilken hälso- och sjukvårdsutbildad personal som bor i kommunen eller regionen men som arbetar för privata vårdföretag eller andra arbetsgivare till vardags.

Uppgifter som redan finns hos kommuner och regioner

Kommunerna och regionerna har genom hälso- och sjukvårdslagen ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård inom sitt geografiska område, så även i krig. Både kommuner och regioner löser i normal-

³² Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 124.

läget sjukvårdsuppdraget genom att bedriva egen verksamhet med anställd personal, genom avtal med privata aktörer och genom att hyra in personal. I regionerna förekommer därutöver även utomlänsvård. Kommuner och regioner har bara tillgång till uppgifter om sin egen personal och möjligen den hyrpersonal som är kontrakterad för tillfället. De har inte tillgång till uppgifter om sjukvårdskompetens hos övriga personalresurser som finns i privat verksamhet och hos personal som är anställd i administrativa funktioner i regionen, kommunen eller på myndigheter osv. inom länet. Historiskt var situationen mindre komplex, med färre privata aktörer och utan hyrpersonal.

Uppgifter som finns i register hos statliga myndigheter

Det finns vissa uppgifter om vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal redan i dag i register som förs av statliga myndigheter. Dessa register redovisas nedan.

Uppgifter i registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Socialstyrelsen ansvarar för ett register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, förkortat HOSP. Registret innehåller information om personer som har sökt och erhållit svensk legitimation för yrken inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det finns för närvarande 22 legitimationsyrken som registreras i förteckningen.

Registret används för legitimationskontroll, framställning av statistik, prognoser och tillsynsändamål. Registret regleras genom förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal. Uppgifter i registret får behandlas för de ändamål som anges i 4 och 5 §§ i nämnda förordning. Offentliga vårdgivare får enligt 7 a § i förordningen ha direktåtkomst till vissa uppgifter i registret. Kommuner och regioner får dock inte ha direktåtkomst till uppgifter om vilken hälso- och sjukvårdspersonal som finns folkbokförd i t.ex. kommunen eller regionen. Uppgift om folkbokföring är relevant när kommuner och regioner ska planera sin krigsorganisation. Det torde dock inte vara förenligt med registerändamålen att lämna ut uppgifter för krigsorganisations behov.

Uppgifter i vårdgivarregistret

Inspektionen för vård och omsorg, i det följande förkortad IVO, ansvarar för vårdgivarregistret som innehåller information om verksamheter som utför hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och tandvård. Vårdgivare är enligt patientsäkerhetslagen skyldiga att anmäla ny hälso- och sjukvårdsverksamhet till IVO och även förändringar, flytt eller nedläggningar ska anmälas. Syftet med registret är att IVO ska ha kännedom om de verksamheter som myndigheten har tillsynsansvar för. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) får registret användas för tillsyn och forskning samt framställning av statistik. Registret kan därmed inte användas av kommuner och regioner som ett verktyg för totalförsvarsplaneringen eftersom de inte har rätt att få ut uppgifter om vilka vårdverksamheter som bedrivs i kommunen eller regionen.

Uppgifter som finns hos Rekryteringsmyndigheten

Rekryteringsmyndigheten har ett centralt informationssystem för registrering av personal inom totalförsvaret, Pliktverkets informationssystem, i följande förkortat PLIS. PLIS innehåller uppgifter om totalförsvarspliktigas mönstring och tjänstgöring inom totalförsvaret samt om krigsplacering. I PLIS finns också uppgifter om det civila försvarets krigsorganisation och om hemvärnet. I dagsläget är de arbetsgivare som skapar krigsorganisationer och bemannar dessa med sina anställda, för att ianspråkta dem vid allmän tjänsteplikt, inte skyldiga att anmäla detta till Rekryteringsmyndigheten. Detta kan leda till att totalförsvarspliktiga i dessa organisationer kan se ut att vara disponibla trots att de inte är det. Det kan t.ex. innebära att en ambulanssjukvårdare kan vara ianspråktagen av sin ordinarie arbetsgivare men samtidigt ingå i hemvärnet och därmed krigsplacerats i den rollen.

Register som stöd för krigsplacering av hälso- och sjukvårdspersonal

Dagens säkerhetspolitiska situation och den återupptagna planeringen av totalförsvaret innebär att det finns behov av att kunna använda tillgänglig personal på ett för samhället effektivt sätt. Redan i ett normalläge råder brist på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är därför särskilt viktigt att förberedelserna för krig medför att all hälso- och sjukvårdspersonal som finns att tillgå kan användas i händelse av krig och att utbildad hälso- och sjukvårdspersonal krigsplaceras där de gör bäst nytta i totalförsvaret.

INTEGER-registret

Socialstyrelsen fick år 1988 i uppdrag av regeringen att upprätta ett särskilt register över hälso- och sjukvårdspersonal (INTEGER).³³ Registret var ett personalförsörjningsregister för krig och innehöll uppgifter om flera olika yrkeskategorier relevanta för hälso- och sjukvården.³⁴ Det var sjukvårdshuvudmännen som försåg Socialstyrelsen med grunduppgifter som anställningsform och kompetens. Socialstyrelsen kompletterade sedan registret med uppgifter om folkbokföring, utbildning, legitimation och disponibilitet (dvs. om personen var ianspråktagen för försvarsändamål eller inte).

Enligt regeringsbeslut år 1996 skulle Socialstyrelsen fortsätta att ansvara för att det fanns register över hälso- och sjukvårdspersonal i krig men myndigheten skulle om möjligt träffa överenskommelse med det dåvarande Pliktverket, i dag Rekryteringsmyndigheten, om driften av registret.³⁵ Så skedde också och registret överfördes till PLIS.³⁶ I registret registrerades, utöver sjukvårdshuvudmännens personal, även bl.a. privat anställd hälso- och sjukvårdspersonal och de som inte längre arbetar i hälso- och sjukvården som en personalresurs för den region där de var bosatta i syfte att de inte skulle tas i anspråk för annan pliktjänstgöring.³⁷

³³ Uppdrag åt Socialstyrelsen att genomföra ett register för hälso- och sjukvårdspersonal i krig (S 5421/87).

³⁴ Pliktutredningen (SOU 1997:101), s. 50–51.

³⁵ Register för hälso- och sjukvårdspersonal i krig (S 95/5368/S).

³⁶ Pliktutredningen (SOU 1997:101), s. 51.

³⁷ Socialstyrelsen: register över hälso- och sjukvårdspersonal i krig (Integer) (Dnr 05-1668/2009).

År 2009 hemställde Socialstyrelsen att regeringen skulle upphäva beslutet om förändret av det ovan nämnda registret över hälso- och sjukvårdspersonalen i krig. Socialstyrelsen hade som skäl för sin hemställan angivit flera skäl bl.a. att det säkerhetspolitiska läget ändrats, att civilförsvaret avvecklats, att Försvarsmaktens behov av personal minskat och att regionerna hade ansvar för hälso- och sjukvården även i höjd beredskap. Remissinstanserna delade Socialstyrelsens slutsats, registret behövdes inte längre. Regeringens beslut innebar att registret över hälso- och sjukvårdspersonal i krig inte längre skulle föras.³⁸ Regeringen anförde dock i beslutet att det regelverk om uppgiftsskyldighet i lagen (1994:1809) om totalförsvarspflicht som registret vilade på skulle kvarstå för en eventuell framtida återuppbyggnad. Pliktverkets bedömning år 2009 var att en återuppbyggnad av registret skulle ta 2–3 år.³⁹

Behovet av ett register för kommuner och regioners krigsorganisationer bör ses över

Även om kommunerna och regionerna har ett ansvar att bedriva sjukvård och planera sin verksamhet inför höjd beredskap saknar de i dag en samlad bild av vilken personal som finns tillgänglig inom länet. Genom HOSP-registret kan kommuner och regioner få uppgifter om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, men inte se vilka av dessa som bor i närområdet.

Avsikten när INTEGER lades ner år 2009 var, som ovan redovisats, att uppgiftsskyldigheterna i lag skulle kvarstå så att en framtida återuppbyggnad av registret skulle vara möjlig. Den lagstiftning som registret byggde på, i huvudsak lagen om totalförsvarspflicht och lagen om behandling av personuppgifter för totalförsvarspflichtiga finns kvar. Lagen (1998:938) om behandling av personuppgifter om totalförsvarspflichtiga kommer från och med den 1 maj 2020 att ersättas av totalförsvarsdatalagen.⁴⁰

Redan i dag finns en skyldighet för Socialstyrelsen, kommuner, regioner och enskilda vårdgivare att lämna uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonal till Rekryteringsmyndigheten. Enligt 3 kap. 8 § för-

³⁸ Upphävande av beslut om att föra register över hälso- och sjukvårdspersonal i krig (S 2009/4363/FS).

³⁹ Socialstyrelsen: register över hälso- och sjukvårdspersonal i krig (Integer) (Dnr 05-1668/2009).

⁴⁰ Prop. 2019/20:51, Rskr. 2019/20:180.

ordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt ska Socialstyrelsen på begäran av Rekryteringsmyndigheten lämna uppgift om totalförsvarspliktigas examina och legitimationer. Enligt 3 kap. 14 § ska kommuner, regioner och vårdgivare som bedriver enskild verksamhet på begäran av Rekryteringsmyndigheten lämna de uppgifter om anställd hälso- och sjukvårdspersonal som behövs för myndighetens planeringsarbete.

En betydande del av hälso- och sjukvården utförs av privata vårdgivare. Bemanningföretag tillhandahåller personal till flera delar av vården. Det finns också många med hälso- och sjukvårdsutbildning som inte arbetar inom vården till vardags.

Kommuner och regioner har behov av att skapa en överblick över vilken personal som finns att tillgå inom vården i händelse av krig. Behovet avser inte bara legitimerad personal, utan även icke-legitimerad sjukvårdspersonal och pensionerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen bedömer att det i samband med en översyn av regelverket för personalförsörjningen till det civila försvaret bör övervägas om det finns behov av att skapa ett register över hälso- och sjukvårdspersonal som kan användas för att kommuner och regioner ska kunna skapa nödvändiga krigsorganisationer. Behovet av ett sådant register bör analyseras utifrån förutsättningarna för kommuner och regioner att krigsplacera eller på annat sätt ta i anspråk hälso- och sjukvårdspersonal som inte till vardags är anställda i kommunen respektive regionen.

7.4 Resursförstärkning genom frivilliga försvarsorganisationer

Utredningens bedömning: De frivilliga försvarsorganisationerna utgör en viktig förstärkningsresurs för hälso- och sjukvården i krig. Kommuner och regioner bör därför överväga att teckna avtal med frivilliga försvarsorganisationer om att utföra lämpliga uppgifter för att stödja hälso- och sjukvården inom totalförsvaret.

Frivilliga försvarsorganisationer utgör en viktig del inom totalförsvarets personalförsörjning. I lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt och i förordningen (1994:524) om frivillig försvarsverksamhet finns de rättsliga ramarna för organisationernas verksamhet. Totalförsvars-

plikten kan fullgöras bl.a. genom allmän tjänsteplikt, som omfattar dem som avtalat om frivillig tjänstgöring inom totalförsvaret. Regeringen lyfter i Försvarspolitiska inriktningspropositionen för åren 2016–2020 fram att formerna för att ta del av frivilligheten bör förbättras och att centrala myndigheter, kommuner och regioner i högre grad bör eftersträva samverkan med berörda frivilligorganisationer.⁴¹

De frivilliga försvarsorganisationerna är 18 ideella organisationer som är särskilt utpekade av regeringen för en specifik roll inom såväl det civila som det militära försvaret. De får uppdragsmedel och organisationsstöd för att kunna fullgöra denna roll. Uppdragen fördelas av MSB för det civila försvaret och av Försvarmakten för det militära försvaret. Det är offentliga aktörers behov av bl.a. personalförstärkning som är utgångspunkten för uppdragen. Organisationerna rekryterar lämpliga personer, skräddarsyr utbildningar samt kan öva och vidareutbilda dessa personer.

Försvarsberedningen bedömer att de frivilliga försvarsorganisationerna har en viktig uppgift i hälso- och sjukvården under höjd beredskap och krig

Försvarsberedningen anser att de frivilliga försvarsorganisationerna har en särskild möjlighet och roll att spela för att höja den samlade förmågan i totalförsvaret under den kommande försvarsbeslutsperioden. De är organiserade och har strukturer för att planera, styra och leda frivilliga och har dessutom kompetens att förmedla information, utbilda, genomföra övningar samt att nå ungdomar. Försvarsberedningen anser därför att de frivilla försvarsorganisationerna har en viktig roll att spela i den framtida personalförsörjningen i totalförsvaret. Försvarsberedningen bedömer att det i den kommande försvarsbeslutsperioden behövs resursförstärkningar och styrningar och att fokus ska ligga på de frivilla försvarsorganisationernas kärnverksamhet, dvs. information, utbildning och övning samt bemanning av krigsorganisationerna i det militära och civila försvaret. Försvarsberedningen bedömer också att det kommer att finnas viktiga uppgifter för de frivilliga försvarsorganisationerna inom bl.a. försörjningsberedskap, hälso- och sjukvård och omsorg under höjd beredskap och krig. Försvarsberedningen anser vidare att frivilliga försvarsorganisationer som

⁴¹ Prop. 2014/15:109.

Röda Korset kan spela en viktig roll inom sjukvården i kris och krig, bl.a. när det gäller att tillhandahålla grundläggande omhändertagande och första hjälpen.⁴²

Frivilliga kan utgöra en viktig resursförstärkning för sjukvården

I planeringen av krigsorganisationerna bör både kommuner och regioner överväga behovet av att teckna avtal med frivilliga försvarsorganisationer om att utföra vissa angivna uppgifter inom totalförsvaret. Försvarsberedningen lyfter särskilt fram Röda Korset när det gäller sjukvården i kris och krig, bl.a. när det gäller att tillhandahålla grundläggande omhändertagande och första hjälpen.

Det är viktigt att kommuner och regioner i arbetet med att skapa krigsorganisationer och i sin planering inför fredstida kriser identifierar vilka roller och funktioner de olika frivilliga organisationerna kan utföra. Det kan t.ex. vara att stärka ledningsfunktioner med stabs- och sambandspersonal, transportorganisationerna med bilförare eller personal för att hjälpa till med att ordna de stora patientflöden som kan uppstå. En annan viktig uppgift kan vara att hjälpa till att rekrytera blodgivare. Det ska dock kommas ihåg att de frivilliga försvarsorganisationerna inte är lösningen på vårdens behov av kvalificerad vårdpersonal, men genom att använd de frivilliga resurserna rätt kan den ordinarie vårdpersonalen fokusera på att utföra kärnverksamheten.

Historiskt har Socialstyrelsen haft en tydlig roll kopplat till de frivilliga försvarsorganisationerna. Socialstyrelsen ansvarade för funktionen hälso- och sjukvård och fördelade uppdragsmedel inom civilt försvar inom sitt ansvarsområde.⁴³ Uppdrag gavs bl.a. till Frivilliga Radioorganisationen för att utbilda sambandspersonal, till Svenska Röda Korset för att utbilda så kallade civilsamariter samt till Bilkåren⁴⁴ för att utbilda ambulansförare.

Svenska Röda Korset har i dag uppdragsverksamhet som finansieras av MSB inom hjärt-lungräddning och första hjälpen samt krisstöd (se även avsnitt 9.3). Flera andra av de frivilliga försvarsorgani-

⁴² Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 132–134, 194.

⁴³ Anslag B6 från Socialdepartementet via Socialstyrelsen. Därutöver fördelades medel från anslag B3 från Försvarsdepartementet till andra sakområden och andra frivilliga försvarsorganisationer via Statens Räddningsverk och Arbetsmarknadsstyrelsen.

⁴⁴ Organisationen hette på den tiden Sveriges kvinnliga bilkårers riksförbund (SKBR).

sationerna bedriver i dag utbildningsverksamhet inom en rad områden. Det gäller exempelvis transporter på väg men också via båt eller flygplan, samt förmåga att hantera farliga ämnen (CBRNE).⁴⁵

Inom hälso- och sjukvårdsområdet är det dock inte ovanligt att personal som arbetar inom sjukvården till vardags också har uppdrag inom frivilliga försvarsorganisationer. Det är därför särskilt viktigt att i sådana sammanhang säkerställa att inte samma person ingår i regionens eller kommunens krigsorganisation både som anställd och genom en frivillig försvarsorganisation. Det är därför viktigt att sådan personal krigsplaceras för att Rekryteringsmyndigheten ska kunna göra en disponibilitetskontroll. Det behöver också göras en kontroll av yrkeslegitimation där sådan krävs för personer som ingår i frivilliga försvarsorganisationer utifrån sin sjukvårdskompetens.

MSB har framfört att myndigheten i arbetet med personalförsörjning och planering för civilt försvar särskilt kommer att se över och beakta frågan om kommunernas och regionernas samverkan med de frivilliga försvarsorganisationerna och deras utbildade medlemmar.⁴⁶ I det arbetet är det viktigt att säkerställa att regleringen för personalförstärkning är ändamålsenlig.

⁴⁵ CBRN-förbundet finns inom Försvarsutbildarna.

⁴⁶ MSB:s rapport "Översyn av de frivilliga försvarsorganisationernas roll i totalförsvaret Redovisning av uppdrag i MSB:s regleringsbrev för 2020" (2020).

8 Förnödenhetsförsörjning

8.1 Försvarsberedningen konstaterar att försörjningen är avgörande för att skydda civilbefolkningen

Försvarsberedningen konstaterar att säkerställandet av nödvändig försörjning av bl.a. läkemedel är avgörande för att skydda civilbefolkningen och för att upprätthålla förmågan inom hela totalförsvaret vid en allvarlig säkerhetspolitisk kris och i krig.¹ Beredningen anser att Sverige behöver bygga upp en försörjningsberedskap för totalförsvarets behov. Varor och tjänster som är nödvändiga för befolkningens överlevnad och för att samhället ska fungera på en grundläggande nivå behöver prioriteras. På nationell nivå behöver det utarbetas och fastställas generella prioriteringsgrunder för olika verksamheter på grund av den knapphet i resurser som kommer att råda under krigsförhållanden. Metoder för prioritering och även ransonering behöver tas fram.

Försvarsberedningen anser vidare att det under en allvarlig säkerhetspolitisk kris krävs lagerhållning, i statlig eller privat regi, för att kunna förse civilbefolkningen och Försvarsmakten med nödvändiga varor och förnödenheter. Beredningen belyser också betydelsen av att kunna distribuera varor. Vidare framhålls att enskildas förmåga också utgör en del av samhällets totala förmåga att motstå eller lindra försörjningsstörningar. Givet de omständigheter som råder i kris och krig föreslås enskilda ha beredskap för att klara en vecka utan stöd från det offentliga. Försvarsberedningen menar också att det kan finnas behov av att ställa om inhemsk produktion för att klara försörjning i fall en konflikt pågår längre tid än tre månader.

Försvarsberedningen konstaterar att läkemedel och sjukvårdsmateriel är en nödvändig faktor för hälso- och sjukvårdens bedrivande,²

¹ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 161 f.

² Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 191 f.

att Sverige är importberoende, att nuvarande lagerhållning av läkemedel hos grossister, på apotek och i sjukvården är begränsad samt att det saknas en samlad bild över tillgången på läkemedel och sjukvårdsmateriel. Försvarsberedningen anser att försörjningen med läkemedel, blodprodukter och medicinsk förbrukningsmateriel behöver säkerställas och att produkterna ska finnas tillgängliga momentant och med tillräckligt stor uthållighet över tiden. Detta kräver enligt Försvarsberedningen att tydligare krav ställs på regionerna att lagerhålla läkemedel och sjukvårdsmateriel för att kunna hantera stora skadeutfall och störningar i försörjningsflöden. Kraven måste kontinuerligt följas upp. Försvarsberedningen anser att regionerna ska få bidrag för att upprätthålla viss lagerhållning samt att den statliga lagerhållningen utökas för att utgöra en nationell förstärkningsresurs.

Försvarsberedningen bedömer att det bilaterala samarbetet med Finland och Norge bör utvecklas inom området civilt försvar. Försvarsberedningen förordar också att förutsättningarna för trilateralt samarbete mellan Sverige, Norge och Finland bör undersökas närmare, för att stärka alla tre ländernas beredskap. Försvarsberedningen föreslår att Sverige tillsammans med både Finland och Norge identifierar ett antal sektorer inom det civila försvaret för gemensam planering. Som exempel på sådana områden nämner Försvarsberedningen bl.a. försörjnings- och leveranssäkerhet, sjukvårdsresurser och läkemedelsförsörjning. Försvarsberedningen anser att det befintliga avtalet mellan Sverige och Finland från år 1992 om ekonomiskt samarbete i internationella krislägen kan tjäna som utgångspunkt för fördjupad bilateral samverkan. I relationen till Norge kan det befintliga krishandelsavtalet mellan Sverige och Norge användas som utgångspunkt för fördjupat bilateralt samarbete. Natos sju grundläggande civila förmågor kan användas som gemensam referensram i arbetet mot både Finland och Norge.

8.2 Varför behöver vi en försörjningsberedskap?

Försvarsberedningen anger att det som utgångspunkt för försörjningsberedskapen ska förutsättas att det under tre månader råder höjd beredskap och att logistikflödena till omvärlden har begränsningar utan att helt ha brutits.³

³ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 76.

Samhällsviktig verksamhet, inklusive hälso- och sjukvård, är beroende av olika typer av varor, tjänster och tjänsteleverantörer för att kunna bedriva verksamhet. Sveriges försörjning är i dag starkt beroende av internationell handel och på flertalet områden är den nationella självförsörjningen inte tillräcklig. Försörjningen av olika produkter och varor är många gånger beroende av olika tjänsteleverantörer. Med anledning av detta bör även tillgången till kritiska tjänster beaktas och inkluderas i försörjningsberedskapen. Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma till fler av de tjänster som är relevanta för försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmateriel.

På nationell nivå behöver det utarbetas och fastställas generella försörjningsplaner samt prioriteringsgrunder för olika verksamheter på grund av den knapphet i resurser som kommer att råda under krigsförhållanden. En sådan målsättning som ansluter till prioriteringar i hälso- och sjukvården föreslås övergripande för hälso- och sjukvårdens område i kapitel 4. Målsättningen relateras till försörjningsberedskapen nedan i avsnitt 8.4. Mer detaljerade metoder för prioritering och ransonering behöver sedan utvecklas inom olika sektorer, bl.a. inför en situation då ransoneringslagen (1978:268) tillämpas. Vad gäller frågor om ransonering på hälso- och sjukvårdens område avser utredningen att återkomma till det i slutbetänkandet.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortad MSB, har tillsammans med Försvarsmakten och ett antal kommuner tagit fram öppna planeringsförutsättningar som har anpassats till de förutsättningar som gäller för regionerna.⁴ Av dessa planeringsförutsättningar framgår att regionerna i sin planläggning ska förutsätta långvariga störningar och avbrott i försörjningssystemen, bl.a. i elförsörjningen och transportsystemen. Bortfallet av el påverkar i sin tur bl.a. tillgången till drivmedel, elektroniska betaltjänster, fasta och mobila kommunikationstjänster samt it. Även dricksvattenförsörjning, avloppsreningsverk samt möjligheten att kyla och förvara läkemedel, möjligheten att värma upp och kyla lokaler påverkas. Bortfallet av transporter påverkar hela logistikkedjan för läkemedel, blod och sjukvårdsmateriel. Vid höjd beredskap påverkas också Sveriges möjligheter till import och export av varor och tjänster från utlandet av flera faktorer. Samtidigt påverkas människors möjlighet

⁴ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) (2019) *Rätt person på rätt plats – regioner, Vägledning för krigsorganisation och krigsplacering*, s. 30 ff.

att ta sig till arbetet och möjligheten att förflytta varor inom landet försvåras.⁵

Vid krig blir förfogandelagen (1978:262) tillämplig och staten, kommuner och regioner får rätt att förfoga över annans egendom för att tillgodose totalförsvaret eller folkförsörjningen. Det ger offentliga aktörer möjlighet att förfoga över exempelvis lager av läkemedel och sjukvårdsmateriel hos privata aktörer som inte är en del av någon krigsorganisation. Vid ett väpnat angrepp med många skadade, eller vid ett smittutbrott, kommer efterfrågan på specifika läkemedel eller specifik sjukvårdsmateriel öka kraftigt. Vid krig blir även ransoneringslagen (1978:268) och prisregleringslagen (1989:978) tillämpliga. Regeringen kan föreskriva att ransoneringslagens och prisregleringslagens bestämmelser ska gälla även i andra situationer än krig, t.ex. vid krigsfara. Regeringen kan också föreskriva om att ransoneringslagen ska tillämpas när det på grund av en utomordentlig händelse föreligger knapphet eller betydande fara för knapphet inom riket på förnödenheter av vikt för totalförsvaret eller folkförsörjningen. Motsvarande möjlighet finns i prisregleringslagen vid risk för allvarlig prisstegring på bl.a. varor.

För att uppnå en förmåga i samhället att hantera störningar i försörjningskedjor eller oväntad stor efterfrågan på enskilda produkter behövs lagerhållning i Sverige samt avtal med relevanta privata aktörer som lagerhåller och bedriver produktion av varor och tjänster i Sverige om att de ska kunna upprätthålla sin verksamhet även under ansträngda förhållanden.

8.3 Övergripande försörjningsfrågor behöver samordnas nationellt

Utredningens bedömning: Det finns vinster med att på nationell nivå samordna vissa strategiska försörjningsrelaterade frågor i stället för att aktörer i olika sektorer i samhället skapar separata lösningar för detta. Regeringen bör därför överväga om en sammanhållande funktion för samhällets försörjningsberedskap bör inrättas.

⁵ A.a.

Överstyrelsen för civil beredskap, i det följande förkortat ÖCB, som sedan många år är nedlagd, hade ett övergripande nationellt ansvar för försörjningsfrågor inför höjd beredskap. I dagsläget finns ingen sådan sammanhållande funktion för försörjningsfrågor även om MSB bedöms utföra arbete som i delar kan anses motsvara vissa av de uppgifter som ÖCB tidigare ansvarade för.

Bevakningsansvariga myndigheters företagsplanläggning enligt förordningen (1992:390) om förberedelser för leveranser av varor och tjänster och kommuner medför bl.a. behov av att teckna avtal med olika bolag. Motsvarande gäller för regioners beredskapsförberedelser enligt 3 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH.

En eventuell ordning som liknar den som tidigare gällde beträffande s.k. K-företag förutsätter också bl.a. planering och olika former av avtal. K-företag, en förkortning av kris- och krigsviktigt företag, var historiskt sådana företag för vilket en beredskapsplan upprättats. Företagen skulle antingen fortsätta sin produktion eller övergå till en annan produktion som ansågs viktig för krigsansträngningarna.

Nuvarande ordning innebär att liknande uppgifter ska lösas av flera myndigheter och att nyckelkompetenser kring regelverk och marknadens funktion måste upprätthållas på flera ställen. Det finns behov av att avtal utformas på ett enhetligt sätt tvärssektoriellt, bl.a. för att det ska vara enhetligt gentemot näringslivet när flera aktörer i olika sektorer behöver teckna avtal om samma sorts resurser. Någon aktör behöver ha ansvar för den övergripande dialogen med företrädare för näringslivets olika sektorer och säkerställa de allmänna villkor och incitament som kan behövas. Ett motsvarande samordningsbehov finns sannolikt vad gäller distribution och lagerhållning.

Det är inte denna utrednings uppdrag att utreda frågan om det bör inrättas en sammanhållande funktion för försörjningsberedskapen. Trots det finns skäl att framhålla att det vid utredningens arbete framkommit att det kan finnas betydande samordningsvinster med att hålla ihop åtminstone vissa strategiska försörjningsrelaterade frågor. Enligt utredningens bedömning bör regeringen därför överväga om det finns skäl att i någon form inrätta en sammanhållande funktion för samhällets försörjningsberedskap. Det kan ske antingen inom ramen för en befintlig myndighets eller annan aktörs verksamhet eller

genom att skapa en ny myndighet med motsvarande uppgifter som ÖCB.

8.4 Hälsa- och sjukvårdens försörjningsberedskap ska utgå från den vård som ska bedrivas vid fredstida kris och vid krig

Utredningens bedömning: Planering och åtgärder för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap måste utföras med utgångspunkt i den vård som ska bedrivas vid fredstida kriser och vid krig. Sådana åtgärder måste även inkludera planering för smitta och hälsohot. En målsättning som anger vilken civil hälso- och sjukvård som ska kunna bedrivas i fredstida kriser och krig skulle även utgöra en utgångspunkt för den civila vårdens försörjningsberedskap.

En viktig utgångspunkt för allt arbete med försörjningsberedskap är att definiera vad vi ska ha beredskap för eller med andra ord vilka uppgifter som ska lösas. När detta väl bestämts är det möjligt att se till vilka resurser och metoder som krävs för att lösa uppgiften.

Under sådana svåra förhållanden som uppkommer vid fredstida kriser och vid krig kan inte all sjukvård som ges i ett normalläge i fred upprätthållas. Prioriteringar behöver genomföras. Dessa frågor har redan belysts i kapitel 4. I nämnda kapitel görs bl.a. bedömningen det i försvarsbeslutet år 2020 bör anges en målsättning som ska gälla för den civila hälso- och sjukvården i fredstida kris och vid krig. Den målsättningen bör sedan vara utgångspunkt för planering av vilka förnödenheter hälso- och sjukvården behöver säkerställa.

Socialstyrelsens rapportserie "Vårdprinciper i kris och krig" från mitten av 1990-talet och de allmänna råden avseende sjukvård i kris och krig utgjorde förut en viktig utgångspunkt för beredskapsplaneringen. Exempelvis angavs där resursbesparande behandlingsmetoder och behov av förnödenheter för specifika åtgärder kvantifierades. Även i dag skulle sådana rapporter och allmänna råd vara av stort värde. Socialstyrelsen utgick i nämnda rapportserie och allmänna råd bl.a. från det mål som enligt dåvarande försvarsbeslut gällde för den civila hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har ett pågående regerings-

uppdrag att ta fram en nationell utbildnings- och övningsmodell för katastrofmedicin och civilt försvar, som även innefattar vårdprinciper i kris och krig. Utredningen beskriver detta närmare i avsnitt 9.2.3.

Utredningens bedömning är sammanfattningsvis att planering och åtgärder för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap måste ta sin utgångspunkt i den vård som ska bedrivas vid fredstida kriser och vid krig. Sådana åtgärder måste även inkludera planering för smitta och hälsohot. En målsättning som anger vilken civil hälso- och sjukvård som ska kunna bedrivas även i fredstida kriser och krig skulle även utgöra en utgångspunkt för den civila vårdens försörjningsberedskap.

8.5 Internationella försörjningssamarbeten och kartläggning av basindustri

Utredningens bedömning: Regeringen bör initiera en översyn av de övergripande internationella krishandelsavtal som tecknats med Finland och Norge. Såvitt avser läkemedel och hälso- och sjukvårdsmateriel bör Läkemedelsverket få i uppdrag att genomföra en kartläggning avseende svensk produktion av aktiva substanser, hjälpämnen och förpackningsmaterial samt färdiga produkter på området. Läkemedelsverket bör, om det är möjligt, samverka med sina nordiska motsvarigheter om motsvarande kartläggningar.

Precis som Försvarsberedningen konstaterar har Sverige som många andra länder ett stort importberoende till olika varor. I händelse av en avspärrningssituation eller en säkerhetspolitisk kris som sträcker sig över en längre period kommer tillgången på läkemedel och sjukvårdsmateriel vara begränsad till det lilla inflöde som är möjligt och den lagerhållning som finns i Sverige. Dessa resurser kommer inte räcka i längden. Eftersom det är osannolikt att en sådan situation drabbar Sverige isolerat kommer det troligen också råda svårigheter med försörjningen i ett större geografiskt område eller till och med globalt. Utredningen delar därför Försvarsberedningens bedömningar att samarbetet med bl.a. Finland och Norge bör utvecklas.

8.5.1 Översyn av internationella avtal

Sverige ingick år 1992 avtal med Finland⁶ angående ekonomiskt samarbete i internationella krislägen. Avtalet med Finland fokuserar till stor del på försörjningsrelaterade frågor såsom varuutbyte. I avtalet uttrycks också viljan att allmänt öka samarbetet i frågor som rör försörjningsberedskapen. Bland särskilt angelägna områden för samarbete nämns industrivaror och hälso- och sjukvård. Avtalet har en bilaga med en lista över de varor som omfattades av avtalet vid avtals-tecknandet. Av listan framstår det som att dessa varor i huvudsak utgörs av råvaror för vidare förädling. Avtalet och bilagan ska övervakas av en särskild kommitté. Kommittén har mandat att justera den i bilagan upptagna listan på varor. Ett liknande avtal har ingåtts med Norge.

Vad utredningen erfar finns ingen aktiv förvaltning av avtalen och huruvida den bilagda listan i avtalet med Finland någonsin ändrats är oklart. Icke desto mindre är avtalet fortfarande i kraft och kan, som Försvarsberedningen anger, utgöra grunden för ett fortsatt samarbete med Finland avseende försörjningsberedskapen. Motsvarande gäller för Norge.

Det kan enligt utredningen finnas behov av att se över vilka läkemedel och vilken hälso- och sjukvårdsmateriel som kan vara relevant att uppta i ett reviderat avtal. Sådana listor över produkter måste ses över regelbundet och baseras på kunskap om vad som tillverkas i respektive land. Det nuvarande avtalet utgår säkerligen ifrån den basindustri som fanns i början av 1990-talet. Sedan dess har mycket skett i svensk industri i allmänhet och i läkemedels- och sjukvårdsmaterielindustrin i synnerhet.

MSB har tillsammans med finska Försörjningsberedskapscentralen, och norska Närings- og fiskeridepartement genomfört forskningsprojektet Critical Nordic Flows under 2019. Projektet har undersökt möjligheterna att fördjupa samarbetet mellan länderna avseende försörjningsberedskap inom sex områden bl.a. läkemedelsförsörjning. Rapporten ska publiceras i mars 2020.

Tillgången till insulin är av synnerlig vikt för många av landets diabetiker. Danmark är globalt sett en stor tillverkare av insulin. År 1997 hemställde därför Läkemedelsverket om ett svenskt krishandelsavtal med Danmark avseende insulin som komplement till den leverantörs-

⁶ Avtal med Finland om ekonomiskt samarbete i internationella krislägen (SÖ 1992:73).

överenskommelse som tecknades i samband med att det tidigare insulinlagret avvecklades.⁷ Det är för utredningen oklart huruvida ett sådant avtal någonsin tecknades. Läkemedelsverkets hemställen visar ändå på att det fanns, och säkerligen även i dag finns, ett reellt behov av denna typ av avtal för att så långt det är möjligt säkerställa inflödet av läkemedel och sjukvårdsmateriel. Vad utredningen erfar saknas i dag ett generellt avtal med Danmark motsvarande de som tecknats med Finland och Norge.

Kartläggning av befintlig tillverkning

För att kunna återuppta arbetet med krishandelsavtal mellan de nordiska länderna krävs kunskap om vilka behov som finns i respektive land, vad som tillverkas och vilka beroenden till underleverantörer avseenden aktiva substanser, hjälpämnen, förpackningsmaterial och andra insatsvaror som finns. Denna kunskap saknas i dag på nationell nivå i Sverige. Det är för utredningen okänt om sådana sammanställningar finns i de övriga nordiska länderna. Det är därför utredningens uppfattning att det för svensk räkning bör genomföras en inventering av strategisk läkemedelsproduktion och produktion av relevant sjukvårdsmateriel som till stor del utgörs av medicintekniska produkter. Sådana inventeringar för läkemedel har tidigare gjorts på 1990-talet, bl.a. av Totalförsvarets forskningsinstitut, i det följande förkortat FOI, på uppdrag av Socialstyrelsen⁸. Motsvarande kartläggningar i de övriga nordiska länderna är en förutsättning för ett fördjupat arbete med de tidigare nämnda avtalen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Den myndighet som i Sverige torde ha bäst förutsättningar att i dag genomföra en sådan kartläggning är Läkemedelsverket. Även om Läkemedelsverket inte har tillgång till alla dessa uppgifter internt så är Läkemedelsverket regulatorisk myndighet på läkemedelsområdet och har en central roll vad avser medicinsk teknik. Läkemedelsverket har också omfattande kontakter med relevanta företag och branschorganisationer.

Regeringen bör vidare ta ett initiativ till att se över de befintliga krishandelsavtalen. Det underlag som föreslås tas fram av Läkeme-

⁷ ÖCB, Krishandelsavtal (dnr 6–1579/97).

⁸ FOI (2008): *Hur sårbar är läkemedelsförsörjningen vid extraordinära händelser i fred, i kris och inför höjd beredskap?* (FOI Memo 2467).

delsverket kan tjäna som utgångspunkt för hälso- och sjukvårdsområdet i regeringens vidare arbete med krishandelsavtalen. Dessa underlag är också viktiga för det arbete med nordisk tillverkningsberedskap som diskuteras vidare i avsnitt 8.6.5.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen föreslår att sex (6) miljoner kronor avsätts till Läke-medelsverket för den initiala kartläggningen av befintlig tillverkning. För att denna kartläggning ska ha relevans i ett längre perspektiv behöver den regelbundet uppdateras. Uppgiften att utföra uppdateringsarbetet bör rimligen framgå av Läkemedelsverkets instruktion. Utredningen avser att återkomma i denna fråga i slutbetänkandet.

8.6 Ett sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel

I likhet med Försvarsberedningen anser utredningen att försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmateriel har stor betydelse både för sjukvårdens bedrivande och för försvarsviljan och motståndskraften i samhället i stort. Utredningen delar också beredningens bedömning om att robustheten i försörjningen behöver stärkas generellt och att försörjningen med läkemedel, blodprodukter och sjukvårdsmaterial behöver säkerställas så att produkterna finns tillgängliga momentant och med tillräckligt stor uthållighet över tiden. Utredningen kan i likhet med Försvarsberedningen konstatera att Sverige är importberoende. Vidare kan konstateras att tillverkningen och handeln med bl.a. läkemedel är global och att den i stor utsträckning präglas av ett ”just-in-time” koncept.

Tillverkningen och handeln med läkemedel är känslig för olika logistiska störningar. Sådana störningar kan uppkomma i flera led och på flera olika platser i världen. Den kan uppstå på grund av produktionsproblem, ökad efterfrågan, protektionistiska åtgärder där den internationella handeln begränsas eller en kombination av dessa händelser. Det förekommer regelbundet brist på olika läkemedel. Den svenska läkemedelsmarknaden är liten ur ett globalt perspektiv och prioriteras inte alltid i förhållande till andra marknader. Utöver detta kan konstateras att läkemedelsområdet och områdena för medicin-

tekniska produkter och blod är noggrant reglerade både nationellt och på EU-nivå. Detta skapar vissa utmaningar.

I arbetet med läkemedel och sjukvårdsmateriel har utredningen identifierat följande tre huvudteman för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap:

1. Mer läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige,
2. Effektivare resursutnyttjande av de förnödenheter vi har tillgång till, samt
3. Säkerställd distribution.

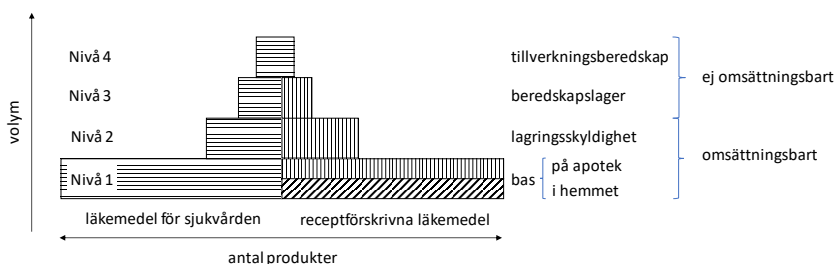
För att uppnå målsättningen om säkerställd försörjning krävs mer läkemedel i Sverige. Detta ställer krav på utökad lagerhållning här i landet. Det behöver därför tas fram ett nationellt sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige för fredstida kriser och krig. Systemet ska kunna anpassas efter rådande säkerhetspolitiska läge och ekonomiska ramar och måste därför vara skalbart vad avser såväl antalet produkter, som den mängd som lagras. I utredningens slutbetänkande avser vi att redovisa sådana förslag för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel. Utredningens utgångspunkt för det fortsatta arbetet är att omsättningslagring, dvs. att produkter lagerhålls och omsätts enligt principen först-in, först-ut, är att föredra framför beredskapslagring när så är möjligt. Sådan lagerhållning lämpar sig av effektivitetsskäl bäst nära slutanvändarna, i den ordinarie logistik-kedjan. Ansvaret för sådan lagerhållning bör då också vila på de ordinarie aktörerna. Ett utvecklat resonemang kring detta planeras i slutbetänkandet.

Vad gäller frågorna om effektivare resursutnyttjande och säkerställd distribution omfattar det bl.a. frågor som fördelning och ransonerings samt distribution via partihandlare och apotek. Dessa frågor avser utredningen att återkomma till i slutbetänkandet.

Ett möjligt system för lagerhållning av läkemedel skulle på en övergripande nivå kunna illustreras som i figur 8.1 nedan. Systemet bygger på en bas-lagerhållning som omfattar alla produkter som används i vardagen (nivå 1). Sådana läkemedel lagras i vården, på apotek och i hemmen. En omfattande lagerhållning av alla läkemedel skulle bli oerhört kostsam, därför krävs det en utökad lagringsskyldighet baserad på omsättningslagring (nivå 2) för ett urval av viktiga produkter som knyter an till den målsättning som diskuterats ovan i avsnitt 4. För

sådana läkemedel som av olika skäl inte kan omsättningslagras krävs också statliga beredskapslager (nivå 3). Den översta nivån (nivå 4) är i egentlig mening inte ett lager utan utgörs av en tillverkningsberedskap för ett fåtal särskilt viktiga läkemedel. Sådan tillverkningsberedskap förutsätter dock lagerhållning av aktiva substanser, hjälpämnen och förpackningsmaterial. Ett system för sjukvårdsmateriel kommer så långt möjligt utformas så att det motsvarar läkemedelssystemet.

Figur 8.1 Schematisk beskrivning av system för lagerhållning av läkemedel



Omfattningen av lagerhållningen anges i figuren schematiskt och ska inte uppfattas skalenligt

De olika delarna av den ovan redovisade systemmodellen kräver olika omfattande utredningsinsatser och kan därmed inte i detta skede läggas fram som en helhet. Trots detta finns det delar i beredskapsarbetet som är möjliga och lämpliga att genomföra redan nu, närmare bestämt åtgärder som berör nivå 1 (ökad lagerhållning i vardagen), nivå 3 (statlig beredskapslagring) och nivå 4 (tillverkning) i modellen. Åtgärderna presenteras närmare i följande avsnitt.

Vad gäller åtgärder kring apotekens verksamhet och lagerhållning (nivå 1) avser utredningen att återkomma till detta i slutbetänkandet. En lagringsskyldighet genom omsättningslagring (nivå 2) behöver utredas vidare innan nödvändiga förslag kan presenteras. Utredningen avser att presentera sådana förslag i slutbetänkandet och en implementering av förslagen kommer därför kunna ske först mot slutet av försvarsbeslutsperioden. För att redan nu kunna ge en bild av de kostnader förslagen kan medföra redovisas i avsnitt 8.6.3 nedan en uppskattning av dessa.

8.6.1 Ansvar för försörjningen till vården i vardagen åvilar sjukvårdshuvudmännen – nivå 1

Utredningens bedömning: Kommuner och regioner bör snarast vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa att försörjningen av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel är tillräcklig för att bedriva en god vård i ett normalläge i fred samt, såvitt avser regioner, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

Enligt vad som tidigare har framhållits bygger samhällets förmåga i höjd beredskap på krisberedskapen som i sin tur bygger på ansvarsprincipen och det geografiska områdesansvaret, dvs. vardagen. Hur verksamheter organiseras och fungerar i ett normalläge har därför stor betydelse för vilken förmåga som kan upprätthållas vid krig. Som Försvarsberedningen konstaterar förekommer inte någon omfattande lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i dag. Det kan konstateras att de brister som uppstod i sjukvårdsmaterieförsörjningen i vissa regioner under hösten 2019 visar att den lagerhållning som fanns i vart fall inte var tillräcklig för att genomföra den planerade vården. Det har också visat sig att lagerhållningen av viss sjukvårdsmateriel och vissa skyddsprodukter är knapp i förhållande till de behov som kan uppkomma vid en pandemi när tillgången till produkter internationellt begränsas.

Tillverkningen och handeln med läkemedel är känslig för logistiska störningar. Sådana störningar kan uppkomma i flera led och på olika platser i världen. Det är väl känt, inte minst för aktörer inom vården, att det under lång tid har förekommit olika brister på läkemedel i vardagen. Sådana brister förekommer såväl i Sverige som i övriga Europa och Läkemedelsverket har därför av regeringen fått flera uppdrag på området.

Det är naturligt att affärsdrivande verksamheter anpassar tillverkning, lager och leveranser för att nå den effektivitet som konceptet ”just-in time” syftar till. Av affärsskäl söker också sådana verksamheter motverka olika störningar i tillverkningen eller distributionen. Det kan också vara så att nationella beslut eller regleringar i det land verksamheten bedrivs helt enkelt hindrar företagen att fritt handla med produkterna. Sådana aktuella exempel finns från situationen med Covid-19. Konsekvenserna av vissa störningar, exempelvis naturkatastrofer, är också svåra eller omöjliga att helt förebygga.

Effektiviseringar av affärsverksamheter leder till minskade kostnader och därmed ökar förutsättningarna att vara konkurrenskraftig och att uppnå vinst. Sådana effektiviseringar kan också komma konsumenter tillgodo genom låga produktpriser. Det finns dock en gräns för när sådana åtgärder upphör att vara affärsmässigt lönsamma.

Konsekvenserna av att en produkt som används för vård av sjuka levereras ”not-in-time” eller ”not-at-all” ser mycket olika ut för de företag som tillverkar eller distribuerar produkten och den patient som är beroende av produkten för sin vård. Bristande tillgång till läkemedel och annan sjukvårdsmateriel som är kritisk för viss hälso- och sjukvård utgör ett reellt och allvarligt hot mot människors liv och hälsa och kan medföra stora lidanden. Detta gäller särskilt sådana produkter som är av avgörande betydelse vid behandling av akuta livshotande tillstånd, sjukdomar som utan behandling leder till varaktiga allvarliga funktionsnedsättningar eller för tidig död, svåra kroniska sjukdomar samt behandlingar av patienter som befinner sig i livets slutskede. Det gäller också produkter som behövs för att skydda personalen eller andra patienter mot smittor.

Om en produkt som är kritisk för nyss nämnda behandlingar inte finns tillgänglig när den behövs, spelar det inte någon roll av vilken orsak produkten inte finns tillgänglig. Ett eventuellt utbetalat avtalsvite för t.ex. en utebliven eller felaktig leverans hjälper i sådana situationer heller inte alls.

Det är inte enbart vid akut vård av allvarliga tillstånd som bristande tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel utgör ett reellt och allvarligt hot mot människors liv och hälsa. Även planerad vård kan behöva utföras enligt plan för att inte allvarliga patientsäkerhetsrisker eller vårdskador ska uppkomma, exempelvis vid cancerbehandling.

En given utgångspunkt för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården är att patienter som behöver vård ska få det i tid. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Den offentligfinansierade vården har inte till syfte att generera vinster, men måste bedrivas kostnadseffektivt. Kostnadseffektivitetskrav innebär dock inte att andra krav och skyldigheter som åvilar hälso- och sjukvårdens aktörer kan åsidosättas. Låga priser på exempelvis läkemedel kan ge stora fördelar för enskilda och för samhället. Ett lågt inköpspris är dock i slutändan inte någon garanti för en låg slutkostnad för vården. Om inte tillverkare och distributörer på grund av slimmade tillverknings- och distributionsprocesser, kan

leverera läkemedel som är kritiska för vården, måste vården på annat sätt säkerställa tillgång till läkemedlen. Detta medför kostnader.

Det finns olika sätt att säkerställa försörjningen av den sjukvårdsmateriel och de läkemedel som krävs för att ge nödvändig vård till patienter med livshotande och andra allvarliga tillstånd. Det råder inte något tvivel om att en ökad lagerhållning av kritiska produkter i stor utsträckning skulle motverka hot mot patienters liv och hälsa. I en rapport om läkemedelsförsörjningen från Lunds Universitet uttalas att läkemedelslagringen i vardagen är otillräcklig.⁹ Flera regioner uppger ha läkemedelslager för endast tre till sju dagar. Enligt vad utredningen erfar har ett par regioner under det senaste året påbörjat ett arbete för att förstärka lagerhållningen regionalt.

Mot bakgrund av de många exemplen på uppkomna bristsituationer i vården, har från olika håll ifrågasatts om alla regioner fullt ut lever upp till det ansvar de har enligt gällande rätt. Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, följer bl.a. en skyldighet för kommuner och regioner att tillhandhålla god vård. Vad kraven på god hälso- och sjukvård övergripande innebär anges också i lagen. I HSL finns också grundläggande bestämmelser med krav om bl.a. tillgång till lokaler, personal och utrustning. Vidare anges i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap bl.a. att regionerna ska ha de läkemedel och den utrustning som krävs för att bedriva god vård och för katastrofmedicinsk beredskap. Katastrofmedicinsk beredskap innebär beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera negativa konsekvenser vid en händelse som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

För att alls kunna bedriva vård krävs bl.a. tillgång till för ändamålet lämpliga lokaler, sjukvårdspersonal och sjukvårdsmateriel. Läkemedelsbehandling utgör en av de allra viktigaste behandlingsformerna i hälso- och sjukvården. Om vårdgivare på grund av bristande tillgång till exempelvis läkemedel eller sjukvårdsmateriel inte kan utföra viss akut eller planerad vård, kan det leda till patientsäkerhetsrisker och i värsta fall vårdskador av olika allvarlighetsgrad.

I patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PsäKL, finns olika krav som syftar till att säkerställa en patientsäker vård. Exempelvis följer av lagen att vårdgivare ska vidta de åtgärder som

⁹ Lunds universitet (2019), *Resursförstärkt läkemedelsförsörjning inför kris, höjd beredskap och krig*.

behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt lagen bl.a. skyldig att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Med patientsäkerhet avses i PsäkL just skydd mot vårdskada och med vårdskada avses enligt samma lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakter med hälso- och sjukvården.

Regionerna har ett långtgående ansvar för att försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmateriel till sjukhus och andra vårdenheter fungerar. Beträffande sjukhus anges i 5 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel anges att vårdgivaren ska organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus på ett sådant sätt att den bedrivs rationellt och så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas.

Läkemedelsförsörjning för kommunal hälso- och sjukvård sker i huvudsak genom patientens egna receptläkemedel och genom sådana läkemedelsförråd som regionerna kan tillhandahålla enligt HSL. Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård får sina läkemedel dosdispenserade vilket i sig medför en särskild sårbarhetsproblematik. Utöver detta beställer kommunerna inom elevhälsan vacciner direkt från distributörer. Kommunerna har ansvar för sin läkemedelsförsörjning men det är tydligt att kommunerna har ett beroende till regionernas för sin försörjning. Frågor som rör säkerställandet av den kommunala läkemedelsförsörjningen måste därför lösas i samverkan med berörd region.

Trots vad som ovan angivits beträffande olika regleringar och trots att tillgången till bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel är en så grundläggande förutsättning för en stor del av den vård som ska tillhandahållas av kommuner och regioner, avser utredningen i det fortsatta arbetet att se över om det finns behov av att klargöra det ansvar som vårdgivare har i detta avseende enligt gällande rätt. Utredningen avser att återkomma till denna fråga i slutbetänkandet.

En utökad lagerhållning är naturligtvis förknippad med ökade lagerkostnader. Men detta måste ställas mot de kostnader som följer av allt det arbete som redan utförs inom vården för att hantera olika konsekvenser av läkemedels- och sjukvårdsmaterielbrister i vardagen och de kostnader som drabbar bl.a. apotek, patienter och myndigheter i samband med sådana brister. Till detta kommer exempelvis kostna-

der för produktionsbortfall i företag och kostnader i socialförsäkringssystemet genom förlängda sjukskrivningar. Det har inte varit möjligt för utredningen att redan i detta betänkande söka beräkna och sammanställa underlag över vilka kostnader eller effektivitetsvinster som en förbättrad lagerhållning skulle kunna föra med sig. Några sådana sammanställningar finns såvitt utredningen kunnat finna inte heller att tillgå på annat håll. Utredningen avser dock att presentera någon form av sammanställning av dessa kostnader i slutbetänkandet.

Kommuner och regioner behöver säkerställa försörjning av läkemedel och sjukvårdsmateriel.

Sjukvården i krig måste bygga på den sjukvård som finns i ett normalläge i fred och vid fredstida kriser. Vissa regioner har under det senaste året påbörjat ett arbete med att säkerställa försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmateriel. Mot bakgrund av vad som tidigare anförts bedömer utredningen att de kommuner och regioner som inte redan påbörjat ett sådant arbete, snarast bör vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa den försörjning av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel som är nödvändig för att ge god vård i ett normalläge i fredstid samt, såvitt avser regioner, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Sådana åtgärder bedöms i hög grad vara till gagn för patienter, underlätta vardagens arbete inom hälso- och sjukvården och skapa bättre förutsättningar att bygga en god beredskap.

Ekonomiska konsekvenser av lagerhållning

I avsnittet 8.6.3 nedan (tabell 8.1, exempel A) redovisas inköpsvärdet för ett lager om tre månader för alla de läkemedel som sjukvården använder i sin egen verksamhet. Detta inkluderar sådana läkemedel som regionerna tillhandahåller till kommunerna genom sådana läkemedelsförråd som avses i 12 kap. 4 § HSL. Ett rimligt antagande kan vara att regionerna initialt bygger upp ett lager som motsvarar en månads förbrukning. Detta skulle innebära en sammantagen inköpskostnad om cirka 800 miljoner kronor förutsatt att ingen beredskap finns i dag. En sådan uppbyggnad kan, vid behov, fördelas över flera år.

Vad gäller sjukvårdsmateriel saknas det nationell statistik över vad som köps in och förbrukas. Region Sörmland har till utredningen redovisat en löpande lagerhållning av sjukvårdsmateriel som motsvarar 14 dagars förbrukning i s.k. sekundärförråd. Lagervärdet för

detta motsvarar cirka åtta miljoner kronor och varor till ett värde av cirka fyra miljoner kronor omsätts varje tvåveckorsperiod. Region Stockholm har redovisat att de lagerhåller cirka 4 000 artiklar av de cirka 14 000 artiklar som används. Detta motsvarar ett lagervärde för en månads förbrukning på cirka 45 miljoner kronor.¹⁰ Detta innebär att Sörmland, med sin nuvarande befolkningsmängd, har ett lager på motsvarande 54 kronor per person och månad. För Stockholm är motsvarande siffra 19 kronor per person och månad. Orsakerna till denna skillnad i kronor per capita har inte studerats vidare. Om man utgår ifrån att samtliga regioner skulle lagerlägga en månads förbrukning motsvarande Stockholms nivå innebär det en inköpskostnad och en kapitalbindning motsvarande totalt 195 miljoner kronor. Med Sörmlands nivå skulle det i stället motsvara 550 miljoner kronor. Det är värt att notera att de lagerhållna sortimenten i Sörmland och Stockholm inte baseras på en prioritering av vad som är kritiska produkter. De är inte heller anpassade för att möta händelser där skade- eller sjukdomspanoramata ändras radikalt. De utgör således en beredskap i vardagen. Utredningen har inte sammanställt uppgifter från samtliga regioner varför det är oklart hur stor skillnaden är mellan dagens faktiska lagernivå och en hypotetisk lagerhållning på en månad.

Avsikten med den utökade lagerhållningen är att alla läkemedel och sjukvårdsartiklar ska kunna slutförbrukas. Det innebär budgeteffekter eftersom medel behöver reserveras för att genomföra inköpen. Detta blir dock samtidigt en tillgång. Kostnaden för ovanstående förslag bör därför utgöras av kapitalbindningskostnaden och den tillkommande kostnaden för den hantering och lageryta som krävs.

Försvarsberedningen har i sitt betänkande föreslagit att staten ska ersätta regionerna för viss lagerhållning. Det är utredningens uppfattning att ersättning för sådan lagerhållning som redovisas ovan (nivå 1) inte ska ersättas av staten eftersom den är en förutsättning för att sjukvårdshuvudmännen ska kunna leva upp till sitt ansvar att bedriva god vård och upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Statlig ersättning blir däremot aktuell för andra nivåer (nivå 2–4) i det föreslagna systemet för lagerhållning.

¹⁰ Region Stockholm, Svar på begäran om underlag för kostnadsberäkningar (dnr HSN 2020-0274).

8.6.2 Information till allmänheten och till vissa patienter med kroniska sjukdomar

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge MSB i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och TLV som en del i informationen till allmänheten om hemberedskap, informera om betydelsen av att allmänheten i vissa fall själv lagerhåller läkemedel och vissa förbrukningsartiklar för en period om upp till en månad.

Vissa läkemedel och viss sjukvårdsmateriel är av avgörande betydelse för patienters liv och hälsa. Därför är det av särskild vikt att dessa produkter finns tillgängliga för användning när de behövs. I de flesta fall är det den enskilde själv som använder ett läkemedel efter att det har förskrivits på recept och hämtats ut på apotek. En betydande andel patienter med kroniska tillstånd har en stabil läkemedelsanvändning. Det förekommer att redan i ett normalläge i fred att enskilda inte får tillgång till sitt förskrivna läkemedel vid det första besöket på ett apotek.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, i det följande förkortad TLV, genomförde under hösten 2019 en mätning av den s.k. direktexpedieringsgraden på öppenvårdsapotek¹¹ och konstaterade att 15 procent av kunderna inte kunde få alla efterfrågade läkemedel expedierade vid sitt apoteksbesök. Skälen till det var enligt TLV både en ökad andel restnoterade läkemedel och att apoteket inte hade läkemedlen i lager. Det visar på behovet av att den enskilde som står på en stabil behandling inte väntar till sista stund med att hämta ut en ny förpackning med läkemedel. MSB anger i broschyren Om krisen eller kriget kommer som tips för hemberedskapen att den bör innefatta bl.a. extra mediciner, men MSB anger ingen tidsgräns för hur lång tid man bör kunna klara sig.

¹¹ TLV (2019): *Direktexpedieringsgrad på öppenvårdsapotek – mätning av öppenvårdsapotekens direktexpedieringsgrad av läkemedel.*

Det behövs en ökad hemberedskap för läkemedel och förbrukningsartiklar

Precis som Försvarsberedningen konstaterat är det viktigt att den enskilde tar ett eget ansvar för en grundläggande beredskap för kris och höjd beredskap. Med god beredskap hos individen kan det offentliga inrikta sina insatser på att stödja de som befinner sig i nöd och saknar förutsättningar att själva hantera en sådan situation. Det bästa sättet att säkerställa detta på hälso- och sjukvårdsområdet är genom att den enskilde själv i viss omfattning, efter samråd med behandlande läkare, lagrar aktuella läkemedel och/eller sjukvårdsmateriel i hemmet. Det bedöms exempelvis kunna ske inom ramen för nuvarande regelverk genom att den enskilde uppmanas att hämta ut nya läkemedel eller sådana förbrukningsartiklar som omfattas av förmånssystemet från apotek i god tid innan befintlig förpackning tar slut. Om allmänheten väntar med att hämta ut nya receptförskrivna läkemedel till dess att en kris har uppstått, eller är på väg att uppstå, kommer läkemedel hämtas ut på bred front under en kort tid, innan eventuella ransoneringsåtgärder hinner tas i bruk, vilket riskerar att leda till tomma hyllor på apoteken och att de produkter som finns fördelas ojämnt över befolkningen. Det är då inte säkert att de som har de största behoven av läkemedlen får tillgång till dem.

Många patienter i framförallt kommunal hälso- och sjukvård får sina läkemedel dosdispenserade. Sådana läkemedel levereras normalt för en period om 14 dagar. För dessa patienter kan det vara svårt att tillämpa en utökad hemlagring. Det är därför viktigt att sådana kommunala verksamheter som har ett stort beroende till just dosdispensering planerar för hur dessa patienter ska kunna fortsätta sina behandlingar om dosleveranser blir försenade eller uteblir. Det är också viktigt att de aktörer som är berörda av dosdispensering som myndigheter, apotek och vårdaktörer vidtar åtgärder för att på ett snabbt och enkelt sätt kunna ställa om dosproduktionen till helförpackning. Vidare resonemang kring detta finns i betänkandet Översyn av maskinell dos, extempore, prövningsläkemedel m.m. (SOU 2018:53). Regeringen gav också i december 2019 E-hälsomyndigheten i uppdrag att bl.a. se över åtgärder för att hantera produktionsavbrott i dosverksamhet, möjligheter för en dosaktör att ta över produktion från en

annan dosaktör och att underlätta övergång till expediering av hel-förpackningar.¹²

Vissa regioner har, av i huvudsak kostnads- och effektivitetsskäl, valt att ta över försörjningen av sådan sjukvårdsmateriel som kan förskrivas på hjälpmedelskort, dvs. förbrukningsartiklar, i egen regi. Dessa regioner bör på motsvarande sätt se över möjligheten för de patienter som får sina förbrukningsartiklar via sjukvården att kunna inneha motsvarande buffert hemma.

Det saknas information om dagens uthämtningsmönster

Med dagens förmånssystem får kunden hämta ut en ny omgång läkemedel eller förbrukningsartiklar när två tredjedelar av förbrukningstiden har gått.¹³ Den som står på en stabil, löpande behandling får därmed normalt hämta ut läkemedel för 90 dagar vid ett tillfälle. Det medför att det är möjligt att hämta ut en ny omgång läkemedel efter två månader, vilket ger den enskilde en viss buffert av läkemedel hemma. Förskrivning för kortare perioder är naturligtvis möjlig och då gäller att ett nytt uttag kan göras när två tredjedelar förbrukats. Utredningen har ställt frågan både till TLV, och E-hälsomyndigheten som svarat att det i dag saknas en kartläggning av hur förmånssystemet utnyttjas i detta avseende. TLV har tidigare påtalat att det finns ett behov av att följa uthämtningsmönster för att kunna utöva tillsyn av att 90-dagars och två tredjedels-regeln efterlevs. Det är dock sannolikt så att många patienter redan i dag tillämpar principen att hämta ut läkemedel innan de är helt slut, inte minst med erfarenheten av att läkemedel inte alltid finns tillgängliga på apotek. Det finns dock skäl att fundera på om denna grupp är representativ för befolkningen som helhet eller om det är så att det finns vissa grupper som både är sårbara eller som inte av olika skäl identifierat risken med att inte ha läkemedel hemma. Det kan därmed inte uteslutas att det finns en ojämlikhet i hanteringen.

¹² Regeringsbeslut den 11 december 2019, *Uppdrag om åtgärder för att underlätta hanteringen av produktionsavbrott vid maskinell dosdispensering*, dnr S2019/05188/FS (delvis).

¹³ 2 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

Uppdrag att informera allmänheten om vikten av hemberedskap

En viss lagerhållning av läkemedel och förbrukningsmateriel i hemmen gör att personer med en stabil läkemedelsbehandling vid brist på läkemedel inte omgående behöver söka sjukvård för att få tillgång till de produkter som krävs för behandlingen. Detta gör att både apotek och sjukvård kan fokusera på andra patientgrupper och på att få fram aktuella läkemedel eller ersättningsbehandlingar på längre sikt. För att lagring av läkemedel i hemmet ska anses lämplig förutsätts i de flesta fall en kronisk sjukdom med en stabil behandling och att lagringen ur andra perspektiv bedöms som säker. Sådan lagring är tillåten och sker i många fall redan i dag genom det förskrivnings- och förmånssystem vi har, även om den inte är systematisk. Försvarsberedningen lyfter fram vikten av att allmänheten har beredskap för att klara en vecka utan stöd från det offentliga.

Utredningen delar Försvarsberedningens bedömning att hemberedskap är viktig och anser att när det gäller läkemedel och förbrukningsartiklar finns det skäl för personer med kroniska sjukdomar och stabil behandling att ha en utökad hemberedskap eftersom tillgången på läkemedel och förbrukningsartiklar för dessa personer i vissa fall kan vara skillnaden mellan liv och död. Regeringen bör därför ge MSB i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och TLV, inom ramen för MSB:s information om hemberedskap för kris och krig, informera allmänheten om betydelsen av att i vissa fall själv lagerhålla läkemedel och vissa förbrukningsartiklar för en period om upp till en månad. Utredningen har övervägt om Socialstyrelsen eller Läkemedelsverket skulle ansvara för sådan information till allmänheten, men det utredningens uppfattning att informationen från staten om hemberedskap bör ske samlat och kommuniceras av en statlig aktör. Det bör därför vara MSB som ansvarar för sådan information även på läkemedelsområdet. Däremot behöver de myndigheter som har sakkunskapen på området bistå MSB med innehållet i och utformningen av sådan information till allmänheten om läkemedel och förbrukningsartiklar.

Ekonomiska konsekvenser av en utökad hemlagring

Redan i dag hämtas läkemedel och förbrukningsartiklar i många fall ut i god tid, i enlighet med förmånssystemet, innan de tar slut. Det saknas dock underlag för att bedöma i vilken omfattning detta görs och för vilka patientgrupper. Det är därmed svårt att exakt beräkna vilka kostnader som eventuellt skulle tillkomma om fler nyttjade systemet.

För att få en uppskattning av vad en utökad lagring skulle kunna kosta har utredningen beräknat värdet för en månads hemlagring av vissa receptläkemedel. Det handlar i huvudsak om tablett eller kapselbehandlingar (exklusive antibiotika), behandling med inhalatorer, ögondroppar och vissa läkemedel för egen behandling genom injektioner (antireumatiska läkemedel och insulin). Narkotika har exkluderats helt då en ökad lagring av narkotika i hemmen är förenad med många olika risker. Urvalet är inte fullständigt utan en grov uppskattning. Det kan också konstateras att flera av de läkemedelsgrupper som omfattas av beräkningen är grupper för vilka regioner och företag tecknat avtal som medför återbäring. Eftersom dessa avtal är sekretessbelagda har de faktiska kostnaderna för produkterna inte kunnat beaktas i beräkningarna. Motsvarande beräkning som den ovan redovisade för receptläkemedel har genomförts för sådana artiklar som förskrivs kostnadsfritt på hjälpmedelskort. Detta omfattar t.ex. diabetestekniska hjälpmedel och stomiprodukter. I detta fall har alla sådana produkter som sålts via öppenvårdsapotek ingått i underlaget.

En utökad hemlagring medför inledningsvis en sorts investeringspuckel vad avser de som redan står på behandling, därefter tillkommer endast investeringar för nya eller förändrade behandlingar. Utifrån de ovan givna förutsättningarna och antagandet att det i dag helt saknas hemberedskap skulle den initiala samlade bruttovärdet för en utökad hemlagring beräknas till 1,45 miljarder kronor (AUP¹⁴) för läkemedel respektive 63 miljoner kronor för förbrukningsartiklar. Med stor sannolikhet förhåller det sig så att många redan i dag hämtar dessa produkter i god tid och att det finns en viss hemlagring. Utifrån ett antagande om att hälften av befolkningen redan har beredskap för en månad, skulle värdet reduceras med 50 procent till cirka 700 miljoner kronor för läkemedel respektive 32 miljoner kronor för förbrukningsartiklar. Summan för läkemedel är då inte justerad

¹⁴ Apotekens utförsäljningspris.

för eventuell sekretessbelagd återbäring utifrån de avtal som tecknas mellan regionerna och läkemedelsföretag för vissa produkter. För förbrukningsartiklar förekommer det att vissa regioner har tagit över en del distribution i egen regi. Därför har dessa siffror justerats genom att ett viktat medeltal tagits fram efter exklusion av de mest avvikande värdena och sedan extrapolerats till hela befolkningen.

Det är i nuläget svårt att uppskatta de effekter som tillkommer i ett senare skede eftersom nya patienter ska behandlas och behandlingar förändras över tid. Utredningen har utifrån totalsiffran gjort ett antagande om att läkemedel motsvarande ett värde på 100 miljoner kronor och förbrukningsartiklar motsvarande 4,3 miljoner kronor tillkommer årligen.

För läkemedel och andra varor som försäljs via öppenvårdsapotek finns ett förmånssystem som innebär att patienten själv betalar en egenavgift. Staten ersätter regionerna för deras kostnader i förmånssystemet. Förslaget påverkar därmed den enskilde såväl som regionerna. Utifrån det analyserade underlaget utgör egenavgifterna för läkemedel cirka 23 procent av det totala värdet jämfört med de cirka 20 procent som gäller för läkemedelsförmånerna generellt. Detta innebär att de enskilda skulle behöva lägga ut 161 miljoner kronor för att uppnå en buffert om en månad givet att 50 procent av befolkningen redan har en sådan buffert.

Inköp av mer läkemedel innebär budgeteffekter för den enskilde såväl som för regionen/staten. Avsikten är att behandlingen ska fullföljas och att läkemedlen slutligen ska förbrukas, förutsatt att inte behandlingen avbryts av medicinska skäl. Kostnader för detta förslag, i ett samhällsekonomiskt perspektiv, uppstår då först om läkemedlen inte kan slutförbrukas, dvs. när en kassation måste ske, samt genom kapitalbindningskostnaden. Detta gäller såväl för den enskilde som för staten. Statens ökade ersättning till regionerna för att täcka kostnaderna för läkemedelsförmånerna för läkemedel innebär inte en kostnad i sig utan utgörs av en transferering, även om den kan ha budgetimplikationer. Den slutliga kostnaden för förslaget avgörs därför av i vilken grad de läkemedel som lagras kan slutförbrukas.

En utökad hemlagring är ett sätt att skapa större buffert och öka motståndskraften i samhället men för att mer precist kunna beräkna kostnaderna behövs bättre bakgrundsinformation om dagens uthämningsmönster. Det är därför svårt att skatta hur god hemlagringen är i dag. Ett första steg skulle därför kunna vara att genomföra en kart-

läggning av uthämtningsmönster. En sådan kartläggning borde också vara av intresse utifrån den ordinarie uppföljning av läkemedelsförmånen som måste ske.

Ekonomiska konsekvenser av en informationsinsats

En informationsinsats till befolkningen digitalt och via annonsering om vikten av hemberedskap för läkemedel och förbrukningsartiklar beräknas av MSB kosta 10 miljoner kronor. Utredningen föreslår därför att 10 miljoner kronor avsätts för uppdraget och att det även omfattar Läkemedelsverkets, Socialstyrelsens och TLV:s deltagande.

8.6.3 Ekonomiska konsekvenser av en eventuell lagringsskyldighet i Sverige – nivå 2

Som redovisades i inledningen till avsnittet 8.6 kan inte ett fullständigt förslag avseende lagringsskyldighet läggas fram i detta delbetänkande. Utredningen avser att presentera ett sådant förslag i slutbetänkandet. Men för att möjliggöra en framtida finansiering av en lagringsskyldighet mot slutet av försvarsbeslutsperioden redovisas nedan vad en sådan skyldighet skulle kunna innebära i budgeteffekter och kostnader. Uppgifterna kan till viss del också användas som grund för att skatta bugeteffekter och kostnader för utökad lagring hos sjukvårdshuvudmännen enligt avsnittet 8.6.1.

Kostnaderna för införandet av en lagringsskyldighet beror naturligtvis på hur omfattande skyldigheten görs och vilken tänkt ersättningsnivå som används. Ett kommande förslag kommer att vara skalbart, men för att få en uppfattning av kostnaderna redovisas några exempel nedan.

Kostnadsberäkning utifrån den finska lagringsskyldigheten

I exempel B nedan presenteras en lagerhållning som motsvarar den som finns i Finland¹⁵ (som omfattar cirka 1 400 produkter), men den har anpassats till tre månaders svensk normalförbrukning.¹⁶ I exem-

¹⁵ Finlex: Lagen (979/2008) om obligatorisk lagring och Statsrådets förordning (1114/2008) om obligatorisk lagring av läkemedel

¹⁶ Beräkningen har utgått från de substanser som finns i den finska förordningen, men anpassats till svenskt produkturval.

plet uppgår värdet av de lagrade läkemedlen till 1,4 miljarder kronor. Om ansvaret för en sådan lagerhållning på samma sätt som i Finland skulle delas mellan regioner och läkemedelsföretag skulle inköpskostnaden för regionerna initialt uppgå till 285 miljoner kronor och därefter innebära en årlig lagrings- och kapitalbindningskostnad. Inköpskostnaden torde inte utgöra en kostnad i sig då avsikten är att omsättningslagra produkterna så att allt kan slutförbrukas. Däremot kan inköpet innebära budgeteffekter för staten och/eller regioner.

För industrins räkning innebär exemplet en kapitalbindning motsvarande 1,1 miljarder kronor AUP. Det generella påslaget, apotekens marginal, för hela läkemedelsförsäljningen motsvarar 15,7 procent¹⁷ vilket innebär att kapitalbindningen skulle motsvara cirka 950 miljoner kronor AIP¹⁸. Kapitalbindningskostnaden skulle med finsk ersättningsnivå, som motsvarar referensräntan plus två procent för huvuddelen av sortimentet motsvara sex (6) respektive 21 (19 baserat på AIP) miljoner kronor årligen. Värt att notera är att kapitalbindningen för industrin räknat på detta sätt baseras på försäljningsvärdet, inte produktionsvärdet. Detta kan vara en skillnad av stor betydelse för forskande företag eller generikaindustrin. Priserna för nyutvecklade läkemedel är satta för att, under ett antal år, utöver produktionskostnaden ersätta forsknings- och utvecklingskostnader. För äldre läkemedel där konkurrensen är större kan det förutsättas att prissättningen mer avspeglar produktionskostnaden. Icke desto mindre är det Finlands system som för närvarande har legat till grund för kostnadsuppskattningarna. Utredningen kommer i slutbetänkandet lämna förslag till hur ett svenskt ersättningsystem kan utformas.

En viktig aspekt kring omfattningen på lagringen är att en lagerhållning motsvarande tre månaders normalförbrukning inte svarar upp mot tre månaders användning för vissa typer av läkemedel under svåra förhållanden som kris och krig. I vissa fall överstiger behovet i krig vida normalförbrukningen under ett helt år. För vissa läkemedel kan tre månaders normalförbrukning antas räcka någon eller några veckor under svåra förhållanden. Detta framhålls också vara grunden till varför Finland har differentierad omfattning av lagerhållningen för olika grupper. Hur länge läkemedlen räcker är också avhängigt av t.ex. olika ransoneringsåtgärder. Det kan sammantaget antas att en

¹⁷ TLV (2019): 2019 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling.

¹⁸ Apotekens inköpspris.

tre-månaders lagringsskyldighet baserat på normalförbrukningen är snålt räknat för krigets behov för vissa produktgrupper.

Två alternativa kostnadsberäkningar

Två ytterligare exempel redovisas i tabellen nedan. Exempel A omfattar lagerhållning för tre månaders normalförbrukning av samtliga läkemedel som säljs i Sverige.

Exempel C motsvarar fullt ut den lagerhållning som genomförs i Finland. Det rör sig om samma produkturval som i exempel B, men lagerhållning sker i större volymer motsvarande mellan två veckor och tio månader för olika produktgrupper. I Finland lagerhålls läkemedel för hälso- och sjukvården dessutom av både tillverkare och hälso- och sjukvården, dvs. en dubbel lagerhållning. Oaktat alternativ tillkommer hanterings- och lagerkostnader.

Utredningen har valt att i kapitel 10 för denna del redovisa budgeteffekter och kostnader förknippat med exempel B (3 månaders lagerhållning utifrån den finska förordningen) och att reservera dessa medel mot slutet av försvarsbeslutsperioden eftersom utredningsarbete med mer detaljerade förslag om lagringsskyldighet kvarstår och kommer att redovisas i slutbetänkandet i september 2021.

Tabell 8.1 Exempel på inköpskostnader eller lagervärde för lagringsskyldighet (nivå 2)

	Exempel A	Exempel B	Exempel C
Recept (tillverkare)	7 900	1 100	2 500
Rekvisation (regioner)	2 400	285	400
Rekvisation (tillverkare)			600
Totalt	10 300	1 385	3 500

Inköpskostnader eller lagervärde i miljoner kronor (AUP). Exempel A motsvarar tre månaders lagerhållning av alla läkemedel, exempel B motsvarar tre månaders lagerhållning enligt den finska lagen om lagringsskyldighet, exempel C motsvarar lagerhållning enligt den finska lagen om lagringsskyldighet men med motsvarande finsk omfattning om 3–10 månader.

Tabell 8.2 Exempel på kapitalbindningskostnader för lagringsskyldighet (nivå 2)

	Exempel A	Exempel B	Exempel C
Recept (tillverkare)	158	22	50
Rekvision (regioner)	48	5,7	8
Rekvision (tillverkare)			12
Totalt	206	25,7	70

Kapitalbindningskostnader i miljoner kronor (AUP). Exempel A motsvarar tre månaders lagerhållning av alla läkemedel, exempel B motsvarar tre månaders lagerhållning enligt den finska lagen om lagringsskyldighet, exempel C motsvarar lagerhållning enligt den finska lagen om lagringsskyldighet men med motsvarande finsk omfattning om 3–10 månader.

8.6.4 Utökad statlig beredskapslagring av vissa förnödenheter – nivå 3

Utredningens bedömning: Den statliga beredskapslagringen bör under den kommande försvarsbeslutsperioden utökas med produkter för traumavård, sjukvårdsmateriel som behövs vid epidemier och genom viss komplettering av antidoter. Det bör ankomma på Socialstyrelsen att efter samverkan med regionerna, Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten och Försvarets forskningsinstitut ta fram en förteckning sådana produkter som bör tillföras de statliga beredskapslagren. Regeringen kan med utgångspunkt i förteckningen besluta om vilken eller vilka myndigheter som lämpligen bör få i uppdrag att göra inköpen och lagerhålla produkterna.

Den statliga beredskapslagringen av läkemedel och sjukvårds- och skyddsmateriel är i dag mycket begränsad både i volym och i antalet artiklar. En utvecklad analys av den nuvarande beredskapslagringen kommer att presenteras i denna utrednings slutbetänkande. I likhet med Försvarsberedningen är dock utredningen av den uppfattningen att den statliga lagerhållningen av vissa förnödenheter kan behöva utökas.

Vad gäller lagerhållning är utredningens uppfattning att produkter som kan omsättningslagras också ska lagras på det sättet. Med utgångspunkt från den ordinarie försörjningskedjan ska lagerhållningen då utföras så nära användaren som är möjligt och lämpligt.

I händelse av masskadesituationer eller vid epidemier bedöms behovet av vissa produkter komma att vida överstiga vad som normalt omsätts. Till detta kommer att vissa produkter som behöver lager-

hållas för kris- eller krigsberedskap inte alls används under normala förhållanden. För sådana produkter är det rimligt att överväga en utökad statlig beredskapslagring.

Det finns i dag en begränsad statlig beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel. I ett inledningsskede bör den statliga beredskapslagringen utökas med produkter för livräddande traumavård och epidemiberedskap samt genom viss komplettering av antidoter. Behovet av sådan lagring torde enligt en försiktig bedömning avse ett tiotal olika läkemedel och ett hundratal olika sjukvårdsartiklar samt viss skyddsutrustning som behövs för livräddande åtgärder och för skydd mot smitta. Detta behövs i en mängd som täcker både civila och militära vårdbehov eftersom den civila sjukvården också behöver lämna stöd till Försvarmakten.

Utredningen har fått ett preliminärt underlag från Socialstyrelsen över läkemedel och sjukvårdsmateriel som är av väsentlig betydelse för livräddande traumakirurgi. En analys av detta underlag visar att inte alla av dessa läkemedel uppfyller kriterierna för att beredskapslagras enligt de principer som redovisats ovan. Dessa bör i så fall snarare omsättningslagras nära slutanvändarna. För att snabbt åstadkomma effekt i väntan på att utredningen lämnar förslag till en lagringsskyldighet för nivå 2 i den i avsnitt 8.5 redovisade modellen, skulle staten kunna ersätta regionerna för att tills vidare bygga upp en viss förmåga avseende just dessa läkemedel som ett slags tillfällig nivå 2.

Ett fåtal läkemedel som svårligen kan omsättas bör ändå redan nu köpas in och beredskapslagras i statlig regi. Vad gäller sjukvårdsmateriel har utredningen inte kunnat bedöma underlaget i förhållande till nationell omsättning då sådana uppgifter saknas. Utredningen kan ändå konstatera att det finns behov av att även lagra viss sjukvårdsmateriel, inklusive skyddsutrustning. Sådan materiel bör till viss del också beredskapslagras av staten då de volymer som blir aktuella för vissa produkter vid t.ex. masskadehändelser eller epidemier, inte har en naturlig omsättning i vardagen.

En närmare analys av vilka läkemedel och vilken sjukvårds- och skyddsmateriel som bör beredskapslagras i statlig regi måste genomföras utifrån det preliminära underlaget. Det bör ankomma på Socialstyrelsen att efter samverkan med regionerna, Folkhälsomyndigheten, Försvarmakten och FOI ta fram en förteckning över dels de läkemedel och andra produkter som är kritiska för traumavård och skydd mot smitta, dels de antidoter som kompletteringsvis bör tillföras de stat-

liga beredskapslagren samt relatera detta till årsomsättningen. I detta sammanhang är det också värt att beakta att bara det faktum att en produkt går att omsätta inom en årsomsättning inte innebär att volymen finns gripbar i Sverige i behövlig mängd vid ett givet tillfälle. Exempelvis kan en produkt vid ett stort skadefall behövas i en omfattning som motsvarar åtta månaders normalförbrukning. Sådana produkter kan lagerhållas och omsättas, men finns troligen inte lagerhållna för att användas i den volymen under t.ex. en tvåveckorsperiod. Det kan därmed finnas skäl att beredskapslagra vissa produkter trots att det vid första anblicken ser ut att vara möjligt med en omsättningslagring i den ordinarie försörjningskedjan.

En sådan förteckning som anges ovan bör ges in till regeringen som med utgångspunkt i förteckningen och de ekonomiska ramar som gäller beslutar om dels vilka inköp som ska genomföras, dels vilken eller vilka myndigheter som ska ansvara för inköpen och lagren. Regeringen bör därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att efter samverkan med regionerna, Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten och Försvarets forskningsinstitut ta fram en sådan förteckning.

Det finns avslutningsvis skäl att betona att när läkemedel och andra produkter lagras längre bort från ordinarie försörjningskedja, så måste det finnas en planering för hur dessa produkter vid behov ska distribueras för att kunna komma i användning. En sådan planering kan hänga samman med t.ex. en masskadeplanering, se avsnitt 5.4.

Ekonomiska konsekvenser

Grundprincipen för finansiering av beredskapsinvesteringar vid myndigheter är att det ska finansieras via anslag eller avgift. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har dock med stöd av 7 kap. 6 § budgetlagen efter riksdagsbeslut möjlighet att för beredskapsinvesteringar, om regeringen så beslutar, låna pengar i Riksgälden. Socialstyrelsen hanterar i dag långtidslagrade läkemedel som en investering som skrivs av på den bedömda tiden för vilken läkemedlet är verksamt. Motsvarande princip bör kunna tillämpas för sjukvårdsmateriel som lagras på motsvarande sätt. Läkemedel och sjukvårdsmateriel som omsättningslagras hanteras normalt som en tillgång med en eventuell tillhörande kapitalbindningskostnad. Sådana medel som krävs för inköp utgörs normalt av en transferering.

Utifrån det preliminära underlaget som Socialstyrelsen redovisat, beräknas avskrivningskostnaderna för en sådan statlig beredskapslagring som föreslås uppgå till tre (3) miljoner kronor årligen för läkemedel. För sjukvårdsmateriel beräknas den årliga kostnaden för beredskapslagring uppgå till fem (5) miljoner kronor. Utöver detta tillkommer årliga kostnader på mellan 7,5 och nio (9) miljoner kronor för lagerhållning m.m.

En uppgift till regionerna att köpa in och omsättningslagra sådana läkemedel för traumavård som inte lämpar sig för beredskapslagring skulle innebära en kapitalbindning för regionerna motsvarande 6,4 miljoner kronor. Ytterligare precisering av uppgifter i detta avsnitt lämnas till regeringen i särskild ordning.

8.6.5 Nordisk tillverkningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel – nivå 4

Utredningens bedömning: Regeringen bör ta initiativ till en diskussion inom det nordiska hälsosamarbetet om nordisk tillverkningsberedskap i syfte att forma en multilateral arbetsgrupp som vidare utreder genomförbarheten av ett sådant förslag. Om regeringen inte bedömer detta som en framkomlig väg, eller om det visar sig att det inte finns förutsättningar för en nordisk tillverkningsberedskap, bör Sverige gå vidare med att utreda förutsättningarna för en nationell tillverkningsberedskap.

Försvarsberedningen lyfter fram försörjnings- och leveranssäkerhet avseende sjukvårdsresurser och läkemedelsförsörjning som ett sådant område där samarbete mellan i första hand Sverige, Finland och Norge skulle kunna vara motiverat. Som redovisats i avsnitt 8.5 har Sverige ett stort importberoende avseende försörjningen med varor. Utredningen har också visat på behovet av att med anledning av detta genomföra en kartläggning av vilken produktion av läkemedel och sjukvårdsmateriel som sker i Sverige. Utredningen bedömer att ett ytterligare område där samarbete skulle kunna inledas är tillverkning av ett fåtal produkter på läkemedels- och sjukvårdsmaterielområdet, som inte normalt produceras i något av länderna, som är nödvändiga för att rädda liv och som vi alltid behöver kunna säkra tillgången till.

Tillverkning av sådana produkter har också berörts i MBS:s forskningsprojekt Critical Nordic Flows.

Utredningen kan notera att det i Norge år 2012 och 2015 diskuterades att stärka nationell produktionskompetens avseende läkemedel och extempore- och lagertillverkning utifrån ett beredskapsperspektiv, men att inga ytterligare initiativ tagits sedan dess.¹⁹ Vidare framgår att det i Norge för försvarssektorns behov diskuterats att lagra substans och teckna beredskapsavtal för tillverkning.²⁰ Här nämns vidare möjligheten till nordiskt eller Nato-samarbete. Även företrädare för myndigheter i Finland har till utredningen uttryckt intresse för gemensamma ansträngningar på tillverkningsområdet.

Finland, Norge och Sverige har en geografiskt utsatt situation och är beroende av ett fåtal importvägar. Eftersom tillverkning av läkemedel både är komplex och kostsam samt att länderna med stor sannolikhet kommer att drabbas av försörjningssvårigheter samtidigt finns ett värde att utreda möjligheterna till samnordisk lagring av substans och produktion av vissa utvalda läkemedel som inte redan tillverkas i Norden av någon annan aktör. Även risken att tillverkning flyttar till andra länder behöver beaktas. Utredningen anser därför att det är lämpligt att utreda möjligheterna till nordisk produktion av vissa särskilda läkemedel av synnerlig vikt för liv och hälsa. Detta kan röra sig om infusionsvätskor, vissa antibiotika, insulin, smärtlindrande läkemedel och läkemedel för narkos. En sådan tillverkning skulle då anknyta till nivå 4 i den systemmodell som utredningen presenterat i inledningen till avsnitt 8.6.

Utredningen noterar att regelverket kring godkännande och produktion av läkemedel är komplext och EU-reglerat. Vidare är utgångspunkten för EU-regelverket att de företag som har godkända produkter, i den mån de kan, ska ha rätt att fortsätta sälja sina produkter. Utredningens preliminära bedömning är därför att en fortsatt analys bör utgå från vad som är möjligt att göra inom ramen för extemporetillverkning, eftersom sådan produktion som nu avses är tänkt att ske först i situationer när ordinarie läkemedelsförsörjning inte fungerar och godkända läkemedel inte är tillgängliga. På detta sätt bör påverkan på de ordinarie läkemedelsföretagen minimeras. För Sveriges räkning kan Apotek Produktion och Laboratorier, i det följande förkortat APL, spela en särskilt viktig roll. Även i Norge finns fyra cen-

¹⁹ HelseDirektoratet (2019): *Nasjonal legemiddelberedskap*, s. 29 (IS-2837).

²⁰ A.a.

traliserade och specialiserade enheter för extemporeproduktion. I Finland är produktionen fokuserad till ett privat apotek och Universitetsapoteket.

Tillverkning av sjukvårdsmateriel kan också bli aktuell. Här handlar det i första hand om omställning av befintlig inhemsk produktion. Tidigare lagrades bl.a. plastgranulat i statliga lager för att möjliggöra produktion av plastsprutor, men redan år 1992 bedömde Socialstyrelsen att sådan lagring av material och utrustning för produktion var svår att genomföra.²¹ Därmed torde lagerhållning och omställning av befintlig inhemsk produktion vara enda möjligheten. Sådan sjukvårdsmateriel som är medicintekniska produkter och skyddsutrustning är CE-märkta och produktionen av dessa omfattas av olika regelverk. Därmed kommer det krävas vissa förberedelser och snabb hantering från statliga myndigheter av nya godkännanden för att sådan produktion ska vara möjlig.

Enligt utredningens bedömning bör därför regeringen ta initiativ till en diskussion om nordisk tillverkningsberedskap inom t.ex. det nordiska hälsosamarbetet, den s.k. Svalbardgruppen, i syfte att undersöka förutsättningarna för att forma en trilateral arbetsgrupp som vidare utreder frågan om nordisk tillverkningskapacitet för ett fåtal livsnödvändiga produkter som inte redan tillverkas i Norden. Ett sådant arbete ansluter naturligt också till den kartläggning av nationell produktion och översyn av internationella avtal som föreslås i avsnitt 8.5.

Om regeringen inte bedömer detta som en framkomlig väg, eller om det visar sig att det inte finns förutsättningar för en nordisk tillverkningsberedskap, är det utredningens bedömning att Sverige bör gå vidare med att utreda förutsättningarna för en egen nationell tillverkningsberedskap. Sannolikt kommer även Läkemedelsverket och berörda branschorganisationer att behöva delta i arbetet med att se över möjligheterna till tillverkningsberedskap.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer det som rimligt att avsätta 12 miljoner kronor för aktörernas genomförande av det mer konkreta utredningsarbete som krävs för nordisk eller nationell tillverkningsberedskap. I ett se-

²¹ Utrustning för tillverkning av injektionssprutor (ÖCB dnr 230-484/92, SoS dnr 433-4081/92).

nare skede kan investeringar i tillverkningsutrustning och planering av verksamhet samt organisation behöva genomföras. Utredningen bedömer därför att 100 miljoner kronor kan behöva avsättas för detta i den senare delen av försvarsbeslutsperioden.

8.7 Blodförsörjning

Utredningens bedömning: De regionala blodverksamheterna behöver bli robusta 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. Regeringen kan därutöver behöva tillföra medel för att ytterligare stärka blodcentralernas verksamhet inför krigets utmaningar.

Regeringen bör också ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt register över blodgivare som är lätt tillgängligt för alla blodverksamheter.

Tillgången på blodprodukter är som Försvarsberedningen konstaterar av stor betydelse för hälso- och sjukvården, särskilt vid händelser med många svårt skadade. Vid akuta skador och akuta operationer måste blod finnas tillgängligt, gärna även prehospitalt, antingen som blodkomponenter eller som helblod. Omedelbar blodtillgång vid traumatiska skador ska också enligt Nato-standard finnas vid militära enheter där kirurgi utförs.²²

Blodförsörjningen är beroende av att det finns godkända givare som är villiga att donera blod. Olika personer har olika typer av blod, vanligast känt genom de s.k. AB0- och Rh-systemen även om ytterligare faktorer har betydelse i varierande grad. Detta innebär att det behövs blod av olika typer för olika mottagare.

Det tappade helblodet delas normalt upp i blodkomponenter; plasma, röda blodkroppar (erytrocyter) och blodplättar (trombocyter) med olika hållbarheter och användningsområden. De mindre önskade vita blodkropparna (leukocyterna) avskiljs vanligen. Blodplasma fungerar också som ett viktigt råmaterial för läkemedelsframställning.

Sverige är i dag självförsörjande på blodkomponenter i vardagen men fördelningen av olika typer av blod över tid och plats är ibland

²² Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.1 EDC V1 2019, p 2.62.

ojämn. Den begränsade hållbarheten, från en vecka för trombocyter till tre år för frusen plasma, gör också att blod inte kan lagerhållas i en större omfattning än vad som motsvarar den normala förbrukningen utan stor kassation. Kassation av blod är ett stort resursslöseri och har också relevans för donatorers motivation och rekrytering.

Regelverket kring blodförsörjning är precis som för läkemedel till stor del knutet till EU-rätten. I Sverige har EU-direktiv om blod implementerats genom lagen (2009:29) om blodsäkerhet och Socialstyrelsens föreskrifter (2009:28) om blodverksamhet. Även USA och Kanada har motsvarande regler.

För att bedriva blodverksamhet krävs tillstånd och verksamheten ska inspekteras regelbundet. Regleringen innehåller detaljerade krav på organisation, kvalitetskontroller, etikettering och tester, allt i syfte att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Blodverksamheten kan grovt delas in i tappning, produktion och lagring samt transfusion. För att underlätta för blodgivarna sköts tappningen av blod inte i samma utsträckning som förr på samma plats som produktionen. Särskilt gäller detta tappning i storstadsregionerna, där produktionen är centraliserad till en eller ett fåtal platser. Detta innebär i sin tur en större sårbarhet och ett större beroende till transporter. Själva produktionen, i dess fredsmässiga form, har ett stort beroende till elförsörjning och informations- och kommunikationsteknologi.

För att säkerställa en fungerande hälso- och sjukvård i samband med svåra påfrestningar på samhället och i samband med händelser med många skadade behöver blodverksamheten ses över. I dag används helblod i mycket liten omfattning, bl.a. vid ambulanshelikopterverksamheten i Västra Götalandsregionen.

Försvarsmakten har i händelse av krig ett särskilt behov av tillgång på blod och blodkomponenter, men saknar i dag egen blodcentral. Här finns särskilda behov av att analysera om regelverket på området skulle kunna möjliggöra att det exempelvis på fältsjukhus skulle kunna tappas och ges helblod efter enklare processning och testning vid akuta lägen. Användning av helblod för civila behov skulle också kunna vara aktuellt i händelse av mycket svåra situationer. Formerna för hur och i vilka situationer helblod skulle kunna ges behöver utredas.

Militärt används i dag också frystorkad plasma. Tillgången på frystorkad plasma är mycket begränsad globalt och produceras för när-

varande endast i två länder i Europa. De två produkterna skiljer sig åt kvalitativt och den produkt som finns tillgänglig på marknaden möter inte de svenska kraven då den inte är virusinaktiverad.

Frystorkad plasma har fördelar över frusen plasma trots att hållbarheten är något kortare, två i stället för tre år. Frusen plasma måste hela tiden finnas tinad för att den ska kunna ges akut och eftersom hållbarheten på tinad plasma är begränsad leder det till hög kassation. Frystorkad plasma kan förvaras i rumstemperatur och kan därmed användas på ett helt annat sätt, även i ambulanser prehospitalt.

För att möta behov av frystorkad plasma pågår ett samnordiskt projekt som ser över möjligheten att investera i anläggningar för produktion. Än så länge torde projektet ur ett svenskt perspektiv endast kunna betraktas vara i ett förstadium. Projektet finansieras än så länge i huvudsak via medel från Försvarmakten. Det har till utredningen framförts att en sådan produktionsutrustning, exklusive lokalinvesteringar, kostar runt en miljon kronor i inköp.

Det kan konstateras att tillgång till frystorkad plasma är en viktig del av blodförsörjningen. Säkerställd tillgång till sådan plasma torde vara särskilt angelägen vid bl.a. stora masskadehändelser i fred, vid Försvarmaktens insatser utomlands i fred och vid krig. Produktion och lagerhållning av frystorkad plasma i Sverige skulle bättre säkra svenska försörjningsbehov. 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.

Utöver vad som redan nämnts är bl.a. frågeställningar om hur samarbetet mellan blodregionerna kan öka, hur tillgången på givare säkerställs, när avsteg från gällande regelverk kring testning inför blodgivning kan göras, hur kapaciteten kan öka avseende tillgången på blodkomponenter, hur tillgången på blodpåsar, reagens och annan relevant förbrukningsmateriel säkerställs och hur informationsutbytet mellan olika it-system kan förbättras viktiga att belysa.

Utredningen har för avsikt att återkomma i blodfrågan i slutbetänkandet men kan konstatera att det tillsvidare är viktigt att arbetet med blodförsörjningen enligt överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner fortgår.²³ Det är särskilt viktigt att regionerna inom ramen för den ordinarie blodverksamheten

²³ *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

ser över robustheten och beroenden i verksamheten samt kartlägger, beskriver och planerar för hur verksamhetens olika delar kan skalas upp. Därtill är det viktigt att ett nationellt register över alla godkända blodgivare som är enkelt tillgängligt för alla blodverksamheter tillskapas, så att möjligheten att lämna blod ökar oavsett var i landet man befinner sig. Detta har särskilt stor betydelse vid fredstida kriser och krig eftersom människors rörlighet mellan olika regioner är stor. Många arbetar inte där de bor och vid utrymnings- eller internflyktingsituationer kommer befolkningen att omfördelas. Utredningen har uppfattat att det i dag finns ett visst utbyte av information, men att detta är långsamt, ineffektivt och inte omfattar alla aktörer. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett sådant register. Avslutningsvis är det viktigt att fler projekt kring alternativ användning av blod, som t.ex. projektet med produktion av frystorkad plasma, genomförs för att skapa bättre möjligheter att säkra blodförsörjningen.

Mot bakgrund av vad som ovan anförs bedömer utredningen att regeringen bör tydliggöra behovet av att inte bara kartlägga utan även genomföra åtgärder för att förstärka de regionala blodverksamheterna genom att de blir robusta och planerar för att kunna öka kapaciteten i verksamheterna.

Utredningen bedömer också att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt register över blodgivare som är lätt tillgängligt för alla blodverksamheter.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att det är rimligt att avsätta 100 miljoner kronor under försvarsbeslutsperioden för att stärka blodverksamheten för att kunna hantera fredstida kriser och krigets krav. Utredningen bedömer att Socialstyrelsen bör tilldelas 4 miljoner kronor för att utreda förutsättningarna för ett nationellt register för blodgivare. Utredningen bedömer att de framtida kostnaderna för drift och förvaltning av ett sådant register kan uppgå till 1 miljon kronor årligen. Ett sådant register bedöms även ha användning i vardagen och bör innebära mervärden för regionerna.

9 Utbildning och övning

Utbildning och övning är en förutsättning för att stärka samhällets förmåga att hantera olyckor, kriser och ytterst krig. För att kunna tillämpa och utveckla de kunskaper och förmågor som tillgodogjorts vid utbildningar måste de användas och övas. Utbildningar och övningar behövs inom hälso- och sjukvården både på lokal, regional och nationell nivå. Därutöver finns ett behov av samverkansövningar mellan kommuner, regioner och andra aktörer som t.ex. polis, räddningstjänst, länsstyrelse och Försvarsmakten för att kunna samarbeta effektivt vid olyckor, kriser och vid höjd beredskap och krig. Utbildning och övning är nödvändigt för ett effektivt lärande, för att bibehålla och utveckla kompetens samt bidra till samhällets samlade förståelseutveckling.

9.1 Försvarsberedningen anser att utbildnings- och övningsinsatserna behöver öka

Försvarsberedningen anser att utbildningsprogram för vårdprinciper i kris och krig bör tas fram och att Socialstyrelsen med stöd av Försvarsmakten ska utveckla kompetensförsörjning, utbildning och övning av den civila sjukvården när det kommer till vårdprinciper för kris och krig. Detta innefattar även omhändertagande och vård i ett efterkrigsskede av personer som invalidiserats fysiskt eller psykiskt. Försvarsberedningen anser vidare att det måste finnas rutiner och strukturer för ledning och samordning mellan Försvarsmakten och den civila hälso- och sjukvården i höjd beredskap och krig. För att upprätthålla kompetens för ledningsförhållanden krävs utbildning och återkommande övning.

Försvarsberedningen föreslår vidare att beredskapssjukhus bör utveckla och vidmakthålla god traumakompetens för konsekvenserna

av krigshandlingar i landet. Sjukvårdspersonal som är krigsplacerad vid beredskapssjukhusen bör ges traumautbildning och övning utifrån de vårdprinciper som gäller i krig. Personal som är krigsplacerad ska ges utbildning och övas. Den civila hälso- och sjukvården och dess personal måste samverka och öva med Försvarmakten och andra relevanta aktörer. Beredskapsplaneringen inom sjukvården bör ta sin utgångspunkt i beräkningar av skadetyper samt antal skadade och döda i krig, därmed blir detta även bärande för utbildning och övning.

9.2 Utbildning och övning behöver ske med en bred ansats

Utredningen delar Försvarsberedningens bedömning att det är viktigt att sjukvårdspersonal får traumautbildning och övning utifrån de vårdmetoder och skadepanorama som gäller i krig eftersom detta skiljer sig markant från vardagen. Mot bakgrund av att en stor del av sjukvårdspersonalen vid kris och krig kommer att behöva utföra annan vård än de normalt utför så behöver utbildning inom hälso- och sjukvården ske med en bred ansats. Vårdpersonal måste få den utbildning och övning som krävs för att sjukvården ska kunna lösa sina samlade uppgifter, vilket även kan innefatta förändrade eller förenklade behandlingsmetoder. Sådan utbildning omfattar inte bara traumaomhändertagande utan även exempelvis hantering av kontaminerade eller smittade patienter. Detta innebär att utbildning och övning behöver ske på individnivå, på gruppnivå t.ex. i team, på enskilda sjukhus, i en kommun respektive region och mellan flera aktörer i exempelvis en militärregion. Kommunernas och regionernas personal behöver öva i samverkan med flera andra aktörer, däribland Försvarmakten, för att uppnå god förmåga att omhänderta och vårda patienter i bl.a. krig. För kriget bör övningen utgå ifrån kommunens och regionens samlade krigsorganisation.

Nedan beskrivs några av utmaningarna med dagens system för utbildning och övning inom hälso- och sjukvården.

9.2.1 Ansvar för utbildning och övning är delat mellan flera aktörer

Regionernas ansvar för utbildning och övning av personalen finns reglerat i två olika lagstiftningar, medan kommunernas ansvar regleras i den ena av dessa.

Regionernas ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap framgår vidare att regionerna ska planera för regelbunden träning och övning så att personalen både kan upprätthålla och utveckla den katastrofmedicinska beredskapen och genomföra insatser vid allvarliga händelser. Uppgiften innefattar även krisstödsarbete. Regionerna ska även planera för personalens vidareutbildning och kompetensutveckling på området. Regionerna ska också systematiskt följa upp och utvärdera den katastrofmedicinska beredskapen och med utgångspunkt i det som framkommer vid utvärderingen vidta de åtgärder som krävs för att upprätthålla den katastrofmedicinska beredskapen.

Kommunernas och regionernas ansvar enligt LEH

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortat LEH, ska både kommuner och regioner i en risk- och sårbarhetsanalys analysera vilka extraordinära händelser som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. I LEH anges att kommuner och regioner 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.

Kommunernas och regionernas arbete med utbildning och övning utifrån överenskommelser med staten

I överenskommelsen mellan Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortad MSB och Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, om kommunernas krisberedskap¹ framgår bl.a. att övningsverksamheten ska beakta de brister som identifierats i arbetet med risk- och sårbarhetsanalys samt att varje övning ska utvärderas avseende såväl styrkor som svagheter när det gäller kommunens egen krisberedskap och förmåga att samverka med andra aktörer.

I överenskommelsen mellan MSB och SKR om regionernas krisberedskap och civilt försvar² framgår att regionerna ska genomföra utbildningar och övningar i den omfattning som krävs för att kunna bedriva samverkan och ledning, samt för att trygga funktionen i sin samhällsviktiga verksamhet vid allvarliga och extraordinära händelser.

Flera myndigheter har ett övergripande utbildningsansvar inom sina områden

Försvarsmakten

Försvarsmakten bedriver viss utbildnings- och övningsverksamhet inom hälso- och sjukvård. Den grundläggande kvalificerade sjukvårdsutbildningen ges i dag vid Försvarsmedicincentrum. Utöver detta ges inom ramen för grundutbildningen viss sjukvårdsutbildning till alla soldater vid förbanden. Särskilda sjukvårdare ges befattningsutbildning vid ett fåtal andra platser. Under 1980-talet integrerades många regionala och lokala katastrofmedicinska övningar inom den civila hälso- och sjukvården med Försvarsmaktens verksamhet. Det var omfattande övningar i fält där civil hälso- och sjukvårdspersonal från regionerna övade tillsammans med militär personal. Dessa övningar har succesivt upphört och under 2010-talet har de nästan inte förkommit alls. Samverkan och kunskapsutbyte mellan kommuner, regioner och militärregionerna har nu återigen succesivt ökat.

¹ MSB och SKR, *Överenskommelse om kommunernas krisberedskap 2019–2022*, (Dnr MSB 2018-09779 SKL 18/03101).

² MSB och SKR, *Överenskommelse om landstingens arbete med krisberedskap och civilt försvar, 2018–2020*; (Dnr SKL 18/02653 MSB 2018-05682).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har enligt myndighetens instruktion ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Socialstyrelsen får också meddela föreskrifter som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.³ Socialstyrelsens ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls i katastrofmedicin och krisberedskap har myndigheten löst genom att myndigheten tecknat avtal med kunskapscentrum vid olika universitet i landet. Socialstyrelsen har under år 2019 genomfört en upphandling för att förnya kontrakten med sådana kunskapscentra. Detta resulterade i att ramavtal tecknades inom kunskapsområdena global katastrofmedicin och internationella insatser, psykotraumalogi samt traumatologi. Inom dessa kunskapsområden kan Socialstyrelsen nu avropa tjänster. Socialstyrelsen har också möjlighet att avropa framtagande av kunskapsstöd och utbildningsplaner från dessa kunskapscentra.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten övervakar smittsamma sjukdomar nationellt, tar fram och förmedlar kunskap om smittskydd, ger vägledning åt hälso- och sjukvården samt bistår kommunerna i deras hantering av smittskyddshändelser. Folkhälsomyndigheten tillhandahåller även visst utbildningsmaterial för kommuner och regioner.

Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkaren i respektive region är en länsövergripande myndighet som planerar, organiserar och leder länets smittskyddsarbete. Smittskyddsläkaren ingår oftast i den katastrofmedicinska beredskapsorganisationen i respektive region och deltar i planering vid utbildningar och övningar med scenario som berör smittskyddsfrågor.

³ 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

MSB

MSB har enligt sin myndighetsinstruktion i uppdrag att se till att utbildning och övningar kommer till stånd inom myndighetens ansvarsområde samt att informera om sin övningsverksamhet för att den ska kunna samordnas med den övningsverksamhet som MSB planerar övergripande. MSB har även tagit fram ett koncept med tillhörande metodstöd, *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar* som innehåller förutsättningar och arbetssätt för att öka den aktörsgemensamma förmågan att hantera samhällsstörningar. En del av konceptet omfattar utbildning och övning⁴. Revidering av metodstödet pågår för att knyta samma krisberedskap och civilt försvar. Socialstyrelsen publicerade år 2020 en rapport hur konceptet kan implementeras i regionerna⁵.

Länsstyrelsen

Även länsstyrelsen ska enligt förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion ge stöd avseende planering, risk- och sårbarhetsanalyser samt utbildning och övning till de aktörer som är ansvariga för krisberedskapen i länet. Länsstyrelsen har även ansvar för att följa upp kommunernas tillämpning av LEH, där utbildning och övning ingår.

9.2.2 Nationella och regionala strategier för övning och utbildning behöver samordnas

MSB har uppdraget att leda ett forum för att inrikta och samordna samverkansövningar på regional, nationell och internationell nivå samt övningar som rör EU och andra internationella organ. Detta forum benämns Nationellt forum för inriktning och samordning av övningar, i det följande förkortat NAFS, och arbetar för att få till stånd en sammanhållen och systematisk övningsverksamhet. NAFS består av representanter för bevakningsansvariga myndigheter samt

⁴ MSB, *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*, ISBN-nummer 978-91-7383-884-9.

⁵ Socialstyrelsen, *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse Projekt rapport: Implementering av "Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar" i landstingen* Artikelnummer 2020-1-6569.

Försvarsmakten, Lantmäteriet, SOS Alarm, SKR samt Sveriges Radio. Kommuner och regioner deltar med adjungerade representanter.

NAFS fungerar som remissinstans till MSB inför beslut om en flerårig övningsinriktning. Inriktningen ligger sedan som grund för aktörernas egna beslut om sina respektive fleråriga övningsplaner. För närvarande pågår även ett arbete som syftar till en nationell strategi för systematisk övningsverksamhet. Denna beräknas vara klar under våren 2020. Strategin innehåller bl.a. förslag på en samordnad övningsplanering på nationell och regional nivå som utgår från en övningsperiod om totalt fem år. Övningar som ska genomföras inom ramen för den samordnade övningsperioden tas fram med beaktande av de övergripande analyser, anvisningar och planeringsinriktningar som styr utvecklingen av krisberedskap och civilt försvar. Dessa strategiarbeten och övningsperioden utgår således bl.a. från och är synkroniserade med försvarsbesluten som sker med ett intervall av fem år. Utredningen anser att en övningsplanering för området hälso- och sjukvård måste harmoniera med den nationella samordnade övningsplaneringen som tas fram av MSB i samverkan med NAFS.

9.2.3 Nationella utbildnings- och övningsplaner behöver tas fram

Utredningens bedömning: 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.

I regleringsbrevet för år 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att stödja regionerna i deras arbete med katastrofmedicinsk beredskap och planering för civilt försvar inom hälso- och sjukvården. I uppdraget

ingår bl.a. att analysera regionernas behov av övnings- och utbildningsinsatser. Vidare ska förslag till upplägg för en nationell utbildnings- och övningsverksamhet för hälso- och sjukvården i frågor som rör katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar tas fram. En beskrivning för hur de föreslagna insatserna ska organiseras ska också lämnas. En plan för övnings- respektive utbildningsinsatser för åren 2019–2024 ska också presenteras. Uppdraget ska genomföras i samverkan med regionerna och SKR.

En delrapport av nämnda uppdrag redovisades år 2018. Slutrapporten ska redovisas senast den 1 juni 2020. I delrapporten redovisar Socialstyrelsen en förstudie om regionernas behov av kunskapsunderlag, en inriktning för utbildnings- och övningsverksamhet samt hur myndigheten planerar att bedriva arbete med framtagande av kunskapsunderlag fram till år 2020. Socialstyrelsen har därvid identifierat tre områden där det behövs kunskapsstöd för att stödja regionerna i det fortsatta arbetet. Dessa områden är:

- utbildnings- och övningsplaner som utgår från identifierade behov och kunskapsstöd,
- särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som är framtvingade av olika former av resursbrist vid kris, höjd beredskap och krig, och
- samverkan och ledning för aktörer inom hälso- och sjukvården vid kris, höjd beredskap och krig.

Enligt utredningens bedömning 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. vägledning till gällande regelverk och genom utbildnings- och övningsmaterial. Det finns dock i dag inte tillräckligt sådant stöd på hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ska i juni 2020 lämna förslag till en nationell modell för utbildning och övning. Utredningen vill understryka vikten av att nationella utbildnings- och övningsmodeller snarast tas fram som stöd för kommuner och regioner i arbete med katastrofmedicinsk beredskap och planering för civilt försvar inom hälso- och sjukvården. Sådana modeller bör tas fram i samverkan med företrädare

för kommuner, regionerna, Försvarsmakten, Folkhälsomyndigheten, MSB samt andra relevanta aktörer i krisberedskapssystemet.

Det kan antas att Socialstyrelsens rapport kommer att kunna utgöra underlag vad gäller olika utbildnings- och övningsbehov. Utifrån de utbildnings- och övningsbehov som Socialstyrelsen identifierat i sin rapport kan sedan riktlinjer och kunskapsstöd utarbetas inom hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen har i delrapporten redan identifierat bl.a. följande tre områden där det föreligger behov av utbildning och övning i kris och krig. Dessa områden är traumaomhändertagande, omhändertagande av drabbade vid s.k. CBRN-händelse och krisstöd.

MSB har tagit fram anvisningar för planering av nationella samverkansövningar. MSB:s modell bygger på en övergripande övningsperiod om fem år för att den ska harmoniera med inriktningar både för krisberedskap och civilt försvar samt perioderna för försvarsbeslut.⁶ Enligt anvisningarna ska det under en femårig övningsperiod genomföras två nationella övningar. Socialstyrelsen bör vara sammanhållande och tilldelas medel för hälso- och sjukvårdens deltagande i dessa.

Traumavård

Enligt Försvarsberedningen kommer sjukvårdens främsta uppgift i en krigssituation vara att ta hand om krigsskadade. Det kommer till stor del handla om allvarliga traumaskador. Typen av skador som kan förväntas är splitterskador, skottskador, explosionsskador, klämskador och brännskador. I största möjliga utsträckning, givet omständigheterna, bör annan vård och omsorg även upprätthållas.

Erfarenheten och resultat från tidigare rapporter⁷ har påvisat betydelsen av att ha en väl fungerande traumavård i vardagen för att kunna hantera en händelse med ett stort antal svårt skadade.

Socialstyrelsen redovisade i rapporten Traumavård vid allvarlig händelse⁸ ett antal förslag som syftar till att stödja regionerna för ett adekvat omhändertagande av dels enstaka patienter som är svårt skadade, dels situationer där det samtidigt förekommer många svårt ska-

⁶ MSB (2019): *Anvisningar för myndighetsgemensam nationell planering av samverkansövningar inom krisberedskap och civilt försvar* (Ärendenr 2019-01143).

⁷ Socialstyrelsen, Kamedo rapport 97; *Bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utöja 2011*, Artikelnummer 2012-8-6.

⁸ Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig händelse*, Artikelnummer 2015-11-5.

dade patienter i fredstid. I rapporten förslår Socialstyrelsen även åtgärder som kräver regiongemensamma och nationella insatser. Socialstyrelsen konstaterar att regionerna organiserar sin traumavård på olika sätt, vilket kan medföra problem i samband med allvarliga händelser vilka ofta kräver omfattande samarbete såväl mellan sjukhus som mellan regioner och andra aktörer. För att överbrygga sådana skillnader krävs enligt myndigheten enhetligt utarbetade planer och rutiner liksom en väl utvecklad, reglerad och inövad samverkan.⁹

Utredningen konstaterar att det behov av samordning och enhetliga arbetssätt som Socialstyrelsen påtalar behovet av bl.a. förutsätter nationellt framtagna riktlinjer för traumavård, utbildningar och övningar. Utredningen bedömer att detta är ett tydligt exempel på frågor där Socialstyrelsen bör ta initiativ till, och vara pådrivande för, att tillsammans med regionerna ta fram de kriterier, mallar, system och övningar som myndigheten ser behov av.

Riktlinjerna avseende traumavård måste utformas med beaktande av sådana stora skadeutfall som kan förväntas i händelse av krig. Försvarsmakten och Socialstyrelsen tog år 2017 fram rapporten Totalförsvarets sjukvårdssystem¹⁰ där myndigheterna presenterar ett heltäckande nationellt koncept som bl.a. innefattar en civil-militär samordning av medicinsk utveckling, planering, utbildning och kompetensförsörjning. Konceptet utgår från perspektivet höjd beredskap och krig. Regionerna deltog dock inte i detta arbete.

Farliga ämnen (CBRNE)

Försvarsberedningen påtalar att farliga ämnen skapar en särskild problembild och att oförmåga att skydda sig mot händelser med farliga ämnen ökar risken för en angripare använder eller hotar att använda vapensystem med dessa ämnen. Farliga ämnen benämns med den internationella akronymen CBRNE, som står för Chemical, Biological, Radiological, Nuclear och Explosive. Den används således för att beskriva områdena skadliga kemikalier, allvarliga smitt-, radioaktiva, nukleära- och explosiva ämnen.

⁹ Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig händelse*, Artikelnummer 2015-11-5.

¹⁰ Försvarsmakten och Socialstyrelsen, *Totalförsvarets sjukvårdssystem – En civilmilitär förmågeutveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn genom hela hotskalan*, 2017, Bilaga till FM2016-16189:15 och SoS 11.1-30361/2017.

I krig, och när det gäller massförstörelsevapen, är det dock främst CBRN som är av betydelse. Skador som uppstår av explosiva ämnen tillhör krigets normalbild. Utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är det därmed det sjukvårdsbehov som tillkommer utöver traumavården som är av betydelse i detta sammanhang, dvs. förmågan att hantera skadade och/eller kontaminerade patienter som utsatts för kemiska, biologiska eller radionukleära stridsmedel. Ur ett bredare fredstida perspektiv är det dock relevant att även ta med explosiva ämnen.

MSB har tillsammans med samverkande aktörer t. ex. Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten, Polisen och regioner tagit fram en aktörs gemensam inriktning för CBRNE en s.k. CBRNE-strategi.¹¹ I arbetet med strategin har arbetsgruppen tagit fram områden som kräver särskilda satsningar. Vad gäller hälso- och sjukvården påpekas att kompetensen inom det katastrofmedicinska området behöver kvalitetssäkras. I strategin anges att utbildad sjukvårdspersonal med tillgång till rätt skyddsutrustning är avgörande för hur framgångsrikt sjukvården kommer att kunna omhänderta patienter vid en CBRNE-händelse. Det konstateras att i dag är skyddsutrustningen knapphändig, det saknas en förteckning över experter på området och vissa regioner saknar detektionsutrustning. För hälso- och sjukvårdens beredskap inför höjd beredskap och krig är det angeläget att också förmågan att ta hand om patienter som skadats eller kontaminerats av CBRN-stridsmedel finns med i de nationella utbildnings- och övningsplanerna.

Krisstöd

Många människor utsätts för svåra upplevelser vid kris och krig och planeringen för krisstödsinsatser är därför viktig och även i den planeringen ingår utbildning och övning. Försvarsberedningen lyfter fram att planeringen även ska innefatta omhändertagande och vård i ett efterkrigsskede av personer som invalidiserats fysiskt eller psykiskt.

Socialstyrelsen publicerade år 2008 rapporten *Krisstöd vid allvarlig händelse*¹². Dokumentet reviderades år 2018 och är ett kunskapsunderlag från experter för att stödja planeringen av krisstödsinsatser

¹¹ MSB (2017): *Aktörs gemensam CBRNE-strategi* (ISBN: 978-91-7383-758-3).

¹² Socialstyrelsen, *Krisstöd vid allvarlig händelse*, Artikelnummer 2018-10-9.

vid allvarlig händelse, men många delar kan med fördel även användas vid planering för höjd beredskap och krig. Kunskapsunderlaget kan även nyttjas av andra aktörer som arbetar med krisstödsinsatser. I rapporten används begreppet krisstöd för allt medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinsatser förmedlar. Rapporten innehåller även beskrivningar av posttraumatiskt stressyndrom som kan drabba människor som varit med om våldsamma, kränkande eller chockartade händelser t.ex. krig. Vidare finns också ett kapitel som beskriver utbildningsansvaret för olika aktörer, behovet av gemensam utbildning samt beskrivningar av lämpligt utbildningsinnehåll för olika målgrupper. Regioner, kommuner, privata vårdgivare, elevhälsan, frivilligorganisationer och trossamfund är exempel på aktörer som kan ge krisstöd och dessa måste samverka bl.a. genom utbildning och övning. Rapporten beskriver även det som kallas psykologisk första hjälpen, vilket innebär ett medmänskligt stöd till drabbade omedelbart efter inträffade händelser. Stöd, framför allt från närstående, kan göra att färre som råkat ut för svåra händelser senare drabbas av psykiatrisk sjuklighet.

Utredningen anser att alla som är engagerade i krisstöd behöver ha en grundläggande utbildning i krisstöd och i de specifika förhållanden som karaktäriserar arbetet vid kris och krig. I grundutbildningen för psykologer och socionomer bör ämnesområdet psykotraumatologi och katastrofpsykologi vara obligatoriska delar.

Även inom krisstödsområdet betonas vikten av att öva. Övningar kan utformas specifikt för krisstödsinsatser, men kan med fördel integreras som en del av annan övningsverksamhet som exempelvis sker mellan regioner, kommuner och Försvarsmakten.

Kunskapen om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret bör öka

Den återupptagna totalförsvarsplaneringen och den verksamhet som ska bedrivas för uppbyggnaden av totalförsvaret genererar många kunskapsbehov. Hälso- och sjukvården är en viktig del av det civila försvaret, men många av medarbetarna i kommunerna och regionerna har en bristande kunskap om vad civilt försvar är och vad det innebär för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör därför som en del i utbildningsplanen ta fram en teoretisk utbildning som behandlar hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnaden för att ta fram en nationell utbildnings- och övningsmodell för hälso- och sjukvård beräknas till totalt 15 miljoner kronor under perioden 2021–2023. Utredningen föreslår vidare att Socialstyrelsen tilldelas en (1) miljon kronor under den senare delen av försvarsbeslutsperioden för att ta fram en utbildning om hälso- och sjukvårdens roll inom totalförsvaret. Socialstyrelsen bör tilldelas 100 miljoner kronor för att samordna planering, genomförande och utvärdering av övningar som berör området hälso- och sjukvård vid nationella samverkans- eller totalförsvärsövningar. Socialstyrelsen ska då ersätta regionernas och kommunernas kostnader för att delta i övningarna.

9.2.4 Kunskapen i katastrofmedicin och om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret behöver öka

Utredningens bedömning: För att uppnå en ökad kunskap om katastrofmedicin och hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret behöver det genomföras omfattande utbildnings- och övningsinsatser. Detta arbete bör ske på ett systematiskt sätt och innehållet i den nationella utbildnings- och övningsplanen som Socialstyrelsen ska ta fram bör anpassas till den egna kommunens och regionens förutsättningar. Det är rimligt att staten finansierar sådana utbildningar och övningar.

En viktig del i hälso- och sjukvårdens beredskap för kris och krig är den katastrofmedicinska beredskapen. Det finns ingen vedertagen definition av begreppet katastrofmedicin men det brukar beskrivas som sjukvård i situationer där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det omedelbara vårdbehovet.¹³

Ämnet katastrofmedicin har försvunnit ur grundutbildningarna för hälso- och sjukvårdspersonal

I mitten av 1970-talet infördes på initiativ av Socialstyrelsen obligatorisk katastrofmedicinsk undervisning för läkare och sjuksköterskor som en del av grundutbildningen. Detta ledde till framtagande

¹³ Sten Lennquist [red.], *Katastrofmedicin*, 2009, s. 12.

av en enhetlig kursplan som antogs av samtliga universitetet och högskolor. Undervisningen omfattade en veckas studier och innehöll både teori och övningar. Svensk sjukvårdspersonal hade fram till millennieskiftet en, i förhållande till andra länder, god basal kunskap inom traumatologi och katastrofmedicin.

Under 1990-talet förkortades undervisningstiden och i dag är ämnesområdet katastrofmedicin helt borttaget vid flera lärosäten. Socialstyrelsen konstaterade 2015 att flera lärosäten inte ger någon utbildning alls inom katastrofmedicin vare sig för blivande sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor eller läkare och det varierar hur mycket utbildning som ges i traumavård. När det gäller den psykotraumalogiska och katastrofpsykologiska utbildningen vid landets psykolog- och socionomprogram har det framkommit att antalet undervisningstimmar varierar inom dessa områden mellan olika lärosäten.¹⁴

Socialstyrelsen tillhandahöll tidigare nationellt samordnad utbildning i katastrofmedicin för hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen bidrog under 1990- och 2000-talet till ett gemensamt synsätt på 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 planering, genomförande, uppföljning och utvärdering på lokal, regional och nationell nivå.¹⁵ Den senaste utgåvan av dessa rekommendationer är från år 2007. 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.

¹⁴ Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig händelse*. Artikelnummer 2015-11-5.

¹⁵ Socialstyrelsen, *Utbildning inom katastrofmedicinsk beredskap, Rekommendation för planering*, 2007, artikelnr 2007-130-9.

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.

Försvarsmakten bidrog med kunskap till hälso- och sjukvården

Fram till 1980-talet, då de flesta män genomförde värnplikt, bidrog även Försvarsmakten genom sin verksamhet till en bred kompetens inom det katastrofmedicinska området. Utöver den sjukvårdsutbildning som alla värnpliktiga fick inom Försvarsmakten inkallades många manliga läkare och sjuksköterskor efter avslutad yrkesexamen till kompletterande sjukvårdskurser inom ramen för Försvarsmaktens verksamhet. Dessa utbildningar omfattande bl.a. teoretisk och praktisk utbildning i krigskirurgi. Eftersom de läkare och sjuksköterskor som var krigsplacerade i Försvarsmaktens förband till vardags arbetade i den civila sjukvården bidrog de utbildningar som Försvarsmakten genomförde även till en ökad kunskap inom ämnet katastrofmedicin och traumaomhändertagande inom den civila sjukvården.

Även i dag kvarstår det faktum att Försvarsmakten utbildar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utifrån krigets krav. Skillnaden mot förr är att det inte sker på samma bredd och inte med samma systematik. Det är ett antal läkare och sjuksköterskor som tjänstgjort i de utlandsmissioner som Sverige deltagit i sedan mitten på 1990-talet. Dessa har fått utbildning i framför allt prehospital vård och traumaomhändertagande. Försvarsmakten bedriver också ett utbyte med Sydafrika där läkare med någon anknytning till Försvarsmakten kan tjänstgöra på civila sjukhus under en begränsad tid för att öka sin förmåga att ta hand om ett annat skadepanorama än vad vi ser i Sverige.

Varje region utbildar och övar efter egen förmåga

I dag saknas en nationell utbildnings- och övningsplan inom katastrofmedicin riktad till regionerna, det saknas även en nationell vägledning för vilka kurser och utbildningar som varje region bör genom-

föra. Regionerna deltar i stor utsträckning vid MBS:s utbildningar inom krisberedskap, men som tidigare påpekats saknar dessa utbildningar i många fall en koppling till hälso- och sjukvård.

Ett fåtal regioner och universitet, t.ex. Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri vid Uppsala universitet och Katastrofmedicinskt centrum i Region Östergötland, bedriver fortbildningar som riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal över hela landet. Övriga katastrofmedicinska utbildningar inklusive utbildning i krisstödsarbete för personalen planeras och genomförs i regionernas egen regi. Innehållet i utbildningarna och genomförandet av dem skiljer sig mellan olika regioner. I många regioner, framför allt de mindre, är det ett fåtal personer på små enheter som arbetar med kris- och katastrofmedicinsk beredskap som även har till uppgift att utbilda och arrangera övningar.

Även övningsverksamhetens omfattning varierar mellan regionerna. Att planera, genomföra och utvärdera övningar är tidskrävande, kostsamt och kräver kunskap och erfarenhet. Som tidigare nämnts har MSB olika övningskoncept som kommuner och regioner kan använda, men de avser generella förmågor och innehåller inte de specifika förmågekrav som ställs inom hälso- och sjukvården. Att planera en övning för hälso- och sjukvården kräver många gånger speciella kunskaper, framför allt vad gäller utvärdering av hur patienterna påverkas kopplat till olika åtgärder och beslut.

Det finns ett fåtal utbildningar där regionerna utbildar och övar enligt ett likartat koncept, t.ex. traumaomhändertagande av enstaka patient på akutmottagning och konceptet för prehospital sjukvårdsledning för ambulanssjukvården.

Det är ovanligt att kommuner och regioner tillsammans genomför övningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Antalet övningar där deltagare från både kommunernas och regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet ingår bör öka. Vid stora samhällsstörningar med påverkan på hälso- och sjukvårdsområdet är det betydelsefullt att hela hälso- och sjukvårdskedjan fungerar. Det finns ett ömsesidigt beroende mellan kommuner och regioner som behöver lösas genom samarbete och samverkan. Vid höjd beredskap och krig kommer detta beroende sannolikt att öka. Genom att öva kan eventuella brister åtgärdas.

Socialstyrelsen genomförde år 2016, på uppdrag av regeringen, en övning av hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade. Ett antal regioner i Mellansverige del-

tog i övningen. I rapporten som presenterades efter övningen konstaterar Socialstyrelsen som sammanfattande slutsats att myndigheten ska verka för att etablera en funktion för nationell samordning med syfte att ge förutsättningar till en bättre behovs- och resursmatchning vid stora skadefall.¹⁶

Regeringen skriver i budgetpropositionen för år 2020 att övningar stärker beredskapen och det är betydelsefullt att genomföra övningar. En sammanställning av regionernas risk- och sårbarhetsanalyser från år 2018 visar att 12 av de 21 regionerna har en utbildnings- och övningsplan, 11 regioner har övat sin krisledningsnämnd under året samt att 17 regioner har övat sin krishanteringsorganisation exempelvis särskild sjukvårdsledning under året¹⁷. Det finns alltså utrymme för förbättring.

Den totalförsvarsövning, som genomförs under 2020 involverar alla kommuner och regioner. Socialstyrelsen är sammanhållande för hälso- och sjukvårdens deltagande i övningen vad avser regionerna.

Regionen avgör vad som är en rimlig katastrofmedicinsk beredskap

I dag finns inte tydligt angivet vilken förmåga hälso- och sjukvården ska ha vid fredstida kriser och vid krig, varken för kommunernas eller regionernas hälso- och sjukvård. Samtidigt står det klart att hälso- och sjukvården i sådana särskilt svåra situationer inte kan upprätthålla all den vård som ges i ett normalläge i fred.

Socialstyrelsens katastrofmedicinska föreskrifter beskriver bl.a. ledning och organisation samt vilken övergripande förmåga regionerna ska ha att hantera allvarliga händelser. Med utgångspunkt i risk- och sårbarhetsanalysen ska regionerna själva bedöma vad som är nödvändigt för att uppnå den förmågan. En region bedömer därför själv vad som är en rimlig nivå på katastrofmedicinsk förmåga. Det har medfört att regionerna organiserar sig på olika sätt och har olika katastrofmedicinsk förmåga. Socialstyrelsen genomför under år 2020 tillsammans med Inspektionen för vård och omsorg, i det följande förkortat IVO, ett projekt där myndigheterna följer upp regionernas katastrofmedicinska beredskap utifrån kvalitetsindikatorer kopplade till de katastrofmedicinska föreskrifterna.

¹⁶ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade, Erfarenheter och lärdomar av Övning TYKO*, Artikelnummer 2016-10-7.

¹⁷ Budgetpropositionen för 2020 (Prop. 2019/20:1, Uppgiftsområde 6, s. 79–80).

Regionerna gör också olika bedömningar av vad som är en extraordinär händelse enligt LEH. Det är inte heller tydligt hur hälso- och sjukvårdslagens krav på katastrofmedicinsk beredskap förhåller sig till bestämmelserna om extraordinära händelser och höjd beredskap i LEH. Eftersom det saknas nationella vägledningar och riktlinjer på flera områden utbildar och övar regionerna på olika metoder, olika organisationer och använder olika terminologi. Detta kan försvåra samverkan mellan regionerna, men även samverkan mellan regionerna och andra aktörer, exempelvis Försvarmakten. Utredningen avser att återkomma till denna fråga i slutbetänkandet.

Övning i kommunerna avseende hälso- och sjukvård

Kommunernas ansvar för krisberedskap utifrån LEH preciseras i en överenskommelse mellan MSB och SKR.¹⁸ I överenskommelsen anges bl.a. att kommunen ska ha ett styrdokument för arbetet med krisberedskap som ska beslutas av fullmäktige. Styrdokumentet ska inrikta de olika verksamheternas arbete med krisberedskap, där vård och omsorg är en av kommunens större verksamheter. Vidare ska kommunen ha en utbildnings- och övningsplan. Kommunerna ska genomföra minst två övningar per mandatperiod. MSB har tagit fram vägledningar för både styrdokument och utbildnings- och övningsplan.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård är en del av dess samhällsviktiga verksamhet men de omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagens krav på en katastrofmedicinsk beredskap. Kommunen bestämmer själv om metoder och former för sitt krisberedskapsarbete. MSB ger ut en rad vägledningar gällande utbildning och övning vid samhällsstörningar, som kommunerna rekommenderas att använda. 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.

¹⁸ MSB och SKR, *Överenskommelse om kommunernas arbete med civilt försvar, 2019–2022* (SKR dnr 18/01807 MSB dnr 2018–05681).

Den ökade specialiseringen inom sjukvården skapar behov av särskilda utbildningsinsatser för kris och krig

Krisberedskap och katastrofmedicinsk beredskap är utgångspunkt för hälso- och sjukvårdens förmåga vid kris och krig. Krisberedskapen bygger i sin tur på att det finns en fungerade hälso- och sjukvård i vardagen. De senaste 20 åren har stora förändringar skett inom vården både avseende kunskapen i katastrofmedicin och utveckling av vårdmetoder. Allt mer hälso- och sjukvård ges utanför sjukhusen och regeringen har en uttalad ambition att stärka primärvården. Allt mer sjukvård bedrivs också inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård. Samtidigt pågår arbete med att koncentrera den högspecialiserade vården, både på nationell och regional nivå, för att uppnå en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Detta har medfört att hög-specialiserad vård bedrivs på färre platser i landet. Det gäller bl.a. brännskadevård och traumavård.

Den ökade specialiseringen inom vården skapar förutsättningar för hög kompetens hos vårdpersonalen inom relativt smala specialistområden, där också subspecialiteter förekommer, men medför också en sårbarhet eftersom det finns risk för att personalen blir ovan vid att arbeta med annan vård.

Med en avancerad specialisering kan det vara svårt att även upprätthålla genaralistkunskaper inom akutsjukvård inklusive traumaomhändertagande. Vid masskadehändelser, men framför allt i krig, förefaller det troligt att alla akutsjukhus i en händelses närområde måste kunna ta emot och behandla skadade. Därför måste också samtlig personal i akutsjukvården ha en grundläggande kunskap i katastrofmedicin för att kunna agera i situationer när det akuta vårdbehovet överstiger tillgängliga resurser. Det kan t.ex. röra sig om grundläggande kunskaper om metoder för prioriteringar vid olika skadetyper eller förenklade behandlingsmetoder.

Det behövs utbildning och övning i varje kommun och region

För att uppnå en ökad kunskap om katastrofmedicin och hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret behöver det genomföras omfattande utbildnings- och övningsinsatser. Kommuner och regionerna bör t.ex. varje år öva delar av sin krigsorganisation mot de krav som totalförsvaret ställer. Detta kan göras genom exempelvis, simuleringsövningar,

ledningsövningar samt fältövningar tillsammans med Försvarsmakten. Detta arbete bör ske på ett systematiskt sätt och innehållet i den nationella utbildnings- och övningsplanen som Socialstyrelsen ska ta fram bör anpassas till den egna kommunens och regionens förutsättningar. Det är rimligt att staten finansierar sådana utbildningar och övningar.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att det behöver avsättas 30 miljoner kronor årligen för kommuners och 70 miljoner kronor årligen för regionernas arbete med att planera och genomföra utbildning och övning inom hälso- och sjukvård för totalförsvarets behov.

9.2.5 Katastrofmedicin bör ingå i grundutbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal

Utredningens bedömning: All hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha grundläggande kunskaper i katastrofmedicin. Det är en förutsättning för en fungerande krisberedskap och för befolkningens säkerhet och trygghet i krig. Det är också en förutsättning för tillhandahållandet av en jämlik vård över hela landet. Ämnesområdet katastrofmedicin bör därför införas som en obligatorisk del i grundutbildningen till läkare och sjuksköterska. Lärosäten bör tillsammans med Socialstyrelsen ta fram kunskapsmål för sådan grundutbildning.

All hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha en grundläggande kunskap i katastrofmedicin. Detta 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. All hälso- och sjukvårdspersonal behöver också ha en mental förberedelse och vissa grundläggande verktyg med sig från grundutbildningen för att kunna hantera masskadehändelser, 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. masskadesituationer 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.

Tidigare ingick katastrofmedicin som en obligatorisk del av grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor. Numera är ämnet inte obligatoriskt och vid de lärosäten där det förekommer sker utbildning endast i begränsad omfattning. Det gör att en stor del av den yngre hälso- och sjukvårdspersonalen i regionerna saknar basala kunskaper inom området. Regioner och kommuner ansvarar för att anställd personal och förtroendevalda får den utbildning och övning som krävs, men privata sjukvårdsaktörer omfattas inte av någon skyldighet att utbilda och öva sin personal för kris eller höjd beredskap i andra fall än om det avtalats 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 således 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. Detta förslag har dock hittills inte fått någon effekt på lärosätenas utbildningsplaner. Den 1 juli 2020 införs en ny läkarutbildning. Inte heller i den nya läkarutbildningen är katastrofmedicin ett obligatoriskt inslag.

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 allvarliga händelser både i fredstid och i krig. Kunskap i katastrofmedicin, som ger en mental förberedelse och metoder för hur arbete kan bedrivas med otillräckliga resurser, kan även bidra till ökad patientsäkerhet vid olika samhällsstörningar i fredstid. Det kan både gälla vid masskadeutfall, men också vid t.ex. längre elbortfall när teknisk utrustning som sjukvården arbetar med till vardags kanske inte finns tillgänglig. Därför behöver det finnas en grundläggande kunskap i hur sjukvården kan bedrivas enligt alternativa metoder.

Ett sätt att få till stånd katastrofmedicinsk utbildning i grundutbildningen är att lämna förslag om en ändring i högskoleförord-

ningens examensbeskrivningar för läkar- och sjuksköterskeexamen. Utredningen anser dock i nuläget att det i första hand bör ges möjlighet för lärosätena att på frivillig basis i samverkan med Socialstyrelsen ta fram kunskapsmål för sådan utbildning och se till att det införs i grundutbildningarna för läkare och sjuksköterskor. Utredningen kommer dock att följa denna fråga och vid behov återkomma med förslag kring detta i slutbetänkandet.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att ett uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram de förutsättningar som krävs för att tillsammans med lärosätena ta fram kunskapsmål är förknippade med en kostnad på 1 miljon kronor.

9.2.6 Utbildning och övning behöver utgå ifrån den vård som ska bedrivas

Utredningens bedömning: Det behöver återinföras nationella utbildningar som utgår från krigets krav i traumavård, krigskirurgi och kroppsskador relaterade till CBRN-händelser. Sådana utbildningar ska ta sin grund i de civila och militära skador som uppkommer i krig samt beakta behovet av resursbesparande metoder. Socialstyrelsen bör därför, tillsammans med Försvarsmakten, ges i uppdrag att genomföra och finansiera sådana utbildningar för regionerna.

En grundläggande förutsättning för utbildning och övning är att den som ska utbilda och öva vet vad man ska utbilda i och vad man ska öva på. Även om det är kommuner och regioner som ansvarar för att personalen får relevant utbildning och övning behöver det anges på nationell nivå vilken vård som ska bedrivas i kris och krig och hur ledning och samverkan ska ske mellan olika aktörer. Utredningen förslår i kapitel 4 att det i den kommande försvarspolitiska propositionen anges en målsättning för den civila hälso- och sjukvården i kris och krig. När det gäller frågan om ledning och samordning har Utredningen om civilt försvar i uppdrag att lämna förslag till en sådan organisation senast den 1 mars 2021. Utredningen avser därför

att återkomma till den frågan för hälso- och sjukvårdsområdet i slutbetänkandet.

Utredningen delar Försvarsberedningens bedömning att det på nationell nivå bör tas fram utbildningsprogram för vårdprinciper i kris och krig och att det är Socialstyrelsen som bör ansvara för att ta fram detta i samverkan med kommuner och regioner. Socialstyrelsen har ett uppdrag från regeringen att senast den 1 juni 2020 ta fram en nationell modell för utbildning och övning som också omfattar vårdprinciper i kris och krig.

Utredningen delar också Försvarsberedningens förslag att beredskapsplaneringen inom sjukvården bör ta sin utgångspunkt i beräkningar av skadetyper samt antal skadade och döda i krig, samtidigt som utredningen vill framhålla att beredskapsplaneringen även måste utgå från andra förhållanden som påverkar hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen framhåller exempelvis i sin delrapport av det ovan nämnda regeringsuppdraget att kris och krig kan medföra förändrade boende- och levnadsförhållanden för stora delar av befolkningen bl.a. genom utrymningar och inkallelser. Infektionssjukdomar kan spridas lättare till följd av försämrade hygieniska förhållanden. Tillströmning av interna- eller externa flyktingar kan medföra en ökad belastning på sjukvården.

Utredningen konstaterar att ett visst arbete har påbörjats avseende att identifiera skadetyper vid kris och krig under nutida förhållanden. Socialstyrelsen har sedan år 2017 tillsammans med regionerna bedrivit ett arbete för att studera hur tänkbara kris- och krigsmiljöer kan påverka hela hälso- och sjukvården (Projekt hotbild). I det arbetet har det identifierats möjliga konsekvenser och gemensamma dilemman som resultat av både krigshandlingar och antagonistiska hot. Försvarsmakten bedriver också ett projekt tillsammans med Försvarshögskolan för att analysera skadetyper och konsekvenser för militär personal.

Utredningen bedömer att det behöver återinföras nationella utbildningar i traumavård, krigskirurgi och för att ta hand om skador relaterade till CBRN-händelser som utgår från krigets krav. Sådana utbildningar ska ta sin grund i de civila och militära skador som uppkommer i krig samt beakta behovet av resursbesparande metoder. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att finansiera och genomföra sådana utbildningar för regionerna.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnaden för att ta fram kurser i traumavård och krigskirurgi beräknas till en miljon under 2021. Därutöver bedöms det behövas 1 miljon i årliga förvaltningskostnader samt ytterligare 5 miljoner per år för 10 årliga kurstillfällen under åren 2022–2025. Sammantaget innebär detta en kostnad på 25 miljoner kronor för försvarsbeslutsperioden.

Motsvarande koncept behövs för CBRN-utbildningar och skulle bedöms sammantaget kosta 21 miljoner kronor under perioden. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen tilldelas anslag för detta.

9.3 Allmänhetens kunskap i första hjälpen bör öka

Utredningens bedömning: Allmänhetens kunskaper i första hjälpen och psykologisk första hjälpen behöver stärkas, både genom utbildning i skolor, hos arbetsgivare och som fristående utbildningar i kommunerna öppna för allmänheten. För detta krävs en välorganiserad och systematisk utbildningsinsats som når ut till hela befolkningen.

Ansvar för att genomföra en sådan insats bör vila på MSB. Insatsen kan genomföras inom ramen för den uppdragsersättning till ideella organisationer som redan ges i dag. Som komplement kan en riktad satsning genomföras i samband med krisberedskapsveckan. MSB bör tilldelas medel och ansvara för att denna systematiska utbildningsinsats kommer till stånd.

Vid omhändertagande av svårt skadade personer är tiden från skada till kvalificerat omhändertagande av sjukvårdspersonal den faktor som har störst betydelse för patientens överlevnad, se även avsnitt 5.2.4.

Inom Försvarsmakten ska initiala livräddande åtgärder utföras av stridsparskamrat eller stridssjukvårdare och de får därför utbildning för att klara dessa åtgärder. Vid fredstida allvarliga händelser kan den kvalificerade civila sjukvården sällan nå den skadade inom de första kritiska tio minuterna från skadetillfället. Störst chans till överlevnad

i dessa situationer är om icke-skadade personer i dess närhet har nödvändiga kunskaper.¹⁹

Arbetsgivare har sedan länge en skyldighet att se till att det finns kunskap på arbetsplatsen om första hjälpen. I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1999:7) om första hjälpen och krisstöd anges att med hänsyn till verksamhetens art, omfattning, och de särskilda risker som finns ska det finnas ett tillräckligt antal personer som kan ge första hjälpen tillgängliga på arbetsplatsen. Åtgärder ska vidtas för att kunskaper och färdigheter i första hjälpen hålls aktuella. I de allmänna råden till föreskrifterna anges att det framför allt vid hinder i luftvägarna med andningsstopp, vid hjärtstillestånd eller stora blödningar gäller att komma igång med hjälpen omedelbart. Redan efter några minuter kan tillståndet bli kritiskt för den skadade och risken för bestående hjärnsador ökar snabbt. Det anges också att det är viktigt att även skolelever är införstådda med rutinerna för första hjälpen. I skolornas läroplan finns inskrivet att hjärt-lungräddning, i det följande förkortat HLR, är ett centralt innehåll i åk 7–9, men utbildning varierar runt om i landet. På Gotland har Röda Korset uppdraget att utbilda alla elever i årskurs nio.

Det finns, vad utredningen känner till, ingen uppföljning av i vilken utsträckning och i vilken omfattning utbildning hos olika arbetsgivare genomförs. Arbetsgivare som har ett stort inslag av administrativ verksamhet utför viss utbildning men enligt vad utredningen erfarit ligger fokus då i första hand på HLR. Det är således oklart om nuvarande kunskapsnivå på arbetsplatser är tillräckliga för att möta de krav som följer av nämnda föreskrifter.

MSB har årligen avsatt cirka 8,5 miljoner kronor som har gått till olika aktörer för att genomföra utbildning av allmänheten inom HLR och första hjälpen. Röda Korset har haft det mest omfattande uppdraget och utbildade år 2019 cirka 11 000 personer i HLR. Övriga organisationer har haft första hjälpen och HLR som en del i sina utbildningar i exempelvis vattensäkerhet och brandskydd. Dessa uppdrag har inte riktat sig till arbetsgivare.

Redan i dag utförs således utbildningar i HLR och första hjälpen genom ideella organisationer och på arbetsplatser. Tyngdpunkten i utbildningarna är HLR. Första hjälpen är dock också ett nödvändigt

¹⁹ Försvarsmakten och Socialstyrelsen, *Totalförsvarets sjukvårdssystem – En civilmilitär förmågeutveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn genom hela hotskalan*, bilaga till FM2016-16189:15 och SoS 11.1-30361/2017, s. 11.

inslag för att kunna hantera andra situationer t.ex. stoppa livshotande akuta blödningar. Enligt utredningens bedömning är den kunskap och efterföljande förmåga till insatser inom områdena HLR och första hjälpen som olika utbildningsinsatser åstadkommit av stort värde. De utbildningsinsatser som genomförs räcker dock inte för att tillgodose de stora behov som skulle finnas vid krig. En ambitionshöjning på detta område är därför önskvärd. MSB har lyft fram att befolkningens förmåga att hantera svåra samhällsstörningar, och ytterst en krigssituation, är avgörande för att uppnå ett starkt civilt försvar.²⁰

Ökade kunskaper i första hjälpen hos allmänheten skulle bidra till ökade överlevnadsmöjligheter för svårt skadade. En ökad förmåga att utföra akuta och livräddande åtgärder i fred skulle också stärka samhällets beredskap för kris och krig. Ökade kunskaper i psykologisk första hjälpen kan göra att färre som råkat ut för svåra händelser senare drabbas av psykiatrisk sjuklighet.

Enligt utredningens bedömning bör allmänhetens kunskaper i första hjälpen och psykologisk första hjälpen stärkas, både genom utbildning i skolor, hos arbetsgivare och som fristående utbildningar i kommunerna öppna för allmänheten. För detta krävs en välorganiserad och systematisk utbildningsinsats som når ut till hela befolkningen. Ansvar för att genomföra en sådan insats bör vila på MSB. Detta kan lämpligen genomföras inom ramen för den uppdragsersättning till ideella organisationer som redan ges i dag. Som komplement kan en riktad satsning genomföras i samband med den krisberedskapsvecka som anordnas årligen.

Vad gäller arbetsgivares skyldighet att säkerställa att det finns kunskaper i första hjälpen på arbetsplatserna behöver detta följas upp närmare av Arbetsmiljöverket. Sådan utbildning kan, med hänsyn till statsstödsregler m.m. vara svår att finansiera med offentliga medel.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnaden för en stor utbildningsinsats av elever i exempelvis årskurs nio uppskattas till ca 300 kronor per elev. En ökad satsning kräver att antalet instruktörer i de olika organisationerna utökas och utbildas. Det är därför rimligt att en insats utvecklas över flera år. Kostnaderna

²⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), *Så skapar vi motståndskraft – Skrivelse med underlag till försvarsbeslutsperioden 2021–2025*, Dokumentnr MSB 2020-02262, s. 5.

för en sådan satsning har beräknats till totalt 85 miljoner kronor genom en stegvis ökning från 10 miljoner kronor 2021 till 25 miljoner kronor 2025. Utredningen föreslår därför att MSB tillförs anslag i motsvarande omfattning. Arbetsmiljöverkets uppföljning av kravet i föreskrifterna bedöms rymmas inom ramen för befintlig tillsyn.

10 Ekonomiska konsekvenser och prioritering av åtgärder

Utredningen har i anslutning till bedömningarna i respektive kapitel beskrivit kostnader och budgeteffekter inom respektive område. I detta kapitel redogör utredningen på en övergripande nivå för aggregerade kostnader, budgeteffekter och konsekvenser av föreslagna åtgärder. Därefter beskriver utredningen vilka åtgärder som är högst prioriterade att genomföra under den kommande försvarsbeslutsperioden. Eftersom utredningen i detta delbetänkande inte lämnar några förslag, utan endast bedömningar, blir det inte aktuellt att i nuläget redogöra för andra konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Sådan redovisning kommer att lämnas i utredningens slutbetänkande.

10.1 Krisberedskap eller totalförsvar

Som Försvarsberedningen framhåller bör de förmågor, resurser och ledningsstrukturer som byggs upp inom totalförsvaret även kunna nyttjas av den fredstida krisberedskapen. De åtgärder som vidtas inom det civila försvaret bidrar därför även till att stärka samhällets förmåga att förebygga och hantera svåra påfrestningar i fredstid.

Samtidigt som satsningar på det civila försvaret stärker krisberedskapen ska krisberedskapen utgöra grunden för det civila försvaret. Regeringen uttrycker i den nationella säkerhetsstrategin att en fortsatt utveckling av krisberedskapen och en återuppbyggnad av det civila försvaret är ömsesidigt förstärkande.¹ Detta gör det synnerligen svårt att dra gränsen när det gäller finansiering avseende krisberedskap och civilt försvar. Detta är särskilt tydligt på hälso- och sjukvårdsområdet där ansvaret för finansiering av verksamheten i vardagen enligt

¹ Regeringen (2017): *Nationell säkerhetsstrategi*, s. 17.

hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, till största delen åvilar kommuner och regioner, ansvaret för krisberedskapen enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, är delat mellan kommuner/regioner och staten, medan ansvaret för civilt försvar åvilar staten.

10.1.1 Finansieringsansvaret för krisberedskapen är otydligt

Regionernas arbete med katastrofmedicinsk beredskap utgår från HSL. Katastrofmedicinsk beredskap innebär som tidigare konstaterats beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera negativa konsekvenser vid en händelse som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Verksamhet som bedrivs utifrån HSL är kommunernas och regionernas ansvar. HSL gäller i hela hotskalan, dvs. även i krig.

I LEH regleras kommuners och regioners arbete med förberedelser för och verksamhet under extraordinära händelser i fredstid (2 kap.) och förberedelse för och verksamhet under höjd beredskap (3 kap.). En extraordinär händelse definieras i lagen som 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. I 5 kap. 1 § LEH framgår att kommuner och regioner ska få ersättning av staten för kostnader för förberedande uppgifter som de utför enligt 2 och 3 kap. Sådan ersättning ska enligt förordningen betalas ut av Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortad MSB. I 5 kap 1 § LEH anges också 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 finns enligt utredningen två gränsdragningsfrågor som bidrar till att finansieringsansvaret för krisberedskapen blir otydligt på hälso- och sjukvårdsområdet. Det första är att förhållandet mellan katastrofmedicinsk beredskap enligt HSL och sådan verksamhet som avser extraordinära händelser enligt LEH är otydligt. Det andra är att det är otydligt vilka delar av verksamheten utifrån LEH som ska berätt-

tiga till ersättning från staten. Det är inte all verksamhet inför extraordinära händelser som ska finansieras av staten utan bara det som är av nytta för mycket omfattande och svåra extraordinära händelser. Eftersom en ökad robusthet i vardagen kan skapa bättre förutsättningar för att hantera extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap riskerar det att skapa otydlighet kring vem som ska ansvara för finansiering av sådana åtgärder. I slutändan kan detta leda till att nödvändiga åtgärder inte vidtas.

10.1.2 Finansieringen av krisberedskap och civilt försvar

I dag betalar MSB, men inte Socialstyrelsen, ut medel till kommuner och regioner för arbete utifrån LEH. Detta görs från anslaget 2:4 Krisberedskap, anslagspost 5. Ersättningen avser både arbete enligt 2 och 3 kap. LEH, dvs. både extraordinära händelser och civilt försvar. Inte heller här går det alltså att separera kostnaderna. Arbetet regleras i överenskommelsen om regionernas arbete med krisberedskap och civilt försvar mellan MSB och SKR.²

I utredningens arbete med att uppskatta kostnader för arbete med civilt försvar har de ovanstående oklarheterna bidragit till att det är svårt att presentera bedömningar av ekonomiska konsekvenser. Utredningen har i denna del haft i uppgift att ta fram underlag inför en försvarspolitisk inriktningsproposition. Utredningen har därför försökt hålla sig till just sådana bedömningar och kostnader som är förknippade med civilt försvar. Det är dock ofrånkomligt att även till viss del komma in på krisberedskapsfrågor eftersom dessa ligger till grund för arbetet i höjd beredskap. Detta får dock inte uppfattas som att utredningen presenterat bedömningar av alla åtgärder och alla kostnader som är förknippade med behovet av att höja nivån i krisberedskapen. Utredningen är väl medveten om att det behöver vidtas ytterligare åtgärder för att tillgodose olika krisberedskapsbehov i hälso- och sjukvården. För sådana åtgärder kommer såväl kommuner och regioner samt staten med största sannolikhet att behöva tillskjuta medel.

I de beräkningar som gjorts har utredningen så långt möjligt försökt separera kostnaderna så att statens del avser de satsningar som stärker just civilt försvar, men i vissa fall har utredningen ändå valt att ta med kostnader som egentligen är en del av krisberedskapen, då

² MSB och SKR (2018): *Överenskommelse om landstingens arbete med krisberedskap och civilt försvar 2018–2020* (SKR dnr 18/0265, MSB dnr 2018–05682).

denna verksamhet anses vara avgörande för förmågan i höjd beredskap. Ett sådant exempel är arbete med masskadeplaner. Utredningen har också valt att uppskatta och separat presentera kostnader förknippade med en utökad hemberedskap och utökad lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i regionerna då detta är en del av det i kapitel 8 presenterade systemet för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel.

10.1.3 Hälsa- och sjukvården är bara en del i kommuners och regioners kostnader för krisberedskap och civilt försvar

Utredningens uppdrag är, med avseende på detta delbetänkande, avgränsat till att lämna förslag till en övergripande inriktning för hälso- och sjukvården inom civilt försvar. Hälsa- och sjukvården är en av flera verksamheter som kommuner och regioner ansvarar för. Utredningens bedömningar och kostnadsberäkningar är således också avgränsade till åtgärder som rör hälso- och sjukvårdsverksamheten i kommuner och regioner och de utgör således inte bedömningar av kommunernas och regionernas samlade kostnader för arbetet med civilt försvar.

10.2 Sammanställning av budgeteffekter

Staten och regionerna behöver avsätta medel för att finansiera de olika satsningar som utredningen har bedömt bör genomföras. Nedan redovisas en sammanfattning av de budgeteffekter som bedöms uppkomma för staten och i vissa avseenden för regionerna. För en närmare redogörelse om åtgärdernas olika effekter hänvisas till respektive kapitel där åtgärderna avhandlas.

10.2.1 Budgeteffekter för staten

För genomförande av samtliga åtgärder som presenteras i detta betänkande bedöms det att staten behöver reservera medel om totalt 3 785 miljoner kronor under försvarsbeslutsperioden 2021–2025. En grov uppskattning av budgeteffekter för försvarsbeslutsperioden 2026–2030 lämnas också. Hur budgeteffekterna för staten fördelar sig mellan de olika åtgärderna framgår av tabellen nedan.

Tabell 10.1 Budgeteffekter för staten (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Kommuner och regioners arbete med krigsorganisation	200	200	200	200	200	1 000	1 000
Utökning av vårdplatser	12	132	120	120	120	504	600
Prehospitala förstärkningsresurser	3	3	3	28	28	63	63
Laboratorieresurser	3	14	3	3	3	24	13
Masskadeplanering	2	2	12	12		28	
Programmet SSIK	4	29	54	104	204	395	1 020
Skyddade vårdlokaler	1	50	50	50	50	201	
Samordning av sjuktransporter		5	5	2	20	32	
Förstärkning av sekundärtransporter		2	2	20	18	42	90
Kartläggning av produktion av läkemedel och sjukvårdsmateriel	2	2	2			6	5
Lagringsskyldighet för läkemedel ^a				319	19	328	95
Beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel	134	15	15	15	15	195	77
Tillverkningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel		4	4	4	100	112	
Förstärkningar av blodverksamheten	4	26	26	26	26	108	
Nationell samordning av utbildning och övning	11	2	52		50	115	100
Regional och lokal utbildning och övning	100	100	100	100	100	500	500
Kunskapsmål för katastrofmedicin i grundutbildningar	1					1	
Nationella kurser i krigskirurgi och CBRN	2	11	11	11	11	46	55
Utbildning av allmänheten i första hjälpen	10	15	15	20	25	85	100
Totalt	489	612	674	1 034	989	3 785	3 718

^a Även sjukvårdsmateriel behöver lagras men utredningen saknar underlag i denna del.

10.2.2 Vissa ekonomiska effekter för staten för hemlagring som inte rör försvarsbeslutet

Utredningen presenterar som en del i systemet för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel en utökad hemlagring. Uppskattad påverkan på läkemedelsförmånen, egenavgifter samt budgeteffekter redovisas i tabell 10.2 nedan. För ett utförligare resonemang, se avsnitt 8.6.2.

Tabell 10.2 Ekonomiska konsekvenser av utökad hemberedskap av läkemedel och hjälpmedel (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Ökade kostnader för läkemedelsförmånen	571	81	81	81	81	896	407
Egenavgifter	161	23	23	23	23	253	115
Budgeteffekter för staten	571	81	81	81	81	896	407

10.2.3 Vissa ekonomiska effekter och kostnader för regioner vid utökad lagring

Utredningen presenterar som en del i systemet för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel betydelsen av regionernas egen lagerhållning. I nedanstående tabell redovisas uppskattade budgeteffekter och kostnader för regionerna förknippade för en sådan lagerhållning. Uppgifterna inkluderar inte kostnader för själva lagerhållningen och hanteringen av lager.

Tabell 10.3 Effekter av utökad regional lagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Budgeteffekt för regioner	995						
Kostnad för regioner ^a	30	30	30	30	30	150	150

^a Avser enbart kostnader för kapitalbindning. Kostnader för lagring och hantering tillkommer.

10.2.4 Budgeteffekter per åtgärdsområde

Hälso- och sjukvårdens förmåga

Utredningen bedömer att det sammantaget under försvarsbeslutsperioden behöver avsättas 2 215 miljoner kronor för åtgärder inom civilt försvar relaterade till hälso- och sjukvårdens förmåga (kapitel 5), se tabell 10.4.

Den enskilt största posten, 1 miljard kronor, utgörs av statlig ersättning till kommuner och regioner för åtgärder kopplat till planering och förvaltning av krigsorganisation för hälso- och sjukvården. I detta ingår att arbeta med att genom avtal, planering för omställning av verksamheter m.m. säkra tillgång till privata sådana aktörer som det allmänna är särskilt beroende av.

För att ytterligare höja regionernas förmåga att bedriva vård i krig bedöms staten behöva avsätta 24 miljoner kronor för inventering av vårdplatser och 480 miljoner för investeringar för att öka antalet vårdplatser i samtliga regioner. Vidare bör staten avsätta 87 miljoner kronor för myndigheternas och regionernas arbete med och investeringar i olika förstärkningsresurser. Det bedöms också att 28 miljoner kronor behöver avsättas för Socialstyrelsens och regionernas arbete med att påbörja arbetet med masskadeplanering.

Inom ramen för förmågehöjande åtgärder finns också två investeringsstöd, dels programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (SSIK) för robusta byggnader, dels ett investeringsstöd för att renovera befintliga lokaler med särskilt skydd. Båda dessa investeringsprogram innebär statligt stöd till regionernas investeringar där staten går in med en del av investeringen. Budgeteffekterna av dessa investeringsstöd uppgår tillsammans till totalt 596 miljoner kronor under försvarsbeslutsperioden.

Tabell 10.4 Budgeteffekter för staten, området hälso- och sjukvårdens förmåga, kärnverksamhet (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Kommuner och regioners arbete med krigsorganisation	200	200	200	200	200	1 000	1 000
Utökning av vårdplatser	12	132	120	120	120	504	600
Prehospitala förstärkningsresurser	3	3	3	28	28	63	63
Laboratorieresurser	3	14	3	3	3	24	13
Maskadeplanering	2	2	12	12		28	
Programmet SSIK	4	29	54	104	204	395	1 020
Skyddade vårdlokaler	1	50	50	50	50	201	
Totalt	225	430	442	517	605	2 215	2 696

Sjuktransporter

Utredningen bedömer att det under försvarsbeslutsperioden behöver avsättas 74 miljoner kronor för åtgärder avseende sjuktransporter enligt tabell 10.5. Framför allt uppdraget kring förstärkningstransporter bedöms innebära behov av en större satsning avseende uppbyggnad och genomförande i slutet av, och under nästkommande, försvarsbeslutsperiod.

Tabell 10.5 Budgeteffekter för staten, området sjuktransporter (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Samordning av sjuktransporter		5	5	2	20	32	
Förstärkning av sekundärtransporter		2	2	20	18	42	90
Totalt		7	7	22	38	74	90

Förnödnhetsförsörjning

Läkemedels- och sjukvårdsmaterielförsörjningen bedöms under perioden behöva förstärkas med totalt 2 640 miljoner kronor, se tabell 10.6. Av detta utgör merparten inköp av förnödenheter endera för omsätt-

ningslagring eller beredskapslagring. I denna redovisning ingår alla delar av det föreslagna systemet för lagerhållning, oavsett om det är regionernas grundläggande lagerhållning, hemberedskap eller statlig lagerhållning. De reella kostnaderna förknippade med lagerhållningen utgörs i huvudsak av kapitalbindningskostnader, den eventuella kasstation som sker i omsättningslagren, avskrivningskostnaden för beredskapslagren samt lager- och hanteringskostnader. Kostnaderna beskrivs mer ingående i de olika avsnitten i kapitel 8.

Utöver medel för lagerhållning bedömer utredningen att det behövs avsättas 112 miljoner kronor för att utreda och förbereda en tillverkningsberedskap samt 108 miljoner kronor för att vidta åtgärder som förstärker blodförsörjningen.

Tabell 10.6 Budgeteffekter för staten och regionerna, området förnödenhetsförsörjning (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Kartläggning av produktion av läkemedel och sjukvårdsmateriel	2	2	2			6	5
Hemlagring av läkemedel ^a	571	81	81	81	81	896	407
Grundläggande lagerhållning i regioner ^b	995					995	
Lagringsskyldighet för läkemedel ^c				319	19	328	95
Beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel	134	15	15	15	15	195	77
Tillverkningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel		4	4	4	100	112	
Förstärkningar av blodverksamheten	4	26	26	26	26	108	
Totalt	1 706	128	128	445	241	2 640	584

^a Hemlagring av läkemedel skapar budgeteffekter för staten men ska inte ses som en del av civilt försvar.

^b Grundläggande lagerhållning i regionerna medför budgeteffekter för regionerna men ska inte ses som en del av civilt försvar.

^c Även sjukvårdsmateriel behöver lagras men utredningen saknar i nuläget underlag för beräkning.

Utbildning och övning

Området utbildning och övning bedöms behöva ett tillskott på 747 miljoner kronor under försvarsbeslutsperioden. Nationellt bedöms det behöva avsättas 115 miljoner kronor för framtagande av nationella utbildnings- och övningsplaner inklusive 100 miljoner kronor för hälso- och sjukvårdssektorns deltagande i två nationella samverkansövningar motsvarande TFÖ. Vidare bedöms kommuner och regioner behöva tillföras 500 miljoner kronor under perioden för utbildning och övning kopplat till civilt försvar.

Utredningen bedömer vidare att det behöver avsättas 46 miljoner kronor för att kunna genomföra konkreta utbildningar i krigskirurgi och vård kopplat till effekterna av CBRN-stridsmedel.

För att ytterligare öka kunskapen om och förmågan till första hjälpen hos allmänheten bedömer utredningen att det behöver avsättas 85 miljoner kronor till utbildning.

Tabell 10.7 Budgeteffekter för staten, området utbildning och övning (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Nationell samordning av utbildning och övning	11	2	52		50	115	100
Regional och lokal utbildning och övning	100	100	100	100	100	500	500
Kunskapsmål för katastrofmedicin i grundutbildningar	1					1	
Nationella kurser i krigskirurgi och CBRN	2	11	11	11	11	46	55
Utbildning av allmänheten i första hjälpen	10	15	15	20	25	85	100
Totalt	124	128	178	131	186	747	755

10.3 Sammanställning av kostnader

De olika satsningar som utredningen har bedömt bör genomföras medför, utöver ovan redovisade budgeteffekter, även kostnader för staten, kommuner och regioner. Nedan redovisas en sammanfattning

av dessa kostnader. För en närmare redogörelse om de olika kostnadseffekterna hänvisas till respektive kapitel där åtgärderna avhandlas.

Genomförs samtliga åtgärder som presenteras i detta betänkande bedöms kostnader om totalt 568 miljoner kronor uppkomma för staten under försvarsbeslutsperioden 2021–2025. Under samma period bedöms genomförandet av åtgärderna totalt medföra kostnader för kommuner med 650 miljoner kronor och för regionerna med 1 210 miljoner kronor.

De kostnader som redovisas består bl.a. av kostnader för sådant utrednings-, planerings- och utbildningsarbete som behöver genomföras under perioden, men även kapitalbindningskostnader och avskrivningskostnader för sådana investeringar som bedöms behöva genomföras. Utgångspunkten är att staten ersätter kommuner och regionerna för sådana kostnader som uppkommer med anledning av civilt försvar. Det ligger i sakens natur att ett statligt investeringsstöd är förknippat med avskrivningskostnader hos kommuner och regionerna när de genomfört investeringen. Sådana investeringskostnader kopplade till de stöd som föreslås är inkluderade i tabellerna men föreslås inte ersättas av staten.

Hur kostnaderna fördelar sig mellan de olika åtgärderna framgår av tabellerna nedan.

Tabell 10.8 Kostnader för staten (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Kommuner och regioners arbete med krigsorganisation	-	-	-	-	-	-	-
Utökning av vårdplatser	-	-	-	-	-	-	-
Prehospitala förstärkningsresurser ^a	3	3	3	3	3	13	13
Laboratorieresurser	3	3	3	3	3	15	-
Masskadeplanering	2	2	-	-	-	4	-
Programmet SSIK	4	4	4	4	4	20	20
Skyddade vårdlokaler	1	-	-	-	-	-	-
Samordning av sjuktransporter	-	-	2	-	20	22	-
Förstärkning av sekundärtransporter	-	2	2	2	-	6	-
Kartläggning av produktion av läkemedel och sjukvårdsmateriel	2	2	2	-	-	6	-
Lagringsskyldighet för läkemedel ^b	-	-	-	19	19	38	95
Beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel ^c	17	15	15	15	15	78	77
Tillverkningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel	-	4	4	4	100	112	-
Förstärkningar av blodverksamheten	4	1	1	1	1	8	-
Nationell samordning av utbildning och övning	11	2	52	-	50	115	100
Regional och lokal utbildning och övning	-	-	-	-	-	-	-
Kunskapsmål för katastrofmedicin i grundutbildningar	1	-	-	-	-	-	-
Nationella kurser i krigskirurgi och CBRN	2	11	11	11	11	46	55
Utbildning av allmänheten i första hjälpen	10	15	15	20	25	85	100
Totalt	60	64	114	82	251	568	460

^a Den årliga kostnaden är 2,5 miljoner kronor men i tabellen redovisas detta avrundat till heltal.

^b Även sjukvårdsmateriel behöver lagras men utredningen saknar i nuläget underlag för beräkning. Kostnaden baserad på en ersättning motsvarande en kapitalbindningskostnad på 2 procent.

^c Kostnaden baseras på en medelavskrivningstid på 15 år.

Tabell 10.9 Kostnader för regioner (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Kommuner och regioners arbete med krigsorganisation	100	100	100	100	100	500	500
Utökning av vårdplatser	12	20	16	24	32	104	280
Prehospitala förstärkningsresurser	-	-	-	13	14	28	46
Laboratorieresurser	-	-	-	-	-	-	-
Masskadeplanering	-	-	12	12	-	24	-
Programmet SSIK ^b	-	1	3	7	15	26	195
Skyddade vårdlokaler ^b	-	2	4	6	8	20	40
Samordning av sjuktransporter	-	5	3	2	-	10	-
(Förstärkning av sekundärtransporter	-	-	-	18	18	36	-
Kartläggning av produktion av läkemedel och sjukvårdsmateriel	-	-	-	-	-	-	-
Lagringsskyldighet för läkemedel ^a	-	-	-	6	6	12	29
Beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel	-	-	-	-	-	-	-
Tillverkningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel	-	-	-	-	-	-	-
Förstärkningar av blodverksamheten	-	25	25	25	25	100	-
Nationell samordning av utbildning och övning	-	-	-	-	-	-	-
Regional och lokal utbildning och övning	70	70	70	70	70	350	350
Kunskapsmål för katastrofmedicin i grundutbildningar	-	-	-	-	-	-	-
Nationella kurser i krigskirurgi och CBRN	-	-	-	-	-	-	-
Utbildning av allmänheten i första hjälpen	-	-	-	-	-	-	-
Totalt	182	223	233	283	288	1 210	1 440

^a Även sjukvårdsmateriel behöver lagras men utredningen saknar i nuläget underlag för beräkning.^b Kostnaden baseras på en medelavskrivningstid på 25 år.

Tabell 10.10 Kostnader för kommuner (totalt, miljoner kronor)

	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025	2026–2030
Kommuner och regioners arbete med krigsorganisation	100	100	100	100	100	500	500
Utökning av vårdplatser	-	-	-	-	-	-	-
Prehospitala förstärkningsresurser	-	-	-	-	-	-	-
Laboratorieresurser	-	-	-	-	-	-	-
Maskadeplanering	-	-	-	-	-	-	-
Programmet SSIK	-	-	-	-	-	-	-
Skyddade vårdlokaler	-	-	-	-	-	-	-
Samordning av sjuktransporter	-	-	-	-	-	-	-
Förstärkning av sekundärtransporter	-	-	-	-	-	-	-
Kartläggning av produktion av läkemedel och sjukvårdsmateriel	-	-	-	-	-	-	-
Lagringsskyldighet för läkemedel ^a	-	-	-	-	-	-	-
Beredskapslagring av läkemedel och sjukvårdsmateriel	-	-	-	-	-	-	-
Tillverkningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel	-	-	-	-	-	-	-
Förstärkningar av blodverksamheten	-	-	-	-	-	-	-
Nationell samordning av utbildning och övning	-	-	-	-	-	-	-
Regional och lokal utbildning och övning	30	30	30	30	30	150	150
Kunskapsmål för katastrofmedicin i grundutbildningar	-	-	-	-	-	-	-
Nationella kurser i krigskirurgi och CBRN	-	-	-	-	-	-	-
Utbildning av allmänheten i första hjälpen	-	-	-	-	-	-	-
Totalt	130	130	130	130	130	650	650

^a Även sjukvårdsmateriel behöver lagras men utredningen saknar i nuläget underlag för beräkning.

10.3.1 Ekonomiska effekter och konsekvenser för myndigheter

Socialstyrelsen

En stor del av det arbete som utredningen bedömt behöver utföras på nationell nivå, föreslås genomföras av Socialstyrelsen. Ansvaret för en del av detta arbete framgår redan tydligt i myndighetens uppdrag enligt förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen, en del av dessa uppdrag skulle kunna tolkas in i instruktionen och andra kräver specifika uppdrag. Därutöver har myndigheten redan i dag regeringsuppdrag inom detta område som ska slutredovisas under år 2020.

Utredningen bedömer att den återupptagna totalförsvarsplaneringen medför att Socialstyrelsen behöver ta en mer aktiv roll som samordnande aktör på flera områden inom katastrofmedicin och hälso- och sjukvård i kris och krig. För att möjliggöra detta kan myndighetens förvaltningsanslag behöva utökas i viss mån. En sådan ökning kan lämpligen utformas på liknande sätt som har gjorts gentemot länsstyrelserna, dvs. en delfinansiering av tjänster som kopplas till krav på uppföljning. Det kan inte heller uteslutas att en del av det arbete som behöver genomföras initialt kan lösas genom specifika regeringsuppdrag, men utredningen avser i sitt fortsatta arbete att se över behoven att ändra myndighetens instruktion.

Utredningen om civilt försvar, som ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 mars 2021, ska lämna förslag till en sektorsindelning för civilt försvar. Detta kan komma att påverka omfattningen av Socialstyrelsens framtida uppdrag.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen tillförs 5 miljoner kronor per år i förvaltningsanslaget för arbete med totalförsvaret och ytterligare 2,5 miljoner kronor per år för förvaltningen av den nationella förstärkningsresursen. Utöver detta bedöms Socialstyrelsen behöva få 100 miljoner kronor för särskilda regeringsuppdrag under försvarsbeslutsperioden.

Andra myndigheter

Utredningen bedömer att MSB behöver tilldelas 11 miljoner och Försvarsmakten och Sjöfartsverket en (1) miljon vardera samt Läkemedelsverket sex (6) miljoner kronor för särskilda uppdrag. Vidare bör

MSB tilldelas 85 miljoner kronor för att utbilda allmänheten i första hjälpen. Folkhälsomyndigheten bör tilldelas medel för investering i en mobil laboratorieresurs. För förvaltningen av denna behöver myndigheten få en förstärkning av förvaltningsanslaget med 2,5 miljoner kronor per år.

Den myndighet som regeringen bedömer lämplig bör inrätta programmet SSIK. Utredningen bedömer att det för programmets förvaltning behöver avsättas 4 miljoner kronor årligen. Därutöver behöver den aktuella myndigheten tilldelas 375 miljoner kronor som efter ett ansökningsförfarande fördelas som stöd för robust byggande samt 200 miljoner kronor för att användas för upprustning av skyddade lokaler.

10.3.2 Kostnader för kommuner och regioner

Hälsa- och sjukvården bedrivs i till den allra största delen i kommuner och regioner. Det är därför naturligt att många av de åtgärder som behöver vidtas på ett eller annat sätt påverkar kommuner och regioner. Utredningen bedömer att kommuner och regionerna behöver tillföras medel för fortsatt arbete med krigsorganisation. Det behöver under perioden avsättas totalt 500 miljoner vardera för kommunernas och regionernas arbete med planering och förvaltning av krigsorganisationer. I detta ingår att arbeta med att genom avtal, planering för omställning av verksamhet m.m. säkra tillgången till privata aktörer till vilka det finns ett stort beroende.

Regionerna behöver också stöd för att kunna öka kapaciteten genom att dubblera antalet vårdplatser. Utredningen bedömer att det behöver avsättas 24 miljoner för kartläggning och 480 miljoner kronor behöver tillföras och investeras under perioden. För att ytterligare förstärka den prehospitala verksamheten bör regionerna få dela på 50 miljoner kronor för att bygga upp prehospitala förstärkningsresurser mot slutet av försvarsbeslutsperioden. En annan viktig åtgärd under perioden är återinrättandet av programmet SSIK som innebär att rådgivning, vägledning och investeringsstöd återupptas. Utredningen föreslår att 375 miljoner avsätts för investeringsstöd under perioden. Därtill bör ytterligare 200 miljoner avsättas för upprustning kopplat till befintliga skyddade lokaler.

Utredningen bedömer vidare att regionerna behöver tillföras 10 miljoner för arbete med att kartlägga förmågan avseende sjuktransporter och ytterligare 36 miljoner för att påbörja arbetet med att bygga upp förmågan till sekundärtransporter mot slutet av perioden.

På försörjningsområdet behöver beredskapen stärkas generellt. Utredningen föreslår i kapitel 8 ett system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel i stort. Det är utredningens bedömning att regionerna själva behöver vidta vissa åtgärder, framför allt avseende försörjningen i vardagen för att leva upp till bl.a. hälso- och sjukvårdslagens krav. I kapitel 8 framgår vad det skulle innebära för regionerna att utöka lagerhållningen till en månads omsättningslagring. Inköp av omsättningslager innebär kapitalbindning, men om lagren kan användas effektivt, och kassationen minimeras, är kostnaderna relativt små. En månads omsättningslagring skulle innebära att regionerna behöver köpa in läkemedel och sjukvårdsmateriel för motsvarande en knapp miljard, men kostnaden för lagret bedöms till cirka 30 miljoner kronor årligen. Därutöver tillkommer kostnader för lagring och hantering. Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma till frågan om lagringsskyldighet som bör ersättas av staten. För detta ändamål har utredningen bedömt att medel för att köpa in läkemedel för 290 miljoner kronor behöver reserveras mot slutet av försvarsbeslutsperioden.

Utredningen bedömer också att regionerna under försvarsbeslutsperioden bör tillföras 100 miljoner kronor för arbete med att stärka blodverksamheterna.

Utbildning och övning inför de särskilda krav som kriget medför är eftersatt. Utredningen bedömer därför att kommuner tillförs 150 miljoner kronor och regionerna 350 miljoner kronor för utbildning och övning.

10.3.3 Övriga kostnader

Utredningen har bedömt att det behöver avsättas 12 miljoner kronor för ett inledande utredningsarbete kring tillverkningsberedskap och 100 miljoner kronor i slutet av försvarsbeslutsperioden för genomförande. Dessa projekt behöver med stor sannolikhet genomföras brett mellan Läkemedelsverket och berörda branschorganisationer och företag. Formerna för detta behöver utredas vidare.

10.3.4 Kostnader för områden som tagits upp av andra aktörer

Utredningen noterar att Försvarsberedningen har beräknat kostnaderna för föreslagen organisation och ledningsstruktur för civilt försvar till cirka 550 miljoner kronor årligen från 2021.³ Dessa kostnader omfattar organisation och ledning hos MSB, sektorsansvariga myndigheter, länsstyrelser och kommuner, men inte motsvarande kostnader hos regioner. Skälen till att regionernas kostnader inte inkluderades i denna beräkning framgår inte av Försvarsberedningens beräkningar. Utredningen kan konstatera att inte heller MSB har kommenterat detta i sin analys av Försvarsberedningens förslag.

MSB har i sitt underlag också begärt pengar för genomförande av två nationella samverkans- och totalförsvarsövningar under kommande försvarsbeslutsperiod. Även i detta sammanhang omnämns kommunerna separat, men finansieringen av regionernas deltagande nämns inte. Det är därför oklart om detta ska finansieras på annat sätt.

10.4 Konsekvenser av att inte vidta åtgärder

De bedömningar som utredningen gör pekar på flera konkreta behov av åtgärder hos myndigheter, kommuner och regioner. De pekar också på flera ytterligare utredningsbehov. Dessa åtgärder och utredningar kräver finansiering. Som alltid råder en konkurrens om tillgängliga resurser. Det är därför viktigt att försöka skapa största möjliga nytta av de resurser som tas i anspråk. Beredskap är en försäkringslösning som många gånger inte kommer till användning och innebär per se att resurser binds upp från dess alternativa användning. Alternativkostnaderna för att inte avsätta resurser för en tillräcklig beredskap kan dock bli höga. En dålig beredskap kan också på ett mänskligt plan leda till svåra konsekvenser. Givet det säkerhetspolitiska läget och förändringarna i vår omvärld står det ändå helt klart att beredskapen inom hälso- och sjukvården behöver förbättras. Detta har inte minst framkommit genom de utmaningar som hälso- och sjukvården nu ställs inför under den pågående pandemin. Samtidigt är det viktigt att de resurser som används inte urholkar möjligheterna att utföra den sjukvård som behöver utföras i vardagen. Sjukvårdens möjligheter att ur ett kunskaps- och verksamhetsperspektiv erbjuda mer och

³ Försvarsberedningen, *Motståndskraft* (Ds 2017:66), s. 103.

bättre vård till fler är i princip oändliga. Detta begränsas av tillgängliga medel och tillgången på personal. Det är ändå utredningens uppfattning att de åtgärder som tas upp i betänkandet är sådana som till stor del inte bara har betydelse för civilt försvar utan också för vardagen, krisberedskapen och den katastrofmedicinska beredskapen. Flera av åtgärderna är också sådana att de innebär förbättringar i vardagen, även om utredningen inte nu kunnat kvantifiera detta i ekonomiska termer. Förmågan att hantera skottskador, att stå emot försörjningsstörningar och kunna växla upp under en pandemi kommer bli bättre. Detta är också händelser som är fullt realistiska ur ett vardagsperspektiv.

Hälso- och sjukvården konkurrerar inte bara med sig själv avseende tillgången på tillgängliga medel. Det är också en konkurrens mellan olika sektorer inom ramen för civilt försvar. Hälso- och sjukvård är ytterst en garanti för befolkningens överlevnad. Hälso- och sjukvårdens förmåga har avgörande betydelse för tilltron till vårt samhälle och statsledningen. Därmed har hälso- och sjukvården jämte Försvarsmakten en särställning i krig. Försvarsmakten är helt beroende av hälso- och sjukvårdens stöd i händelse av krig. Det innebär att det också är rimligt att avsätta en stor del av de medel som finns för civilt försvar för just hälso- och sjukvårdens behov.

10.5 Prioritering av åtgärder

Utredningen bedömer det som högt prioriterat att i det kommande försvarsbeslutet fastställa en målsättning för den civila hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig. En sådan målsättning är central och vägledande för kommuners, regioners, privata aktörers och statliga myndigheters fortsatta arbete med civilt försvar och ger en gemensam utgångspunkt för det fortsatta planeringsarbetet.

Utredningen bedömer vidare att det är mycket viktigt att regionerna snarast påbörjar arbetet med att stärka den egna försörjningsberedskapen. Brister i försörjningen har visat sig både för läkemedel och sjukvårdsmateriel i vardagen. Det globala beroendet i försörjningskedjan har aktualiserats än mer under den senaste tidens smittutbrott med Coronavirus. Genom en god egen beredskap minskar regionerna direkt risken att påverkas av olika störningar, satsningar som med stor sannolikhet också direkt ger vinster i vardagen, inte

minst bland personalen som lägger mycket tid på att söka efter ersättningsvaror. Utredningen framhåller att det också behöver vidtas andra åtgärder på statlig nivå, men att delar av dessa kräver ett fortsatt utredningsarbete och därför inte kan genomföras nu. Det finns dock skäl att påbörja arbete med vissa statliga delar av det system som utredningen föreslår.

Utredningen bedömer också satsningar på att ta fram nationellt stöd för utbildning och övning som högt prioriterade. Dessa stöd ger det ramverk som krävs för att alla kommuner och regioner ska arbeta i samma riktning. Utredningen vill särskilt framhålla vikten av ett införande av obligatorisk utbildning i katastrofmedicin i läkar- och sjuksköterskeutbildningen. Ett sådant införande ger i framtiden en gemensam lägstanivå där andra nationella och regionala utbildningar kan ta vid, men det tar tid. Från det att utbildningen införs tar det 4–6 år innan de första studenterna når arbetsmarknaden.

Regionernas möjligheter att öka sin förmåga i situationer när samhället utsätts för påfrestningar av olika slag är naturligtvis också högt prioriterad. Utredningen har lämnat förslag på flera åtgärder på området. Att bygga förmåga tar tid och måste därför genomföras succesivt. Det kan dock konstateras att med rätt utbildad och övad personal, tillgång på läkemedel och sjukvårdsmateriel samt nödvändig medicinteknisk utrustning kan mycket åstadkommas även under enkla förhållanden.

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 samord-

ningen 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 krishanteringens 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.

Ansvar 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

utbytbara läkemedel och som är tillgänglig ska säljas under en viss månad.

Övrig lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet

Även annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap, exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659), lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

Övergripande bestämmelser om fredstida kriser och höjd beredskap

Regeringsformen

I 15 kap. regeringsformen finns bestämmelser om rikets styre vid krig och krigsfara. I 15 kap. finns bl.a. bestämmelser om sammankallande av riksdagen, förutsättningarna för krigsdelegationen att träda i riksdagens ställe samt om bildande av regering och om regeringens arbetsformer samt regeringens befogenheter om varken riksdagen eller krigsdelegationen till följd av krig eller krigsfara kan fullgöra sina uppgifter. Vidare framgår bl.a. att regeringen under vissa förutsättningar med stöd av bemyndigande i lag genom förordning kan meddela sådana föreskrifter i visst ämne som enligt grundlag annars ska meddelas genom lag. Regeringen kan även med stöd av riksdagens bemyndigande besluta att vissa uppgifter som enligt grundlag ska fullgöras av regeringen i stället ska fullgöras av en annan myndighet.

Lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

Lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH) syftar till att kommuner och landsting ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. De ska därigenom också uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar. Enligt 2 kap. 1 § ska kommuner och landsting bl.a. i en risk-

och sårbarhetsanalys analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Kommuner ska enligt 2 kap. 7 § inom sitt geografiska område verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet.

I kommuner och landsting ska det enligt 2 kap. 7 § finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Krisledningsnämnden får fatta beslut om att överta hela eller delar av verksamhetsområden från övriga nämnder i kommunen eller landstinget i den utsträckning som det är nödvändigt.

Enligt 3 kap. 1 § ska kommuner och landsting också vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser).

Kommuner och landsting får enligt 4 kap. 1 § på begäran lämna hjälp till andra kommuner och landsting som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om en kommun eller ett landsting har en för totalförsvaret viktig uppgift och denna blir oskäligt betungande till följd av krigsskada eller andra utomordentliga förhållanden som orsakats av krig eller krigsfara, är enligt 4 kap. 2 § kommuner och landsting skyldiga att lämna hjälp. I lagen finns även bestämmelser om vilken ersättning som den kommun eller landsting som lämnat hjälpen ska kunna få samt hur denna ersättning ska beräknas och betalas ut.

Lagen om totalförsvaret och höjd beredskap

I lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap anges att totalförsvaret är verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Totalförsvaret består enligt 1 § av militär verksamhet (militärt försvar) och civil verksamhet (civilt försvar). För att stärka landets försvarsförmåga kan beredskapen höjas. Höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap. Under högsta beredskap är totalförsvaret all samhällsverksamhet som då ska bedrivas.

Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om vilka särskilda åtgärder som vid höjd beredskap ska vidtas av kommuner och landsting samt de enskilda organisationer och företag som enligt överenskommelse eller på annan grund är skyldiga att fortsätta sin verksamhet i krig.

Åtgärder ska vidtas avseende bl.a. planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser.

Förordning om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap

Förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap innehåller bl.a. bestämmelser om att vissa utpekade myndigheter har ett särskilt ansvar för att planera och vidta förberedelser för att skapa förmåga att hantera en kris, förebygga sårbarheter och motstå hot och risker. Bestämmelserna gäller de myndigheter som anges i en bilaga till förordningen, länsstyrelserna samt i övrigt de andra myndigheter som regeringen meddelar föreskrifter om eller beslutar efter förslag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. I förordningen regleras bl.a. dessa aktörers samverkan, att de ska beakta behovet av forsknings- och utvecklingsinsatser och annan kunskapsinhämtning samt att de ska beakta behovet av säkerhet och kompatibilitet i nödvändiga tekniska system.

Övriga författningar som styr krisberedskapen och totalförsvaret

Det finns annan lagstiftning med bäring på beredskapsområdet och flera av dessa författningar kan ha bäring på hälso- och sjukvårdens beredskap. Exempelvis reglerar ransoneringslagen (1978:268) bl.a. handel i krig och ransoneringsbevis. I förfogandelagen (1978:262) finns regler kring förfogande av t.ex. fastigheter, lageranläggningar och transportmedel för att tillgodose totalförsvarets eller folkförsörjningens behov i krig.

Myndigheter med uppgifter som rör hälso- och sjukvårdens beredskap

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är enligt förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Enligt 8 § har myndigheten ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.

Vidare ska myndigheten enligt 9 § 1 medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, samt förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap samt samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.

Enligt 9 § 3 ska myndigheten på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Myndigheten har bl.a. övertagit vissa uppgifter som innan apoteksomregleringen utfördes av Apoteket AB enligt verksamhetsavtalet mellan staten och Apoteket AB. Sedan 2009 har myndigheten i uppdrag att upphandla 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 överlätas till Socialstyrelsen (S1999/4418/HS). Sedan slutet av 1990-talet har lagren anpassats till den då rådande hotbilden och successivt utvecklats.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ansvarar enligt 1 kap. 7 § smittskyddslagen (2004:168) för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.

Enligt 8 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska myndigheten övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap och inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap. Vidare ska myndigheten samordna beredskapen mot allvarliga hälsohot enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

Enligt 9 § i instruktionen ska myndigheten på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar. Som en del i beredskapen lagerhåller Folkhälsomyndigheten på regeringens uppdrag 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 skydds nivå 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 nöd-

vändiga förändringar för att möta samhällets samlade behov av sjukvård vid stora olyckor, katastrofer och krig. I projektets rapport från december 2017 ger myndigheterna förslag på utvecklingsområden. Myndigheterna har tagit fram rapporten på eget initiativ.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) redovisade i december 2017 ett uppdrag om hur den återupptagna planeringen för det civila försvaret bör utvecklas inom kommuner och landsting. Förslagen knyter an till det arbete inom krisberedskapen som redan pågår i kommuner och landsting och utgår från de krav som finns angivna i lagen (2006:544) och förordningen (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och vid höjd beredskap.

Försvarsberedningens rapport om totalförsvaret

Den 20 december 2017 överlämnade Försvarsberedningen i sin rapport Motståndskraft – inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66) förslag till planeringsförutsättningar för totalförsvaret. I rapporten bedömer Försvarsberedningen att ett väpnat angrepp mot Sverige inte kan uteslutas. I rapporten lämnas förslag som innebär att totalförsvaret ges en förbättrad förmåga och uthållighet att hantera ett väpnat angrepp och krig på svenskt territorium samt situationer med så kallad gråzonsproblematik. Förmågan att motstå allvarliga störningar i samhällets funktionalitet under tre månader samt krig under del av denna tid ska vara utgångspunkten för planeringen och grunden för totalförsvarets samlade förmåga. Förslagen bedöms också stärka den fredstida krisberedskapen.

Enligt rapporten är Försvarsmaktens sjukvårdsförmåga begränsad och det saknas utvecklade rutiner för samverkan mellan militär verksamhet och civil sjukvård i händelse av ett väpnat angrepp. Kapaciteten att ställa om den svenska sjukvården i händelse av krig måste förstärkas. Hänsyn bör även tas till möjliga störningar i försörjningen av el, vatten och läkemedel samt inom transportsektorn. Planeringen bör utgå från ett perspektiv där vården bedrivs enligt de särskilda vårdprinciper som gäller vid kris och krig. Vidare anser Försvarsberedningen att det krävs tydliga krav på landsting angående lager-

hållning för att säkerställa försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmaterial.

Försvarsberedningen påtalar att det, i syfte att åstadkomma en välvägd 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 för-

mågan i krigsförbanden från och med 2016 till och med 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 beslutsprocess införs för nationell högspecialiserad vård, som ersätter dagens samordning av rikssjukvården och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens pro-

position 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 beredskap måste landstingen kunna agera både självständigt och i samverkan med varandra och andra aktörer. Det förutsätter att det finns en upparbetad förmåga att samordna insatser, skapa gemensamma lägesbilder och bedriva effektiv ledning. För att upprätthålla dessa förmågor behövs en utbildnings- och övningsverksamhet som leder till att akutsjukvården bedrivs likriktat avseende rutiner, begrepp och dokumentation.

Utifrån ett totalförsvarsperspektiv har både Försvarmakten och den civila sjukvårdspersonalen ett stort behov av simuleringsövningar både på regional och nationell nivå. Dessutom krävs samträning och samövning med polisen och räddningstjänsten för att kunna arbeta effektivt i hotfulla miljöer i fredstid, vid gråzonsscenario samt vid höjd beredskap och krig. En betydande skillnad mellan hur sjukvården bedrivs i fredstid respektive höjd beredskap avgörs i det läge man väljer att tillämpa särskilda vårdprinciper i krig. Det är en omställning som får stor betydelse för vilken vård som ska prioriteras.

Transporter är en av de resurser som riskerar att vara begränsade vid allvarliga händelser i fredstid och än mer vid höjd beredskap. Möjligheterna till såväl primär- som sekundärtransporter av skadade är av stor betydelse för att ge en effektiv vård.

Sjukvårdens beredskap är också beroende av att det finns en robusthet i den infrastruktur som vården verkar i. Ett sådant exempel är it-systemen som hanterar uppgifter om bl.a. journaler, läkemedel och recept, vilka är viktiga ur ett beredskapsperspektiv. Att det finns en grundläggande informationssäkerhet på plats är avgörande för att verksamheten ska fungera vid en högre hotnivå.

Beroenden i förhållande till andra sektorer

Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap är i hög grad beroende av en robusthet i den grundläggande tekniska infrastrukturen med el, vatten och värme. Därutöver finns behov av transporttjänster för att hälso- och sjukvårdens delar ska kunna fungera tillsammans. Ytterligare beroenden finns avseende bl.a. livsmedelsförsörjning, tvättservice, renhållning och destruktion av farligt avfall samt begravningsväsendet.

För att kunna fullgöra sina uppgifter vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap behöver hälso- och sjukvården samverka med många olika aktörer i samhället, både inom offentlig och privat verksamhet. Kommunerna respektive länsstyrelserna, som har det geografiska områdesansvaret på lokal respektive regional nivå, har viktiga uppgifter för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvården att fungera.

Landstingens ansvar vid allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap är uppdelad på flera olika lagar

Ansvar för att bedriva hälso- och sjukvård i Sverige vilar enligt 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet på landstingen. Utifrån ansvarsprincipen samt skrivningar i HSL om katastrofmedicinsk beredskap innebär det att landstingen har ett omfattande ansvar för hälso- och sjukvården under kris, höjd beredskap och krig. I HSL finns bestämmelser om att landstingen ska planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Några bestämmelser som närmare anger vilket ansvar huvudmännen har för förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap finns inte i HSL.

I lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap anges att totalförsvaret är verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Enligt 7 § ska kommuner och landsting vid höjd beredskap vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom total-

försvaret. 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 läke-

medelsområdet. 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. Försvarmakten och övriga berörda myndigheter bedömdes i stället 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-in-time-leveranser. Det har även skett förändringar av utbudet av läkemedel. Det är inte heller ovanligt att det sker snabba förändringar av vilka läkemedel som är de rekommenderade behandlingsalternativen. En annan sådan förändring är systemet för generiskt utbyte av läkemedel på apoteken enligt vilket ett läkemedel tilldelas hela marknaden under en månad. Sammantaget leder dessa förändringar till att det i dag finns fler faktorer att ta ställning till när det gäller för vilka läkemedel som försörjningen behöver säkerställas.

Marknaden för läkemedelsdistributionen i Sverige domineras alltså av två aktörer. Dessa aktörer har sina lager på ett begränsat antal platser i landet. Leveranserna av läkemedel till apoteken sköts med lastbil och äger i normalfallet rum på vardagar. I samband med att apoteksmarknaden omreglerades bedömde regeringen i prop. 2008/09:145 att förutsättningarna ändrades och att en konkurrenssituation mellan flera olika distributörer torde uppkomma. Någon större förändring av marknadssituationen har dock inte setts sedan omregleringen. Partihandeln omfattas av en leveransskyldighet som innebär att den som har tillstånd att bedriva partihandel med läkemedel är skyldig att leverera till öppenvårdsapoteken de läkemedel som omfattas av tillståndet.

Det företag som innehar godkännandet för försäljning av ett läkemedel har ingen författningsreglerad skyldighet att tillhandla-

hålla 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 försörjningsbe-

redskap. 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 omfattades av Apoteket AB:s ensamrätt. Samtidigt fräntogs 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 Social-

styrelsen att merparten av nuvarande beredskapslagrad materiel är användbar i fredstida beredskap och i det återupptagna arbetet med totalförsvaret. 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 Läke- medelsverket att meddela sådana ytterligare föreskrifter.

Enligt 9 kap. 5 § smittskyddslagen får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Enligt 9 kap. 6 § smittskyddslagen får regeringen även meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet (se prop. 2003/04:30, s. 247).

För närvarande finns det alltså bemyndiganden att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården om landet kommer i krig eller krigsfara i tre lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet, varav två har bemyndiganden som särskilt avser allvarliga händelser i fredstid. Det saknas i dag möjlighet att meddela särskilda föreskrifter med stöd av uttryckliga beredskapsbemyndiganden i övrig lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet. De aktuella lagarna innehåller emellertid andra bemyndiganden. Bestämmelser som meddelas med stöd av sådana bemyndiganden kommer i normalfallet även att gälla under krig, krigsfara eller allvarliga händelser i fredstid.

Inget av de redovisade beredskapsbemyndigandena har legat till grund för några föreskrifter. Det råder viss osäkerhet kring vad som

krävs för att rekvisiten i bemyndigandena för allvarliga händelser i fredstid ska anses vara uppfyllda. Det utvecklas exempelvis inte närmare i förarbetena hur man ska avgöra om det finns ett ”nationellt perspektiv” på det sätt som krävs enligt dessa bemyndiganden. Förarbetsuttalandena till bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 HSL är kortfattande och ger inte mycket ledning kring hur bemyndigandet är avsett att tillämpas. Som utgångspunkt gäller att beredskapsföreskrifter kan meddelas i förväg. Utifrån det aktuella bemyndigandets ordalydelse kan man dock få intrycket att behovet av katastrofmedicinska insatser måste ha uppstått innan föreskrifterna får meddelas. Det är inte heller klart i alla delar hur beredskapsbemyndigandena förhåller sig till övriga bemyndiganden på hälso- och sjukvårdsområdet.

I nuläget råder det också osäkerhet kring hur de bemyndiganden som finns i bl.a. 6 kap. HSL skulle kunna tillämpas i praktiken och vilka effekter som de skulle kunna ge upphov till. En faktor som spelar in är tidsaspekten. Detta kan vara en begränsade faktor då många händelser kräver omedelbara insatser. I sådana situationer kan det, med tanke på den beslutsprocess som finns för ett meddela föreskrifter, vara svårt att hinna meddela föreskrifter som är anpassade för den händelse som inträffat. Slutligen kan det i ifrågasättas om det är lämpligt att en aktör, i detta fall staten, som saknar vana att operativt styra hälso- och sjukvården under normala förhållanden skulle ta på sig denna uppgift vid kris eller krig.

Det måste säkerställas att hälso- och sjukvården i krigssituationer och i fredstida krissituationer fungerar. Det är därför viktigt att de förutsättningar som finns vad gäller hälso- och sjukvården i krigssituationer och fredstida krissituationer är tillräckligt tydliga och att bestämmelserna på detta område kan tillämpas i praktiken. I annat fall finns det en risk att det skapas förväntningar på åtgärder som sedan aldrig kan genomföras. Det bör därför nogt övervägas om de nu redovisade särskilda bemyndigandena för krigs- och fredstida krissituationer är tillräckliga för de föreskrifter som krävs för att hantera sådana situationer. Dessa särskilda bemyndigandena måste analyseras tillsammans med övriga bemyndiganden som finns i lag och förordning och som kan ha relevans i nyss nämnda krissituationer. Nödvändiga bemyndiganden ska utformas så att de är tydliga.

Uppdraget

Övergripande om uppdraget

En särskild utredare ska göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas.

Syftet med uppdraget är att se över behoven av och inriktningen på de åtgärder som bör vidtas inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Vidare är syftet att föreslå en långsiktig och tydlig ordning för dessa insatser, säkerställa att det finns ett ändamålsenligt regelverk för att kunna vidta dessa åtgärder och vid behov förtydliga statens, landstingens och privata aktörers ansvar.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta de erfarenheter som finns från terroristattentatet på Drottninggatan i april 2017, terroristattentaten i andra europeiska länder, bl.a. Norge, Frankrike, Belgien och Storbritannien, samt andra allvarliga händelser i 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 strukturen av hälso- och sjukvården får konsekvenser för hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga kriser i fredstid och vid höjd beredskap och vid behov lämna förslag på hur detta bör hanteras. I relevanta delar bör även de behov som finns inom den kommunala hälso- och sjukvården beaktas.

Mot denna bakgrund ska utredaren lämna förslag på såväl övergripande inriktning som konkreta insatser och åtgärder för hur hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid ska kunna utvecklas.

Beredskap mot smittsamma sjukdomar och andra hälsohot

Utredaren ska analysera behoven av insatser för att ha en god beredskap mot smittsamma sjukdomar, inkl. zoonoser, och andra hälsohot. Analysen ska utgå från de utvärderingar som har gjorts av bl.a. hanteringen av ebolautbrottet i Västafrika 2014–2015 och 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 Forsvarsmakten 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 beredskapen inom hälso- och sjukvården, t.ex. i fråga om kritiska beroenden samt samordnings- och samverkansfrågor.

Vidare ska utredaren analysera behoven av rutiner och strukturer för ledning och samordning mellan Försvarsmakten och den civila sjukvården vid höjd beredskap och krig. Utredaren ska därvidlag beakta de förslag som Försvarsberedningen lämnat vad gäller regional organisation för det civila försvaret samt utvecklingen av de statliga myndigheters arbete och det fortsatta utredningsarbetet av bl.a. den planerade utredningen om ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar i dessa frågor.

Mot denna bakgrund ska utredaren lämna förslag på såväl övergripande inriktning som konkreta insatser och åtgärder för hur hälso- och sjukvårdens förmåga under höjd beredskap ska kunna utvecklas.

Försörjningen av läkemedel och annan sjukvårdsmateriel

Utredaren ska se över nuvarande ordning för att säkerställa att det finns tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser i fredstid respektive under höjd beredskap. I uppdraget ingår att analysera de förändringar som skedde i samband med omregleringen av apoteksmarknaden och de förändringar som apoteksmarknaden genomgått sedan dess. Utredaren ska även analysera de förändringar som i övrigt skett vad gäller landstingens försörjning av läkemedel i slutenvården och vad gäller medicintekniska produkter.

Mot denna bakgrund ska utredaren se över behoven av insatser för att säkerställa tillgången till läkemedel och annan hälso- och

sjukvårdsmateriel som är nödvändig inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Utgångspunkten ska vara att behoven så långt det är möjligt bör tillgodoses i den ordinarie försörjningskedjan. I uppdraget ingår att se över behoven av insatser för att inom såväl sluten- som öppenvården samt på grossistnivå och hos läkemedelsföretagen öka motståndskraften mot störningar i försörjningen av läkemedel och medicinteknik och dessutom få en försörjningskedja som kan ta höjd för ökade och specifika behov vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.

Vidare ska utredaren analysera behoven av och ändamålsenligheten hos den beredskapslagring som i dag sker i Socialstyrelsens, Folkhälsomyndighetens respektive i landstingens regi. I detta ingår att identifiera och pröva ändamålsenligheten hos alternativa modeller för att säkra tillgången till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel.

I uppdraget ingår att analysera vilka principer som bör gälla vid beslut om inriktning och dimensionering av insatserna för att säkerställa tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel. Utredaren ska särskilt beakta de principer som i stort styr prioriteringar inom hälso- och sjukvården, den s.k. etiska plattformen. Vidare ska utredaren lämna förslag på en ordning som möjliggör för samhället att ta ställning till vilka läkemedel som bör tillhandahållas och hur tillhandahållandet bör ske.

I uppdraget ingår att pröva om befintliga författningar som reglerar tillgång till och användning av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap är ändamålsenliga och vid behov lämna förslag till ändringar. I detta ingår också att pröva om det finns skäl att förtydliga statens, landstingens och privata aktörers ansvar att säkra tillgången till nödvändiga läkemedel eller annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga hälsohot i fredstid och höjd beredskap.

Utredaren ska analysera om det finns behov av att enligt författning kunna begränsa forskrivningsrätten eller kunna vidta andra åtgärder som syftar till att de läkemedel som det finns brist på kan användas på ett optimalt sätt vid allvarliga händelser i fredstid respektive under höjd beredskap.

I uppdraget ingår att lämna förslag på lagreglering av statens ansvar vad gäller försörjningen och finansieringen av vacciner vid influensapandemier.

Uppdraget omfattar inte läkemedel för djur.

Behov av att förtydliga huvudmännens ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap

Med utgångspunkt i ansvarsprincipen ska utredaren se över om landstingens ansvar för att vidta insatser och åtgärder inför, under och efter allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap bör förändras eller förtydligas. Vid behov ska utredaren även lämna förslag rörande förtydliganden eller förändringar av kommunernas ansvar för kommunal hälso- och sjukvård i dessa situationer. Utredaren ska särskilt beakta den uppdelning som i dag finns mellan lagstiftning inom hälso- och sjukvård och den lagstiftning som styr kommuners och landstings ansvar vid extraordinära händelser i fredstid och inför och under höjd beredskap. Särskilt vikt bör läggas vid landstingens ansvar att vidta förberedande insatser och åtgärder avseende allvarlig händelse i fredstid respektive höjd beredskap.

Behov av utökade möjligheter till samordning och samarbete mellan landstingen samt i förhållande till andra aktörer

Utredaren ska analysera det samarbete som landstingen i dag har med varandra vad gäller allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap och göra en bedömning av om detta samarbete är tillräckligt. Vid behov ska utredaren lämna förslag till hur detta samarbete bör utvecklas samt om nuvarande rättsliga förutsättningar för huvudmännen att samarbeta i denna typ av frågor är tillräckliga. Vid behov ska utredaren lämna förslag på en tydligare ordning för samarbete mellan landstingen inför, under och efter en händelse.

Utredaren ska även analysera det samarbete som landstingen i dag har med andra aktörer i beredskapssystemet. Utredaren ska bl.a. analysera om och i så fall hur samarbetet mellan landstingen och länsstyrelserna utifrån deras respektive ansvar för beredskapsfrågor bör utvecklas samt hur samarbetet mellan landsting och kommuner bör utvecklas, bl.a. i fråga om den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredaren ska även analysera hur samarbetet mellan landstingen och centrala myndigheter som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt Försvarsmakten bör utvecklas.

Utredaren ska särskilt beakta de förslag som Försvarsberedningen lämnat i fråga om regionalt samarbete samt i fråga om utvecklingen av vilket ansvar som statliga myndigheter bör ha för beredskapsfrågor.

Behov av att se över statens ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap

Utredaren ska, med utgångspunkt i ansvarsprincipen, se över statens ansvar för beredskapen inom hälso- och sjukvården och vid behov lämna förslag till förändringar eller förtydliganden av det statliga ansvaret. I detta ligger bl.a. att se över de statliga myndigheternas uppdrag inom området och vid behov lämna förslag till förändringar eller förtydliganden. Vidare ska utredaren se över behoven av att tydliggöra vilket stöd från staten som landstingen kan förvänta sig i arbetet med att förbättra beredskapen inom hälso- och sjukvården och vid behov lämna sådana förslag.

Privata aktörers ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap behöver ses över

Utredaren ska se över ansvaret för de delar av hälso- och sjukvården där privata aktörer har ett direkt ansvar, främst vad gäller för försörjningen av läkemedel i öppenvården och delar av den övriga läkemedelskedjan. Vid behov ska utredaren lämna förslag till förtydliganden eller förändring av ansvaret i läkemedelskedjan för läkemedelstillverkare, partihandlare samt öppenvårdsapotek och andra privata aktörer i apoteksledet.

Utredaren ska kartlägga i vilken utsträckning hälso- och sjukvården i övrigt är beroende av privata aktörer för att kunna hantera allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap. Kartläggningen ska bl.a. belysa om det finns områden, t.ex. transporter, försörjningen av läkemedel till sjukhus, försörjningen av medicinteknisk utrustning och försörjning av andra varor, där beroendet är särskilt

stort. Kartläggningen bör även avse sjukhus och andra hälso- och sjukvårdsinrättningar som drivs av privata aktörer.

Utredaren ska kartlägga vilka krav landstingen i nuläget ställer på privata aktörer vid allvarliga händelser i fredstid och vid höjd beredskap samt om och i så fall hur dagens situation påverkar hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera sådana händelser. Vid behov ska utredaren se över vilka krav som bör ställas på privata aktörer i denna typ av situationer och vilka förutsättningar som gäller för landstingen om de vill ställa sådana krav. Vid behov ska utredaren lämna förslag till förändringar.

En ändamålsenlig reglering för allvarliga händelser i fredstid respektive höjd beredskap

Utredaren ska analysera om befintliga författningar av betydelse för beredskap inom hälso- och sjukvården i fredstid och under höjd beredskap är ändamålsenliga. Vid behov ska utredaren lämna förslag till ändringar i syfte att säkerställa att det finns ett ändamålsenligt regelverk för att kunna vidta nödvändiga åtgärder.

I uppdraget ingår att se över behoven av en mer flexibel lagstiftning vid allvarliga hälsohot med konsekvenser för samhället. Utredaren ska bl.a. pröva om enbart vissa av smittskyddslagens bestämmelser bör vara tillämpliga vid en viss allmänfarlig sjukdom i vissa situationer.

I uppdraget ingår att se över behovet av beredskapsbemyndiganden. I detta ingår särskilt att analysera vilka praktiska, 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. Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Om betänkandet innehåller förslag till nya eller ändrade regler ska förslagets 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 leverantörbyten och behovet av lagerhållning hos hälso- och sjukvården. Det kan inte uteslutas att liknande problem kan uppstå i läkemedelsförsörjningen, även om det finns skillnader i regelverk och distributionsvägar jämfört med distributionen av hälso- och sjukvårdsmaterial.

Utredningens uppdrag enligt de ursprungliga direktiven (dir. 2018:77) handlar om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Regeringen bedömer att uppdraget bör utvidgas till att omfatta situationer där det inte finns några yttre störningar i samhället som inverkar negativt på försörjningen av läke-medel 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)

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelse av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.
20. Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. Fi.
21. Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. Ku.
22. Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. Fi.
23. Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]
- Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]
- Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]
- Grönt sparande. [17]
- Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. [20]
- Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. [22]

Infrastrukturdepartementet

- Framtidens järnvägsunderhåll. [18]

Justitiedepartementet

- Skärpta regler om utländska månggiften. [2]
- Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]
- Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetspekter. [16]

Kulturdepartementet

- Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. [21]

Miljödepartementet

- Hållbar slamhantering. [3]
- Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]
- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]
- Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Näringsdepartementet

- Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]
- Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Socialdepartementet

- Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]
- En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]
- Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]
- Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]
- God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]
- Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. [23]