Hälso- och sjukvårdens beredskap

– struktur för ökad förmåga

Del 1

Slutbetänkande av
Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap

Stockholm 2022

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2022:6

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

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-525-0321-8 (tryck)
ISBN 978-91-525-0322-5 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

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

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

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

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

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

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

Stockholm i februari 2022

Åsa Kullgren

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

Innehåll

DEL 1

Sammanfattning 21

1 Författningsförslag 41

1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) 41

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap 42

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap 43

1.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 44

1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 45

1.6 Förslag till förordning om viss planering av hälso- och sjukvård och om tjänsteman i beredskap 52

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. 54

1.8 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100) 55

1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen 58

2 Utredningens uppdrag och arbete 61

2.1 Utredningens uppdrag har förändrats 61

2.2 Många uppdrag till andra aktörer har initierats under utredningstiden 62

2.3 Det övergripande systemet saknas 64

2.4 Kommunal hälso- och sjukvård har nära samband med socialtjänst/omsorg 66

2.5 Utredningens arbetssätt 67

3 Allmänt om staten, kommuner, regioner och hälso- och sjukvård 69

3.1 Sverige ur ett organisationsperspektiv 69
3.1.1 Normgivning 72
3.1.2 Förvaltningsmyndigheters självständighet och myndighetsutövning 73
3.1.3 Övergripande om regioner och kommuner 74
3.1.4 Kommunallagen 80

3.2 Samhällets krisberedskap 87
3.2.1 Krisberedskap bygger på daglig verksamhet 88
3.2.2 Krisberedskap kan delas in i olika nivåer 90
3.2.3 Grundläggande principer för krisberedskap 110
3.2.4 Geografiskt områdesansvar 113

3.3 Totalförsvar 115
3.3.1 Totalförsvaret 2021–2025 118
3.3.2 Gråzon och hybridhot – mellan krig och fred 121
3.3.3 Planering av totalförsvaret 123

3.4 Särskilt om samverkan och samordning 126
3.4.1 Allmänt om samordning av verksamheter 126
3.4.2 Samordningsansvar för hälso- och sjukvården 131
3.4.3 Samverkansområden eller beredskapssektorer 133
3.4.4 Strukturer för samverkan och samordning inom hälso- och sjukvårdssektorn 138

3.5 Hälso- och sjukvårdsområdet 155
3.5.1 Vårdens utveckling och nya utmaningar som måste hanteras 160
3.5.2 Regionernas och kommunernas ansvar att erbjuda vård 161
3.5.3 Smittskydd och internationella hälsohot 166
3.5.4 Styrning och ledning av hälso- och sjukvård 168
3.5.5 Särskild sjukvårdsledning 172
3.5.6 Krisledningsnämnd 177
3.5.7 Ledning och beslutsförhet vid höjd beredskap 178

4 Utmaningar för hälso- och sjukvården i kris och krig ... 183

4.1 Allmänna utgångspunkter beträffande planering av hälso- och sjukvård 184
4.1.1 Planeringbestämmelser för hälso- och sjukvård 189
4.1.2 Planering för katastrofmedicinsk beredskap 191
4.1.3 Behov av nya lagbestämmelser avseende kommuners och regioners planering 208
4.1.4 Ytterligare föreskrifter om planering 216
4.1.5 Behovet av ytterligare föreskrifter om planering och frågor om bemyndiganden 219
4.1.6 Planeringsunderlag på hälso- och sjukvårdsområdet 224
4.1.7 Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering 237
4.1.8 Planeringsansvisningar för totalförsvaret 248

4.2 Ledning och styrning av hälso- och sjukvård 265
4.2.1 Kommuner och regioner måste kunna leda sina organisationer 265
4.2.2 Särskild ledning av hälso- och sjukvård 268
4.2.3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap 272
4.2.4 Behovet av ytterligare bestämmelser avseende planering för samverkan och ledning samt larmfunktioner 289
4.2.5 En aktuell uppfattning av läget utgör grunden för beslut 290

4.2.6 Den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten och samordning av sjukvården i totalförsvaret 308

4.3 Rapportering 310
4.3.1 Problem med dagens bestämmelser 313
4.3.2 Vilka krav bör ställas på rapportering? 318
4.3.3 Behov av lägesbilder över hälso- och sjukvård 324

4.4 Ledning och hjälp 327
4.4.1 Allmänt om hjälpbehov i hälso- och sjukvården 328
4.4.2 Stöd till hjälpbehövande kommuner och regioner 330
4.4.3 Behovet av strukturer för samordning av hjälp från stat, kommun och region 339
4.4.4 Utredningens bedömning avseende ledning och hjälp 342

4.5 Finansiering av hälso- och sjukvårdens beredskap 346

4.6 Andra utmaningar avseende hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera kris och krig 353
4.6.1 I höjd beredskap och krig minskar personalen i den civila sjukvården 355
4.6.2 Kriser och krig kan leda till befolkningsomflyttning 357

5 Planering, ledning och samverkan vid fredstida kriser och krig 363

5.1 Bestämmelser om planering 363
5.1.1 Ytterligare föreskrifter om planering och särskild larmfunktion 369
5.1.2 Skyldighet att följa planeringsanvisningar, vidta åtgärder och lämna uppgifter avseende totalförsvar 382
5.1.3 Nya och ändrade bemyndiganden om viss planering 386

5.2 Andra bestämmelser av betydelse för bl.a. planering 388
5.2.1 Inrättande av ett beredskapsråd 388
5.2.2 Erfarenhetsåterföring 402

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

5.4 Kommuner och regioners roll i totalförsvarsplaneringen .. 434

DEL 2

6 Förmåga att möta ökade och särskilda behov 443

6.1 Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov 443
6.1.1 Förmågan att plötsligt öka kapaciteten 445
6.1.2 Andra pågående arbeten 447

6.2 Robust verksamhet 449
6.2.1 Sjukvårdens beroende av informations- och kommunikationssystem samt digitalisering 450
6.2.2 Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig .. 457
6.2.3 Robusta sjukhusbyggnaden 458

6.3 1177 Vårdguiden 459
6.3.1 Vad är 1177 Vårdguiden? 460
6.3.2 1177 Vårdguiden har en viktig funktion vid påfrestningar på sjukvården 462
6.3.3 Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 465

6.4 Beroenden till privata aktörer 467
6.4.1 Kommuners och regioners avtal med privata aktörer 469
6.4.2 Avtalen behöver utvecklas 474

6.5 Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser 480
6.5.1 Ansvarsfördelning inom CBRN(E)-området 482
6.5.2 Hälso- och sjukvård vid CBRN-händelser 487
6.5.3 Hälso- och sjukvårdens förmåga och kunskap om CBRN-händelser behöver öka 495

6.6 Blodverksamhet ... 498
6.6.1 Blod är livsviktigt ... 499
6.6.2 Blodgivning och hållbarhet ... 500
6.6.3 Organisation för blodverksamhet ... 504
6.6.4 Blodverksamhet behöver upprätthållas ... 508
6.6.5 Försvarsmaktens behov av blod ... 513

6.7 Hantering av avlidna ... 514
6.7.1 Konstaterande av dödsfall ... 515
6.7.2 Avlidna måste identifieras ... 517
6.7.3 Begravning ... 518
6.7.4 Närmare om dödsfall i utlandet ... 519
6.7.5 Särskilt om risker i samband med dödsfall under vissa omständigheter ... 521
6.7.6 Utredningens överväganden och förslag ... 523

7 Förstärkningsresurser och internationella samarbeten .. 527

7.1 Förstärkningsresurser i regioner och kommuner ... 528
7.1.1 Förstärkningsresurser avsedda för sjukhus och vårdinrättning ... 530
7.1.2 Prehospitala förstärkningsgrupper ... 533
7.1.3 Krisstöd ... 540

7.2 Nationella möjligheter att förstärka hälso- och sjukvårdens förmåga ... 547
7.2.1 Samverkan och ledning ... 547
7.2.2 Statliga beredskapslager för hälso- och sjukvård ... 547
7.2.3 Kunskapsstöd ... 550
7.2.4 Socialstyrelsens nationella förstärkningsresurs för traumavård ... 552
7.2.5 Förstärkningsresurser för laboratorieverksamhet ... 554
7.2.6 Förstärkningsresurser för sjuktransporter ... 558
7.2.7 Prioritering av statliga verksamheter ... 568

7.3 En nationell sammanställning av förstärkningsresurser ... 569

7.4 Hälso- och sjukvård som en del av svenska insatser utomlands ... 571
7.4.1 Hälso- och sjukvårdsinsatser utomlands ... 572
7.4.2 Utmaningar med nuvarande beredskap ... 575
7.4.3 Bättre beredskap för insatser utomlands ... 581
7.4.4 Nationella stödresurser på sjukvårdsområdet bör kunna användas både nationellt och internationellt ... 588

7.5 Internationella samarbeten och stödresurser ... 598
7.5.1 Möjligheterna till internationellt stöd är begränsade ... 599
7.5.2 Samarbete i Norden och Sveriges närområde ... 600
7.5.3 EU-gemensamma stödresurser och andra initiativ ... 609
7.5.4 FN och dess fackorgan WHO ... 617
7.5.5 Nato ... 619

8 Personalförstärkning ... 627

8.1 Personaltillgången i totalförsvaret ... 632
8.1.1 Totalförsvarsplikten ... 633
8.1.2 Särskilda aspekter på personalförstärkning i höjd beredskap ... 638

8.2 Metoder för att öka personalresurser ... 645
8.2.1 Grundbemanningen har avgörande betydelse ... 647
8.2.2 Omfördela egen personal ... 649
8.2.3 Minskning av vårdutbudet för att frigöra personal ... 653
8.2.4 Sträcka kompetensen ... 654
8.2.5 Kompletteringsutbilda personal ... 657
8.2.6 Öka arbetstidsuttaget ... 661
8.2.7 Minskad personaltäthet ... 666
8.2.8 Pensionärer, studenter och personal från andra aktörer ... 669
8.2.9 Personal från bemanningsföretag ... 674
8.2.10 Internationellt samarbete ... 677
8.2.11 Stöd från frivilliga försvarsorganisationer och andra ideella organisationer ... 692

8.3 Förslag för en bättre personalförsörjning för hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig 702
8.3.1 Planera personalförsörjningen 703
8.3.2 Beredskapskontrakt 705
8.3.3 Andra förslag som har övervägts 710

8.4 Sammanfattning 711

9 Forskning, utbildning och övning 713

9.1 Flera aktörer har ansvar för utbildning och övning för fredstida kriser, höjd beredskap och krig 714
9.1.1 Ansvar för utbildning och övning finns på olika nivåer 715
9.1.2 Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal inom katastrofmedicin och krisberedskap i dag ... 725
9.1.3 Övningsverksamhet 728
9.1.4 Socialstyrelsen har pågående regeringsuppdrag inom området utbildning och övning 734

9.2 Nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial i katastrofmedicin och krisberedskap behöver tas fram och förvaltas 736
9.2.1 Det saknas kvalitetssäkrat nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial 737
9.2.2 Ansvaret för att ta fram utbildningar och övningar behöver tydliggöras 740
9.2.3 Det finns etablerade strukturer för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård 742

9.3 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning 745

9.4 Forskning och kunskapscentrum 750

10 Smittskydd och hälsohot 777

10.1 Utredningens uppdrag har förändrats 777

10.2 Högisoleringsvård 779
10.2.1 Vård av patienter med högsmittsam sjukdom 780
10.2.2 Transport av högsmittsamma patienter 782

10.2.3 Lärdomar från tidigare utbrott av högsmittsamma sjukdomar 783
10.2.4 Högisoleringsenheternas uppdrag behöver formaliseras 786

10.3 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin 791
10.3.1 Utredningens tolkning av direktiven 792
10.3.2 Överväganden kring alternativa sätt att reglera kostnadsansvaret i smittskyddslagen 793
10.3.3 Utredningens förslag 794

10.4 Särskilda förmågor för att möta hälsohot 797
10.4.1 Planering av sjukvård och omsorg vid karantän 797
10.4.2 Hälsohot kopplat till klimatförändringarna 805

11 Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst 811

11.1 Regionernas ansvar för prehospitala sjukvårdsinsatser och sjuktransporter 812
11.1.1 Prehospital sjukvård och prehospital akutsjukvård 812
11.1.2 Regionernas ansvar för sjuktransporter 813
11.1.3 Stöd för prehospital akutsjukvård 822

11.2 Prioritering, dirigering och samverkan kring transporter 832
11.2.1 Alarmering, prioritering och dirigering 833
11.2.2 Tidigare översyner av alarmering och dirigeringsfunktioner 838
11.2.3 Behov av samordning av sjuktransporter har funnits länge 841
11.2.4 Flygtransporter kräver särskild samordning 845
11.2.5 Avsaknad av nationella standarder för sjuktransporter försvårar samverkan 853

11.3 Hälso- och sjukvårdens samverkan med räddningstjänst ... 854
11.3.1 Kommunal räddningstjänst 855
11.3.2 Statlig räddningstjänst 857

11.3.3 Närmare om statens uppgifter vid räddningstjänst ... 858
11.3.4 Andra aktörers transportmedel kan i vissa fall användas för sjuktransporter ... 863
11.3.5 Problem med dagens samverkan ... 864
11.3.6 Rollfördelningen ställer krav på samverkan ... 865
11.3.7 Sjukvårdsbehov behöver identifieras tidigt och vårdbehovet bedömas av regionen ... 868

11.4 Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten ... 872
11.4.1 Sjukvårdsbehov i samband med sjöräddningsinsatser ... 873
11.4.2 Statens åtaganden för sjukvårdsinsatser i samband med sjöräddning behöver säkerställas ... 875

11.5 Överenskommelser om formerna för samverkan bör tas fram ... 881

11.6 Möjlighet för regioner att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst ... 884
11.6.1 Det finns en särskild reglering för kommunal räddningstjänst ... 885
11.6.2 Regionernas möjligheter att överlämna hälso- och sjukvårdsuppgifter till statliga aktörer ... 886
11.6.3 När räddningstjänstorganisationer utför vård behöver regleringar för hälso- och sjukvården beaktas ... 887
11.6.4 Nuvarande bestämmelser om IVPA-avtal ... 893
11.6.5 Det införs en ny bestämmelse om IVPA-avtal i hälso- och sjukvårdslagen ... 896

12 Försvarsmaktens hälso- och sjukvård ... 903

12.1 Sjukvårdares möjlighet att bedriva vård och hantera läkemedel ... 905
12.1.1 Sjukvårdares möjligheter att utföra hälso- och sjukvård ... 907
12.1.2 Försvarsmaktens behov av att kunna ge läkemedel ... 910

12.2 Försvarsmaktens möjligheter att meddela vissa föreskrifter för egen hälso- och sjukvård m.m. ... 917
12.2.1 Internationella samarbeten ... 918
12.2.2 Frågor om vissa normgivningsbemyndiganden ... 919
12.2.3 Frågor om smittskydd ... 921

12.3 Möjlighet att föra patientjournal på andra språk än svenska ... 924

12.4 Försvarsmakten behöver kunna få uppgift om var skadad eller avliden personal finns ... 927
12.4.1 Gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt ... 928
12.4.2 Försvarsmaktens behov av uppgifter ... 929
12.4.3 Under höjd beredskap gäller krigstjänstgöring ... 930
12.4.4 I fredstid har Försvarsmakten både anställd personal och värnpliktiga ... 931
12.4.5 Förslag till utökad uppgiftsskyldighet ... 932

13 Författningsberedskap ... 933

13.1 Bestämmelser i gällande rätt kan vara olämpliga eller svåra att följa ... 934
13.1.1 Sanktioner ... 936
13.1.2 Intresseavvägningar och proportionalitet ... 937

13.2 Allmänt om vårdkvalitet och patientsäkerhet ... 940
13.2.1 Vårdprinciper, etik och prioriteringar ... 942

13.3 Bestämmelser för hälso- och sjukvården som kan vara svåra eller olämpliga att upprätthålla vid en katastrof ... 953
13.3.1 Undantag och dispenser från bestämmelser i gällande rätt ... 953
13.3.2 Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen ... 954
13.3.3 Bestämmelser i patientsäkerhetslagen ... 956
13.3.4 Bestämmelser i patientlagen ... 958
13.3.5 Utredningens bedömningar och förslag ... 960

14 Konsekvenser av utredningens förslag 967

14.1 Kostnader för brister i dagens beredskap – utredningens nollalternativ 968
14.1.1 Besparingar till följd av undvikbara kostnader – övning TYKO – nollalternativet 969

14.2 Finansieringsansvaret är otydligt 974
14.2.1 Utredningens bedömning hur beredskapen i hälso- och sjukvården kan finansieras 978
14.2.2 Utgångspunkter som utredningen antagit vid beräkning av kostnader 980

14.3 Planering, ledning och samordning av hälso- och sjukvård vid fredstida kriser och krig 981
14.3.1 Bestämmelser om planering 981
14.3.2 Ytterligare föreskrifter om planering 983
14.3.3 Nya och ändrade bemyndiganden 987
14.3.4 Ett beredskapsråd inom sektorn för hälso- och sjukvård samt omsorg 987
14.3.5 Erfarenhetsåterföring 989
14.3.6 Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra med viss vård 990
14.3.7 Krav på samverkan och rapportering som grund för hjälpbeslut 992

14.4 Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov samt vissa verksamheter 996
14.4.1 Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser 996
14.4.2 Blodverksamhet 997
14.4.3 Nationella principer för hantering av avlidna 997

14.5 Förstärkningsresurser och internationella samarbeten 998
14.5.1 Förstärkningsresurser för laboratorieanalys 998
14.5.2 Bättre beredskap för insatser utomlands 999

14.6 Forskning, utbildning och övning 1000
14.6.1 Socialstyrelsen får ansvar för att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsplaner 1000

14.6.2 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning 1001
14.6.3 Forskning och kunskapscentrum 1003

14.7 Smittskydd och hälsohot 1004
14.7.1 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin 1005

14.8 Sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst 1006
14.8.1 Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten 1007
14.8.2 Överenskommelser om formerna för samverkan bör tas fram 1009
14.8.3 Möjlighet för regioner att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst 1010

14.9 Försvarsmaktens hälso- och sjukvård 1011

14.10 Katastroftillstånd 1012

14.11 Övriga konsekvenser och vissa sammanställningar av kostnader 1013
14.11.1 Konsekvenser för staten 1014
14.11.2 Konsekvenser för kommuner och regioner 1017
14.11.3 Konsekvenser för företagen 1023
14.11.4 Konsekvenser för miljön 1023
14.11.5 Konsekvenser för patienterna 1024
14.11.6 Jämställdhet mellan kvinnor och män 1024
14.11.7 Konsekvenser för barn 1025
14.11.8 Samhällsekonomiska konsekvenser 1025
14.11.9 Sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet 1026
14.11.10 Fördelningspolitiska effekter 1026
14.11.11 Konsekvenser för brottsligheten 1026
14.11.12 Konsekvenser för domstolarna 1027

14.12 Sammanställning av kostnader och finansieringsförslag .. 1027

15 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser 1033

16 Författningskommentar 1035

16.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) 1035

16.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap 1036

16.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap .1037

16.4 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 1038

16.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 1039

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:77.....1061

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2019:83.....1101

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2020:84.....1105

Bilaga 4 Kommittédirektiv 2021:69.....1113

Bilaga 5 Utredningens referensgrupp.....1115

Sammanfattning

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

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

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

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

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

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

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

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

Ett system för en bättre beredskap

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

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

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

God beredskap förutsätter analys och planering

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

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

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

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

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

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

Nuvarande planeringsbestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen, som anger att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, är inte tillräckligt tydlig och omfattar inte fullt ut de situationer som en region behöver planera för. Planeringsbestämmelserna för kommuner är inte heller tillräckliga. Utredningen föreslår därför bl.a. att det ska införas ett nytt definierat begrepp och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Med katastrof ska avses en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. De nya planeringsbestämmelserna innebär att kommuner och regioner vid planering av hälso- och

sjukvård särskilt ska beakta behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nämnts ovan.

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

Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap måste med anledning av de ovan föreslagna ändringarna ses över. Utredningen anser att det ska införas närmare föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer. Föreskrifterna kan beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Utredningen lämnar också ett förslag till en ny förordning med sådana föreskrifter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ett beredskapsråd inrättas vid Socialstyrelsen

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

Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer

Kommuner och regioner ska som huvudregel var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner och kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund.

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

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

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

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

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

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

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande, ska en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

En kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta. Enligt utredningens förslag är det regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska besluta om hjälp ska lämnas. Beslutet ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna där sådan hjälp som kan ordnas genom staten, t.ex. om statliga resurser eller internationell hjälp, särskilt ska beaktas. Beslut om att hjälp ska lämnas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand. Beslutet behöver gälla omedelbart och ska inte kunna överklagas. Det föreslås också införas en skyldighet för kommuner, regioner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov. Kommuner och regioner ska till den som har att besluta om hjälp lämna de uppgifter som behövs. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska också få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs. Kommuner och regioner som har lämnat hjälp med stöd av bestämmelserna ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

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

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

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

Avsteg från bestämmelser i gällande rätt vid katastrofer

Omständigheterna vid en katastrof, oavsett om det avser en fredstida situation eller i krig, avgör i hög grad vilken vård som är möjlig att ge. Det är givetvis inget alternativ att sluta ge vård till svårt sjuka eller skadade för att det saknas förutsättningar att upprätthålla samma kvalitet som i ett normalläge. Det inte alltid ens möjligt att ge behövlig vård till alla som är svårt sjuka eller skadade, men den vård som är möjlig att ge ska naturligtvis ges.

De omställningar av vården som är nödvändiga för att kunna utföra vård som inte kan anstå vid katastrof kommer i vissa fall att medföra att vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå får stå åt sidan. Det finns säkert en relativt utbredd förståelse för att den som har det största vårdbehovet, dvs. som regel de allra svårast sjuka eller skadade, måste ges förtur till vård även i situationer med resursbrister. Om det är möjligt ska naturligtvis även vård som ur ett medicinskt perspektiv kan anstå utföras. Det är inte rimligt att tro att det i alla lägen ska gå att upprätthålla vårdgarantier och sådana garantier utgår inte heller från vad som är medicinskt motiverat. Inte heller framstår det som troligt att det alltid ska gå att upprätthålla exempelvis fria vårdval, rätten att välja behandlingsalternativ, hjälpmedel eller att få en ny medicinsk bedömning. Men givetvis bör patienters rätt att välja i nyss nämnda avseenden upprätthållas så långt möjligt och på samma sätt ska rätten till ny medicinsk bedömning upprätthållas.

Det finns bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, som kan tänkas vara svåra, omöjliga eller olämpliga att tillämpa vid en katastrof. Att skriva helt ny lagstiftning som medför att bestämmelser i gällande

rätt anpassas för alla de särfall som kan uppkomma vid katastrofer bedöms inte som genomförbart.

Allmänna avsteg från bestämmelser med skyldigheter att erbjuda vård och upprätthålla vårdkvalitet bör accepteras först när det står klart att en katastrof inte kan hävas. Det måste vara tydligt för vårdens huvudmän, vårdgivare, vårdpersonal och medborgarna när avsteg från bl.a. gällande skyldigheter att erbjuda vård och vårdkvalitet får göras. Utredningen anser att det finns behov av att införa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som säkerställer dels tydlighet om när avsteg får göras från centrala bestämmelser, dels att avsteg inte går utöver vad som är nödvändigt.

Det ska därför införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller region har drabbats av en katastrof, och det inte med stöd av de bestämmelserna om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att häva katastrofen, så ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen.

När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte längre ska gälla. Beslut om katastroftillstånd ska inte få överklagas.

Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åliggande som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

Förmåga att mobilisera resurser

Vid händelser med många skadade eller sjuka samt vid katastrofer behöver sjukvården kunna mobilisera resurser för att möta de ökade vårdbehoven och samtidigt, så långt det är möjligt, upprätthålla annan vård som inte kan anstå. Det gäller både direkt livräddande insatser och utförande av vård som behöver ges inom medicinskt motiverad

tid för att undvika allvarliga men. Utredningen har i det föregående betänkandet *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19) föreslagit ett system för lagerhållning av sjukvårdsprodukter som medger resursförstärkning.

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

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

Personalförstärkning

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

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

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

Internationellt stöd

Utredningen bedömer att möjligheterna till internationellt stöd på hälso- och sjukvårdsområdet i händelse av fredstida kriser är begränsade. Störst möjligheter till stöd finns under sådana förhållanden när Sverige, eller delar av Sverige, drabbas av en kris isolerat från andra länder. Vid händelser som påverkar hela Norden, Europa eller världen är möjligheterna till internationella stödresurser mycket begränsade. Sveriges beredskap för hälso- och sjukvården måste därför i första hand bygga på egna nationella resurser. Sådana resurser måste byggas upp lokalt, regionalt och nationellt och utgå ifrån hot och risker samt förmågan i vardagen. Det är en viktig del i det planeringsarbete som ska ske.

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

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

Forskning, utbildning och övning

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

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

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

Smittskydd och hälsohot

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

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

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

Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

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

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

Alarmering, prioritering och dirigering av sjuktransporter är centrala funktioner för hälso- och sjukvården och de behöver vara robusta och kunna upprätthållas även vid kris och i krig. Alarmering vid akut skada eller sjukdomsfall sker alltid via nödnumret 112 som besvaras av SOS Alarm. Prioritering och dirigering av sjuktransporter sker däremot på olika sätt i olika regioner utifrån regionala förutsättningar. Samma krav på robusthet och säkerhetsskydd behöver gälla oavsett om verksamheten bedrivs av SOS Alarm eller av regionerna själva. Detta behöver beaktas när regionerna tar ställning till i vilken form de väljer att bedriva prioritering och dirigering av sjuktransporter.

Det har under lång tid påtalats att det finns behov av ökad nationell samordning av sjuktransporter i luften, på vatten och på väg. Det behöver också finnas en förmåga att, vid situationer med många skadade eller sjuka, eller då det av andra skäl föreligger en brist på sjuktransportresurser, kunna samverka kring prioritering och dirigering av transportresurser på nationell nivå. För att detta ska kunna ske behöver prioritering och dirigering ske utifrån gemensamma principer. Detta förutsätter gemensamma definitioner och minimikrav för de olika former av specialiserade sjuktransporter som i dag finns.

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

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

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

Försvarsmaktens hälso- och sjukvård

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

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

Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdsresurser är begränsade och vården i krig bygger på att soldater med svårare skador och sjukdomar förs vidare till civil hälso- och sjukvård. Det faktum att en skadad eller sjuk soldat rör sig mellan den militära och den civila sjukvården medför att Försvarsmakten, både i egenskap av arbetsgivare och i egenskap av remitterande vårdgivare, har behov av att få information om på vilket sjukhus eller vilken vårdinrättning som soldaten befinner sig. Försvarsmakten behöver också kunna få information om ifall en soldat har avlidit på sjukhus eller annan vårdinrättning. Utredningen föreslår därför att det i patientsäkerhetslagen införs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap lämna uppgift till Försvarsmakten om huruvida Försvarsmaktens personal vistas på en sjukvårdsinrättning.

Konsekvenser av utredningens förslag

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

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

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

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

1 Författningsförslag

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 kap.
	3 §
Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen (1997:288).	Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen (1997:288) *eller av bestämmelserna i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
5 §[1]	
Kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen.	
	Vad som sägs i första stycket gäller inte om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

[1] Senaste lydelse SFS 2019:926.

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
6 kap.	
15 §[1]	
Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som	
1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten *eller* Skatteverket,	1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten, Skatteverket, *eller under höjd beredskap av Försvarsmakten*,
2. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för personskydd för	
a) statschefen, tronföljaren, en annan medlem av kungahuset, en talman, en riksdagsledamot, statsministern, ett statsråd, en statssekreterare eller kabinettssekreteraren,	
b) en person vars personskydd Säkerhetspolisen ansvarar för i samband med statsbesök och liknande händelser, eller	
c) en person som Säkerhetspolisen i ett enskilt fall har beslutat om personskydd för,	
3. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,	
4. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,	
5. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller	
6. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

[1] Senaste lydelse SFS 2020:1052.

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

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

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	8 §
	Med katastrof avses i denna lag en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.
	6 kap.
	2 §
Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om	
1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,	
2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,	
3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och	
4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.	*3.* hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda,
	4. planering för att hantera händelser som medför ett stort antal

skadade eller sjuka samt katastrofer, och

5. planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

7 kap.

2 §[1]

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.

Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

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

Regionen ska vid planeringen *särskilt* beakta

1. den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare,

2. behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård, och

3. behovet av gemensam planering med kommuner i regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även i situationer som avses i 2.

2 b §

Regionen ska följa statliga planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård samt utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer be-

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

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

2 c §

Regionen ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

11 kap.

2 §

Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.

Kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Kommunen ska vid planeringen *särskilt* beakta

1. den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare,

2. behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens förutsättningar att fullgöra sitt ansvar enligt 12 kap. eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård, och

3. behovet av gemensam planering med regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även i situationer som avses i 2.

2 a §

Kommunen ska följa statliga planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård samt utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder som avses i första stycket.

2 b §

Kommunen ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt första stycket.

15 kap.

2 §

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

16 a kap. Skyldighet att lämna hjälp och beslut om katastroftillstånd

1 §

Om en kommun eller en region drabbats av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region är inte skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan.

En kommun eller region är trots vad som anges i första stycket andra meningen skyldig att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta att en kommun eller region ska lämna hjälp enligt 1 §.

En kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den som enligt första stycket har att besluta om hjälpen.

3 §

Beslut om hjälp enligt 2 § ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna varvid

sådan hjälp som kan ordnas genom staten särskilt ska beaktas.

Beslut om att hjälp ska lämnas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand.

4 §

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

5 §

En kommun eller region som efter beslut enligt 2 § har lämnat hjälp har rätt till skälig ersättning för hjälpen. Ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

6 §

Kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp till den som enligt 2 § får besluta om hjälp.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp.

7 §

Om en kommun eller region har drabbats av en katastrof och det inte med stöd av bestämmelserna i 1 § eller på andra sätt är möjligt att ge den hjälp som krävs för att

häva katastrofen, ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen.

När förhållandena medger det ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer besluta att katastroftillstånd inte längre ska gälla.

8 §

Befinner sig en kommun eller region i ett katastroftillstånd ska, utan hinder av övriga bestämmelser i denna lag, kommunen eller regionen erbjuda den hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda och så långt det är möjligt även fullgöra övriga åligganden som följer av denna lag.

Vårdgivare som bedriver verksamhet i en kommun eller region där katastroftillstånd råder ska tillse att normala kvalitetskrav och behandlingsresultat upprätthålls så länge som detta är möjligt.

9 §

Beslut enligt 1 och 8 §§ får inte överklagas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

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

Regeringen föreskriver följande.

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

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

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

3 § Kommuner och regioner ska i en plan fastställa hur samverkan och ledning av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof.

Av planen ska särskilt framgå

1. hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och hur verksamheter ska samordnas,
2. vilka mandat för ledning och vilka mandat för samverkan som olika beslutande organ och enskilda tjänstemän har och en hänvisning till var dessa mandat ges eller finns dokumenterade,
3. var nödvändiga resurser finns tillgängliga,
4. hur personal och andra resurser ska omdisponeras och resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och
5. hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras mellan regioner och kommuner för vård.

Tjänsteman i beredskap

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

2 §[1]

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter

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

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

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

4. om att

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

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

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

[1] Senaste lydelse SFS 2021:90.

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

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

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

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

Läkarexamen *Bilaga*

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

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

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

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

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

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

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

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

Sjuksköterskeexamen

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

Färdighet och förmåga

För sjuksköterskeexamen ska studenten

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

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

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

– visa förmåga att initiera metodförbättring och kvalitetssäkring,

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

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

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

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

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

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

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

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

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

Inom ramen för vad som sägs i första stycket, får Socialstyrelsen finansiera verksamhet som bedrivs i kunskapscentrum vid de myndigheter som valts ut av myndigheten i syfte att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom katastrofmedicin och krisberedskap.

Socialstyrelsen ska besluta om inriktningen för sådan verksamhet som avses ovan och som finansieras av myndigheten samt stödja och följa upp verksamheten och se till att den bedrivs effektivt.

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

[1] Senaste lydelse SFS 2018:1381.

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

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

2 Utredningens uppdrag och arbete

Regeringen beslutade i augusti år 2018 att tillsätta en utredning som ska göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. Uppdraget skulle redovisas senast den 31 december år 2020 (se bilaga 1). Utredningen tog namnet Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningens sekretariat påbörjade arbetet i januari år 2019 och regeringen utsåg utredningens expertgrupp i maj år 2019.

2.1 Utredningens uppdrag har förändrats

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

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

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

Som en ytterligare konsekvens av pandemin beslutade regeringen i september 2021 att tillsätta en särskild utredning som ska lämna förslag till en förbättrad författningsberedskap för framtida pandemier. I samband med det beslutade regeringen tilläggsdirektiv till vår utredning. Genom dessa direktiv begränsades uppdraget så att utredaren inte ska se över behoven av en mer flexibel lagstiftning vid allvarliga hälsohot med konsekvenser för samhället eller pröva om enbart vissa av smittskyddslagens (2004:168) bestämmelser bör vara tillämpliga vid en viss allmänfarlig sjukdom i vissa situationer. Utredaren ska inte heller pröva om beredskapsbemyndiganden i smittskyddslagen är ändamålsenligt utformade och tillräckliga (se bilaga 4).

2.2 Många uppdrag till andra aktörer har initierats under utredningstiden

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Det övergripande systemet saknas

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

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

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

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

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

Utredningens uppdrag avser hälso- och sjukvård, men i den del det gäller den kommunala hälso- och sjukvården behöver beaktas att denna är nära integrerad med omsorgen inom socialtjänsten. Enligt utredningens tilläggsdirektiv 2020:84 ska utredningen vid genomförandet av uppdraget beakta samspelet mellan kommunal hälso- och sjukvård och omsorg och regional hälso- och sjukvård, såsom primärvården, regional ASIH -verksamhet (avancerad sjukvård i hemmet), akutsjukvården, slutenvården och smittskyddet.

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

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

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

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

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

2.5 Utredningens arbetssätt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Sverige ur ett organisationsperspektiv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1 Normgivning

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Förvaltningsmyndigheters självständighet och myndighetsutövning

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Övergripande om regioner och kommuner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[10] Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg.

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

Vissa tidigare statliga utredningar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vidare anfördes:

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

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

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

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

Uppdrag avseende den samlade statliga styrningen av kommuner och landsting

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

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

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

3.1.4 Kommunallagen

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

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

Allmänna befogenheter

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

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

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

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

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

Arbets- och uppgiftsuppdelning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avtalssamverkan

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

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

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

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

Kommunalförbund och gemensamma nämnder

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

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

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

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

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

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

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

Privata utförare

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

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

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

Bestämmelser om krig eller krigsfara och extraordinära händelser i fredstid

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

3.2 Samhällets krisberedskap

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

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

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

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

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

3.2.1 Krisberedskap bygger på daglig verksamhet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Krisberedskap kan delas in i olika nivåer

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

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

Kommunen har ansvar på lokal nivå

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Regional nivå

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

Länsstyrelsen

Länsstyrelserna ansvarar för den statliga förvaltningen i länet i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret för särskilda förvaltningsuppgifter.[59] Länsstyrelserna ska bland annat verka för att nationella mål får genomslag i länet, arbeta sektorsövergripande, samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser, följa tillståndet i länet samt främja samverkan mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra relevanta aktörer i länet.[60] Länsstyrelsens uppgifter har därför en stor bredd och spänner över hela samhället. Detta genomsyrar också myndighetens uppgifter i kris, och även höjd beredskap.

[57] https://skr.se/samhallsplaneringinfrastruktur/trygghetsakerhet/krisberedskap/handbokikommunalkrisberedskap.33471.html, besökt 2021-02-16.
[58] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Handbok i kommunal krisberedskap – 1. Övergripande processer* (Publ.nr. MSB1575).
[59] 1 § förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.
[60] 2 § ovan nämnda författning.

Genom sin verksamhet ska länsstyrelsen minska sårbarheten i samhället, bevaka att risk- och beredskapshänsyn tas i samhällsplaneringen samt utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida kriser. Länsstyrelsen ska ha en tjänsteman i beredskap, i det följande förkortat TiB, som ska kunna initiera och samordna det inledande arbetet för att upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga kriser som berör länet.[61] Länsstyrelsen ska vid en allvarlig kris, som berör länet eller medför behov av samverkan med kommuner eller andra aktörer, omgående kunna upprätta en ledningsfunktion för bl.a. samordning och information.[62] Under en kris är det länsstyrelsens ansvar att ta fram en samlad regional lägesbild.

Det geografiska områdesansvaret på regional nivå följer av förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion, förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap samt förordning (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap. Varje länsstyrelse ska, vid situationer av hot som uppstår hastigt, oväntat och utan förvarning eller en risk för detsamma samt vid situationer som kräver brådskande beslut och samverkan med andra aktörer, inom sitt geografiska område vara en sammanhållande funktion mellan lokala aktörer och den nationella nivån.[63] Lokala aktörer kan exempelvis vara kommuner, regioner och lokalt näringsliv. Länsstyrelserna ska också efter beslut av regeringen prioritera och inrikta statliga och internationella resurser som ställs till förfogande.[64]

Länsstyrelsen ska stödja de aktörer som är ansvariga för krisberedskapen i länet när det gäller planering, risk- och sårbarhetsanalyser samt utbildning och övning.[65] Länsstyrelsen ska precis som övriga bevakningsansvariga myndigheter i syfte att stärka sin egen och samhällets krisberedskap analysera om det finns sådan sårbarhet eller sådana hot och risker inom myndighetens ansvarsområde som synnerligen allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom området.[66] Myndigheten ska minst vartannat år värdera och sammanställa

[61] 2 § förordning (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[62] 3 § ovan nämnda författning.
[63] 6 och 8 §§ förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[64] 6 § ovan nämnda författning.
[65] 4 § andra stycket 2 förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[66] 8 § första stycket förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.

resultatet av arbetet i en risk- och sårbarhetsanalys.[67] Länsstyrelsen ska också upprätta regionala risk- och sårbarhetsanalyser som ska kunna användas som underlag för egna och andra berörda aktörers krisberedskapsåtgärder.[68]

Länsstyrelserna ska vidare verka för att regionala risk- och sårbarhetsanalyser sammanställs.[69] Länsstyrelsen har också ett ansvar att följa upp kommunernas tillämpning av LEH.[70] Länsstyrelsen ska årligen rapportera till MSB vilka beredskapsförberedelser som kommuner och regioner vidtagit och samtidigt redovisa en bedömning av effekten av de vidtagna förberedelserna.[71] Sammanfattningsvis kan sägas att länsstyrelsen är en spindel i nätet vad avser krisberedskapen på den regionala nivån. Därmed bör det finnas ett stort behov av att interagera med en stor mängd aktörer i regionen före, under och efter en fredstida kris. Detta gäller även hälso- och sjukvårdsfrågor.

Länsstyrelsens roll under coronapandemin

Länsstyrelsen ska enligt instruktionen samordna verksamheter mellan kommuner, regioner och myndigheter men har, enligt vad som beskrivits för utredningen, före pandemin inte i någon större utsträckning hanterat samordning av hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor. I början av coronapandemin var det därför inte tydligt vilken roll länsstyrelserna har att samordna hälso- och sjukvård mellan kommuner och med regionen eller lämna lägesbilder på detta område. För att hantera uppgiften inrättade länsstyrelserna bl.a. en gemensam samordningsfunktion i syfte att samordna landets 21 länsstyrelser. Länsstyrelsen i Halland har haft ansvaret för samordningsfunktionen.

Länsstyrelserna har under pandemin veckovis arbetat fram lägesbilder länsvis och samlat för landet. Samordningsfunktionen har samordnat länsstyrelsernas rapportering och svarat för kontakter med både regeringen, MSB, sektorsmyndigheter, SKR och ett antal övriga berörda aktörer. Samordningsfunktionen har dock inte tagit över

[67] 8 § tredje stycket ovan nämnda författning.
[68] 4 § andra stycket 4 förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[69] 6 § förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[70] 4 § andra stycket 5 förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap.
[71] 4 § andra stycket 6.

den regionala samordning i länet som varje enskild länsstyrelse ska verka för.

Länsstyrelserna har under pandemin också fått flera särskilda regeringsuppdrag. Exempelvis ska länsstyrelserna bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial[72], tillsyn av den tillfälliga covid-19-lagen[73], stöd till regioner vad avser storskalig testning och vaccination[74] samt att följa upp efterlevnaden av rekommendationer, råd och riktlinjer.[75] Länsstyrelserna bedömer att metoden att etablera ett samordningskansli kan vara en modell för att i framtiden även hantera andra fredstida kriser.

Regionerna

Precis som kommunerna ansvarar regionerna för flera olika uppgifter som har betydelse för medborgarna, bl.a. inom områdena hälso- och sjukvård, regional utveckling, kollektivtrafik och kultur. Regionen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortat HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bl.a. den som är bosatt inom regionen men även i vissa fall till invånare i andra regioner. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen.[76] Ett vidare resonemang om regionernas ansvar på hälso- och sjukvårdsområdet finns i kommande kapitel.

Regionerna saknar till skillnad från kommunerna ett geografiskt områdesansvar eftersom detta innehas av länsstyrelsen. Regionerna har dock precis som kommunerna ett verksamhetsansvar vid fredstida kriser. Verksamhetsansvaret handlar dels om att vidta åtgärder för att minska sårbarheten i den egna verksamheten, dels närmare om hur regionens olika verksamheter ska ledas så att samordning uppnås vid fredstida kriser. Regionen har precis som kommunen ett ansvar för sådana verksamheter där de genom olika val beslutat att organisera verksamheten i kommunala bolag, kommunalförbund eller genom

[72] Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19 (S2020/02676/SOF).
[73] 7–11 §§ samt 16 § lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[74] Uppdrag att bistå regionerna i att säkerställa flöden för storskalig testning för covid-19 (S2020/05027/FS, delvis).
[75] Uppdrag att följa efterlevnaden av rekommendationer, riktlinjer och råd för inrikesresor och sommaraktiviteter (S2020/05271/FS).
[76] 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

konkurrensutsättning överlåta på privata aktörer utföra sådana tjänster för vilka regionen har ett ansvar.

Det är upp till regionen att närmare utforma krisberedskapsarbetet utifrån vad regeringen angett som övergripande målsättning för samhällets krisberedskap och vad som anges om analys och planering i 2 kap. 1 § i LEH. Det är krisledningsnämndens befogenheter och organisation som regleras i LEH. Ordinarie verksamhet i regionens nämnder regleras främst i kommunallagen och speciallagstiftning för olika verksamhetsområden. Vad som gäller för hälso- och sjukvårdsområdet beskrivs närmare i avsnitt 3.4 nedan. Regionen ska också göra risk- och sårbarhetsanalyser enligt LEH och för varje mandatperiod fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser. Hur arbete med, och styrningen av, krisberedskapen närmare organiseras kan se olika ut beroende på regionens storlek, organisation och styrmodell.

Regionen ska enligt HSL planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.[77] Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap framgår att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalysen som görs med stöd av LEH. Enligt samma förskrifter ska det i samtliga regioner ska finnas en funktion, tjänsteman i beredskap, med uppgifter att ta emot larm, verifiera uppgifter, larma vidare, initiera och samordna det inledande arbetet och informera om händelsen.[78] Vidare ska det i varje region finnas en funktion som ska ansvara för ledningsuppgifter. Funktionen ska benämnas särskild sjukvårdsledning.[79]

Det kan noteras att det i LEH, precis som för kommunerna saknas en reglering angående TiB vad gäller regionernas samlade krisberedskap.

Även regionernas arbete med krisberedskap styrs delvis av överenskommelser mellan regionerna och staten. Dessa överenskommelser ingås också mellan MSB och SKR och reglerar regionernas respektive statens åtaganden och frågor om finansiering.

[77] 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22).
[78] 6 kap. 1 § ovan nämnda föreskrift.
[79] 6 kap. 2 § ovan nämnda föreskrift.

Nationell nivå

Regeringen är geografiskt områdesansvarig på nationell nivå, vilket innebär att det vid fredstida kriser med nationella konsekvenser är regeringens uppgift att hantera övergripande normativa och strategiska frågor samt att på en övergripande nationell nivå säkra en effektiv krishantering. Regeringen ska också kommunicera med allmänhet och media och hålla kontakten med andra länder, EU och andra internationella aktörer som i olika avseenden kan beröras av en fredstida kris i Sverige.

Regeringen har delegerat delar av den operativa verksamheten till myndigheterna.

Myndigheternas ansvar för krisberedskap

Alla statliga myndigheter ska genom sin verksamhet minska sårbarheten i samhället och utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida kriser och inför och vid höjd beredskap.[80] Av förordningen framgår även att varje myndighet, vars ansvarsområde berörs av en krissituation, ska vidta de åtgärder som behövs för att hantera konsekvenserna av denna. Myndigheterna ska samverka och stödja varandra vid en sådan krissituation.[81] Varje myndighet ska ansvara för att personalen vid myndigheten får den utbildning och övning som behövs för att den ska kunna lösa sina uppgifter i samband med krissituationer. En planlagd utbildnings- och övningsverksamhet i syfte att uppnå detta mål ska genomföras.[82]

Myndigheter med särskilt ansvar för krisberedskapen och vid höjd beredskap

Vissa myndigheter har ett särskilt ansvar avseende krisberedskap och höjd beredskap enligt 10 och 16 §§ förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Det åligger dessa myndigheter att särskilt samverka med länsstyrelserna i deras roll som geografiskt områdesansvarig myn-

[80] 1 § förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[81] 5 § ovan nämnda författning.
[82] 9 § ovan nämnda författning.

dighet, samt att samverka med övriga statliga myndigheter, kommuner, regioner, sammanslutningar och näringsidkare som är berörda.[83] Dessa utpekade myndigheter ska även beakta det samarbete som sker inom Europeiska unionen och internationella forum i frågor som rör samhällets krisberedskap.[84] Under en kris ska dessa myndigheter hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet, den förväntade utvecklingen och tillgängliga resurser inom respektive ansvarsområde samt om vidtagna och planerade åtgärder.[85] De myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet som har ett utpekat särskilt ansvar avseende krisberedskap och höjd beredskap är Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten.[86] Dessa myndigheters uppdrag beskrivs närmare nedan. Inspektionen för vård och omsorg är inte bevakningsansvarig myndighet och har därmed inte några särskilda uppgifter inom krisberedskapen på det sättet. Däremot utövar IVO tillsyn över hälso- och sjukvårdens beredskap utifrån den lagstiftning som finns på området. Därför beskrivs även IVO:s uppdrag nedan.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortat MSB, har ansvar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har det ansvaret.

Myndigheten ska enligt myndighetens instruktion[87] bland annat utveckla och stödja arbetet med civilt försvar, utveckla och stödja samhällets beredskap mot olyckor och kriser och vara pådrivande i arbetet med förebyggande och sårbarhetsreducerande åtgärder. Vidare ska myndigheten arbeta med och verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara. Det är även MSB:s uppgift att samordna kommunerna på nationell nivå och stödja dem med råd och information i deras verksamhet enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. Myndigheten ska även utföra tillsyn enligt samma lag

[83] 10 § andra stycket 1 och 2 ovan nämnda författning.
[84] 10 § andra stycket 3 ovan nämnda författning.
[85] 13 § ovan nämnda författning.
[86] 10 § samt bilaga ovan nämnda författning.
[87] Förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

samt följa upp och utvärdera samhällets arbete med krisberedskap och civilt försvar.

Myndigheten tar på regeringens uppdrag vartannat år fram en nationell risk och förmågebedömning som bl.a. bygger på bevakningsansvariga myndigheters, kommuners och regioners risk och sårbarhetsanalyser. Den senaste publicerades under våren år 2021.[88,89] Bedömningen är bland annat ett strategiskt underlag för att inrikta och utveckla krisberedskapen och civilt försvar.

MSB stödjer regioner och kommuner i arbetet med krisberedskap genom att ta fram verktyg och materiel exempelvis för RSA-arbete, kontinuitetshantering, samhällsviktig verksamhet och övningsverksamhet.

MSB ansvarar för och leder ett nationellt forum för tvärsektoriella övningar på nationell och regional nivå, där bland annat en övningsstrategi tagits fram. Forumet består av representanter från de myndigheter som finns med i krisberedskapsförordningen samt av adjungerade organisationer, bland annat Försvarsmakten. Även kommunerna och regionerna är representerade av företrädare som utses vid möten i SKR:s nätverk för krisberedskap.

Under en fredstida kris ska MSB kunna stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder, verka för samordning av samhällets övriga aktörer samt arbeta för att samhällets resurser används på ett effektivt sätt. Myndigheten ska även kunna bistå med underlag och information vid i allvarliga olyckor och kriser.[90]

MSB ansvarar för webbplatsen Krisinformation.se som förmedlar information från myndigheter och andra ansvariga i samband med en fredstida kris eller allvarlig händelse.

MSB har i många år arbetat med att ta fram stöd till samhällets aktörer, privata som offentliga, för att identifiera samhällsviktig verksamhet, som sker på olika nivåer i samhället. Inom samhällssektorn hälso- och sjukvård samt omsorg finns ett stort antal samhällsviktiga verksamheter. Därutöver ansvarar MSB bl.a. för föreskrifter och allmänna råd i fråga om systematiskt informationssäkerhetsarbete och

[88] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för samhällsskydd och beredskap punkt 3.5 (Ju2020/01362/SSK).
[89] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Kraftsamling – för en stärkt civil beredskap, baserad på MSB:s nationella risk- och förmågebedömning 2021*
[90] 7 § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

it-säkerhetsåtgärder samt för drift och utveckling av säkra kommunikationer t.ex. Rakel, WIS m.fl.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Vidare ska Socialstyrelsen bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde.[91]

Socialstyrelsen ska genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.[92] Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde,[93] samt skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt område.[94] Socialstyrelsen ansvarar för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde. Myndigheten kungör sina föreskrifter i, samt är utgivande myndighet för, Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.[95]

Socialstyrelsen är bevakningsansvarig myndighet och ska därmed medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Enligt Socialstyrelsens instruktion ska myndigheten samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.[96]

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Socialstyrelsen ska på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel

[91] 1 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[92] 4 § 1 ovan nämnda författning.
[93] 4 § 2 ovan nämnda författning.
[94] 4 § 8 ovan nämnda författning.
[95] 7 § ovan nämnda författning.
[96] 9 § 1 ovan nämnda författning.

och sjukvårdsmateriel för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

Socialstyrelsen ansvarar för enligt särskilda regeringsuppdrag för viss beredskapslagring av läkemedel, sjukvårdsmateriel och skyddsutrustning.

Myndigheten genomför årligen en risk- och sårbarhetsanalys med syfte att identifiera och analysera sårbarheter, risker och hot för att förbättra krisberedskapen dels inom myndigheten, dels inom ansvarsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet med analysen, enligt myndigheten, är att bidra till ökad medvetenheten och kunskap hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga. Analysen kan också utgöra ett underlag för inriktningen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete liksom för myndighetens stöd och samordning av dessa. Myndighetens risk- och sårbarhetsanalys ingår som en del i den nationella risk- och förmågebedömningen som sammanställs av MSB.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndighetens uppdrag är att verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta, genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd.[97]

Folkhälsomyndigheten har det övergripande nationella ansvaret för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och samordnar smittskyddet samt beredskapen för gränsöverskridande hälsohot. Folkhälsomyndigheten övervakar smittsamma sjukdomar nationellt, tar fram och förmedlar kunskap om smittskydd, ger vägledning åt hälso- och sjukvården samt vägleder kommunerna i deras hantering av smittskyddshändelser. Folkhälsomyndigheten kan också utföra ett stort antal mikrobiologiska laboratorieanalyser som komplement till de analyser som utförs vid andra laboratorier. De analyser som finns tillgängliga vid Folkhälsomyndigheten är sådana som ingår i landets beredskap för högpatogena smittämnen, är av särskild relevans för landets smittskydd eller som endast utförs i liten omfattning.

[97] 1 § förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Vid myndigheten finns Nordens enda säkerhetslaboratorium med skyddsnivå 4. Folkhälsomyndigheten har ett omfattande samordningsansvar. Myndigheten ska samordna smittskyddet på nationell nivå, samordna förberedelserna för försörjning av läkemedel inför allvarliga utbrott av vissa smittsamma sjukdomar samt, samordna beredskapen mot allvarliga gränsöverskridande hälsohot. Hälsohoten kan vara orsakade av biologiska, kemiska eller radionukleära ämnen. Även hälsohot med miljöursprung eller okänt ursprung omfattas.

Folkhälsomyndigheten är bevakningsansvarig myndighet enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Dessutom ska Folkhälsomyndigheten enligt myndighetens instruktion övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap och inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap. Myndigheten ska även bistå myndigheter, regioner, kommuner och organisationer med expertstöd vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar. Det ska även finnas en laboratorieberedskap för att tillhandahålla mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier.[98]

Myndigheten ska även samordna beredskapen mot allvarliga hälsohot och är nationell kontaktpunkt enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Myndigheten ska på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar.

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör läkemedel och medicintekniska produkter. Myndigheten ska bl.a. verka för säkra och effektiva läkemedel av god kvalitet och för god läkemedelsanvändning samt för att medicintekniska produkter är säkra och lämpliga för sin användning. Läkemedelsverket ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, narkotika, medicintekniska produkter

[98] 10 § ovan nämnda författning.

och vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står dessa produkter nära.[99]

Läkemedelsverket är sedan år 2020 bevakningsansvarig myndighet och ska därmed medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Därutöver ska Läkemedelsverket svara för stöd till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i deras arbete med beredskapsplanering på läkemedelsområdet.[100]

Läkemedelsverket svarar även för föreskrifter och allmänna råd i fråga om läkemedel och andra produkter som omfattas av myndighetens kontroll eller tillsyn.[101] Myndigheten ska också lämna giftinformation och behandlingsråd till hälso- och sjukvården och allmänheten avseende akuta förgiftningar med läkemedel, kemikalier och andra produkter samt biologiska toxiner[102] samt rekommendera och verka för att det finns effektiva motgifter.[103]

E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten ansvarar för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.[104] E-hälsomyndigheten ansvarar bland annat för att förmedla alla elektroniska recept i Sverige.

E-hälsomyndigheten är central för en fungerande ordinations- och förskrivningsprocess. Myndigheten ansvarar för ett nationellt produkt- och artikelregister över läkemedel samt förbrukningsartiklar och livsmedel som ingår i läkemedelsförmånerna.[105] Myndigheten har också ansvar för ett nationellt register över sortiments- och leveransinformation avseende dosdispenserade läkemedel.[106] Myndigheten får på uppdrag av regioner utveckla och förvalta ett system som möj-

[99] 1 och 2 §§ förordningen (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.
[100] 24 § ovan nämnda författning.
[101] 6 § ovan nämnda författning.
[102] 2 § 18 a ovan nämnda författning.
[103] 2 § 18 b ovan nämnda författning.
[104] 1 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.
[105] 2 § 8 ovan nämnda författning.
[106] 2 § 10 ovan nämnda författning.

liggör förmedling av information om ordinationer, förskrivningar, uthämtade läkemedel och läkemedelsanvändning.[107] Myndigheten ska särskilt ansvara för det register som anges i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

Myndighetens verksamhet är därmed central för att läkemedel ska kunna ordineras och förskrivas elektroniskt samt att patienterna ska kunna hämta ut sina läkemedel på öppenvårdsapotek.

E-hälsomyndigheten är sedan år 2020 bevakningsansvarig myndighet och ska därmed medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg, i följande förkortat IVO, ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Myndigheten ansvarar också för viss tillståndsprövning.[108]

Det är IVO som tillsynar att kommuner och regioner lever upp till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser avseende beredskap och Socialstyrelsens föreskrifter. IVO tillsynar även andra regelverk av betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap, t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659) och lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster såvitt avser hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Regioner

Bedömning: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är inte en del i det svenska förvaltningssystemet. SKR har en viktig roll i att stödja, och underlätta samordningen för, sina medlemmar i samhällets krisberedskap. SKR:s roll i totalförsvaret är begränsad.

[107] 7 § 3 ovan nämnda författning.
[108] 1 § 3 förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, är en nationell medlems- och arbetsgivarorganisation där alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar. SKR är en politiskt styrd organisation vars högsta beslutande organ är kongressen. Kongressen har 451 ombud som utses per valkrets. Kongressen genomförs normalt en gång per mandatperiod, i övrigt leds förbundet av en styrelse. Som stöd har styrelsen arbetsutskott, delegationer och beredningar. För hälso- och sjukvård är hälso- och sjukvårdsdelegationen och beredningen för primärvård och äldreomsorg av betydelse. För omsorgsområdet finns beredningen för socialpolitik och individomsorg. Organisationsformen för SKR är ideell förening.

SKR:s uppgifter

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. SKR är dels en arbetsgivarorganisation och tecknar centrala kollektivavtal för nästan 1,2 miljoner medarbetare i kommuner och regioner. Därutöver är en viktig uppgift för SKR att arbeta med intressebevakning. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. I detta ingår att ge service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom. SKR erbjuder även kurser och konferenser inom många ämnen. En annan viktig uppgift för SKR är att bevaka det regionala perspektivet i EU. SKR samarbetar precis som många andra intresseorganisationer på europeisk nivå.

Avseende krisberedskap arbetar organisationen för att kommuner och regioner ska ha goda förutsättningar att utveckla sin krisberedskap. Detta arbete består bland annat av intressebevakning, verksamhetsutveckling och att facilitera nätverk. SKR samordnar även kommunernas och regionernas deltagande i nationella forum för krisberedskap. Därutöver förhandlar SKR för medlemmarnas räkning överenskommelser med staten om krisberedskap och civilt försvar.

Politisk organisation, tjänstemannaorganisation, kansli och bolag

För att genomföra alla olika uppgifter har SKR både en politisk organisation och ett kansli med tjänstemän. Kongressen, som är SKR:s högsta beslutande organ, anger inriktningen för SKR:s arbete och utser styrelse och ordförande. Mellan kongresserna leder styrelsen det politiska arbetet. Till sitt stöd har styrelsen förtroendevalda politiker i delegationer och beredningar.

SKR äger också hela eller delar i några olika bolag, bl.a. Adda, före detta SKL Kommentus AB, som erbjuder ramavtal och upphandlingsstöd till kommuner, regioner och deras bolag. SKR äger också del i SOS Alarm Sverige AB som bland annat ansvarar för SOS-tjänsten i Sverige genom att ta emot och förmedla larm på nödnumret 112. Inera AB är ett aktiebolag som ägs av kommuner, regioner och SKR gemensamt. Bolagets uppdrag är att förse ägarna med gemensam digital infrastruktur och arkitektur. Det gör Inera dels genom att utveckla och förvalta gemensamma, kvalitetssäkrade tjänster, dels genom att koordinera den digitala utvecklingen och tillhandahålla kompetens och material som stödjer regioners och kommuners verksamhetsutveckling genom digitalisering.[109]

SKR har inte någon formell roll i krisberedskapssystemet och är ingen förvaltningsmyndighet. Däremot har SKR en viktig roll i att stödja medlemmarna med kunskap, tillhandahålla nätverk för kommunernas respektive regionernas krisberedskap och ingå överenskommelser med staten om kommunernas och regionernas krisberedskap och arbete med civilt försvar. SKR har också haft en viktig roll i att stödja kommuner och regioner vid kriser som exempelvis vid skogsbränderna sommaren 2018 och under coronapandemin. SKR har fortlöpande kontakt med regering och myndigheter där SKR lyfter fram de behov som kommuner och regioner har. SKR fyller också en viktig funktion i krisberedskapen genom att tillhandahålla forum där myndigheter och andra aktörer kan föra dialog med representanter för kommuner och regioner i aktuella frågor.

[109] www.inera.se/om-inera/ineras-uppdrag/, besökt 2021-02-08.

SKR är inte en del i den offentliga förvaltningen

Utredningen kan konstatera att SKR inte är en del i det svenska förvaltningssystemet. SKR har inget ansvar gentemot riksdagen, regeringen eller medborgarna. SKR är en fristående ideell förening för dess medlemmar och inte en överordnad organisatorisk struktur till kommuner och regioner. Det innebär att SKR:s politiska styre inte på något sätt är överordnat det kommunala eller regionala styret. Det är frivilligt för kommuner och regioner att vara medlemmar i SKR och organisationen i sig kan inte fatta beslut som blir bindande för hur en kommun eller region ska agera. I frågor av gemensam betydelse brukar därför SKR:s styrelse eller delegationer fatta beslut om att *rekommendera* medlemmarna att på hemmaplan fatta beslut i vissa frågor och på så sätt få ett enhetligt beslutsfattande. Nationella beslut om rekommendationer åtföljs av en beredningsprocess i respektive kommun eller region och avslutas med ett lokalt eller regionalt politiskt beslut som inte nödvändigtvis landar i samma slutsats som den rekommendation som man kom överens om vid SKR. Oftast är dock förankringen så god att det som överenskoms nationellt också beslutas lokalt och regionalt. SKR kan också ta beslut om att genomföra olika uppgifter i egen regi genom det kansli som organisationen har tillgång till. Sådana beslut kräver ingen förankring men förpliktigar heller inte för enskilda kommuner eller regioner. Man styr så att säga sin egen organisation.

SKR som organisation behöver inte enligt lag följa den s.k. offentlighetsprincipen. Förbundet kan frivilligt välja att lämna ut handlingar men det finns ingen lagreglerad rättighet för allmänheten att få tillgång till allmänna handlingar på motsvarande sätt som i offentlig förvaltning.

Totalförsvaret byggs utifrån den svenska förvaltningen. Planeringsanvisningar tas på nationell nivå fram av Försvarsmakten och MSB på uppdrag av regeringen. Dessa planeringsansvisningar hanteras sektorsvis i ett system med centrala myndigheter under sekretess. Till denna process knyts högre regionala, regionala och lokala strukturer. För att SKR ska kunna delta aktivt i totalförsvarsplaneringen krävs ett omfattande säkerhetsarbete. SKR arbetar för närvarande med införande av säkerhetsskyddsorganisation.

SKR:s roll i totalförsvaret

SKR är som arbetsmarknadsorganisation skyldig att delta i totalförsvarsplaneringen enligt lag (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen. Det innebär att de är skyldiga att överlägga med totalförsvarsmyndigheterna om organisationernas uppgifter inom eller i anslutning till totalförsvaret på central, regional och lokal nivå; medverka vid övningar inom totalförsvaret samt lämna upplysningar eller annat biträde som totalförsvarsmyndigheterna behöver för sitt planeringsarbete.[110] SKR är också som arbetsgivarorganisation som i fredstid är eller brukar vara part i kollektivavtalsförhandlingar, skyldiga att överlägga med sina motparter om kollektivavtal för krissituationer som omfattas av totalförsvarsplaneringen.[111] Skyldigheterna bedöms dock inte sträcka sig utanför rollen som arbetsmarknadsorganisation.

Överenskommelser

Regeringen kan inte lämna uppdrag till kommuner eller regioner, eller till SKR, på samma sätt som till statliga myndigheter. Statens styrning av kommuner och regioner kan ske via lag, förordning och myndighetsföreskrifter eller genom överenskommelser. I den mån staten vill göra överenskommelser med kommuner och regioner om olika sakfrågor och finansiering sker detta med SKR som motpart.

På hälso- och sjukvårdsområdet tecknas en rad överenskommelser kring områden som anses särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. Staten ingår också, genom Socialdepartementet och MSB, överenskommelser med SKR inom krisberedskap och civilt försvar. Under pandemin har ett antal särskilda överenskommelser ingåtts.

Utredningens bedömning

Utifrån ovanstående kan utredningen konstatera att SKR inte är en del i det svenska förvaltningssystemet. SKR har en värdefull roll som plattform för samarbete och samverkan mellan kommuner och regio-

[110] 3 § lagen (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen.
[111] 4 § ovan nämnda författning.

ner, samt mellan staten och kommuner och regioner. Genom SKR:s olika bolag löser kommuner och regioner en del gemensamma uppgifter som inköpssamverkan och gemensamma frågor som rör it-infrastruktur. SKR saknar beslutsbefogenheter och bygger på frivillig samverkan. Nu är alla kommuner och regioner medlemmar i SKR, men det står kommuner och regioner fritt att lämna samarbetet om de inte är nöjda med hur det bedrivs. När det gäller samhällets krisberedskap kan SKR ha en kunskapsstödjande roll gentemot kommuner och regioner och tillhandahålla forum för erfarenhetsutbyte. SKR kan företräda kommuners och regioners intressen gentemot regeringen och myndigheter och förhandla överenskommelser med staten.

Under en kris bör däremot samverkan och samordning i första hand ske inom den offentliga förvaltningsstrukturen. Statliga myndigheter behöver därför utveckla sin samverkan med kommuner och regioner i krisberedskapssystemet. Coronakommissionen konstaterade att SKR har haft en mycket central roll i pandemibekämpningen. I avsaknad av andra användbara strukturer för dialog mellan staten och kommuner/regioner har SKR fullgjort en nödvändig uppgift för samordning och för att överbrygga problemen med det decentraliserade systemet. Enligt Coronakommissionen framstår det emellertid i flera avseenden som problematiskt att en betydande del av ansvaret för pandemibekämpningen i realiteten måste vila på en arbetsgivar- och intresseorganisation, en organisation som inte ansvarar inför vare sig riksdag, regering eller medborgare för sina beslut eller åtgärder.[112]

När det gäller totalförsvarsplanering kan SKR ingå överenskommelser med staten om detta och bistå kommuner och regioner med kunskap. SKR har en roll i totalförsvaret som arbetsmarknadsorganisationen men saknar än så länge de organisatoriska och säkerhetsmässiga förutsättningar som krävs för att vara en aktiv del i totalförsvaret. Den faktiska totalförsvarsplaneringen behöver därför ske direkt mellan statliga myndigheter och kommuner och regioner.

[112] Coronakommissionen (2021): Sverige under pandemin (SOU 2021:89), s. 749.

3.2.3 Grundläggande principer för krisberedskap

Bedömning: Ansvars-, likhets- och närhetsprincipen, som ligger till grund för krisberedskapen, måste tolkas tillsammans med lokaliseringsprincipen och det geografiska områdesansvaret i ett större sammanhang. Principerna är i vissa fall delvis överlappande. Kommuner och regioner måste därför analysera hur deras verksamheter förhåller sig till det geografiska områdesansvaret, lokaliseringsprincipen och statens ansvar.

Förutom att krisberedskapen baseras på daglig verksamhet och delas in i lokal, regional och nationell nivå så brukar Sveriges krisberedskapssystem beskrivas genom de grundläggande principerna ansvars-, närhets- och likhetsprincipen samt principen om geografiskt områdesansvar. När det gäller kommunal och regional verksamhet behöver även bl.a. lokaliseringsprincipen beaktas.

– *Ansvarsprincipen* innebär att den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer också har motsvarande ansvar vid kriser och/eller samhällsstörningar. Aktörer har ett ansvar att agera även i osäkra lägen samt att vidta de åtgärder som krävs för att både skapa robusthet och krishanteringsförmåga. Den utökade ansvarsprincipen innebär att aktörerna ska stödja och samverka med varandra. I propositionen Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull tydliggjorde regeringen att det i ansvarsprincipen även ingår att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan. Regeringen bedömde då att förmågan att samverka över sektorsgränserna bör förbättras.[113] Regeringen har också uttryckt att den anser att den myndighet eller utförare som har ansvaret för verksamhet under normala förhållanden, i enlighet med ansvarsprincipen, även har ansvar för att finansiera de åtgärder som krävs för att verksamhet kan bedrivas även i en krissituation.[114]

– *Närhetsprincipen* innebär att kriser ska hanteras på lägsta möjliga nivå i samhället. Med detta avses att den ledningsnivå eller instans som närmast berörs av det akuta krisförloppet normalt ska svara för ledningen av de åtgärder som erfordras för att man ska kunna hantera krisen på ett effektivt sätt. Krishanteringen bör lyftas till

[113] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 37.
[114] Förslag till statens budget för 2015 (prop. 2014/15:1), Utgiftsområde 6 s. 98.

högre nivåer endast om detta krävs för en rationell prioritering av olika åtgärder eller om samordningen av insatserna av andra skäl blir lidande av att krisen hanteras på den närmast berörda nivån.[115]

– *Likhetsprincipen* innebär att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Verksamheten under fredstida kriser och/eller samhällsstörningar ska fungera som vid normala förhållanden, så långt det är möjligt.
– *Geografiskt områdesansvar* innebär kortfattat att kommunen[116], länsstyrelsen[117] och regeringen[118] har ett ansvar för samordning av krishanteringen mellan olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå.
– *Lokaliseringsprincipen* utgår ifrån kommunallagens bestämmelser om att kommuner och regioner själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar.[119]

Det anges ofta att ansvarsprincipen är otydlig och inte fungerar i händelse av en kris. Regeringen har flera gånger fått kritik för ansvarsprincipen bl.a. i Riksrevisionens rapport om lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015.[120] Även under utbrottet av covid-19 har flera aktörer lyft frågan om ansvarsprincipens tillämplighet i kris.

Riksrevisionen ifrågasatte i rapporten från år 2015 om ansvarsprincipen har den tydlighet som behövs för att vara vägledande i krissituationer. Regeringen instämde inte i Riksrevisionens kritik. Regeringen menade att ansvarsprincipen ger uttryck för den självklara uppfattningen att det ansvar som en myndighet tilldelats också gäller i krislägen. Ansvaret gäller i hela hotskalan så länge inte något annat finns angivet i författning. Regeringen ansåg att det är grundläggande att alla samhällsinstitutioner har en förmåga att hantera kriser som inträffar inom deras ansvarsområde. Riksrevisionens iakttagelse om ansvarsprincipens bristande genomslag hos myndigheterna visade en-

[115] Fortsatt förnyelse av totalförsvaret (prop. 2001/02:10), s. 77.
[116] 2 kap. 7 § lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[117] 7 § förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion samt 6 § förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[118] Utgår ifrån regeringsformens bestämmelser att det är regeringen som styr riket.
[119] 2 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).
[120] Riksrevisionen (2015): *Lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015 – beredskap och hantering* (RiR 2017:4).

ligt regeringen snarare på ett behov av ökad kunskap. Regeringen angav att vikten av en enhetlig tolkning av ansvarsprincipens innebörd skulle uppmärksammas inom ramen för den ordinarie myndighetsstyrningen.[121]

Riksrevisionen konstaterar också i en rapport år 2018 om livsmedels- och läkemedelsförsörjningen att ansvarsprincipen, eftersom den inte är reglerad i författning, inte heller är tvingande eller direkt styrande för privata aktörer.[122] Revisionen rekommenderar regeringen att klargöra mål, krav och ansvar på området samt att förtydliga vad man förväntar sig av de myndigheter som har samordningsansvar.[123] Det kan förvisso vara så att det inte finns ett i lag utpekat ansvar för privata aktörers krisberedskap då de på det allmännas uppdrag utför uppgifter som enligt olika lagar ankommer på det allmänna. Det är dock inte samma sak som att det är ett otydligt ansvar enligt ansvarsprincipen. Ansvaret för hälso- och sjukvård ankommer till exempel på kommuner och regioner som huvudmän, oavsett om dessa i sin tur har lagt ut hela eller delar av verksamheten på privata aktörer eller i andra driftsformer. Det finns dock områden där ansvaret för t.ex. läkemedelsförsörjningen till patienter som får sina läkemedel på recept i sin helhet utförs av privat- eller offentligt ägda bolag. Dessa frågor har utredningen behandlat i det tidigare delbetänkandet SOU 2021:19.

Det geografiska områdesansvaret och lokaliseringsprincipen är till skillnad från ansvars-, likhets- och närhetsprinciperna tydligt reglerade i lag. Även om ansvarsprincipen i sig inte är reglerad i lag så är det ansvar som olika aktörer har ofta reglerat. Så länge inget annat sägs är det en självklarhet att detta ansvar kvarstår i händelse av en fredstida kris. Någon allmän ansvarsprincip behöver därför enligt utredningen knappast regleras.

Av principerna ovan framgår också att närhetsprincipen innebär att hanteringen av en händelse kan lyftas till en annan nivå när så anses vara rationellt för prioritering eller samordning. En sådan förändring kan innebära att en fråga blir någon annans ansvar enligt ansvarsprincipen. Det är inte i strid med ansvarsprincipen, utan en

[121] Regeringens skrivelse med anledning av Riksrevisionens rapport om lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015 – beredskap och hantering (Skr. 2016/17:206), s. 11 f.
[122] Livsmedels- och läkemedelsförsörjning – samhällets säkerhet och viktiga samhällsfunktioner (RiR 2018:6), s. 19.
[123] A.a., s. 9–10.

logisk konsekvens av principernas tillämpning, och i förekommande fall tydligt uttryckt i lag.

3.2.4 Geografiskt områdesansvar

Det geografiska områdesansvaret utvecklades i början av 2000-talet efter ett betänkande från sårbarhets- och säkerhetsutredningen[124] och infördes genom propositionen Samhällets säkerhet och beredskap.[125] Inom ett geografiskt område ska det finnas ett organ med ansvar för inriktning, prioritering och samordning av tvärsektoriella krishanteringsåtgärder. Samordningen innebär att de geografiskt områdesansvariga organen ska initiera och underlätta den samverkan som krävs vid en kris. Områdesansvaret är en viktig del i krisberedskapen. Enligt regeringens bedömning bör den grundläggande strukturen för tvärsektoriell samordning inom samhällets krisberedskap även fortsättningsvis vara det geografiska områdesansvaret, dvs. det ansvar för initiativ och samordning som vilar på regeringen för hela nationen, på länsstyrelsen för länet och på kommunstyrelsen för kommunen.[126]

Det geografiska områdesansvaret har för regeringens del utgångspunkt i regeringsformens bestämmelser. De statliga förvaltningsmyndigheterna lyder under regeringen och regeringen kan, då samhällets säkerhet hotas, fatta beslut i olika avdömningsfrågor eller för att åstadkomma nationell samordning. Regeringens uppgift avseende det nationella områdesansvaret är bl.a. att ansvara för den övergripande samordningen, prioriteringen och inriktningen av samhällets krisberedskap.[127]

När det gäller ansvaret för att hantera krissituationer avgörs detta av krisens karaktär och omfattning. Hanteringen av kriser utgår från det geografiska områdesansvaret och präglas i regel av ett nedifrån–upp-perspektiv. En krissituation som enbart drabbar en kommun hanteras i första hand lokalt, även om konsekvenserna också kan behöva hanteras parallellt på regional eller nationell nivå. Är krisen mera omfattande hanteras den även på länsnivå med stöd av nationella myndigheter. Utifrån vad utredningen om civilt försvar föreslår ska regionala kriser som omfattar flera län kunna hanteras av läns-

[124] Fortsatt förnyelse av totalförsvaret (prop. 2001/02:10), s. 45.
[125] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 52 f. och 57 f.
[126] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/07:92), s. 13.
[127] A.a., s. 14.

styrelserna gemensamt i ett civilområde med stöd av civilområdeschefen.[128]

Principerna behöver ses i ett sammanhang

Det är viktigt att förstå att de olika principerna ovan kompletterar varandra och att de måste ses i ett sammanhang. I grunden har kommuner, regioner och myndigheter fått ansvar att utföra vissa uppgifter. Även om ansvarsprincipen i sig inte är lagstadgad så är ansvaret för offentliga verksamheter bl.a. reglerat genom lag eller andra föreskrifter.

För kommuner och regioner anknyter det utpekade ansvaret i betydande mån till lokaliseringsprincipen i kommunallagen, dvs. ansvaret är kopplat till kommunens eller regionens territoriella område eller deras invånare. När det gäller statliga myndigheter, t.ex. Polismyndigheten eller Trafikverket, är ansvaret som regel nationellt men kan genom myndighetens organisation ha en lokal eller regional geografisk dimension. För andra myndigheter som Läkemedelsverket eller E-hälsomyndigheten saknas i princip den lokala och regionala dimensionen helt. För Läkemedelsverket, som bl.a. fattar beslut om nationella godkännanden av läkemedel, är i stället EU en ”högre nationell” geografisk dimension att förhålla sig till eftersom många av myndighetens uppgifter är reglerade i EU-rätten och att myndigheten utför uppgifter gemensamt inom arbete med EU:s gemensamma läkemedelsmyndighet (EMA). Även MSB och Folkhälsomyndigheten har uppgifter som tydligt knyter an till den internationella dimensionen, även utanför EU.

Det geografiska områdesansvaret är också att betrakta som ett ansvar. Geografiskt områdesansvar syftar till att skapa en gemensam inriktning och samordning av betydelse för en kris mellan sektorer. Detta sker på olika geografiska nivåer. Det innebär att kommunen eller länsstyrelsen utifrån sina olika geografiska områdesansvar kan underlätta samordning genom att tillhandahålla en arena för samverkan för t.ex. myndigheter, kommuner, regioner och andra aktörer när de försöker lösa uppgifter kopplat till deras ansvar. För den nationella nivån sker samverkan ofta hos MSB även om det formellt är regeringen som har det yttersta ansvaret.

[128] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 412.

Även närhetsprincipen innefattar, så som den uttrycks, ett visst mått av flexibilitet. Principen som anger att en kris ska hanteras på lägsta möjliga nivå i samhället innehåller en skrivning om att om det behövs för att krisen ska hanteras rationellt eller för samordningen kan en fråga lyftas till en annan nivå. Det framgår inte direkt av principen, men det kan antas att, detta innebär att om ett ansvar ligger på en lokal aktör och det finns skäl att lyfta frågan till en högre nivå och att ansvaret här utövas av någon annan så är det i linje med principerna. Ett sådant ansvar för en annan nivå kan då också uttryckas tydligt i författning.

Utifrån ovanstående kan man konstatera att en kommun eller region har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård. Detta ansvar riktar sig i första hand till de egna invånarna enligt lokaliseringsprincipen. Regionerna har dock genom HSL fått utökat ansvar för att tillhandahålla viss sjukvård även till andra. Det är dock inte tydligt uttryckt att kommuners och regioners ansvar sträcker sig till att även säkerställa att rikets samlade sjukvårdsresurser används på ett optimalt sätt och fördelas rättvist över riket i händelse av en fredstida kris. Det finns i LEH vissa möjligheter för kommuner och regioner att frivilligt stödja andra, men inget som tydligt uttrycker en skyldighet att göra det vid fredstida kriser.

3.3 Totalförsvar

Totalförsvar är sådan verksamhet som behövs för att förbereda Sverige för krig. Under högsta beredskap är totalförsvar all samhällsverksamhet som då ska bedrivas. I totalförsvaret ingår militär verksamhet (militärt försvar) och civil verksamhet (civilt försvar).[129] Det civila försvaret bygger på samhällets krisberedskap och samhällets samlade motståndskraft. Krisberedskapen och civilt försvar hänger således samman och det civila försvaret förmåga har stor betydelse för det militära försvaret.

Det övergripande målet för totalförsvaret är att ha förmåga att försvara Sverige mot väpnat angrepp och värna vår säkerhet, frihet, självständighet och handlingsfrihet. Verksamhet inom totalförsvaret

[129] 1 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

ska kunna bedrivas enskilt och tillsammans med andra, inom och utom landet.[130]

Målet för det civila försvaret är att

- värna civilbefolkningen,
- säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna,
- upprätthålla en nödvändig försörjning,
- bidra till det militära försvarets förmåga vid väpnat angrepp eller krig i vår omvärld,
- upprätthålla samhällets motståndskraft mot externa påtryckningar och bidra till att stärka försvarsviljan,
- bidra till att stärka samhällets förmåga att förebygga och hantera svåra påfrestningar på samhället i fred, och
- med tillgängliga resurser bidra till förmågan att delta i internationella fredsfrämjande och humanitära insatser.[131]

Civilt försvar är ingen organisation och ingen organisation ansvarar ensamt för att civilt försvar kommer till stånd. Civilt försvar utgörs av den verksamhet som statliga myndigheter, kommuner, regioner, privata aktörer och frivilligorganisationer genomför i syfte att göra det möjligt för att samhället att hantera situationer vid höjd beredskap och krig. Enligt regeringen ska arbetet med civilt försvar utgå från krisberedskapen och dess strukturer och processer där förmågan att hantera kriser ska ge en grundläggande förmåga att även hantera krigssituationer.[132,133] Regeringen anger dock att i den mån dessa strukturer och processer behöver revideras utifrån erfarenheterna av covid-19 ska detta göras.[134]

Totalförsvarsresurser ska utformas så att de även kan användas vid internationella insatser och för att stärka samhällets förmåga att förbygga och hantera svåra påfrestningar i fredstid.[135]

I fredstid genomför berörda aktörer totalförsvarsplanering, det vill säga aktörerna förbereder och planerar inför att aktivt kunna

[130] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 86.
[131] A.a., s. 89.
[132] Försvarspolitisk inriktning – Sveriges försvar 2016–2020 (prop. 2014/15:109), s. 105.
[133] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 127.
[134] A.a.
[135] 2 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

verka i händelse av ett skärpt säkerhetsläge. Totalförsvaret aktiveras först vid ett beslut om höjd beredskap. Höjd beredskap är ett samlingsnamn för beredskapsnivåerna ”skärpt beredskap” eller ”högsta beredskap”. Det är regeringen som beslutar om skärpt eller högsta beredskap. Om Sverige är i krig råder högsta beredskap.[136]

Till skillnad från vid fredstida kriser finns det särskilda regler i regeringsformen och i ett flertal andra författningar som ska snabba på och underlätta beslutsfattande vid krig. Regleringarna ska även understödja omställningen av samhället från fredstida behov till försvar av landet. Samlingsbegreppet för lagar och föreskrifter som förbereder och anpassar samhället till höjd beredskap är administrativ beredskap. Den inbegriper två delar:

– Författningsberedskap: lagar, förordningar och bestämmelser för att planlägga och reglera samhällets omställning från fred till krig och för att säkerställa att samhället fungerar även i krig.
– Organisationsberedskap: bestämmelser om myndigheters uppgifter och organisation i krig eller vid krigsfara samt vid planeringen i fredstid.

Exempel på regleringar

Förordning (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap syftar till att samtliga statliga myndigheter genom sin verksamhet ska utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter inför och vid höjd beredskap. Denna förordning ansluter till lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

I förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, som tidigare nämnts i samband med krisberedskapen, finns också bestämmelser om bevakningsansvariga myndigheters åtgärder inför och vid höjd beredskap. Bevakningsansvariga myndigheter har i förhållande till andra myndigheter ett utpekat ansvar att vidta ytterligare förberedelser inom respektive ansvarsområde vid höjd beredskap.[137] Samtliga myndigheter som har ett särskilt ansvar för krisberedskap är även

[136] 3 § ovan nämnda författning.
[137] 16–18 §§ förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.

bevakningsansvariga myndigheter.[138] Även länsstyrelserna är bevakningsansvariga myndigheter.[139]

I lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap finns bl.a. bestämmelser om att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap.[140] Under höjd beredskap ansvarar kommunstyrelsen för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva. Motsvarande föreligger för regionen dvs. att regionstyrelsen ansvarar för ledningen under höjd beredskap.[141] Kommunens alternativt regionens krisledningsnämnd har ingen funktion under höjd beredskap.

Exempel på myndigheternas ansvar

MSB ska enligt sin instruktion bland annat utveckla och stödja arbetet med civilt försvar.[142] Myndigheten ska också stödja berörda aktörer i planeringen för civilt försvar. Myndigheten ska särskilt verka för att aktörerna samordnar planeringen samt för att samordning sker i förhållande till det militära försvaret.[143]

Vad gäller hälso- och sjukvård framgår det bland annat av Socialstyrelsens instruktion att myndigheten ska samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.[144]

3.3.1 Totalförsvaret 2021–2025

I december år 2020 beslutade riksdagen inriktningen för totalförsvaret 2021–2025.[145] Där anges att utgångspunkten för planeringen av totalförsvaret bör vara att under minst tre månader kunna hantera en säkerhetspolitisk kris i Europa och Sveriges närområde som inne-

[138] Bilaga till förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
[139] 10 § ovan nämnda författning.
[140] 3 kap. 1 § lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[141] 3 kap. 2 § första respektive andra stycket ovan nämnda författning.
[142] 1 § andra stycket 1 förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[143] 6 § ovan nämnda författning.
[144] 9 § 1 förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[145] Totalförsvaret 2021–2025 (Prop. 2020/21:30), rskr. 2020/21:135.

bär allvarliga störningar i samhällets funktionalitet samt krig under del av denna tid.[146] Regeringen bedömer att det under perioden 2021–2025 är särskilt viktigt att arbetet med att stärka motståndskraften i de viktigaste samhällsfunktionerna vidareutvecklas och fördjupas.[147]

Arbetet med att utveckla styrningen och uppföljningen av det civila försvaret bör fortsätta. Styrningen och uppföljningen bör vara långsiktig och tydligt inriktad mot verksamhetens resultat.[148] Verksamheten bedrivs av många olika aktörer på central, regional och lokal nivå. För att sådan omfattande verksamhet ska utföras effektivt krävs välfungerande planering, samordning och uppföljning. Regeringen har därför bl.a. aviserat att den avser att inrätta en ny myndighet för uppföljning och utvärdering av verksamheten i totalförsvaret som ska inrättas senast den 1 januari 2023.[149] Utredningen kan också konstatera att detta kräver en tydlig styrning av hälso- och sjukvården och dess resurser.

Stöd till Försvarsmakten

I händelse av krigsfara eller krig kommer totalförsvarets ansträngningar inledningsvis att kraftsamlas till det militära försvaret, samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna behöver säkerställas och civilbefolkningen skyddas. Samhället behöver snabbt kunna ställas om till krigsförhållanden, genomföra en nationell kraftsamling samt mobilisera militära och civila resurser som gynnar försvarsansträngningarna.[150] Det civila försvarets stöd till Försvarsmakten kan innebära svåra avvägningar, såväl i en akut situation som på längre sikt, avseende hur resurser bör prioriteras med hänsyn tagen till samhällets generella behov och Försvarsmaktens behov under höjd beredskap. Det är viktigt att det under perioden 2021–2025 sker ett arbete med att ta fram en planering och principer för hur prioriteringar ska göras.[151] Inom de flesta områden innebär det att det offentliga inte kommer kunna leverera annan verksamhet eller service än den som bedöms vara samhällsviktig för totalförsvarets behov.[152] Detta inne-

[146] A.a., s. 84.
[147] A.a., s. 134.
[148] A.a., s. 95.
[149] A.a., s. 97.
[150] A.a., s. 128.
[151] A.a., s. 128.
[152] A.a., s. 128.

bär att hälso- och sjukvården initialt kan tvingas prioritera hårdare för att uppnå den kraftsamling som krävs för totalförsvarsansträngningarna än vad som är fallet i ett längre perspektiv. Även sådan angelägen vård som endast kan anstå kortare tid kan därmed inledningsvis få skjutas upp. Det kan också innebära att nationell hänsyn måste ställas över kommunal och/eller regional hänsyn.

I händelse av allmän mobilisering och intagande av krigsorganisation kommer friktioner uppstå, bl.a. kommer personal som arbetar i vården mobilisera med Försvarsmakten, som innebär att vården inte kommer fungera som normalt. I ett något längre perspektiv kommer dock sjukvården tvingas hitta former för ”det nya normala”.

Inom det civila försvaret ska berörda aktörer planera för att under höjd beredskap och ytterst krig kunna stödja Försvarsmakten. Denna planering bör fortsätta att utvecklas på såväl nationell som regional nivå. De stödbehov som identifieras inom det militära försvaret, liksom civila aktörers förmåga att tillgodose dessa behov, är en viktig del av planeringen.[153]

Försvarsmaktens försvarsplanering är en viktig utgångspunkt för den sammantagna totalförsvarsplaneringen på central, regional och lokal nivå. Regeringens inriktning av Försvarsmaktens försvarsplanering är därmed viktig även för planeringen för det civila försvaret.[154]

Sjukvårdens funktionalitet ska upprätthållas

Regeringen framhåller också att det är viktigt att upprätthålla funktionaliteten inom hälso- och sjukvården i krig.[155] Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller vid prioritering av vårdbehov. Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma bör de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt som möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred.[156]

Regionerna har förvisso redan i grunden ett ansvar för att erbjuda vård om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där

[153] A.a., s. 128.
[154] A.a., s. 129.
[155] A.a., s. 139.
[156] A.a., s. 139.

behöver omedelbar hälso- och sjukvård.[157] Omedelbar vård bör uppfylla kriteriet för sådan vård som inte kan anstå. Det innebär i praktiken att regionerna redan i dag är skyldiga att ta hand t.ex. stridsskadade om de är i behov av omedelbar vård då Försvarsmakten bedriver väpnad strid i regionen. Det är dock inte rimligt att anta att regionen ska planera, dimensionera eller finansiera sådan vård som kommer av totalförsvarsansträngningar på egen hand. Det kan inte ha varit avsikten med bestämmelsen. För hälso- och sjukvården innebär dock det som anges i Totalförsvarspropositionen att regioner kan behöva anpassa sitt vårdutbud till att, utöver vad som kommer av hälso- och sjukvårdslagen, även svara upp mot de behov som kommer av Försvarsmaktens planering. Det kan till exempel innebär att planera för ett mycket större antal traumafall i anslutning till ett stridsområde och/eller att upprätta ett stort antal vårdplatser för eftervård i syfte att stödja Försvarsmakten och andra regioner som har en större belastning på den akuta vården. Vad som är aktuellt för olika kommuner och regioner är beroende av bl.a. försvarsplaneringen. Det är dock viktigt att understryka att ingen kommun eller region kan lösa så stora åtaganden som kommer av Försvarsmaktens behov utan att det tillförs ekonomiska medel. Sådana medel måste stå i proportion till den uppgift som ska lösas, vilket alltså kan variera mellan olika kommuner och regioner. Detta måste knytas till planeringen.

3.3.2 Gråzon och hybridhot – mellan krig och fred

Gråzon brukar förstås som ett tillstånd mellan fred och krig och betecknas ibland även som hybridhot. Konceptet gråzonskonflikt (”gray zone conflict”) har fått en ökande betydelse inom militär policy- och strategiutveckling, där den framtida hotmiljön beskrivs som ett ”kontinuum” eller spektrum av många olika typer av konflikter där traditionella militära medel undviks.[158] Gråzonsproblematik orsakas av ett antal kombinerade antagonistiska aktiviteter som angriparen avser inte ska uppfattas som krigföring. Aktiviteterna kan exempelvis utgöras av politisk påverkan, manipulering av marknader, desinformation, informationspåverkan, stöd till ytterlighetsrörelser, makt-

[157] 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[158] Totalförsvarets forskningsinstitut (2018): *Gråzonsproblematik och hybridkrigföring – påverkan på energiförsörjning* (FOI-R--4590—SE), s. 13.

demonstrationer, illegal underrättelseinhämtning, hot och påtryckningar mot beslutsfattare, cyberangrepp och fysiska sabotage.[159]

Att använda gråzonsstrategi handlar grovt sett om att försöka uppnå politiska eller andra mål via tillgängliga maktmedel utan att eskalera en situation till krig eller annan kraftfull motreaktion. Försvarsmakten uttrycker det som att

> … motståndaren strävar efter att kringgå grunderna för [den svenska] statens verktyg för institutionellt våld.[160]

Regeringen skriver i Totalförsvarspropositionen att vid en säkerhetspolitisk kris, konflikt eller krig i närområdet kan Sverige bli utsatt för en kombination av olika maktmedel där också militära operationer utgör en komponent. Hybridhot och icke-linjär krigföring är exempel på två begrepp som förekommer för att beteckna staters eller statsunderstödda aktörers användning av olika medel för att avsiktligt störa samhällets funktionalitet eller påverka opinioner, beslutsfattare och demokratiska processer. Tillvägagångssättet som sådant har funnits i alla tider. Det som utmärker vår tid är uppkomsten av nya tillämpningar och ökade sårbarheter som den samhälleliga och tekniska utvecklingen skapat, liksom vissa staters förmåga och beredskap att använda antagonistiska påverkansmedel på ett samordnat sätt. Västerländska demokratiska samhällen med fri opinionsbildning och öppna ekonomier har särskilda kännetecken som en antagonistisk motpart kan utnyttja till sin fördel.[161]

Hybridhoten i fredstid riktas i hög grad, men inte enbart, mot det civila samhället. Sårbarheter i civila strukturer måste minskas, den fredstida hanteringen av hybrida hot stärkas och hanteringen präglas av ett helhetsperspektiv.[162]

Betydelsen för hälso- och sjukvården

För hälso- och sjukvården innebär gråzon och hybridhot precis som för samhället i stort att hänsyn måste tas till att en framtida säkerhetspolitisk konflikt inte med nödvändighet kommer utspela sig i höjd beredskap, krig eller genom ett väpnat angrepp på Sverige. Det

[159] A.a., s. 3.
[160] A.a., s. 14.
[161] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 61–62.
[162] A.a., s. 137.

kan noteras att situationen med hybridhot eller gråzonsproblematik kan vara nog så utmanande för samhället. Många olika icke attribuerbara händelser som både leder till samtidiga och omfattande störningar i teknisk infrastruktur och skadeutfall kombinerat med påverkan i informationsmiljön innebär enligt utredningens bedömning att hälso- och sjukvården kan sättas under mycket hård press. Det går inte att utesluta att den press som uppstår är minst lika omfattande som den press som skulle uppstå under ett väpnat angrepp även om den är av en annan karaktär. Detta är något som behöver beaktas när det kommer till behoven kring hur hälso- och sjukvården ska ledas och hur resurser ska fördelas.

3.3.3 Planering av totalförsvaret

Återupptagandet av totalförsvaret innebär också ett behov av återtagande av en planeringsprocess för totalförsvarets behov. Regeringen konstaterar i Totalförsvarspropositionen att MSB och Försvarsmakten, som ett resultat av ett gemensamt regeringsuppdrag under föregående försvarsbeslutsperiod, har utarbetat en modell för sammanhängande planering, med fokus framför allt på det civila försvaret. Regeringen angav vidare att det är av vikt att myndigheternas påbörjade arbete med att åstadkomma en ändamålsenlig planering och uppföljning av det civila försvaret fortsätter att utvecklas under försvarsbeslutsperioden 2021–2025.[163]

Regeringen fattade i december 2020 beslut om anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025.[164] Enligt beslutet ska de bevakningsansvariga myndigheternas arbete med civilt försvar stärkas och förmågehöjande åtgärder vidtas. Myndigheterna ska i genomförandet av uppdraget vid behov samarbeta med berörda aktörer, till exempel statliga myndigheter, kommuner, regioner frivilligorganisationer och näringsliv. Den del av uppdraget som handlar om förmågan att bidra till det militära försvaret ska genomföras i samråd med Försvarsmakten.

Regeringen har också med anledning av totalförsvarsbeslutet beslutat om en inriktning för en sammanhängande planering av totalförsvaret.[165] Beslutet innebär att Försvarsmakten och MSB, i samver-

[163] A.a., s. 96.
[164] Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025 (Ju2020/04658).
[165] Inriktning för en sammanhängande planering för totalförsvaret (Fö2020/01269).

kan med bevakningsansvariga myndigheter, ska främja och utveckla en sammanhängande planering för totalförsvaret för 2021–2025 vad avser planeringsförutsättningar och stöd till bevakningsansvariga myndigheter med flera. Uppdraget innebär bl.a. att Försvarsmakten och MSB ska ta fram gemensamma planeringsantaganden som bl.a. ska användas av de bevakningsansvariga myndigheterna i deras fortsatta planering. Av uppdraget framgår vidare att det för att säkerställa den samlade förmågan i totalförsvaret är av stor vikt att arbetet med en sammanhängande planering utvecklas och genomförs på statlig, regional och kommunal nivå av såväl offentliga som privata aktörer. Försvarsmakten och MSB ska fortsatt stödja och verka för att bevakningsansvariga myndigheter samt regioner och kommuner stärker sin förmåga att hantera höjd beredskap och då ytterst krig. Resultatet av uppdraget till Försvarsmakten och MSB finns publicerat i rapporten *Handlingskraft*.[166]

Regeringen har också gett MSB i uppdrag att göra en samlad bedömning av förmågan inom det civila försvaret.[167] MSB ska återkoppla slutsatserna till de bevakningsansvariga myndigheterna och Försvarsmakten i syfte att återföra kunskap och möjliggöra lärdomar. I genomförandet av uppdraget ska MSB använda sig av de bevakningsansvariga myndigheternas redovisningar som lämnas i enlighet med Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025. Genomförandet av uppdraget ska ske i samarbete med de bevakningsansvariga myndigheterna och Försvarsmakten. Vid behov ska samarbete även ske med övriga berörda aktörer, till exempel kommuner, regioner, frivilligorganisationer och näringsliv.

Planeringsansvar för höjd beredskap

Bevakningsansvariga myndigheter har ett planeringsansvar för höjd beredskap i enlighet med vad som framgår av bl.a. 4 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. Där framgår att varje myndighet ska i sin verksamhet beakta totalförsvarets krav. I myndigheternas planering för totalförsvaret ska det ingå att myndigheten under höjd beredskap ska fortsätta sin verksamhet så långt det är möj-

[166] Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Handlingskraft* (dnr FM2021-17683:2, MSB202016261-3).
[167] Uppdrag till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att göra en samlad bedömning av förmågan inom det civila försvaret (Ju2020/04658, delvis).

ligt med hänsyn till tillgången på personal och förhållandena i övrigt. Myndigheternas planering för totalförsvaret ska vidare ske i samverkan med de statliga myndigheter, kommuner, regioner, sammanslutningar och näringsidkare som är berörda.

Även kommuner och regioner har ett ansvar att planera för höjd beredskap vilket framgår av 3 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Där framgår att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Bestämmelsen anger dock inget om utifrån vad eller mot vilken förmåga som kommuner och regioner ska planera. Enligt 5 kap. 1 § LEH ska kommuner och regioner a få ersättning av staten för kostnader för förberedande uppgifter som de utför enligt 2 och 3 kap. Uppgifter som rör extraordinära händelser i fredstid berättigar till ersättning endast i den mån verksamheten är till nytta för hanteringen av sådana mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

Statens styrning av regionernas arbete – överenskommelser

Staten arbetar sedan många år med överenskommelser för frågor som är strategiskt viktiga för de politiska målen. Överenskommelser inom hälso- och sjukvårdsområdet ingås mellan regeringen (Socialdepartementet) och SKR inom områden där regeringen och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Sådana överenskommelser är inte bindande för kommuner och regioner. Det finns sedan några år tillbaka även överenskommelser avseende civilt försvar som rör regionernas hälso- och sjukvård. Syftet med överenskommelserna är att ge regionerna långsiktiga förutsättningar för hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar.[168] I överenskommelserna listas de insatser som regionerna ska genomföra. Det framgår också vissa uppgifter kring SKR:s roll avseende att stödja regionerna och kommunerna. De ovan nämnda överenskommelserna har ingen tydlig koppling till den process för planering vid statliga myndigheter som redovisas ovan.

[168] Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2021 (S2021/02919), s. 14.

3.4 Särskilt om samverkan och samordning

Många frågor som ska hanteras i offentlig förvaltning eller i vården spänner över flera olika ansvarsområden. Samverkan är en stor del av vården i vardagen. Som exempel kan nämnas att regioner har ansvar för att tillhandahålla vård, kommunen har ansvar för räddningstjänst och polisen har bl.a. ansvar för att förebygga och förhindra brott samt övervaka den allmänna ordningen och säkerheten. Vid t.ex. en trafikolycka behöver dessa tre aktörer gemensamt göra en insats på olycks-/skadeplatsen utifrån sina respektive ansvarsområden. Detta kräver samverkan. Även i situationer kring utskrivning av en patient från sjukhus kan samverkan krävas mellan en region och en kommun. För att utskrivningen ska kunna verkställas krävs t.ex. att kommunen har en plats i ett särskilt boende, eller de andra stödresurser som krävs vid överflyttningen.

Oavsett hur staten, regionen, kommunen eller ett företag valt att organisera sig uppkommer gränsdragningsfrågor. Hur en viss organisatorisk enhet väljer att hantera en uppgift kan i hög grad inverka på andra organisatoriska enheters förutsättningar att hantera sina uppgifter.

3.4.1 Allmänt om samordning av verksamheter

Bedömning: Samordning är en effekt som uppnås endera genom ledning eller samverkan. Att använda verbet *samordna* som uppdragsformulering till aktörer som endast kan bidra till att samordning mellan aktörer uppnås genom samverkan kan leda till en övertro på den effekt som aktören kan uppnå. Att samordna är därför inte en lämplig uppdragsformulering till en aktör som inte direkt kan leda det som ska samordnas. För sådana aktörer som endast kan uppnå samordning genom samverkan bör i stället ett uppdrag uttryckas som att *verka för samordning*.

I svensk förvaltning används ofta begrepp som samverka och samordna. Att samverka är en grundläggande skyldighet för alla statliga myndigheter. Det finns en generell plikt för myndigheter att samarbeta och samverka som är förordningsstyrd. Myndighetsförordningen (2007:515) slår fast att myndigheten fortlöpande ska verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de

fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.[169] Enligt 8 § förvaltningslagen (2017:900) ska en myndighet inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter. Även av förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap framgår uttryckligen att myndigheterna ska samverka och stödja varandra vid en krissituation.[170]

Trots att samverkan är en grundläggande skyldighet för myndigheter uttrycks det ändå i vissa sammanhang särskilt att vissa myndigheter ska samverka med andra myndigheter. Exempelvis framgår att Läkemedelsverket och Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten. Myndigheternas arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende av hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.[171,172] Det är inte heller ovanligt att samverkan mellan myndigheter särskilt uttrycks i regeringsuppdrag. Att separat uttrycka samverkansskyldigheten riskerar enligt utredningen att leda till att den grundläggande generella samverkansskyldigheten urholkas och att det blir otydligt huruvida man ska samverka om detta inte uttryckligen anges.

Inom krisberedskapen refereras ofta till ansvarsprincipen när det gäller offentliga aktörers ansvar för verksamheter i kris, dvs. även kommuner och regioner. Regeringen konstaterade i propositionen *Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull* att ansvarsprincipen, så som den delvis har utvecklats, begränsats till den egna verksamheten.[173] Regeringen gjorde därför bedömningen att det i ansvarsprincipen, som innebär att den som bedriver verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar även under krissituationer, även ingår att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan.[174] Detta har lett till vad som brukar kallas den utökade ansvarsprincipen som alltså tolkats till att omfatta ett krav på att samverka med andra, även utanför statliga myndigheter och mellan aktörer inom en sektor.

Även begreppet samordning används i uppgifter till myndigheter. MSB ska till exempel samordna kommunerna på nationell nivå och

[169] 6 § myndighetsförordningen (2007:515).
[170] 5 § förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap.
[171] 11 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[172] 32 § förordning (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.
[173] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 38.
[174] A.a., s. 37.

stödja dem med råd och information i deras verksamhet enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor[175] samt stödja och samordna arbetet med samhällets informationssäkerhet.[176] Länsstyrelserna ska utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande samt inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser.[177] I vissa avseenden uttrycks uppgiften i stället som att myndigheten ska verka för samordning. MSB ska t.ex. arbeta med och verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara.[178]

Samarbete, samverkan och samordning

Orden samverka och samordna är som framgår ovan vanligt förekommande i regleringar som rör svensk förvaltning men också i andra sammanhang som rör hanteringen av frågor som berör olika ansvarsområden. Andra ord som ofta används i bl.a. rättsliga regleringar är samarbete och samråd.

Med **samarbete** avses enligt Socialstyrelsens termbank gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift. Med **samordning** avses enligt samma termbank koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet och med **samverkan** avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.

MSB har tagit fram en ledningsmodell, *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*, som stöd för samverkan och ledning inom samhällsskydd och beredskap, både i offentlig och privat verksamhet samt på lokal, regional och nationell nivå. I modellen beskrivs ledning och samverkan som funktioner som leder till inriktning och samordning.[179] Den grundläggande tesen är att du endast kan leda sådana resurser som du har ett mandat över, endera genom att det är dina egna resurser eller att det kan ske genom en överenskommelse. Att leda någon annans resurser ställer dock krav

[175] 1 § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[176] 11a §.
[177] 2 § förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.
[178] 1 § förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[179] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2018): *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*, s. 197 ff.

på att många andra frågor är lösta som till exempel vem som har arbetsmiljöansvar osv. Om ett ledningsmandat saknas återstår alltså samverkan, en dialog för att komma överens om vad som ska åstadkommas (inriktning) och hur resurserna bäst används (samordning). Eftersom det svenska förvaltningssystemet är indelat i många olika självbestämmande aktörer som i komplexa situationer behöver arbeta tillsammans är samverkan den funktion som oftast behöver användas för att nå samordning. Inom ramen för totalförsvaret kan samordning ofta uppnås genom ledning i det militära försvaret medan samordning i det civila försvaret måste uppnås genom samverkan.

Innebörden av olika begrepp kan således beskrivas på olika håll. Att tolka vad lagstiftaren eller andra regelgivare avser med olika begrepp i lagar och andra föreskrifter är ytterst en fråga för domstolarna. Det är dock inte givet att alla uttryck som används i t.ex. en lag blir föremål för tolkning av en domstol.

Syftet med samordning kan allmänt sägas vara att åstadkomma att ett flertal aktörer tillsammans ska uppnå ett resultat som är gynnsammare än det resultat de var för sig kan åstadkomma. När det gäller frågor som rör sig över organisatoriska gränser är frågan ofta hur resultatet samordning ska uppnås.

Samverkan bygger på frivillighet

Även om det i 8 § förvaltningslagen (2017:900) finns en skyldighet för myndigheter att samverka inom sitt verksamhetsområde så bygger resultatet av samverkan på frivillighet. En aktör som saknar mandat kan inte tvinga en annan aktör att göra något mot dennes vilja. I det fall en organisatorisk enhet inte ensam har rätt att bestämma hur en viss fråga ska lösas, är det främst genom samverkan och konsensusbeslut som effekten ”samordning” kan uppnås. Dock kan det finnas andra regler som tvingar aktörer att hantera händelser. Man kan t.ex. inte välja bort att agera i en kris. Hur kraftfullt och vad man de facto gör är dock upp till den egna myndigheten. Om man strävar mot ett högre mål, att lösa den uppkomna krisen kan det dock te sig rimligt att tro att de flesta försöker göra vad de kan för att lösa situationen. Samordnade resurser är då bättre än att alla arbetar var för sig. Det finns därmed en god grund för att samverkan ska kunna leda till samordning. Det finns dock situationer där det kan vara svårt att få till

en effektiv samordning och det är när enskilda aktörer måste fatta svåra beslut som de också enskilt kan ställas till ansvar för. Om risken att ställas till ansvar för ett enskilt beslut är större än risken att ställas till ansvar för det kollektiva beslutsfattandet som leder till samordning så riskerar detta att leda till att samverkan inte leder till samordning.

Att ställa krav på en myndighet eller någon annan aktör att de ska samordna aktörer eller verksamheter riskerar mot ovanstående bakgrund att skapa falska förutsättningar. Möjligheterna att åstadkomma samordning utan att ha ett (lednings)mandat är starkt begränsade. En myndighet eller annan aktör som får en sådan uppgift kan svårligen ställas till ansvar för sitt misslyckande. I vissa fall används i stället skrivningen ”verka för samordning” inom ett område. Detta uttryck kan uppfattas som vagt men stämmer bättre med de mandat som myndigheten eller aktören normal sett har. Uppgiften samordning kan endast med säkerhet ställas till en myndighet som har ett mandat att leda verksamhet och man kan fråga sig vad relevansen är att exempelvis kravställa att Försvarsmakten ska samordna sina förband, det får ändå ses som en självklarhet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att samordning kan uppnås genom samverkan. Samordning kan också uppnås genom att någon aktör formellt får rätt att bestämma hur en viss fråga ska hanteras, exempelvis genom beslut eller föreskrifter som andra berörda aktörer är skyldiga att följa.

Samverkan och formell styrning eller beslutsrätt är således olika medel för att uppnå resultatet samordning. För vissa situationer där det bedömts olämpligt att förlita sig på att konsensusbeslut alltid kommer kunna uppnås, kan regelgivare eller beslutsfattare säkerställa att en fråga kan lösas genom att en aktör får mandat att genom normer eller beslut ge direktiv som andra aktörer är skyldiga att följa.

Mot ovanstående bakgrund bedömer utredningen att samordning är en effekt som uppnås endera genom ledning eller samverkan. Den som ansvarar för att samordna något behöver mandat att leda. Annars kan aktören endast verka för samordning genom samverkan i frivilliga dialoger. Att samordna är inte en lämplig uppdragsformulering till en aktör som inte direkt kan leda det som ska samordnas.

3.4.2 Samordningsansvar för hälso- och sjukvården

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter måste planeras. En av de mer centrala utgångspunkterna för planering av vård är hur stort antal patienter som ska kunna behandlas, vårdas eller omhändertas. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[180] Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare och ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Även kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[181] Hälso- och sjukvårdsverksamheter ska därför vara resurssatta så att de klarar sina uppdrag. Även om en sådan verksamhet skulle drivas med vissa säkerhetsmarginaler är det inte rimligt att förvänta sig att en verksamhet ska klara av att ge vård till betydligt fler patienter än den har dimensionerats för. Om vårdresurserna skulle understiga vårdbehoven, även efter att förstärkningsresurser tillförts och viss omställning av vårdflöden gjorts, krävs prioriteringar.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.[182]

För att hälso- och sjukvården ska kunna hantera sådana belastningar som kan uppkomma vid fredstida kriser och krig krävs att vårdens aktörer kan samordnas så att vård på lika villkor för hela befolkningen kan ges. Patienter eller vårdresurser kan då behöva omfördelas inom en region, mellan regioner, mellan kommuner eller mellan regioner och kommuner.

[180] 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[181] 11 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[182] 3 kap. 1 § ovan nämnda författning.

Samordningsansvar för staten?

Socialstyrelsen har genom sin instruktion och genom bestämmelser i andra författningar, exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659) och förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, ett omfattande ansvar för frågor som rör hälso- och sjukvårdsområdet.

Av förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen finns bestämmelser om Socialstyrelsen ansvar för samordning.[183] Det finns särskilt skäl att framhålla bestämmelserna om ansvar för samordning i 9 §. Bestämmelsen i 9 § 1 innebär att Socialstyrelsen ska medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap samt *samordna* och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Bestämmelsen i 9 § 3 innebär att Socialstyrelsen på regeringens uppdrag ska *samordna* förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap och för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

För att säkerställa att samordning uppnås enligt har Socialstyrelsen bemyndigats att meddela vissa föreskrifter. Av 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. följer att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.

Kommuner eller regioner kan under vissa förutsättningar på frivillig väg bistå andra kommuner och regioner, men är som regel inte skyldiga att hjälpa andra offentliga huvudmän för sjukvård för att lösa deras vårdproblem. För nationell samordning inom ramen för det geografiska områdesansvaret krävs att kommuner och regioner själva *vill* hjälpa andra i en kris. Ansvarsprincipen genom att alla har ett ansvar för sitt, men ingen har ansvar för det kollektiva. Denna brist på ansvar för det kollektiva hanteras normalt inom ramen för det geografiska områdesansvaret där samordning uppnås genom samverkan mellan aktörer. Genom de förslag som Utredningen om civilt

[183] Se 2 §, 7 a §, 9 § 1 och 3, 10 § 2 och 11 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

försvar presenterar med beredskapssektorer görs försök till att skapa en struktur för att hantera det geografiska områdesansvaret inte bara mellan sektorer utan även inom en sektor.

Problemet med ansvarsprincipen är därmed inte att varje enskild aktör har ett verksamhetsansvar för sin egen verksamhet. Det är att det saknas ett tydligt uttryckt ansvar för att helheten går ihop. Denna helhet bygger på tron om att olika aktörer genom frivillig samverkan kommer uppnå den samordning som krävs på de olika geografiska nivåer där det finns ett uttryckt geografiskt områdesansvar. På det kommunala och regionala området kommer en sådan uppoffring alltid stå i konflikt med ansvaret att bedriva verksamhet för de som kommuner och regioner i grunden finns till för, dvs. invånarna i kommunen eller regionen.

Genom de friheter som kommuner och regioner har att organisera sig fritt finns möjligheter för kommuner och regioner att på olika sätt frångå lokaliseringsprincipen i kommunallagen och därmed genom bl.a. gemensamma nämnder, kommunalförbund eller avtalssamverkan skapa kommun- eller regionöverskridande strukturer. Genom kommunalförbund innebär detta även att huvudmannaskapet, dvs. ansvaret för en verksamhet, kan övertas av annan. Det är dock ändå så att det oavsett möjligheter att organisera sig kommun- eller regionöverskridande saknas en skyldighet för kommuner och regioner att ta ansvar för det samlade nationella behovet.

3.4.3 Samverkansområden eller beredskapssektorer

Bedömning: Dagens breda samverkansområden bör ersättas med smalare beredskapssektorer. För att ett system med beredskapssektorer inom området hälsa, vård och omsorg ska fungera och att sektorn på nationell nivå ska kunna företräda hela hälso- och sjukvården samt omsorgen måste dock de kommunala och regionala verksamheterna och intressena tydligt knytas till sektorn.

Samverkansområden

Utifrån förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap organiseras statliga myndigheter i olika samverkansområden. Utöver de myndigheter som pekats ut i förordningen eller av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i det följande förkortat MSB, deltar bl.a. Försvarsmakten och representanter för kommuner och regioner i samverkansområdenas arbete. MSB stödjer de sex områdena med samordning och utveckling av arbetet och deltar dessutom som expertmyndighet i samtliga.[184]

Grunden till samverkansområdena lades fram i propositionen *Samhällets säkerhet och beredskap* och vidareutvecklades i propositionen *Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull* som ett sätt att tydliggöra skyldigheten och skapa förutsättningar för att samverka.[185,186] Myndigheterna arbetar tillsammans med gemensam planering och analys samt föreslår och/ eller utför förbättringsåtgärder. Analyser av kritiska funktioner, privat-offentlig samverkan, informationsutbyte, internationellt arbete och forskning är exempel på frågor som tas upp i samverkansområdena. Gemensamma grunder för samverkan och ledning samt planering för civilt försvar är exempel på viktiga områden att utveckla och implementera tillsammans.

För hälso- och sjukvården är samverkansområdena skydd, undsättning och vård (SOSUV) samt farliga ämnen (SOFÄ) de viktigaste. Folkhälsomyndigheten tillhör tillsammans med andra myndigheter samverkansområdet Farliga ämnen medan E-hälsomyndigheten, Läkemedel och Socialstyrelsen tillsammans med andra myndigheter tillhör samverkansområdet Skydd, undsättning och vård. Ingen myndighet pekas i dag ut som ansvarig för den övergripande planeringen inom respektive samverkansområde. Representant för MSB är ordförande i samtliga samverkansområden. Regioner och kommuner finns representerade bland annat i samverkansområdet Skydd, undsättning och vård.

Båda dessa samverkansområden är dock mycket breda, exempelvis ingår i SOSUV myndigheterna Kustbevakningen, Migrationsverket, MSB, Polismyndigheten, Sjöfartsverket, SMHI, Socialstyrel-

[184] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016): *Faktablad – Samverkansområden för samverkan mellan aktörer inom krisberedskapsområdet* (publ.nr: MSB739).
[185] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 39.
[186] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 15.

sen, Transportstyrelsen och Tullverket. Fokus i samverkansområdet ligger inte på sjukvårdsfrågor. Enligt SKR bedrivs nästan ingen verksamhet i samverkansområdena i dag.

Beredskapssektorer

Utredningen om civilt försvar har föreslagit en ny struktur för nationell samverkan inom krisberedskapen och totalförsvaret genom inrättande av beredskapssektorer för statliga myndigheter.[187] Dessa sektorer föreslås ersätta nuvarande samverkansområden som bl.a. anses vara för diversifierade, sakna funktion i höjd beredskap och saknar beslutsfunktion.[188] Utredningen bedömer att en struktur med beredskapssektorer som tar sin utgångspunkt i samhällsviktiga verksamheter och funktioner är det mest ändamålsenliga sättet att organisera de statliga myndigheternas arbete med att utveckla och upprätthålla ett starkt civilt försvar och en effektiv fredstida krisberedskap.

I den föreslagna strukturen är den viktigaste sektorn för hälso- och sjukvården den beredskapssektor som benämns hälsa- vård och omsorg och som föreslås omfatta E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen föreslås vara sektorsansvarig myndighet.[189] I jämförelse med samverkansområdet för skydd undsättning och vård ger beredskapssektorn en helt annat fokus på hälso- och sjukvårdsfrågor för människor. Det finns dock områden som inte hanteras av denna sektor, det handlar då om sjukvård för djur (inkl. läkemedel) och frågor relaterade till farliga ämnen. Därmed finns det flera delar av de verksamheter som Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten i dag deltar i som inte kommer hanteras i denna beredskapssektor. För farliga ämnen föreslår Utredningen om civilt försvar ingen särskild sektor utan att MSB fortsatt ska stödja arbete på området. Både Försvarsmakten och Folkhälsomyndigheten har invändningar mot denna lösning.[190,191]

[187] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 208.
[188] A.a., s. 206.
[189] A.a., s. 237.
[190] Remissyttrande Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25) (FM2021-8946:2).
[191] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25).

Uppgifter för sektorsansvariga myndigheter

De sektorsansvariga myndigheterna föreslås av Utredningen om civilt försvar ha uppgifter i planering och förberedelser inom civilt försvar samt för fredstida krisberedskap, under höjd beredskap samt vid fredstida krissituationer.[192] Under höjd beredskap föreslås den sektorsansvariga myndigheten få meddela de föreskrifter som behövs om verksamheten hos andra statliga myndigheter inom beredskapssektorn vad gäller prioritering och fördelning av resurser.[193]

Den sektorsansvariga myndigheten föreslås bl.a. ansvara för att det bedrivs ett arbete med sammanhängande planering för fredstida krissituationer och höjd beredskap samt verka för att det finns förmåga att hantera uppgifterna inom beredskapssektorn såväl under fredstida krissituationer som vid höjd beredskap. Den sektorsansvariga myndigheten föreslås också lämna förslag till prioriteringar mellan beredskapsåtgärder inom beredskapssektorn, besluta om inriktningen för arbetet, följa upp beredskapsförberedelser och åtgärder inom beredskapssektorn samt verka för att nödvändiga avtal med näringsliv samt överenskommelser med andra myndigheter upprättas. Utredningen om civilt försvar föreslår att de sektorsansvariga myndigheterna vid fredstida krissituationer ska ta initiativ till de åtgärder som behövs för att sektorn ska kunna hantera uppkomna krissituationer och dess konsekvenser. De ska också företräda beredskapssektorn kring behov och omfattning av stöd från MSB samt ha förmåga att vid behov hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen inom beredskapssektorns sakområde samt om vidtagna och planerade åtgärder.[194]

Uppgiften – en lösning för statliga myndigheter

Även om uppgiften för Utredningen om civilt försvar var att organisera statliga myndigheter i sektorer konstaterar de att en stor del av den verksamhet som upprätthåller de viktiga samhällsfunktionerna bedrivs av kommuner, regioner, näringsliv, statliga bolag och frivilligorganisationer. En förutsättning för att samhället ska ha förmåga att hantera de påfrestningar som kan uppstå vid en fredstida krissitua-

[192] A.a., s. 312.
[193] A.a.
[194] A.a., s. 319.

tion, höjd beredskap och då ytterst krig, är därmed att myndigheterna i beredskapssektorerna samverkar med relevanta aktörer som genom sin verksamhet upprätthåller de samhällsfunktioner som beredskapssektorerna syftar till att säkerställa. Även andra myndigheter och organisationer utöver de som formellt ingår i en beredskapssektor kan behöva adjungeras till beredskapssektorerna.[195]

Kommunernas och regionernas medverkan i beredskapsarbetet är t.ex. helt avgörande för att samhällsviktig verksamhet och funktioner inom hälsa, vård och omsorg, dricksvattenförsörjning och avlopp ska fungera. För att säkerställa att samhället har förmåga att hantera de påfrestningar som kan uppstå vid kris och höjd beredskap och då ytterst krig, ska beredskapssektorerna därför ha ett nära samarbete med relevanta aktörer i respektive beredskapssektor.[196]

Hur detta är tänkt att ske beskrivs dock inte ytterligare. Tyvärr är detta ganska vanligt förekommande när staten under 2000-talet har utrett krisberedskapen. Den kommunala och regionala aspekten samt näringslivet beskrivs ofta perifert och det är ofta oklart hur de ska utgöra en del i systemet. Detta trots att de i dag står för en mycket stor del av den samhällsviktiga verksamheten.

Utmaningar

Utredningen om civilt försvar har inte haft i uppdrag att skapa strukturer för samhällets motståndskraft utan uppdraget avsåg enbart den statliga strukturen. Ju fler aktörer som är centrala för att upprätthålla en samhällsfunktion, desto större är utmaningen att samla och effektivt samverka med alla aktörer. Många samhällssektorer består i dag av många olika aktörer både inom den idéburna, offentliga och privata sektorn. Redan i dag finns utmaningar när det gäller frågor om samverkan mellan t.ex. staten och de 21 regioner och 290 kommuner som finns i Sverige.

Vad gäller uppgifter på det regionala och kommunala planet är förslagen därmed i flera avseenden inte tillräckligt tydliga. Ett exempel på detta är förslaget som innebär att en sektorsvis samverkan ska hantera många av de uppgifter som är av betydelse för planering före och hantering av en fredstida kris. Det föreslås att den sektorsansva-

[195] A.a., s. 208–209.
[196] A.a., s. 210.

riga myndigheten ska företräda hela sektorn i samtal med MSB men det är oklart hur det ska ske vad avser kommuners och regioners verksamheter. Förslaget att i höjd beredskap kunna utfärda föreskrifter om prioritering av resurser sträcker sig också bara gentemot statliga myndigheter vilket till stor del saknar betydelse för sektorer där en stor del av ansvaret ligger på kommuner och regioner.

En effektiv samordning på nationell nivå vad avser hälso- och sjukvården kan endast ske om de aktörer som är av betydelse för systemet ingår. En sådan ordning måste minst omfatta huvudmännen för hälso- och sjukvården, dvs. kommuner och regioner.

Samverkan är ett bra sätt att uppnå samsyn och samordning i situationer då det finns tillräckligt med tid för att genomföra den samverkan som krävs för att uppnå konsensus. När kravet på att aktörer ska agera genast eller inom ett mycket kort tidsfönster är det många gånger synnerligen svårt att genom samverkan uppnå någon form av konsensus.

3.4.4 Strukturer för samverkan och samordning inom hälso- och sjukvårdssektorn

Nedan beskrivs de befintliga strukturer för samverkan och samordning som är relevanta för hälso- och sjukvårdens ledning och styrning.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

MSB ska enligt instruktionen bl.a. arbeta med och verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara.[197] MSB ska vidare stärka samhällets förmåga att hantera olyckor, kriser och konsekvenser av krig och krigsfara genom samverkan med organisationer som har uppgifter inom krisberedskapsområdet och civilt försvar.[198]

[197] 15 § andra stycket 3 förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[198] 15 § första stycket ovan nämnda författning.

MSB har, genom de senaste årens operativa hantering av olika samhällsstörningar[199], dragit lärdom av erfarenheter och utvecklat praktiska arbetssätt för att aktivt och systematiskt driva aktörsgemensam hantering vid samhällsstörningar. Genom kontinuerlig omvärldsbevakning, framtagande av dagliga lägesbilder, vid behov kontakt med andra myndigheter och regelbunden rapportering till Regeringskansliet bedrivs ett löpande operativt arbete i vardagen som vid samhällsstörningar kan skalas upp.

Regelbundna samverkanskonferenser

En gång i veckan, året runt, genomför MSB en nationell samverkanskonferens med myndigheter och andra aktörer i syfte att muntligen dela aktuella lägesbilder. Genom dessa regelbundna samverkanskonferenser kan situationer och händelser som riskerar att utvecklas till mer utmanande samhällsstörningar tidigt identifieras och hanteras. Genom samverkanskonferenserna upprätthålls också en god samverkansförmåga i krishanteringssystemet. Inbjudan skickas till de bevakningsansvariga myndigheterna samt ett antal andra aktörer som ansvarar för samhällsviktig verksamhet eller har en annan viktig roll i samhället, exempelvis SOS Alarm, Svenska Röda Korset och 1177 Vårdguiden. Inbjudan går till sammanlagt drygt 60 aktörer och i medeltal deltar runt 80 inringande från de inbjudna organisationerna varje vecka. Socialstyrelsen företräder vid dessa konferenser, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, huvuddelen av sjukvårdsperspektivet. Under pandemin har även SKR deltagit.

Vid större samhällsstörningar ökar behovet av samverkan mellan olika sektorer, myndigheter och andra aktörer för att främja en effektiv och samlad hantering av händelsen. Utifrån de behov som identifieras i lägesbildsarbetet och genom dialog med myndigheter och andra aktörer tar MSB i samverkan med berörda aktörer initiativ till olika samordnande åtgärder. Det kan handla om att lyfta frågor till regeringen för avdömning eller att MSB stationerar samverkanspersoner hos andra myndigheter. Oftast handlar det om att föra dialog, genom möten i olika former och på olika nivåer, för att dela infor-

[199] MSB använder begreppet samhällsstörning för sådana händelser som hotar och ger skadeverkningar på det som ska skyddas i samhället. Begreppet är ett försök att komma ifrån de oklarheter som finns relaterat till övriga reglerade begrepp som t.ex. allvarlig händelse, kris och extraordinär händelse.

mation, diskutera olika frågor i hanteringen och vid behov komma överens om åtgärder. Myndighetens samverkan kan alltså utgöras av allt från stora samverkanskonferenser med många deltagare, till direktkontakter eller möten i en mindre krets. Ett samverkansmöte är ett forum som, genom att aktörer kommer överens, åstadkommer inriktning och samordning.

MSB:s samverkan under utbrottet av covid-19

Den första särskilda samverkanskonferensen med anledning av det nya coronaviruset genomfördes 24 januari 2020 och handlade om kommunikationssamordning. Sedan dess har MSB under utbrottet av covid-19 genomfört ett stort antal samverkanskonferenser på nationell nivå med olika tema, exempelvis lägesbild, kommunikationssamordning och avstämningar för stödlinjer som 1177 och 113 13. Deltagande aktörer vid samverkanskonferenserna har varierat beroende på tema och syfte men inkluderar oftast länsstyrelser, centrala myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, och ett antal andra aktörer såsom SKR och SOS Alarm.

MSB har under pandemin också regelbundet genomfört samverkanskonferenser på myndighetschefsnivå. MSB har även verkat för samordning genom dialog i andra mötesformer. Särskilda avstämningar har genomförts regelbundet mellan chefer vid Folkhälsomyndigheten, MSB, Polisen, Socialstyrelsen, länsstyrelsernas samordningskansli och SKR under hela pandemin. MSB har även haft särskilda avstämningar enbart med länsstyrelserna. Vid flera tillfällen har det också funnits behov av en mer fördjupad dialog mellan vissa aktörer för att komma överens om en gemensam inriktning. I dessa fall har MSB bjudit in till möte för nationell inriktning och samordning i enlighet med MSB:s gemensamma grunder för samverkan och ledning.

Samverkan under utbrottet av covid-19 har bland annat resulterat i försörjningsanalyser av läkemedel och skyddsutrustning, klargörande av ansvarsförhållanden och överenskommelser kopplade till handhavande av avlidna, samsyn kring handhavande av smittbärande avfall samt överenskommelse mellan berörda aktörer avseende effektivare rapporteringsformer. Samordningen på kommunikationsområdet har bland annat gett effekt genom aktörsgemensamma kommunikations-

insatser. Dessutom har en aktörsgemensam kommunikationsstrategi tagits fram tillsammans med övriga ansvariga myndigheter.

Under år 2020 genomfördes totalt mer än 200 samverkansmöten med fokus på hanteringen av covid-19. Intresset för mötena har enligt MSB genomgående varit mycket stort. Som mest deltog år 2020 160 myndigheter och andra berörda aktörer vid en nationell samverkanskonferens.

MSB genomförde även under 2020/2021 en samordningsinsats för att öka motståndskraften mot ransomware inom hälso- och sjukvårdssektorn för att minska risken med ytterligare påfrestning för vården i form av bortfall av it-stödsystem. Insatsen omfattade flera samordningsmöten mellan regioner, privata vårdgivare och relevanta myndigheter för personal inom det operativa it-säkerhetsarbetet.

MSB:s eventuella framtida roll

Utbrottet av covid-19 har, trots att det på många sätt drabbat stora delar av samhället, i huvudsak berört hälso- och sjukvårdssektorn även om det på grund av den smittorisk som situationen inneburit spillt över på arbetsplatser, produktion, transporter och befolkningens möjligheter att röra sig i samhället. Frågan kan ställas om en situation som samtidigt drabbat många fler sektorer hade kunnat hanteras på samma sätt. Om en samtidig påverkan hade skett i t.ex. elektroniska kommunikationer och i drivmedelsförsörjningen, hade MSB då kunnat genomföra lika mycket samverkan inom samtliga sektorer?

Utredningen om civilt försvar har haft i uppgift att analysera och lämna förslag på hur Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps roll att verka för samordning kan utvecklas.[200] Utredningens förslag presenteras i betänkandet Struktur för ökad motståndskraft. I betänkandet konstateras att varje myndighet, vars ansvarsområde berörs av en krissituation, ska vidta de åtgärder som behövs för att hantera den uppkomna situationen och konsekvenserna av denna. Myndigheterna ska samverka och stödja varandra vid en sådan situation. I ansvarsprincipen ingår även att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan. Den sektorsansvariga myndigheten[201] ansvarar för att den operativa krishanteringen samordnas inom sektorn. Myn-

[200] Kommittédirektiv, Ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar (dir. 2018:79).
[201] Utredningen om civilt försvar har föreslagit en indelning i beredskapssektorer med sektorsansvariga myndigheter, se avsnitt 3.4.3.

digheterna inom beredskapssektorn behöver beakta behovet av tvärsektoriell samlad hantering och det geografiska områdesansvaret på lokal, regional nivå och nationell nivå.[202]

Utredningen om civilt försvar bedömer att den struktur med beredskapssektorer som föreslås med tillhörande uppgifter för de sektorsansvariga myndigheterna leder till att dessa myndigheter behöver utveckla sin egen förmåga att hantera och samordna åtgärderna vid inträffade kriser. MSB ska fortsatt stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder vid en kris.[203] Utredningens förslag innebär därmed att MSB ska se till att berörda aktörer, utifrån deras behov, när det gäller krishantering, under sådana förhållanden får tillfälle att samordna åtgärder, samordna information till allmänhet och medier, effektivt använda samhällets samlade resurser och internationella förstärkningsresurser samt samordna stödet till centrala, regionala och lokala organ i fråga om information och lägesbilder.[204]

MSB:s roll i höjd beredskap

Utredningen om civilt försvar föreslår att MSB vid höjd beredskap ska ha förmåga att, om regeringen så beslutar, särskilt stödja regeringen och Regeringskansliet med samordningsuppgifter på central nivå. MSB:s uppgifter i 7 § p 1–4 i förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap ska därmed inte längre automatiskt gälla under höjd beredskap.[205]

Socialstyrelsen

Det är inte enbart MSB som genomför veckovisa samverkanskonferenser. Sedan ett par år tillbaka genomförs även veckovisa konferenser mellan Socialstyrelsen och regionerna. Konferenserna utgår ifrån den katastrofmedicinska beredskapen och syftet är att skapa en nationell lägesbild avseende aktuella eller kommande allvarliga händelser[206] i hälso- och sjukvården. Samverkanskonferensen vänder sig

[202] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 411.
[203] A.a., s. 418.
[204] A.a., s. 416.
[205] A.a., s. 419.
[206] Med allvarlig händelse avses en händelse som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

till regionernas tjänsteman i beredskap och leds av Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap. Konferensen inleds med att Socialstyrelsen rapporterar från MSB:s veckovisa myndighetsövergripande samverkanskonferens (se föregående avsnitt). Därefter lämnar varje region en lägesrapport om eventuella inträffade allvarliga händelser som krävt en åtgärd av tjänsteman i beredskap på regional nivå eller sådana kommande omständigheter i närtid som bedöms föranleda åtgärd. Regionerna redogör vid behov för vidtagna åtgärder samt återstående resurs- och samverkansbehov. Regionerna besvarar också alltid frågan om huruvida regionen bedömer förmågan att upprätthålla regional katastrofmedicinsk beredskap som god. Om förmågan inte bedöms som god ombeds regionen kortfattat beskriva anledning till detta. Regionen redovisar också aktuellt vårdplatsläge enligt kategorierna acceptabel eller ansträngd. Resultatet från samverkanskonferenserna i form av anteckningar och lägesbilder sparas och delas i WIS[207].

Socialstyrelsen har också regelbundna konferenser med regionernas chefläkare med syfte att diskutera patientsäkerhetsfrågor. Dessa konferenser avhandlar normalt inte katastrofmedicinska frågor.

Socialstyrelsens samverkan under utbrottet av covid-19

Under utbrottet av covid-19 har Socialstyrelsen genomfört regelbundna avstämningar specifikt för covid-19 utöver ovanstående samverkanskonferenser. Periodvis har dessa genomförts på daglig basis. Även chefsläkarnas konferenser har intensifierats under pandemin och avhandlat snarlika frågor som samverkanskonferenserna. Konferensen har under pandemin utöver chefläkare vänt sig till den som är ansvarig för regionernas medicinska inriktningsbeslut.[208]

Den 19 mars år 2020 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser med syfte att stödja regionerna i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet med anledning av utbrottet av covid-19.[209] I uppdraget

[207] WIS är en portal för Sveriges krisberedskap som underlättar för aktörer att dela information före, under och efter samhällsstörningar. Alla inblandade ska enkelt och effektivt kunna skapa sig en helhetsbild av läget, en samlad lägesbild, genom att aktivt dela information. WIS tillhandahålls av MSB.

[208] Med ansvarig för regionernas medicinska inriktningsbeslut avses sannolikt den som har till uppgift att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig) enligt 6 kap. 4 § SOSFS 2013:22.

[209] Uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser (S2020/01849/FS [delvis]).

ingick bl.a. att skapa en nationell lägesbild av antalet intensivvårdsplatser och ECMO intensivvårdsplatser, kontinuerligt förmedla aktuella lägesbilder till regionerna för att stödja regionerna i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet och stödja regionernas arbete med att utöka antalet intensivvårdsplatser.

Samverkan utvecklades tidigt under våren år 2020 till att i huvudsak bedrivas i en IVA-samordningsgrupp i regional regi men med medverkan från SKR och Socialstyrelsen.[210] Hälso- och sjukvårdsdirektörerna i regionerna utsåg en representant från IVA-verksamheterna i respektive region att delta i samordningsarbetet. Till gruppen utsågs också en representant från Socialstyrelsen och från SKR. Det nationella kvalitetsregistret för intensivvård, Svenska Intensivvårdsregistret[211] blev en central del i samordningen genom att alla regioner registrerade data kring IVA-vården. Registrets data utgjorde sedan utgångspunkt för analyser och prognoser.

Arbetsgruppen har letts av en medarbetare i en region, tätt knuten till svenska intensivvårdsregistret. SKR har haft en stödjande roll och tillhandahållit en digital plattform för kommunikation och dokumentation, hanterat deltagare och mötesbokningar, och varit en sammanhållande länk mellan olika nätverk kring närliggande frågor. En viss kritik har riktats mot informationshanteringen från vissa regioner då den information som hanterats avhandlat detaljerade förmågor och möjligheter att tillskapa extra kapacitet. De aktuella systemen har inte möjliggjort en hantering som lever upp till den skyddsklass som åtminstone enskilda medarbetare i dessa regioner ansett vara nödvändig. Det är för utredningen oklart vilken säkerhetsskyddsanalys som på nationell och regional nivå föregått beslut om hur samordningen organiserats och innan information delats och sammanställts.

IVA-samordningsgruppen har haft regelbundna, periodvis dagliga, möten. Under dessa möten har bl.a. presenterats sammanställda data i grafer som gett en lättöverskådlig bild av historik, nuläget och planeringen framåt. Även frågor om brist på läkemedel och medicinteknisk utrustning samt transportfrågor utöver ordinarie transportkapacitet har avhandlats i forumet. Regioner som haft hög beläggning på IVA och behövt stöd från andra regioner har genom samordningsgruppen fått kontakt med regioner som har mottagarkapacitet. Detaljer

[210] Sveriges kommuner och regioner (2020): *Självstyre och samverkan*, s. 12.
[211] Svenska intensivvårdsregistret är en ideell förening med syfte att driva ett Nationellt Kvalitetsregister för intensivvård i Sverige. Registerhållande myndighet för Svenska Intensivvårdsregistret är Region Värmland.

kring överflyttningen av patienter mellan regioner har inte hanterats under samordningsmötena.[212]

All kommunikation kring IVA-samordningen har skett genom en digital plattform där information funnits tillgänglig även mellan mötestillfällena. Där samlades all data och alla som är involverade i IVA-samordningen har när som helst kunnat ta del av sammanställningar över dagsläget och utifrån detta ta nödvändiga kontakter om behov finns av stöd från annan region. Regionerna har även lämnat digitala rapporter till Socialstyrelsen, under en period lämnades dagliga rapporter

Utredningens iakttagelser

Det kan konstateras att uppdraget om samordning kring IVA-platser som initialt gavs av regeringen till Socialstyrelsen kom att lösas ut i huvudsak av regionerna själva men med Socialstyrelsen som åhörare. Det finns sannolikt fördelar med en sådan ordning eftersom regionerna ensamma ansvarar för den intensivvård som skulle samordnas. Inga privata eller statliga resurser i övrigt berördes.

Samordningen kom däremot att koncentreras till en enskild individ i en region och som varit central för uppgiften. Utredningen kan konstatera att det är mycket positivt att bygga på professionens kunskaper men en ordning som så tydligt bygger på en enstaka individ är mycket sårbar. Det finns en bortre gräns för hur mycket enskilda individer kan arbeta och det kan även inträffa andra händelser eller sjukdom som gör ett sådant upplägg mycket sårbart. I kommande planeringsarbete bör samordning därför i största möjliga mån försöka bygga på funktioner i organisatoriska strukturer. Sådana funktioner i organisatoriska strukturer byggs med fördel upp på ett robust sätt av flera individer med relevant kompetens.

Det kan konstateras att två centrala faktorer utöver den nära kopplingen till professionen funnits. Det handlar om det svenska intensivvårdsregistret och den digitala plattformen för kommunikation som använts. Här kan det övervägas om syftet med ett kvalitetsregister är att registrera och redovisa faktorer som operativt tillgänglig kapacitet som behövs för ledningsbeslut. Kvalitetsregistrens information bygger på personuppgifter och det krävs samtycke för registrering.

[212] Sveriges kommuner och regioner (2020): Självstyre och samverkan.

Det innebär att ett kvalitetsregister inte med nödvändighet innehåller information om alla patienter. Kvalitetsregister kan förvisso ge viktig information om medelvårdtid för olika patientgrupper och vara en viktig källa som stöd för planering, även under en händelse, men kvalitetsregister är specifika och kanske inte lämpliga som systemstöd för vårdens övergripande kapacitet och förmåga.

En fråga man måste ställa sig är huruvida det är möjligt och lämpligt att i stället ta fram ett mer generellt system med syfte att dokumentera och samla in uppgifter om kapacitet och förmåga som kan användas i olika scenarier när olika former av kapacitet står i centrum. Sådana verktyg behöver i så fall bygga på väldefinierade förmågor (se utredningens tidigare förslag i SOU 2020:23). Sådan information kan säkerligen kompletteras med information ur kvalitetsregister när sådan är tillgänglig. Det ska också beaktas att många kvalitetsregister drivs av ideella föreningar och det är oklart vilka krav som ställs på dessa vad avser tillgänglighet och driftsäkerhet. Dessa föreningars roll och ansvar gentemot huvudmännen måst också vara mycket klara om systemen ska utgöra delar i ett ledningssystem. Det är till exempel oklart i vilken grad ett kvalitetsregister träffas av kraven på informationssäkerhet och NIS-direktivets krav.

En annan viktig faktor att beakta i detta sammanhang är behovet av sekretess. Sådana uppgifter som nu registrerades och samlades i SIR och delades via SKR:s digitala plattform kan anses utgöra känsliga uppgifter ur olika säkerhetsperspektiv. Vissa regioner flaggade för detta men rapporterade ändå data. System för samverkan och informationsdelning kan behöva tillhandahållas av en myndighet så att informationen kan ges det säkerhetsskydd som den kräver. Både SKR och SIR är till sin organisatoriska struktur ideella föreningar och omfattas därmed inte av samma lagstiftning om t.ex. offentlighet och sekretess som myndigheter, kommuner och regioner. Däremot kan de omfattas av säkerhetsskyddslagens bestämmelser.

I händelse av höjd beredskap och krig kommer även Försvarsmakten att bedriva hälso- och sjukvård. Försvarsmakten kommer härvid ha ett stort beroende till den civila sjukvården. Försvarsmakten kommer i dessa sammanhang behöva inkluderas som en samverkanspart på åtminstone högre regional och nationell nivå. När det gäller Försvarsmaktens samverkan kan denna av naturliga skäl inte ske under vilka former som helst eller med hur många parter som helst. Det är nästan att anta att det är en förutsättning att det på nationell

utgörs av en statlig myndighet som ingår i totalförsvarsplaneringen och kan leva upp till de särskilda krav på säkerhet som Försvarsmakten ställer, bl.a. vad avser säkra kryptografiska funktioner. Sådana förutsättningar finns inte vid SKR eller ett kvalitetsregister.

Ett sätt att kunna försöka ta hänsyn till de olika faktorer som redogörs för ovan är att vid Socialstyrelsen inrätta en samordningsfunktion med ett system för att redovisa kapacitet och förmåga. Ett sådant system behöver ha en rimlig skyddsnivå som samtidigt möjliggör för regioner och kommuner att rapportera data. Funktionen behöver ha stöd i form av relevant medicinsk kompetens. En sådan funktion uppbyggd för höjd beredskap och krig skulle med stor sannolikhet även kunna användas vid fredstida kriser. Utredningen lämnar förslag kring detta i kapitel 5.

Avslutningsvis kan sägas att den samverkan som skett kring omfördelning av patienter under utbrottet av covid-19 har skett på individnivå, bilateralt mellan sändande och mottagande region, där den enskilde patienten stått i centrum. Det är mycket positivt att man under utbrottet av covid-19 kunnat upprätthålla denna kvalitet i omfördelningen av patienter. Det kan dock konstateras att det med den möjliga belastning som Försvarsberedningen redovisade inför totalförsvarsbeslutet, 20–30 000 döda och skadade, inte är möjligt att upprätthålla en individbaserad omfördelning.[213] Ett framtida system behöver kunna ta höjd för såväl en sådan mycket omfattande situation som en situation då individens behov kan stå i centrum.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten bedriver regelbunden samverkan i vardagen på flera områden inom myndighetens ansvarsområde, både med regioner, myndigheter och andra aktörer. Sådan samverkan sker t.ex. varje vecka med landets smittskyddsenheter. Andra grupper för regelbunden samverkan och samordning mellan myndigheter i vardagen är t.ex. gruppen för samverkan för utredning och bevakning av utbrott (SUBU), Zoonosrådet och vårdhygien. Dessutom finns grupper som vanligen är vilande men som snabbt kan sammankallas inför och vid kriser t.ex. nationella pandemigruppen (NPG) och zoonossamverkansgruppen (ZSG). Nationella pandemigruppen består av general-

[213] Motståndskraft (Ds 2017:66), s. 190.

direktören eller motsvarande från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen MSB, Arbetsmiljöverket, Sveriges Kommuner och Regioner och Länsstyrelsens samordning.

Det finns också samordning kopplat till strukturen för nationell kunskapsstyrning med programområden i regionerna. Taktiska samordningsgruppen synkroniserar aktuella och relevanta frågor för kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Underlagen omfattar all kunskapsstyrning inkl. den som rör covid-19-pandemin och ska belysa centrala frågor och arbeten som är relevanta för den aktuella grupperingen och dess syfte dvs. för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Syftena med samverkan är bl.a. att diskutera och även ge stöd till implementering av framtagna vägledningar och eventuella justeringar av dessa. Ett annat syfta är naturligtvis även erfarenhetsdelande av kunskap.

Samverkan under pandemin

Under utbrottet av covid-19 har helt andra samverkansbehov uppstått. Samverkan har varit bred och involverat samtliga sektorer i samhället. Syfte har varit att minska smittspridningen och främja så att inte vården belastas för hårt dvs. fokus har legat på preventiva och främjande hälsoinsatser. Folkhälsomyndigheten har medverkat i en mängd olika samverkansforum. Smittskyddsläkarna har under pandemin fortsatt ha möten myndigheten, under vissa perioder med en högre frekvens än i vardagen. Även regionernas vaccinationssamordnare och de som ansvarat för leveranser av vaccin har haft frekventa möten med myndigheten.

Laboratoriesamverkan

Sedan år 2017 har Folkhälsomyndigheten och regionerna inlett ett samarbete kring referenslaboratorier (SLIM). Kortfattat syftar samverkan till att dela upp ansvaret och kunskapsbyggandet kring sådana analyser som inte är vanligt förekommande mellan landets olika laboratorier. Mycket av arbete koncentreras till universitetssjukhusen och till Folkhälsomyndigheten.[214] Samverkan har intensifierats under

[214] Folkhälsomyndigheten (2016): *Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi*.

pandemin för att stödja regionerna i arbetat med testkapacitet och även vägledning rent praktiskt.

Sveriges Kommuner och Regioner och regioner i samverkan

SKR:s roll har beskrivits ovan. Vid SKR finns ett flertal nätverk för tjänstepersoner på olika nivåer i kommuner och regioner. Det kan handla om olika specialistnätverk som regionernas kontaktpersoner i läkemedelsfrågor, nätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommun eller nätverket för regionernas beredskap (NRB) och nätverk för ledande tjänstemän som kommundirektörsnätverket, nätverket för kommunernas socialchefer, regiondirektörsnätverket eller hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket.

Nätverken har inte några beslutsmandat utan utgör forum för informationsutbyte och diskussion i gemensamma frågor. Nätverken kan t.ex. vara basen för SKR att samla in synpunkter från medlemmarna i samband med att de lämnar remissvar till regeringen i olika frågor. SKR stödjer de olika nätverken genom att administrera och hålla samman dessa samt tillhandahålla t.ex. möteslokaler eller teknisk infrastruktur för möten.

HSD-nätverket och regiondirektörsnätverket

Två nätverk av särskild betydelse är hälso- och sjukvårdsdirektörs- och regiondirektörsnätverken. Det finns också ett kommundirektörsnätverk. Dessa är intressanta just för att de rör personer som i sin funktion är beslutsfattare och ofta har beslutsrätt i olika frågor på delegation från de politiska organen på hemmaplan. Det är inte helt ovanligt att det i olika sammanhang uttrycks att nätverken fattat olika beslut som har betydelse för regionernas arbete, inte minst i samband med pandemin år 2020–22.

De två nätverken saknar precis som alla andra nätverk vid SKR formell beslutsbefogenhet och utgör endast diskussionsforum. Det är frivilligt att delta i nätverken. Som diskussionsforum kan nätverken dock vara viktiga i att sträva efter att uppnå en samordning mellan regionerna i frågor som inte rör behov av samordning med andra aktörer. Deltagarna i nätverken deltar på mandat från sina respektive organisationer. Beroende på vilka befogenhet dessa tjänstemän har

kan de i kraft av sina egna mandat i regionen ta beslut i enlighet med vad de gemensamt kommer fram till i nätverket. Det är endast de personer som har mandat som kan ansluta sig till det som överenskommits. I vissa fall kan det vara så att en fråga behöver tas hem för förankring för någon eller några av deltagarna. Dessa kan då vid en senare tidpunkt ansluta sig till den gemensamma linjen.

Vid nätverksmöten förs minnesanteckningar, ofta med stöd av SKR:s kansli. Dessa anteckningar blir inte allmänna handlingar. Beslut som tas av befattningshavare som deltar i nätverken ska i stället dokumenteras och hanteras i regionen i enlighet med vad som följer av kommunallagen. De samlade diskussionerna blir dock inte alltid dokumenterade i regionerna utan stannar inom medlemsorganisationen.

Regioner i samverkan och fyrlän

Regionerna samverkar också via SKR genom det som ibland kallas *regioner i samverkan*. Sådan samverkan kan ha som syfte att uppnå samordning och genomförs utifrån att regionerna är överens om att agera gemensamt i olika frågor. Överenskommelse i dessa frågor har en förankring i den politiska ledningen i regionerna. Sådan samverkan kan underlättas genom att SKR stöttar regionerna med en gemensam kanslifunktion. Exempel på sådan samordning är regionernas gemensamma arbete med kunskapsstyrning. Detta utgår ifrån ett politiskt beslut att rekommendera regionerna att ansluta sig vilket alla regioner gjort. Kunskapsstyrningen bemannas med personal ur regionerna men stöds av tjänstepersoner i SKR:s kansli.

Regionerna kan i samverkan också uppdra åt en eller flera av regionerna att lösa vissa uppgifter med eller utan stöd från SKR:s kansli. Ett sådant exempel är det s.k. fyrlänssamarbete när det gäller ordnat införande av nya läkemedel där regionerna uppdragit till Region Skåne, Region Stockholm, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen att tillsammans med SKR för samtliga regioners räkning utföra olika delar i processen kring analys, rekommendation, införande och utvärdering av introduktionen för nya läkemedel.[215] Utredningen har i tidigare delbetänkande utförligare beskrivit fyrlänsarbetet.[216]

[215] https://janusinfo.se/nationelltinforandeavlakemedel.4.7c82b0fc1638b8db71b12b21.html, besökt 2021-06-11.
[216] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 743.

Samverkansregioner

Regionernas samverkan finns bl.a. reglerat i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där anges att för hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i samverkansregioner (tidigare sjukvårdsregioner). I dag finns sex olika samverkansregioner. Varje samverkansregion omfattar de län och de kommuner som anges i förordningen. Samverkansregionerna är den högre regionala struktur som finns inom hälso- och sjukvården i dag. Samverkansregionerna består på politisk nivå i de flesta fall av en samverkansnämnd, men kan även bestå av ett kommunalförbund. På tjänstemannasidan finns ofta någon form av regiondirektörsgrupp, hälso- och sjukvårdsdirektörsgrupp, och ett mindre sekretariat. Olika arbetsgrupper och andra forum finns också inrättade i samverkansregionerna.

Högspecialiserad vård

För att upprätthålla eller förbättra kvaliteten och patientsäkerheten i vården behöver hälso- och sjukvården i vissa fall koncentreras. Sådana behov har funnits mycket långt tillbaka i historien. Av 6 kap. 1 § 1 HSL följer att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Som ordet samverkansregion antyder rör det sig om organisatoriska entiteter för samarbete. Bestämmelsen i 7 kap. 8 § HSL, som anger att regioner ska samverka i frågor som rör regionövergripande hälso- och sjukvård, har en stark koppling till 6 kap. 1 § 1 HSL om samverkansregioner.

Regeringen har i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) föreskrivit om inrättandet av sex (6) samverkansregioner. Dessa regioner omfattar följande län och kommuner:

- Samverkansregion Stockholm (Stockholms län och Gotlands län).
- Samverkansregion Linköping (Östergötlands län, Jönköpings län och Kalmar län).
- Samverkansregion Lund/Malmö (Kronobergs län, Blekinge län, Skåne län, Halmstad kommun, Hylte kommun och Laholms kommun).

– Samverkansregion Göteborg (Västra Götalands län, Falkenbergs kommun, Kungsbacka kommun och Varbergs kommun).
– Samverkansregion Uppsala/Örebro (Uppsala län, Södermanlands län, Värmlands län, Örebro län, Västmanlands län, Dalarnas län och Gävleborgs län).
– Samverkansregion Umeå (Västernorrlands län, Jämtlands län, Västerbottens län och Norrbottens län).

Regionerna har organiserat samverkansregionerna som gemensamma nämnder och i ett fall som kommunalförbund (Norra sjukvårdsregionförbundet). På tjänstemannasidan finns ofta någon form av regiondirektörsgrupp och hälso- och sjukvårdsdirektörsgrupp samt ett mindre sekretariat. I övrigt inrättas olika arbetsgrupper och forum för sådana frågor som behandlas inom samverkansregionen. Exempel på frågor som koncentreras inom samverkansregioner är Regionala cancercentrum, kunskapsstyrning och HTA-verksamhet (health technology assessment). Vad utredningen erfar sker samverkan avseende krisberedskap, katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar i samverkansregionen endast i undantagsfall. För frågor om civilt försvar samverkar regionerna snarare i grupperingar som överensstämmer med nuvarande militärregioner eftersom det är så Försvarsmakten och Länsstyrelserna valt att arbete i dessa frågor.

Samverkansregionerna har en lång historia som tog sikte på vad som tidigare kallades regionsjukvård dvs. vård som ”kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas”.[217] Regionsjukvården hade således sin grund i behoven att *koncentrera resurser och kunnande* för att kunna ge god vård. Även i det nuvarande sjukvårdssystemet finns sådana behov. I dag har det även tillkommit nationell högspecialiserad vård där en särskild ordning med bl.a. tillståndskrav gäller. Samverkansregionerna kan också själva besluta om koncentration av vård inom den egna regionen.

Med nationell högspecialiserad vård avses enligt HSL offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvali-

[217] Om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (prop. 1981/82:97), s. 124 f.

teten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås (2 kap. 7 § HSL).

I bestämmelsen i 7 kap. 8 § HSL ställs krav på att regioner ska samverka i frågor som rör regionövergripande hälso- och sjukvård. Bestämmelsen har som redan nämnts stark koppling till 6 kap. 1 § 1 HSL och kravet på samverkan torde endast avse sådan vård där regioner finner behov av att koncentrera olika resurser till samverkansregional nivå. Koncentration av vårdresurser och kunnande sker dock inte enbart inom samverkansregioner. Koncentration av resurser och kunnande förekommer exempelvis även inom luftburen ambulansverksamhet (i form av kommunalförbund för helikoptrar och flyg) och ambulansdirigering m.m.

Länsstyrelserna

I varje län finns en länsstyrelse som ansvarar för den statliga förvaltningen i länet, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret för särskilda förvaltningsuppgifter.[218] Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig myndighet enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och den högsta civila totalförsvarsmyndigheten inom länet.[219] Det geografiska områdesansvaret innebär att länsstyrelsen ska initiera och underlätta den samverkan som krävs vid en kris. Genom sin verksamhet ska länsstyrelsen minska sårbarheten i samhället, bevaka att risk- och beredskapshänsyn tas i samhällsplaneringen samt utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida krissituationer och höjd beredskap.[220]

Inriktnings- och samordningsfunktion

Länsstyrelserna arbetar efter de principer som tagits fram av aktörer gemensamt för samverkan och ledning vid samhällsstörningar. Det innebär att länsstyrelsen som geografiskt områdesansvarig inom länet vid en samhällsstörning, om behov finns, inrättar en inriktnings- och

[218] 1 § förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.
[219] 7 § första stycket.
[220] 7 § andra stycket.

samordningsfunktion.[221] En inriktnings- och samordningsfunktion är en icke-permanent grupp representanter från flera aktörer som har till uppgift att träffa överenskommelser om aktörsgemensam inriktning och samordning av åtgärder för att hantera konsekvenserna av samhällsstörningar. Den aktiveras när behov uppstår. Den består av utsedda representanter för de inblandade aktörerna och har det handlingsutrymme som krävs för att hantera samhällsstörningar. Varje aktör som berörs av överenskommelsen om inriktning och samordning fattar själv beslut om hur denna ska genomföras i den egna organisationen.[222]

Nationella samordningskansliet för skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial

Under utbrottet av covid-19 fick länsstyrelserna i uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna kommunernas lägesbilder och behov av skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial, inom ramen för det uppdrag som Socialstyrelsen fått watt på nationell nivå säkra tillgången på skyddsutrustning och annat material till följd av spridningen av covid-19.[223]

Även om länsstyrelsen ska samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser och inom sin verksamhet främja samverkan mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra relevanta aktörer i länet konstaterades att länsstyrelsen bl.a. saknade mandat att begära in uppgifter. Kommunernas rapporteringsskyldighet enligt 2 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap grundar sig på att kommunen anser att det råder en extraordinär händelse, vilket vissa kommuner inte ansåg att det gjorde. För att länsstyrelserna skulle kunna fullgöra de uppgifter som samordningsprocessen innebar, hemställde de därför om ett bemyndigande för att kräva in underlag från berörda kommuner samt möjlighet att göra en bedömning av kommunernas lägesbilder och anmälda behov av sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning.

[221] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2018): *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar*, s. 79.
[222] A.a.
[223] Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19 (S2020/02676/SOF).

Själva arbetet med att sammanställa behov och tillgång på skyddsutrustning löstes av respektive länsstyrelse i dialog med länets kommuner. I de fall omfördelning kunde genomföras inom länet verkade länsstyrelsen för att en sådan skulle komma till stånd. För den nationella samordningen valde länsstyrelserna att inrätta ett nationellt samordningskansli vid länsstyrelsen i Halland. Samordningskansliet uppgift var att samla in uppgifter från de olika länsstyrelserna och samlat redovisa detta till övriga aktörer.

Därutöver har länsstyrelserna fått ett flertal andra regeringsuppdrag med anledning av pandemin.

3.5 Hälso- och sjukvårdsområdet

Svensk hälso- och sjukvård är i huvudsak decentraliserad. Det är kommuner och regioner som har det huvudsakliga ansvaret att tillhandahålla god vård åt befolkningen. Detta avspeglas också i utgifterna för vård. Enligt uppgifter, som inte är helt aktuella, stod regioner och regionägda bolag för 56,5 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för Sverige, kommunerna för 25,4 procent och staten för 1,5 procent.[224]

Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är utformad som en skyldighetslagstiftning till skillnad från en rättighetslagstiftning. Vårdskyldigheten för kommuner och regioner är omfattande och innefattar i princip all vård som är medicinskt motiverad. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar är nära knutet till kommunernas ansvar enligt socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortad SoL. Det är staten som har ansvar för den lagstiftning som gäller på hälso- och sjukvårdens område. Utöver lagstiftning finns en omfattande reglering i hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverk på lägre normnivå dvs. i förordningar och i olika statliga myndigheters föreskrifter och allmänna råd.

Staten är således på övergripande nivå systemansvarig för hälso- och sjukvården. Om den rättsliga reglering som gäller skulle visa sig otillräcklig är det staten som ska tillse att regleringarna ändras eller kompletteras. Staten bidrar också till vårdens finansiering. Staten bedriver också vård, i mycket liten omfattning, exempelvis den vård som ges inom Försvarsmakten.

[224] Statistiska centralbyrån, hälsoräkenskaper 2001–2015, flik Tabell 2 HC-HF rad 130–137.

De finns drygt 250 olika författningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Tre av de mest centrala av allmängiltig karaktär är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL. Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag som lämnar stor frihet för sjukvårdshuvudmännen att organisera sin verksamhet utifrån lokala och regionala behov. Annan lagstiftning reglerar mer avgränsade delar av hälso- och sjukvården, exempelvis smittskyddslagen (2004:168), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl.

De föreskrifter som finns på hälso- och sjukvårdsområdet syftar i slutändan till att säkerställa att befolkningen har tillgång till en patientsäker och effektiv vård av god kvalitet. I smittskyddslagen (2004:168) och i lagar som gäller psykiatrisk tvångsvård finns det bestämmelser som även syftar till att skydda andra än patienter. I många fall är dessa bestämmelser skrivna utifrån att det är fred och i frånvaro av fredstida kriser.

Vissa tidigare statliga utredningar

Hälso- och sjukvårdsområdet har genom åren varit föremål för en ansenlig mängd statliga utredningar. Vårdens utveckling har i hög grad utgått från slutsatser och förslag från sådana utredningar. Frågor om styrning, ledning, samverkan, resursutnyttjande och kompetensförsörjning hör till sådana frågor som utredningarna har analyserat.

Några slutsatser avseende bl.a. produktivitet, styrning och ledning från utredningar som avslutats under senare år kommer nedan att redovisas på ett mycket summarisk vis för att ge en bakgrund till de frågor om styrning och ledning som denna utredning ska hantera. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården[225] har på regeringens uppdrag genomfört analyser av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. I uppdraget ingick även bl.a. att belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns.

[225] Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).

Beträffande vårdens effektivitet konstaterades bl.a. att det fanns ett antal utmaningar med att mäta effektivitet i hälso- och sjukvården och utredningen menade att det inte var möjligt att på ett samlat och riktigt rättvisande sätt beskriva hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsoutvecklingen relaterat till insatta resurser.[226] Utredningen konstaterade att produktiviteten sjunker inom hälso- och sjukvården och anförde med anledning av detta följande.

> Sett över tid finns tydliga tendenser att vi gör mindre per anställd. Vi har få läkarbesök per capita i jämförelse med andra länder och svenska sjukhus har låg produktivitet vid jämförelser av med våra grannländers sjukhus (se avsnitt 4.1.5). Också i specialiteter där produktivitet normalt sett är en viktig faktor – kirurgi och ortopedi – minskar produktiviteten. Antalet operationstillfällen per årsarbetande läkare har under 2008–2014 minskat med 35 procent, detta från en nivå där Sverige internationellt sett har färre operationstillfällen per läkare än andra länder. Den accelererande kostnadsökningstakten under senare år är till stor del bunden till sjukhusen. Antalet anställda, inte minst läkare, har ökat snabbt vid våra sjukhus samtidigt som ”produktionen” i princip inte ökat. Många sjukhus, främst i storstäderna, har ständiga överbeläggningsproblem, vilket inverkar menligt på deras förmåga att producera. Sammantaget tycks det som om det svenska sjukvårdssystemet har en ”produktivitetskris” i den sjukhusbundna vården. Därmed inte sagt att lösningarna endast ligger i förändringar knutna till sjukhusen. Lösningarna ligger säkerligen i förändringar inom det sammantagna systemet.
>
> Som berörts i avsnitt 3.2 är dock produktivitet endast en del i effektivitet, varför en låg produktivitet bör tolkas med viss försiktighet. Det är emellertid intressant att jämföra hur mycket vården åstadkommer i dag jämfört med tidigare och jämfört med andra. Det är inte bara en viktig diskussion utan utgår också från det offentligas skyldighet att använda de gemensamma resurserna så effektivt som möjligt.
>
> Det kan också konstateras att inte finns några belägg för att produktivitet (i meningen endast hur mycket som produceras) har negativa följder för kvalitet. I produktivitetsjämförelser av nordiska sjukhus verkar det snarare finnas ett motsatt samband (se avsnitt 4.1.5).[227]

Mycket övergripande kan beträffande frågor om styrning konstateras att ovan nämnda utredning sammanfattade sina iakttagelser om styrsystemen på följande vis.

> Styrsystemen är inte ändamålsenliga. För patienten avgörande frågor som kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn främjas inte genom nuvarande sätt att styra vården. Styrningen av hälso- och sjukvården är uppdelad på många aktörer, bl.a. stat, landsting, kommuner,

[226] Effektiv vård (SOU 2016:2), s. 68.
[227] A.a., 120 f.

privata vårdgivare och professioner som på olika sätt utövar styrning av vården.

Resultatet är en splittrad, mångfaldig och ibland detaljerad styrning. Det saknas väsentligen samordning av de styrsignaler som skickas och vanligen också en sammanhållen analys av de konsekvenser som styrningen får.

Landstingens styrning saknar ofta ett helhetstänkande. Inte sällan används kortsiktiga lösningar för att snabbt åtgärda ekonomiska problem eller punktvisa kvalitetsbrister. Man väljer att ”skruva” i detaljer och åtgärdar inte bakomliggande systemfel. T.ex. går det inte att åtgärda en väntelista separat utan det krävs en rad bredare åtgärder för att förbättra flöden etc. Ersättningssystemen skiljer sig åt mellan landstingen i varierande grad. Det har dock funnits och finns ännu en klar tendens till successivt ökande detaljstyrning. Antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom att nya införs utan att gamla tas bort. Detta ger en mångfald av styrsignaler som skapar osäkerhet om vad som är prioriterat och minskar utrymmet för professionernas egna bedömningar (s.k. professionell autonomi). En tung administrativ börda kopplat till ekonomiska styrmedel skapas.

Även statens styrning är fragmentarisk och skapar problem. De många och dåligt koordinerade prestationsbaserade överenskommelserna mellan Socialdepartementet och SKL innehåller ofta indikatorer som förutsätter nya mätningar i vårdens verksamheter. Detta bidrar ytterligare till detaljreglering av vården och genererar mer administration.[228]

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård har utrett hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård.[229] Enligt uppdraget skulle analysen omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, landstingens ersättningssystem, vårdvalssystemen, användandet av inhyrd personal, tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården samt socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion. Såvitt gäller styrningen av hälso- och sjukvården anförde utredningen bl.a. följande.

Styrsystemen eller den sammantagna styrningen är, givet antalet aktörer och ”logiker”, svårt att ge en rättvisande beskrivning. Mångfalden och avsaknaden av systemtänkande gör att begreppet styrsystem rentav är missvisande. Det antyder att det finns en verkligt sammantagen styrning, som hänger ihop mellan nivåer och logiker, vilket ofta inte verkar vara fallet.[230]

[228] A.a., s. 9 f.
[229] Ordning och reda i vården (dir. 2017:128).
[230] Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning (SOU 2018:55).

Utredningen lämnade också följande sammanfattande problembeskrivning

> De gångna årens erfarenheter har tydligt visat på komplexiteten i hälso- och sjukvården som system. Att styra hälso- och sjukvården är en form av balansgång mellan olika inbyggda potentiella målkonflikter. Styrningen av hälso- och sjukvården har sannolikt blivit än mer komplex i takt med den ökande kunskapsmassan inom medicin, omvårdnad och närliggande områden. Ökad kunskapsmassa öppnar för många positiva möjligheter, men leder också till ökad subspecialisering, vilket ökar komplexiteten i systemet. Det leder också till ökad fragmentering med åtföljande ökat behov av koordinering mellan vårdens olika delar. Det är en stor utmaning att åstadkomma system med helhetssyn och styrsystem som främjar samverkan, och en ökad måluppfyllelse i form av en mer jämlik, behovsbaserad och effektiv vård.[231]

Utifrån de analyser och förslag som lämnades i betänkandet Effektiv vård, gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. I utredningens uppdrag ingick att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredningen, som antog namnet Samordnad utveckling för god och nära vård, lämnade inom ramen för sitt uppdrag flera betänkanden.

Som framgår av det första betänkandet, ansåg utredningen att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras, så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd.[232] En förstärkning av primärvården bedömdes nödvändig. Särskilt viktigt var att förbättra vården för dem med störst behov. Utredningen lämnade förslag till bl.a. ändringar av HSL som genomförts.

[231] A.a., s. 10 f.
[232] Samordnad utveckling för god och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

3.5.1 Vårdens utveckling och nya utmaningar som måste hanteras

Inom den offentligfinansierade vården pågår sedan en tid en omställning i linje med slutsatser som dragits i främst de ovan redovisade utredningarna på hälso- och sjukvårdsområdet. Vårdresurser flyttas, eller ska åtminstone flyttas, från sjukhus till primärvård och till mer eller mindre avancerad hemsjukvård. Syftet med denna omställning av hälso- och sjukvårdssystemet är att skapa en mer resursstark och kompetensförstärkt nära vård. Att vården ska ges nära är inte uteslutande en geografiskt baserad utgångspunkt; vård på distans med stöd av informationsteknologi utgör också nära vård. Uttrycket ”nära vård” är således till stor del kopplat till frågan om vårdens tillgänglighet.[233] Omställningen medför delvis andra förutsättningar vad gäller ledning och styrning av verksamheterna. Dessutom påverkar omställningen bl.a. regionernas försörjningssystem inte minst vad gäller läkemedel eftersom sjukhusapotekens roll i försörjningen minskar när vården flyttar ut från sjukhusen.

Ur ett beredskapsperspektiv innebär omställningen också andra utmaningar. När vården flyttar längre ut och ges närmare patienten, endera på en vårdinrättning eller i hemmet måste t.ex. kraven på robusthet i elförsörjning, vatten och informations- och kommunikationstjänster omfatta alla platser där vård ges. Då räcker det inte att ha reservkraft till sjukhus. Hemvård och annan patientnära vård måste åtminstone klara av mindre och kortare störningar i den tekniska försörjningen. Frågan om hur patienter ska hanteras vid långvariga bortfall av el- eller vatten måste dock också lösas.

En annan utveckling som varit tydlig under en lång rad år är den ökade valfriheten för patienter att välja utförare och mångfalden av vårdgivare. Andelen privata utförare inom vården varierar betydligt mellan olika kommuner och regioner. I takt med att inslagen av privata vårdutförare ökar tar kommuner och regioner i allt mindre utsträckning själva ansvar för själva utförandet av vård. I huvudsak förekommer privata utförare inom primärvården, men det finns också privata utförare som utför sådan vård som ges på sjukhus.

Personella och även materiella resurser och det kunnande som krävs för att utföra vård finns således ofta hos privata utförare. I takt

[233] Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/ 18:83), s. 46 f.

med att verksamhetsnödvändiga kunskaper lämnar en organisation blir beroendet av att köpa kunnande från andra aktörer successivt allt större. Att beställa och leda hälso- och sjukvård förutsätter ett stort mått av kunnande även om utförandet av vården ska skötas av andra.

Lagkrav som avser exempelvis ledning av hälso- och sjukvården och en rad andra bestämmelser avseende beredskap riktar sig i mycket stor utsträckning till aktörer i offentlig sektor, såsom kommuner, regioner eller beslutande organ i kommuner och regioner, och inte till de privata utförarna av vård. När vårdens resurser finns hos privata utförare måste vårdens huvudmän noga överväga hur nödvändiga omfördelningar av vårdresurser eller patienter ska kunna ske vid kriser eller krig. Eftersom kommuner och regioner enligt olika lagar är skyldiga att tillhandahålla olika tjänster inom bl.a. socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden och eftersom de enligt lagkrav också ska kunna leda verksamheter är det således av stor betydelse att kommuner och regioner säkerställer att de inte bara kan styra och leda egna organ utan även privata vårdaktörer som anlitas för att utföra offentligfinansierad vård eller andra offentligfinansierade tjänster.

3.5.2 Regionernas och kommunernas ansvar att erbjuda vård

I HSL finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän.[234]

Med huvudman avses i HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård[235] och med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.[236]

En huvudman har enligt HSL inte någon skyldighet att bedriva vård i egen regi. Utförandet av vården kan överlåtas på någon annan. Teoretiskt sett kan en huvudman överlåta all vård på andra aktörer, men en sådan ordning har dock ännu inte införts i någon del av landet.

Det centrala i huvudmannaskapet enligt HSL är således skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård och det centrala ansvaret för

[234] 1 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[235] 2 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[236] 2 kap. 3 § ovan nämnda författning.

vårdgivare är att utföra en effektiv och patientsäker vård. Regioner och kommuner måste således avsätta de resurser som krävs för att fullgöra skyldigheten att erbjuda god vård.

Noterbart är att begreppet huvudman inte förekommer i kommunallagen, i det följande förkortad KL. När fullmäktige ger en nämnd ett ansvar för en viss uppgift är det nämnden som enligt 6 kap. 6 § KL ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Bestämmelser i HSL som särskilt rör regioners ansvar som huvudmän finns i avdelning III och bestämmelser som särskilt rör kommuners huvudmannaansvar finns i avdelning IV. I avdelning V finns bestämmelser som gäller både för regioner och kommuner i deras roll som huvudmän.

Utöver de nämnda avdelningarna omfattas huvudmän av bestämmelserna i avdelningarna I och II som gäller för all hälso- och sjukvård. De bestämmelser i HSL som riktar sig mot vårdgivare gäller förstås också för de kommuner och regioner som är vårdgivare. Bestämmelserna i avdelning II omfattar enligt vad som anges i bl.a. avdelningsrubriken all hälso- och sjukvård. I propositionen En ny hälso- och sjukvårdslag uttalar regeringen att huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla kraven i bestämmelser för all hälso- och sjukvård enligt avdelning II.[237] Det framgår inte av propositionen i vilka situationer så inte är fallet.

I svensk rätt finns inte enbart bestämmelser som medför skyldighet att erbjuda vård. Det finns också bestämmelser som ger möjlighet för regioner eller kommuner att tillhandahålla vård på frivillig grund.

Vid sidan av HSL finns andra bestämmelser, t.ex. i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, som innebär att kommuner och regioner i vissa fall får och i andra fall ska lämna hjälp till andra kommuner och regioner.

[237] En ny hälso- och sjukvårdslag (prop. 2016/17:43), s. 87.

Bestämmelser som innefattar en skyldighet att erbjuda vård

Regioner har enligt HSL en omfattande skyldighet att erbjuda vård. Sådant ansvar omfattar inte hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för.

En region ska enligt HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är *bosatt* inom regionen. Detsamma gäller i fråga om den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen.[238] Utöver detta är regionen skyldig att erbjuda vård åt vissa som inte är bosatta i regionen, bl.a. vissa studenter.[239]

Regioner är också skyldiga att erbjuda *öppen vård* även *till personer som omfattas av en annan regions ansvar* för hälso- och sjukvård[240], men det finns också bestämmelser om kostnadsansvar för vården som innebär att kostnadsansvaret är beroende av om patientens hemregion ställt upp remisskrav för den aktuella vården. Att remisskrav följs är visserligen inte en förutsättning för att tillhandahålla öppenvård åt en annan regions patienter, men om remisskraven frångås hamnar kostnadsansvaret för vården på den region som utfört vården. I praktiken torde detta innebära att få, om ens några, regioner tillhandahåller vård i strid med andra regioners remisskrav. På SKR:s hemsida finns en sammanställning över regionernas krav på remiss i den öppna vården.

För sluten vård, dvs. hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, gäller inte samma vårdansvar som för öppen vård. Om någon som *vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård*, ska regionen erbjuda sådan vård.[241] Utförandet av omedelbar vård kan kräva intagning på en vårdinrättning. Bestämmelsen innebär dock inte att en vårdansvarig region kan kräva att patienter som befinner sig i den egna slutenvården ska omhändertas av en annan region på grund av exempelvis personalbrist eller platsbrist. Sådant omhändertagande kan dock lösas genom att en annan region åtar sig att vårda patienter, men detta sker på frivillig grund i enlighet med bestämmelserna i

[238] 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[239] 8 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[240] 8 kap. 3 § ovan nämnda författning.
[241] 8 kap. 4 § ovan nämnda författning.

riksavtalet för utomlänsvård, som är en rekommendation som är beslutad av SKR:s styrelse.

Vidare bör framhållas att det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Regioner är också skyldiga att erbjuda vård enligt de nämnda lagarna.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar är nära knutet till kommunernas ansvar enligt socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortad SoL. En kommun är enligt HSL skyldig att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen enligt SoL bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och därför har en särskild boendeform eller bostad.[242] Vårdskyldighet omfattar även personer som efter beslut av kommunen bor i liknande boendeformer i enskild verksamhet (även verksamheter som är tillståndspliktiga). Kommunens ansvar omfattar vård i samband med hemtjänst och dagverksamhet.

Kommunens vårdansvar enligt vad som nu redovisats gäller inte, sådan hälso- och sjukvård *som ges av läkare*. Det finns dock i HSL bestämmelser för att tillgodose den läkarmedverkan som krävs i den kommunala vården.[243]

Det bör också nämnas att det även finns bestämmelser i HSL som innebär att regioner och kommuner har ansvar för att tillhandahålla vissa hjälpmedel[244] och vissa förbrukningsartiklar.[245]

Bestämmelser som ger möjlighet att erbjuda viss vård eller att överlåta skyldighet att erbjuda vård

En region får till en kommun i regionen överlåta sin skyldighet att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende och i sådana särskilda boendeformer som en kommun inrättat för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.[246] En kommun får också erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i

[242] 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.
[243] 16 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[244] 8 kap. 7 § 2 och 12 kap. 5 § första stycket ovan nämnda författning.
[245] 8 kap. 9 § och 12 kap. 6 § ovan nämnda författning.
[246] 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

hemmet i ordinärt boende och i sådana särskilda boenden.[247] Överlåtelse kan inte avse hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Regioner får således till kommuner överlåta skyldigheten att erbjuda bl.a. hemsjukvård om regionen och kommunen kommer överens om det.[248] Samtliga regioner, med undantag för Region Stockholm, har träffat sådana överenskommelser. I princip samtliga regioner har därför också skyldigheter att till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att en kommun ska kunna erbjuda enskilda en god hälso- och sjukvård i särskilda boenden, i dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende.[249] Regionen och kommunerna ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för sådan läkarmedverkan.[250]

Utöver vad som ovan angivits finns bestämmelser som innebär att en region får erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård.[251]

I samband med sjöräddningsinsatser i de delar av havet utanför Sveriges sjöterritorium, där sjöräddningstjänsten ankommer på svenska myndigheter, får regionen bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera de fysiska och psykiska följdverkningarna av en olycka.[252]

En region kan också genom överenskommelse med en kommun inom regionen, överlåta till kommunen att ansvara för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.[253]

Som framgår av 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter får kommuner ingå avtal med regioner om att utföra sådana transporter som avses i 7 kap. 6 § HSL. Kommuner får även ingå avtal med regioner om att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sådana transporter.

[247] 12 kap. 2 § ovan nämnda författning.
[248] 14 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[249] 16 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[250] 14 kap. 1 § ovan nämnda författning.
[251] 8 kap. 5 § ovan nämnda författning.
[252] 10 kap. 4 § ovan nämnda författning.
[253] 14 kap. 3 § ovan nämnda författning.

3.5.3 Smittskydd och internationella hälsohot

Även om hantering av smitta och internationella hälsohot kan ses som en del av den allmänna krisberedskapen finns särskild lagstiftning på området.

Smittskyddslagen

Av smittskyddslagen (2004:168) framgår att samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.[254] Det är regionerna som ansvarar för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om anmälningsplikt och handläggning av vissa smittsamma sjukdomar samt bestämmelser om smittskyddsåtgärder.

Smittskyddsläkaren i regionen har det samlade ansvaret för att planera, organisera och leda smittskyddsarbetet. Smittskyddslagen omfattar samtliga smittsamma sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. I lagen finns möjligheter till tvångsåtgärder mot enskilda och andra långtgående åtgärder, såsom att spärra av geografiska områden, i samband med sjukdomar som kan få en spridning i samhället och innebära en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Regeringen får med stöd av 9 kap. 5 § meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Regeringen får även enligt 9 kap. 6 § meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd, finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Varje region ansvarar för att behövliga smitt-

[254] www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1962381-om-allman-forsakring_sfs-1962-381.

skyddsåtgärder vidtas inom regionens område.[255] I smittskyddslagen regleras också allmänna vaccinationsprogram vilket är en viktig förebyggande åtgärd mot spridning av smittsamma sjukdomar.[256] Allmänna vaccinationsprogram kan vara särskilt viktiga i händelse av omfattande kriser då levnadsförhållandena försämras och smitta lättare sprids.

Tillfällig pandemilag

Med anledning av utbrottet av covid-19 har riksdagen i januari 2021 beslutat om en särskild ny pandemilag.[257] I lagen finns bestämmelser om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.[258] Lagen var avsedd att upphöra vid utgången av september 2021 men har därefter förlängts vid två tillfällen och gäller nu fram till och med den 31 maj år 2022.[259] Regeringen motiverar i propositionen att den svåra situation som har uppkommit till följd av den pågående pandemin har aktualiserat behov av tvingande åtgärder som inte kan vidtas inom ramen för smittskyddslagen.[260] Detta anknyter till det utredningen anförde ovan att det i Sverige i vissa avseende saknas lagar som träder i kraft och tillför ytterligare verktyg i händelse av kriser eller allvarliga samhällsstörningar i fred.

Internationella hälsoreglementet

Utöver smittskyddslagen finns även bestämmelser om genomförande av Världshälsoorganisationens internationella hälsoreglemente, i det följande förkortat IHR, som antogs i Genève den 23 maj 2005. IHR bygger på ett nationellt och internationellt samarbete för att så tidigt som möjligt upptäcka och begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar och ämnen som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa, både inom Sverige och över gränserna till andra länder.

[255] 1 kap. 8 § ovan nämnda författning.
[256] 2 kap. 3 a–f §§ ovan nämnda författning.
[257] En tillfällig covid-19 lag (prop. 2020/21:79), rskr 2020/21:155.
[258] 1 § lagen(2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, samt lagen (2021:861) om fortsatt giltighet av lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 och lagen (2022:30) om dels fortsatt giltighet av lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, dels ändring i samma lag.
[259] Punkten 2 i övergångsbestämmelser till lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[260] En tillfällig covid-19 lag (prop. 2020/21:79), s. 20.

IHR omfattar samtliga allvarliga hälsohot, såväl kemiska, biologiska som radiologiska och nukleära hot, oavsett om dessa sprids avsiktligt eller oavsiktligt. De svenska bestämmelserna om detta finns i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Med ett internationellt hot mot människors hälsa avses en risk för att smittämnen eller andra ämnen som utgör eller kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder. De sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga ska alltid anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa.[261] Kommunen svarar enligt lagen för att åtgärder till skydd för människors hälsa vidtas i fråga om transportmedel, bagage och annat gods samt djur. Regionen svarar enligt lagen för att smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor vidtas. Detta gäller också en kommun som inte ingår i en region.[262]

Folkhälsomyndigheten ska vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.[263] IHR är en del av det svenska krishanteringssystemet och bör hanteras inom ramen för respektive myndighets ansvar. En rad myndigheter har ansvar för att förebygga och hantera händelser med farliga ämnen inom respektive sektor. De hot som faller inom ramen för IHR sträcker sig över samtliga dessa områden. Den aktör som normalt har ansvaret för ett område har det både under en nationell kris och under en IHR-relaterad händelse.[264]

3.5.4 Styrning och ledning av hälso- och sjukvård

Styrning och ledning av hälso- och sjukvård sker som tidigare framhållits på många olika nivåer. I bl.a. lagtext söker man skilja ut vilka beslut som ska fattas på en viss styrnings- eller ledningsnivå genom ord som t.ex. ”övergripande”, ”principiell” eller ”viktig”.

Av KL följer som tidigare redovisats bl.a. att det är fullmäktige som beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större

[261] 2 § lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.
[262] 4 § ovan nämnda författning.
[263] 5 § ovan nämnda författning.
[264] 10 § lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, samt information på Folkhälsomyndighetens webbplats IHR – Internationella hälsoreglementet – Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se), besökt 2021-02-22.

vikt för kommunen eller regionen.[265] Beslutanderätten i sådana ärenden kan inte delegeras.

Genom nämnda bestämmelse i KL framgår, genom en inte uttömmande uppräkning, ett antal ärenden där det ankommer på fullmäktige att besluta b.la. ”övergripande mål och riktlinjer för verksamheten” och ”budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor” och ”nämndernas organisation och verksamhetsformer”.

Den kanske viktigaste grundfrågan när det gäller ledning, men som är relevant också för frågor om styrning, är vilket organ eller person som har rätt eller skyldighet att fatta beslut i en viss fråga.

Friheten för kommuner och regioner enligt KL att välja hur deras verksamheter ska styras, ledas och bedrivas stor och förutsättningarna för styrning och ledning kan därför i hög grad skilja sig åt mellan olika regioner och kommuner. Gränserna för lednings- eller styrningsmandat kan se mycket olika ut.

Ur bl.a. ett demokrati- och medborgarperspektiv är det centralt att det är tydligt vem som har ansvar för olika beslut som är av betydelse för vården. Många regioner och en del kommuner har relativt komplexa organisationer och uppdelningar av ansvar.

En grundläggande förutsättning för att styrning och ledning ska fungera väl är att gränserna för olika styrnings- och ledningsmandat är tydliga. Således krävs bl.a. väl genomtänkta och tydliga reglementen för regionala- och kommunala nämnder och väl utformade arbets- och delegationsordningar.

Bestämmelser om ledning och styrning av hälso- och sjukvården finns i olika författningar. Grundläggande bestämmelser om ledning i hälso- och sjukvården finns i bl.a. HSL och KL. Det finns dock även avvikande bestämmelser om ledning under vissa förhållanden då hälso- och sjukvården ska ledas på ett särskilt sätt. I det följande redogörs övergripande för ovan nämnda bestämmelser samt för ledning som inte är rättsligt reglerad.

[265] 5 kap. 1 § första stycket KL.

Grundläggande bestämmelser om ledningen i vardagen av hälso- och sjukvården

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer.[266] Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen ska som tidigare nämnts utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller det som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725), i det följande förkortad KL. Beträffande gemensam nämnd bör noteras att bestämmelser om sådana nämnder inte bara finns i KL utan också i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Enligt HSL är det således inte fullmäktiges uppgift att leda hälso- och sjukvårdsverksamheten, men som tidigare redovisats följer av KL att det är fullmäktige som beslutar i *ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt* för kommunen eller regionen b.la. budget och övergripande mål och riktlinjer för verksamheten. Detta ansvar kan enligt KL inte delegeras. Den ledning av hälso- och sjukvården som nämnderna ska utöva omfattar inte ledningsbeslut som det ankommer på fullmäktige att fatta.

Nämndledningen av vården i regioner och kommuner kan vara uppdelad mellan flera nämnder. Den kan exempelvis vara uppdelad mellan flera nämnder i kommunen eller regionen eller mellan sådana nämnder och en nämnd i ett kommunalförbund eller/och en nämnd som är gemensam med en annan kommun eller en annan region (gemensam nämnd).

Utöver denna ledning tillkommer sådan ledning som måste utövas av den som bedriver vård (vårdgivaren). En vårdgivare kan vara en nämnd i kommunen eller regionen, en gemensam nämnd, ett kommunalförbund, ett av kommunen- eller regionen helägt eller delägt bolag – ett sådan bolag kan också sortera under bl.a. ett kommunalförbund. En vårdgivare kan också vara ett privat bolag eller annan enskild aktör. Andra associationsrättsliga former än bolag är förstås möjliga.

Där det bedrivs vård ska det enligt HSL finnas en verksamhetschef och regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen.[267]

[266] 11 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[267] 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Ansvaret för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap. 1 och 3 §§ smittskyddslagen (2004:168) ska utövas av en chefsöverläkare som har specialistkompetens. Om verksamhetschefen inte är en läkare med specialistkompetens, ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller, i fråga om smittskydd, av en befattningshavare som har förordnats med stöd av 5 kap. 24 § smittskyddslagen.[268]

Verksamhetschefer har genom den rättsliga regleringen ålagts visst ansvar.[269] Av hälso- och sjukvårdsförordningen framgår bl.a. att verksamhetschefen bl.a. får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.[270] Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.[271] Utöver detta ansvar är det upp till vårdgivaren att bestämma vilka uppgifter en verksamhetschef ska ansvara för.

Inget hindrar att det finns många verksamhetschefer. Vårdgivaren avgör själv hur stora enheter eller verksamhetsområden som en verksamhetschef ska ansvara för. En verksamhetschef kan således ansvara för en enhet eller verksamhet som är liten, men också för stora enheter som rymmer ett många olika medicinska specialiteter. En och samma verksamhetschef kan samtidigt ansvara för både sluten och öppen vård.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, i det följande förkortad MAS.[272] Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vad nu sagts gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ HSL i en kommun som inte ingår i en region, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

Som framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen ska MAS bl.a. ansvara för patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjuk-

[268] 4 kap. 3 § ovan nämnda författning.
[269] 4 kap. 1–5 §§ hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[270] 4 kap. 4 § ovan nämnda författning.
[271] 4 kap. 5 § ovan nämnda författning.
[272] 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

vård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.[273]

Styrning och ledning av andra juridiska personer än kommunen eller regionen, exempelvis kommunalförbund och privaträttsliga subjekt såsom bolag, innebär vissa särskilda utmaningar. Ledning och styrning av gemensamma nämnder ställer också särskilda krav.

Skyldigheten för ett kommunalförbund eller ett bolag att följa direktiv från en kommun eller region är beroende av bl.a. förbundsordningar, bolagsordningar, ägardirektiv, avtal och tvingande rättsliga regleringar. Vilka bestämmelser som är tillämpbara vid ledning och styrning av juridiska personer varierar. Vid kommuners och regioners styrning av bolag krävs att hänsyn tas till bestämmelser som gäller för bolag, exempelvis bestämmelser i aktiebolagslagen (2005:551).

Kommuner och regioners styrning av aktiebolag, särskilt delägda bolag, torde bl.a. förutsätta mycket väl avpassade bolagsordningar och aktieägaravtal. Vidare kan styrningen av aktiebolag behöva ske genom s.k. ägardirektiv eller ägaranvisningar, dvs. sådana särskilda anvisningar till bolagsstyrelsen som har antagits av bolagsstämman. Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, har tagit fram en skrift som innehåller ett antal principer som kan användas som stöd för styrning av kommun- och regionägda bolag.[274] Principerna är i första hand avsedda att tillämpas på sådana aktiebolag där kommunen eller regionen, eventuellt tillsammans med andra kommuner och regioner, har aktiemajoriteten, men det mesta i principerna anges kunna tillämpas i alla typer av kommun- och regionägda bolag, oavsett storlek och ägande.

När det gäller styrning av privata aktörer kan vidare konstateras att det främst är genom avtal som ”styrning” kan ske.

3.5.5 Särskild sjukvårdsledning

Av 7 kap. 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Katastrofmedicinsk beredskap innebär enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap en beredskap att bedriva hälso- och

[273] 4 kap. 6 § 1 och 2 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[274] Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *Principer för styrning, kommuner och regionägda bolag* (ISBN: 978-91-7585-900-2).

sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse. En allvarlig händelse är en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.[275] Det kan noteras att många olika typer av händelser kan betraktas som *allvarliga händelser* men att ovan nämnda föreskrifter begränsar sig till sådana händelser som ryms inom 7 kap. 2 § HSL.

Under 1990-talet inträffade flera stora skadehändelser i Sverige, bland annat förlisningen av Estonia och diskoteksbranden i Göteborg. Utvärderingarna efteråt visade på att Sverige behövde ett bättre ledningssystem inom hälso- och sjukvården och den katastrofmedicinska beredskapen samt att landstingens förmåga att leda och samverka vid olyckor och katastrofer behövde stärkas. Den dåvarande modellen med ett s.k. ledningssjukhus var otillräcklig. En begrepps och processmodellering initierades därför av Socialstyrelsen i ett stort ledningsprojekt. Projektet pågick mellan 1999–2002 och samtliga landsting och många andra aktörer deltog. Målet var att detta arbete skulle ligga till grund för nya föreskrifter och en gemensam syn på ledning inom hälso- och sjukvården. Arbete syftade till att beskriva respons på och hantering av händelser som vardagliga olyckor, extraordinära händelser och katastrofer.[276] Som vanligt när arbete bygger på och begränsas till redan inträffade händelser begränsas ofta lösningarna till det inträffade. I det ovanstående avsåg man att lösa ledningsfrågor vid sådana situationer som har ett snabbt och plötsligt förlopp och som uppkommer utanför regionens ordinarie verksamhet. I modelleringen inkluderades inte långdragna förlopp som pandemier eller krig, eller för den delen bortfall i teknisk infrastruktur.

Metoden finns publicerad i två vetenskapliga tidskrifter och arbetet har rönt stort internationellt intresse. Projektet resulterade i vad som benämndes en nationell ledningsmodell med en gemensam terminologi, ledningsnivåer, ledningsroller och definierade beredskapslägen. Ledningsmodellen innehöll ett tydliggörande av hälso- och sjukvårdens regionala nivå, dvs. landstingets ansvar, begreppet allvarlig händelse och funktionen tjänsteman i beredskap. Varje landsting erhöll därefter centrala medel för att införa en s.k. larmmottagare, eller tjänsteman i beredskap för hälso- och sjukvården. Ur ledningsmodellen kunde sedan även mätbara kvalitetsindikatorer för särskild

[275] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[276] The development of a national doctrine for management of major incidents and disasters, Rüter et al., Scand J Trauma Resus Emerg Med 2006;14;177–181.

sjukvårdsledning på alla tre nivåer tas fram och dessa blev hörnstenar i utbildningar, utvärderingar och forskning inom området.[277] Socialstyrelsen tog utifrån arbetet fram nya föreskrifter för katastrofmedicinsk beredskap.[278] Föreskrifterna ändrades år 2013 och omfattar i dag inte riktigt samma delar som ovan beskrivits.

Enligt dagens föreskrifter och allmänna råd ska det i varje region ska finnas *en funktion* som ska ansvara för ledningsuppgifter vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse. Funktionen ska benämnas *särskild sjukvårdsledning*.[279]

Sjukvårdsledningen enligt föreskrifterna ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.[280] Vidare ska den särskild sjukvårdsledningen ha befogenhet och förmåga att samordna verksamheter, prioritera insatser, leda personal, omdisponera resurser, mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.[281] Den särskilda sjukvårdsledningen ska minst vara bemannad med personal som har förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser, benämnd sjukvårdsledare, och hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder, medicinskt ansvarig.[282] Sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvariga kan vara en och samma person.

Regionerna ska också ha en *tjänsteman i beredskap*, ofta förkortad TiB, med uppgift att ta emot larm, verifiera uppgifter, larma vidare, initiera och samordna det inledande arbetet samt informera om händelsen.[283]

De ovan redovisade föreskrifterna har i praktiken omsatts till en organisatorisk modell (”funktion”) som, vad gäller organisatoriska komponenter, ser ut att vara relativt lika i alla regioner.

En av komponenterna i modellen är *Regional särskild sjukvårdsledning*. Under denna regionala ledning sorterar följande komponenter; *Lokal särskild sjukvårdsledning* (normalt en per sjukhus samt

[277] Linköpings Universitet (2014): PS – Prehospital Sjukvårdsledning, ett nationellt koncept (2014-06-01).
[278] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.
[279] 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[280] 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[281] 6 kap. 3 § ovan nämnda föreskrifter.
[282] 6 kap. 4 § ovan nämnda föreskrift.
[283] 6 kap. 1 § ovan nämnda föreskrift.

en för primärvården) samt *Prehospital särskild sjukvårdsledning* (för ledning i skadeområdet). Utredningen har inte kunnat undersöka i vilken mån de olika komponenterna i modellen ser lika ut i alla regioner.

Särskild sjukvårdsledning ska etableras vid händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Det kan vara för att händelsen behöver hanteras snabbt och kräver resurser från olika delar av linjeorganisationen vilket kräver särskilda mandat. Det kan också vara för att det behövs en sammanhållande ledningsfunktion dit alla kan vända sig för att få samlad information eller lägesbild kring en händelse. Särskild sjukvårdsledning samlar ledningsresurser från flera delar av organisationen och ska på så sätt kunna ge en effektivare ledning. Syftet är att minska de negativa effekter som händelsen kan ge upphov till på människors liv och hälsa, och på kritiska verksamheter inom hälso- och sjukvården med målet att upprätthålla/återställa normala medicinska kvalitetskriterier.[284] Det kan särskilt noteras att etableringen av särskild sjukvårdsledning inte följer intentionerna i likhetsprincipen (se avsnitt 3.2.3).

Under händelsen i samband med ett leverantörsbyte i fem regioner hösten 2019, då en betydande materielbrist uppstod aktiverade samtliga av de drabbade regionerna särskild sjukvårdsledning. Under pågående pandemi har huvuddelen av regionerna aktiverat särskild sjukvårdsledning för att bland annat hantera de stora patientflöden som uppstått över tid och den inledande bristsituationen avseende sjukvårdsmateriel och läkemedel. Ingen av ovanstående händelser ingår i det som särskild sjukvårdsledning en gång modellerades för. Konsekvenserna av detta beskrivs närmare i avsnitt 4.2.

Annan regionövergripande tjänstemannaledning vid kris

Regionernas ansvar är inte begränsat till enbart hälso- och sjukvård. När samtliga landsting blev regioner med ansvar för kollektivtrafik och regional utveckling inrättade ett fåtal regioner ytterligare en krisledningsfunktion med ansvar för regionens samtliga områden. Någon enhetlig benämning av denna ledning finns inte men i vissa regioner benämns den *krisledning* eller *regional ledning*.

[284] Socialstyrelsen (2020) *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse*, s. 52.

Nämnda ledningsfunktion är inte rättsligt reglerad, utan har i de fall den finns tillkommit utifrån behovet av en särskild tjänstemannaledning för att regionerna även ska kunna krigsleda andra verksamheter än hälso- och sjukvård. I regioner som inte inrättat denna särskilda ”krisledning” har ibland den särskilda sjukvårdsledningen givits ansvar för hela regionens verksamhet vid en allvarlig eller extraordinär händelse. Vad ovan beskrivits kan föranleda gränsdragningsfrågor kring mandat i egen organisation men också skapa oklarheter vid samverkan med andra aktörer.

Beredskapslägen

I Socialstyrelsens numera upphävda katastrofmedicinska föreskrift från 2005, fanns krav på att dåvarande landstingen vid en allvarlig händelse skulle använda tre beredskapslägen; *stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge*.[285] Kravet finns inte i nu gällande katastrofmedicinska föreskrifter, men beredskapslägena används fortfarande av många regioner i katastrofmedicinska beredskapsplaner. De olika beredskapslägena används för att hälso- och sjukvården gradvis ska kunna anpassa sin förmåga och kapacitet utifrån normalläget. Termerna förklaras också i Socialstyrelsens termbank. Beredskapslägen kan användas för både särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå. Regional och lokal nivå behöver inte befinna sig i samma beredskapsläge, ett lokalt sjukhus kan befinna sig i katastrofläge samtidigt som regional särskild sjukvårdsledning befinner sig i stabsläge.

– Stabsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen.
– Förstärkningsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner.
– Katastrofläge innebär att en sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner.

[285] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

3.5.6 Krisledningsnämnd

Av 2 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, framgår bl.a. att det i kommuner och regioner ska finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Om särskild sjukvårdsledning är tjänstemannaorganisationens svar på en allvarlig händelse så skulle man kunna se krisledningsnämnden som motsvarigheten för den politiska strukturen. Bestämmelserna i LEH om krisledningsnämnden ska inte tillämpas under höjd beredskap. Av nämnda 2 kap. 2 § framgår även att närmare bestämmelser om krisledningsnämnden finns i detta kapitel. I övrigt ska bestämmelserna i kommunallagen tillämpas.

Det är krisledningsnämndens ordförande som beslutar om nämnden ska träda i funktion och när det ska ske. Ordföranden får besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut ska därefter snarast anmälas till nämnden. Har ordföranden i krisledningsnämnden förhinder träder vice ordföranden i dennes ställe.[286]

Krisledningsnämnden får fatta beslut om att överta hela eller delar av verksamhetsområden från övriga nämnder i kommunen eller regionen i den utsträckning som är nödvändig med hänsyn till den extraordinära händelsens art och omfattning. När förhållandena medger det ska krisledningsnämnden besluta att de uppgifter som nämnden har övertagit från andra nämnder ska återgå till ordinarie nämnd.[287]

Krisledningsnämndens beslut ska anmälas vid närmast följande fullmäktigesammanträde. Fullmäktige beslutar om omfattningen av redovisningen och formerna för denna.[288]

Kommun- respektive regionstyrelsen får, när krisledningsnämndens verksamhet som är föranledd av den extraordinära händelsen inte längre behövs, besluta att verksamheten ska upphöra. Om styrelsen fattar ett sådant beslut återgår de verksamhetsområden som krisledningsnämnden har övertagit till ordinarie nämnd. Ett sådant

[286] 2 kap. 3 §§ lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[287] 2 kap. 4 § ovan nämnda författning.
[288] 2 kap. 5 § ovan nämnda författning.

beslut om att krisledningsnämndens verksamhet ska upphöra kan även fattas av fullmäktige.[289]

Särskilda regler för krisledningsnämnden finns således i LEH. I övrigt gäller KL:s bestämmelser exempelvis vad gäller krav på beslutsförhet, protokollföring m.m. Det är enligt vad som tidigare har redovisats fullmäktige som ska anta reglementen om nämndernas verksamhet och arbetsformer.[290] Det är genom dessa reglementen som fullmäktige bl.a. ska klargöra uppgiftsfördelningen mellan de olika nämnderna.

3.5.7 Ledning och beslutsförhet vid höjd beredskap

Av LEH framgår att det är kommunstyrelsen som *under höjd beredskap* ansvarar för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva.[291] Av nämnda lag följer också att det är regionstyrelsen som *under höjd beredskap* ansvar för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt den övriga verksamhet för det civila försvaret som regionen ska bedriva.[292] Krisledningsnämnden (LEH) eller någon annan kommunal eller regional nämnd (HSL) har således inte några ledningsuppgifter under höjd beredskap.

Som framgår av författningskommentaren till 3 kap. 2 § motsvarar första stycket i paragrafen 3 kap. 1 § första stycket lagen om civilt försvar medan andra stycket motsvarar 3 kap. 2 § samma lag. Av kommentaren till den upphävda lagen om civilt försvar framgår bl.a. att

> … ansvaret för ledningen av det civila försvaret inom kommunen under höjd beredskap åvilar kommunstyrelsen. Här åsyftas det övergripande ansvaret för ledningen av det civila försvaret. Det är däremot inte meningen att kommunstyrelsen skall ägna sig åt att leda operativ verksamhet, såsom t.ex. räddningsinsatser.

För att bl.a. underlätta beslutsfattande under krig eller krigsfara finns i lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m. särskilda bestämmelser om bl.a. den kommunala organisationen under krig eller krigsfara. Bestämmelser i lagen medger bl.a. vissa lättnader för besluts-

[289] 2 kap. 6 § ovan nämnda författning.
[290] 6 kap. 44 § kommunallagen (2017:725).
[291] 3 kap. 2 § första stycket lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[292] 3 kap. 2 § andra stycket ovan nämnda författning.

förhet och även ökade förutsättningar att besluta i ärenden som inte kan anstå.

Enligt förordningen (1988:1215) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m. får en beslutande kommunal församling i särskilda fall besluta att de som tjänstgör hos kommunen ska tjänstgöra i andra tjänster eller uppdrag hos kommunen. En kommunal förvaltningsmyndighet har samma befogenhet i fråga om dem som tjänstgör hos myndigheten.[293]

För att säkerställa att olika uppgifter kan utföras även vid höjd beredskap finns behov av en rad olika åtgärder. En nyckelfråga för det civila försvaret är hur tillgången till nödvändig personal ska säkerställas. Utredningen har i ett tidigare betänkande behandlat frågan om bl.a. behovet av tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal, men inte frågor om förtroendevalda.[294] Förmågan att tillskapa personalresurser eller att med befintlig personal utföra mer vård behandlas i kapitel 8. Här avhandlas frågor relaterade till ledning.

Kommun- och regionstyrelser utgör exempel på organ som består av förtroendevalda.[295] I enlighet med vad som tidigare redovisats har olika organ med förtroendevalda ansvar för att leda och styra olika verksamheter, exempelvis vilar ledningsansvaret för hälso- och sjukvård enligt HSL på kommunala och regionala nämnder. I kommuner och regioner ska det också enligt LEH finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Av LEH följer också att det är kommunstyrelsen som under höjd beredskap ansvarar för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva. Regionstyrelsen har enligt LEH under höjd beredskap ansvar för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt den övriga verksamhet för det civila försvaret som regionen ska bedriva.

[293] 3 § förordningen (1988:1215) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m.
[294] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23).
[295] 4 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).

Begränsningar i säkerhetsprövningen

Det ligger i sakens natur att uppdraget som förtroendevald på många sätt skiljer sig från andra uppdrag som grundas på ett avtal eller en anställning. För förtroendevalda finns det i tillämpliga regelverk vissa särskilda bestämmelser. Förtroendevalda i kommun- och regionfullmäktige är till exempel undantagna säkerhetsprövning.[296] Det finns inget uttryckligt undantag för styrelseledamöter eller ledamöter i nämnder och inte heller av förarbetena kan utläsas att ett sådant undantag varit avsett.[297,298,299] I och med den nu gällande säkerhetsskyddslagen gäller undantaget hela säkerhetsprövningen, enligt föregående lag gällde undantaget endast registerkontroll. Kraven på säkerhetsprövning av folkvalda politiker har därmed minskat.[300]

Det kan tyckas vara märkligt om de som enligt gällande rätt anses utöva ledning över hälso- och sjukvården i fullmäktige och därmed beslutar om planer inte ska kunna säkerhetsprövas. Detta är i så fall något som särskilt måste beaktas internt i kommuner och regioner när planeringen genomförs.

Även förtroendevalda behöver kunna utföra sitt arbete

Att de förtroendevalda som i olika sammanhang ska leda hälso- och sjukvård eller verksamheter i det civila försvaret kan genomföra sina uppdrag är naturligtvis av största betydelse. Vid höjd beredskap krävs att de är beslutsföra. Det måste således finnas tillräckligt många personer som tillhör kommun- och regionstyrelser.

Vad gäller beslutsförheten i kommuner och regioner i höjd beredskap finns regler i lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m. Av 6 § framgår att fullmäktige får handlägga ett ärende endast om mer än en tredjedel av ledamöterna är närvarande. Fullmäktige kan dock föreskriva att en interpellation eller fråga får besvaras, även om antalet närvarande är lägre. Om en närvarande ledamot i fullmäktige på grund av jäv är hindrad att delta i handläggningen

[296] 3 kap. 1 § säkerhetsskyddslagen (2018:585).
[297] Ett modernt och stärkt skydd för Sveriges säkerhet – ny säkerhetsskyddslag (prop. 2017/ 18:89) s. 78.
[298] En ny säkerhetsskyddslag (SOU 2015:25), s. 536.
[299] Säkerhetsskydd (prop. 1995/96:129), s. 78 ff.
[300] En ny säkerhetsskyddslag (prop. 2017/18:89), s. 78.

av ett visst ärende, får fullmäktige handlägga detta, även om antalet närvarande på grund av hindret inte uppgår till det antal som avses i första stycket. Ett sammanträde med en beslutande kommunal församling kan utan hinder av vad som annars är föreskrivet kungöras på annat betryggande sätt som ordföranden bestämmer.

Av 7 § framgår vidare att styrelsen i ett ärende som inte kan anstå får besluta i stället för fullmäktige. Styrelsen får dock inte besluta i ett ärende som rör

1. val av ledamöter och ersättare i styrelsen eller någon annan nämnd eller av revisorer,
2. ansvarsfrihet för styrelsens eller en annan nämnds ledamöter eller åtgärd för att bevara kommunens, regionens eller kommunalförbundets rätt.

Beslut som har fattats med stöd av första stycket ska anmälas till fullmäktige vid nästa sammanträde.

Styrelsen eller en annan nämnd får handlägga ett ärende endast om mer än en tredjedel av ledamöterna är närvarande. Antalet ledamöter ska dock alltid vara minst tre.[301] Om det är av synnerlig vikt att ett beslut som enligt 7 § eller på annan grund ankommer på styrelsen fattas innan styrelsen kan sammanträda, får dess ordförande besluta i ärendet. Detsamma gäller en annan nämnds ordförande i fråga om beslut som ankommer på den nämnden. Ett beslut som har fattats med stöd av första stycket ska anmälas till styrelsen respektive nämnden vid dess nästa sammanträde.[302]

De folkvaldas uppdrag påbörjas och avlutas inte sällan i valtider, men de förtroendevalda kan också själva avsluta sina uppdrag. Enligt KL ska fullmäktige befria en förtroendevald från uppdraget när den förtroendevalde önskar avgå, om det inte finns särskilda skäl mot det.[303] Det krävs således särskilda skäl för att fullmäktige ska kunna avslå en avgångsansökan. Enligt författningskommentaren till denna bestämmelse skulle ett rent obstruktionssyfte kunna anses som giltig grund för avslag på den förtroendevaldes begäran.[304] Ett annat kan vara att någon under en tid måste kvarstå vid sitt uppdrag för att

[301] 8 § lagen (1988:97) om förfarandet hos kommunerna, förvaltningsmyndigheterna och domstolarna under krig eller krigsfara m.m.
[302] 9 § ovan nämnda författning.
[303] 4 kap. 6 § kommunallagen (2017:725).
[304] Proposition om en ny kommunallag (prop. 1990/91:117), s. 167.

t.ex. en nämnd ska kunna vara beslutsför.[305] Det finns således bestämmelser som i viss mån säkerställer beslutsfattande vid höjd beredskap och krig.

[305] En ny kommunallag (prop. 2016/17:171), s. 312 f.

4 Utmaningar för hälso- och sjukvården i kris och krig

I det närmast föregående kapitlet har utredningen redogjort allmänt för hur Sverige styrs och för de nuvarande förutsättningarna för planering, ledning och styrning av hälso- och sjukvården i vardag, kris och krig. Det är en komplex bild med många aktörer och stora friheter i hur aktörerna väljer att organisera sig. Mot bakgrund av vad som där sagts och de bedömningar som utredningen gör kan konstateras att det i vissa avseenden finns behov av en tydligare ansvars- och ledningsstruktur.

För att hälso- och sjukvården ska kunna fungera också vid svåra påfrestningar, såsom allvarliga händelser, fredstida kriser och krig, krävs ett tydligt system för samordning genom ledning och samverkan där ansvarsförhållandena är tydliga. En sådan struktur behöver

- tydligt ange vem som har ansvar för och säkerställer samverkan och ledning under olika förhållanden och med olika regelverk, t.ex. vid fredstida kriser och i krig,
- säkerställa att ledning kan utföras vid fredstida kriser som pågår under kort (dagar till veckor) och under lång tid (år),
- möjliggöra att arbetet vid kris eller krig kan ske parallellt i flera olika tidsperspektiv, t.ex. kort, medellång och lång sikt,
- ta höjd för ett före, under och efterperspektiv, dvs. planering genomförande och eftervård/utvärdering, samt
- möjliggöra att de samlade nationella resurserna, oavsett fredstida kris eller krigssituation, kan användas på för samhället så effektivt vis som möjligt.

Det kan konstateras att de olika förslag som lades fram av Utredningen om civilt försvar[1] även kan ha betydelse för förslag som denna utredning lämnar. Förslagen om beredskapssektorer samt om en ny högre regional nivå och inrättandet av civilområdeschefer är av särskild betydelse. Det är ännu oklart om och hur de olika förslagen kommer genomföras vilket gör det svårare för vår utredning att utforma förslag.

Av de statliga utredningar avseende kommuner och regioner samt av hälso- och sjukvården som redovisats i kapitel 3 framgår att det på sina håll finns problem med bl.a. styrsystem och ledningsfunktioner. Det är vidare uppenbart att ett flertal problem kan uppkomma om en kommun eller region av något skäl inte kan förfoga över och omfördela resurser på det sätt som krävs för att utföra vård även vid fredstida kriser eller krig.

Ansvar, ledning och samverkan/samordning är av betydelse för alla de tre faserna planering, genomförande och uppföljning. Exempelvis kan staten besluta om planeringsanvisningar och på så sätt skapa ett ledningsmandat för planering. Alternativet är att samverka om vad som ska uppnås. Detta säkerställer dock inte effekt.

4.1 Allmänna utgångspunkter beträffande planering av hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård utförs i landets samtliga kommuner och regioner. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, är utformad för att ge huvudmännen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

I hälso- och sjukvårdens kärnuppdrag ingår åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör också sjuktransporter och omhändertagande av döda. Kommuner och regioner är genom bestämmelser i HSL, bl.a. skyldiga att erbjuda befolkningen god hälso- och sjukvård. Vårdskyldigheten är generellt uttryckt avgränsad till sådan vård som är medicinskt motiverad. Vården ska vara tillgänglig. Patienter ska ges vård efter behov. Den som har det största behovet ska ges företräde till vården och vården ska ges inom den tid som är medicinskt motiverad.

[1] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25).

Av 1 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap framgår bl.a. att under högsta beredskap är totalförsvar all samhällsverksamhet som då ska bedrivas. Totalförsvar består av militärt och civilt försvar. Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av civilt försvar. Hälso- och sjukvård är därmed en av de samhällsverksamheter som enligt nu aktuella bestämmelsen ska upprätthållas även under högsta beredskap.

Befolkningens vårdbehov ska tillgodoses i alla lägen

HSL innehåller inte någon bestämmelse som medger att en kommun eller region, ens vid kriser eller krig, frångår skyldigheterna om att tillgodose befolkningens behov av god vård eller andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. På motsvarande sätt förhåller det sig med bestämmelserna i t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL och patientlagen (2014:821).

Kommuner och regioner är således enligt HSL skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen, dvs. i ett normalläge, vid kris och vid krig oaktat vad som t.ex. står i lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap. För att detta ska vara möjligt måste hälso- och sjukvården bl.a. planeras, ledas och organiseras effektivt och nödvändiga vårdresurser avsättas.

Det är ett omfattande och mycket krävande uppdrag att i alla lägen kunna ge befolkningen den hälso- och sjukvård de behöver. Det ligger i sakens natur att det vid kriser och krig finns extra stora utmaningar med att fullgöra en så omfattande vårdskyldighet och att leva upp till andra rättsliga krav som gäller för vård.

Privat vård ett viktigt och stort inslag i vården

Skyldigheten att erbjuda vård har lagts på kommuner och regioner. Dessa kan välja att i olika grad låta privata aktörer utföra offentligfinansierad vård, bl.a. genom valfrihetssystem. Det finns också möjlighet för privata aktörer att erbjuda vård utanför det offentligfinansierade systemet om de så vill och om det finns de som är villiga att betala för detta.

Även om många krav på att tillhandahålla vård riktas mot huvudmännen så finns även krav riktade mot de som bedriver vård, dvs.

vårdgivare. Sådana krav finns t.ex. både i HSL och PSL. När det gäller planering och ledning av verksamheter kommer detta betänkande i första hand att fokusera på huvudmännen och deras skyldigheter. Skälet till detta är just att det är huvudmännen, dvs. kommuner och regioner som är skyldiga att erbjuda vård och det är också mot dessa som övergripande krav på planering och ledning är riktade.

Det faktum att huvudmännens skyldighet att erbjuda vård innebär inte att vårdgivare kan bortse från planering och ledning. Alla verksamheter behöver planeras och ledas på olika sätt. Vidare måste betänkas att det alltid ytterst är kommuner och regioner som ska erbjuda vård. Om detta inte kan ske genom uppdrag till privata utförare måste kommuner och regioner således själva ordna så att vården kan utföras.

Det stora beroende som det allmänna har till det privata näringslivet kan inte nog understrykas. När det ställs krav på exempelvis viss ledning av en offentlig verksamhet måste alltid beaktas att privata utförare som utför uppdrag åt det allmänna som regel inte kan ledas i den bemärkelse som ordet leda normalt används. Vid kommuner och regioners planering av hälso- och sjukvård måste således beroendet av privata utförare beaktas och vid upphandling av tjänster eller produkter måste kommuner och regioner genom avtal säkerställa att privata aktörer medverkar i den utsträckning som är nödvändig även då mycket svåra förhållanden kan råda.

När det gäller offentlig förvaltning men även annan offentligt bedriven verksamhet är det en självklar utgångspunkt att beslutsfattare på olika nivåer ska fatta sina beslut utifrån adekvata beslutsunderlag. För att kunna planera, leda, organisera och samordna hälso- och sjukvård samt för att kunna fatta beslut om vårdresurser krävs således att beslutsfattare på olika nivåer har tillgång till olika planerings- och beslutsunderlag. Underlagens innehåll och utformning beror på vad de ska användas till.

Den som är ansvarig för en viss verksamhet, oavsett om den är offentlig eller privat, förväntas som regel vidta adekvata åtgärder, t.ex. planering, för att verksamheten ska kunna bedrivas effektivt och i enlighet med rättsliga krav. En komplex verksamhet som hälso- och sjukvård måste planeras ingående. Stora krav ställs på fungerande ledning och organisation samt på att det fattas beslut som leder till tillräcklig resurstilldelning.

Med ett verksamhetsansvar följer också att tillse att rimliga åtgärder vidtas för att minska kända sårbarheter i verksamheten och att säkerställa tillräckligt skydd mot händelser i omvärlden som kan medföra stora avbräck i verksamheten. Detta är särskilt viktigt när det, som i hälso- och sjukvårdens fall, rör sig om en verksamhet som enligt lagkrav alltid ska upprätthållas. Risker och sårbarheter som hotar verksamheten måste därför identifieras och värderas så att beslutsfattare i kommuner och regioner har tillgång till beslutsunderlag som gör det möjligt för dem att vidta rimliga åtgärder för att säkerställa att vårdbehov som ska tillgodoses också kommer att tillgodoses.

Behov av hjälp att utföra vård

Genom bl.a. coronapandemin har det blivit tydligt att det förekommer situationer i hälso- och sjukvården då viss vård måste anstå. Det har också visat sig att vårdresurserna i vissa fall kan vara så knappa och att vårdläget i en kommun eller region kan vara så ansträngt att det kan behövas hjälp av andra för att säkerställa att alla patienter får den vård de behöver.

Patienter måste få vård inom den tid som är medicinskt motiverad. Utredningen har i sitt närmast föregående delbetänkande bedömt att det inte framstår som realistiskt att vården i alla lägen kan klara att utföra hela sitt vårduppdrag. Utredningen lämnade därför lagförslag som innebär en anpassning av målsättningarna för hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig. Enligt förslaget ska hälso- och sjukvården vid sådana förhållanden ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Med uttrycket vård som inte kan anstå avses vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. I uttrycket innefattas även följdinsatser till sådan vård.[2]

Ansvaret för utförandet av en mycket stor andel av den vård som inte kan anstå faller på regionerna, men när resurserna i vården alltmer inriktas på primärvård och hemsjukvård kan kommuner komma att spela en allt större roll vid sådan vård. En stor del av den vård som inte kan anstå bedrivs också av patienterna själva, som egenvård, efter ordination av hälso- och sjukvårdspersonal. Det får exempelvis antas att en diabetiker inte kan klara sig särskilt länge utan sitt insulin

[2] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 285 ff.

eller att en stomipatient får en mycket besvärlig tillvaro utan stomipåsar. Under alla förhållanden är det centralt att kommuner och regioner inte minst vad gäller patienter med trängande vårdbehov har ett nära och väl fungerande samarbete som leder till samordning av vårdinsatser.

Även om det ovan redovisade förslaget till anpassning av målsättningarna för hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig införs så medför den även fortsatt en högt ställd ambitionsnivå för hälso- och sjukvården. När det råder ytterst svåra förhållanden i samhället är det inte givet att vården kommer att ha tillgång till de resurser som krävs för att ge all vård som inte kan anstå.

Vid kriser och krig kan ökade vårdbehov och bristande tillgång till vårdresurser leda till att en kommun eller region får svårt att leva upp till sina skyldigheter att erbjuda vård. Om en region eller kommun trots vidtagna planerade åtgärder, omprioriteringar och omställningar i sina verksamheter och andra egna insatser inte längre kan säkerställa de resurser som krävs för att med normala kvalitetskrav utföra vård som inte kan anstå, är regionen eller kommunen ytterst beroende av andras hjälp för att skydda sina patienters liv och hälsa. Enligt gällande rätt har dock kommuner och regioner som huvudregel att var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. Staten har inte heller möjlighet att ta över skyldigheten att tillgodose befolkningens vårdbehov men kan lämna stöd till kommuner och regioner.

Finansieringsansvar

Den hälso- och sjukvård som kommuner och regioner är skyldiga att tillhandahålla finansieras huvudsakligen genom kommunala skatter och andra avgifter. Statliga skattemedel används dock också för olika hälso- och sjukvårdsändamål. Sådana skattemedel används i visa fall för att uppfylla en uttrycklig rättslig skyldighet för staten att finansiera vissa åtgärder, men tillskjutandet av statliga medel till vården måste inte komma av en sådan skyldighet.

Staten har finansieringsansvaret för åtgärder som är nödvändiga för höjd beredskap. Staten ersätter emellertid också vissa åtgärder

som också är nödvändiga för krisberedskap. Vad nu sagts gäller även åtgärder inom hälso- och sjukvården.

4.1.1 Planeringbestämmelser för hälso- och sjukvård

Bedömning: Planeringsbestämmelserna i HSL innebär att kommuner och regioner ska planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård kan fullgöras i alla lägen dvs. i ett normalläge, vid kris och vid krig och så att andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvården kan uppfyllas.

Utöver bestämmelser om kommuner och regioners skyldighet att erbjuda god hälso- och sjukvård finns i HSL bl.a. en generellt utformade bestämmelse som anger att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges och i en annan bestämmelse anges att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.[3]

I PSL finns bl.a. en bestämmelse om vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Exempelvis ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls och vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.[4]

De ovan nämnda bestämmelserna i HSL gäller för kommuner och regioner (som huvudmän för vård) och PSL:s bestämmelser riktar sig till kommuner, regioner och andra som själva utför vård (vårdgivare). PSL:s bestämmelser är dock också av intresse för regioner och kommuner som huvudmän eftersom det är huvudmännens ansvar att erbjuda god vård vilket bl.a. innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[5] Vård som inte är

[3] 1 kap. 3–4 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[4] 3 kap. 1–2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
[5] 5 kap. 1 § 1 och 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

patientsäker kan knappast anses uppfylla kraven på god vård och det är kommuner och regioner som är skyldiga att erbjuda god vård.

Beträffande hälso- och sjukvårdens planering kan konstateras att sjuklighet samt sjukdoms- och skadepanoraman som regel är relativt stabila över tid. Vid planering av vård är det därför normalt möjligt att med relativt god precision förutse vilka vårdbehov och vårdvolymer som ska tillgodoses och det är därmed även möjligt att anpassa resurserna efter behoven. Vid anpassningar av vårdens resurser måste dock även beaktas att det då och då inträffar vissa händelser, exempelvis trafikolyckor eller stora sjukdomsutbrott, som kan medföra att det hastigt uppkommer behov av tillgång till vårdresurser för att akut omhänderta ett stort antal skadade eller sjuka.

Vårdbehov och förutsättningarna att utföra vård kan förändras hastigt genom t.ex. stora olyckshändelser, terrorattentat, epidemier eller olika krigshandlingar. Vid krig finns anledning att räkna med att behoven av hälso- och sjukvården kan öka högst avsevärt, främst genom tillkommande krigsskador, men även genom ett ökat antal infektionssjukdomar och olycksfall. Detta samtidigt som tillgången till sådana resurser som vården behöver kan minska. Krig och vissa andra antagonistiska handlingar kan också leda till förändrade sjuk- och skadepanoraman, exempelvis genom användandet av biologiska, kemiska, radiologiska eller nukleära medel.

Planeringsbestämmelser

Även utan att det anges särskilt i en rättslig reglering framstår det som givet att hälso- och sjukvården måste planeras ingående. I lagstiftningen finns dock också uttryckliga krav om planering. Enligt HSL ska regionen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[6] Med undantag från det planeringskrav som gäller katastrofmedicinsk beredskap finns motsvarande planeringsbestämmel-

[6] 7 kap. 7 § i ovan nämnda författning.

ser för kommuner.[7] Vid planering av hälso- och sjukvård måste också beaktas att det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Planeringsbestämmelser av betydelse för upprätthållande av hälso- och sjukvårdens verksamhet finns även i andra författningar t.ex. i PSL och i lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Det finns även andra planeringsbestämmelser i bl.a. HSL som allmänt kan sägas syfta till patientorienterad vårdplanering, som det dock inte finns skäl att nu gå närmare in på.

Av 3 kap. 1 § LEH framgår också att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Ett exempel på sådan förberedelse som ska vidtas är planering.[8] Mot bakgrund av att hälso- och sjukvård ska upprätthållas i alla lägen och att det finns planeringsbestämmelser i HSL som syftar till detta blir bestämmelsen i 3 kap. 1 § LEH såvitt avser planering till viss del överlappande. Vi återkommer till förhållandet mellan HSL och LEH senare i detta betänkande.

Planeringsbestämmelserna i HSL innebär enligt utredningens bedömning att kommuner och regioner ska planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård kan fullgöras i alla lägen dvs. i ett normalläge, vid kris och vid krig och så att andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvården kan uppfyllas.

4.1.2 Planering för katastrofmedicinsk beredskap

En fråga som ofta återkommer i diskussioner med regioner och som vållat dem problem är hur bestämmelserna i LEH förhåller sig till andra bestämmelser om planering, inte minst kraven på planeringen för katastrofmedicinsk beredskap i HSL. Exempelvis upplever många regioner att det är svårt att avgöra om störningar i t.ex. infrastruktur som el, vatten eller informations- och kommunikationsteknologi utgör delfrågor inom katastrofmedicinska beredskapen eller om det utgör frågor om förmågan att hantera extraordinära händelser. I dag avhandlar Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om

[7] 11 kap. 2 och 3 §§ i ovan nämnda författning.
[8] se även 4–5 §§ i förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

katastrofmedicinsk beredskap ett antal sådana frågor. Detta berörs närmare i avsnitten 4.1.5 och 4.2.4 nedan.

Allmänt om förhållandet mellan katastrofmedicinsk beredskap och krisberedskapen

Bestämmelserna i LEH syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera *krissituationer i fred*. Kommuner och regioner ska därigenom också uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar. Detta framgår direkt av den inledande bestämmelsen till LEH. En kris är enligt vissa förarbetsuttalanden oväntad, utanför det vanliga och vardagliga och att lösa krisen kräver samordnade åtgärder från flera aktörer.[9] Förarbetsuttalanden visar också på att för förmågan till civilt försvar skulle ses mot bakgrund av det då gynnsamma säkerhetspolitiska läget. Regeringen ansåg när bestämmelserna infördes att det torde vara tillräckligt att kommuner och regioner vidtar de beredskapsförberedelser som bedöms behövas för att de ska kunna anpassa sin verksamhet inför en förändrad säkerhetspolitisk situation.[10]

I 2 kap. LEH, som innehåller bestämmelser om förberedelser för och verksamhet under *extraordinära händelser i fredstid*, ställs bl.a. krav på kommuner och regioner att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser, i det följande förkortat RSA. Vidare är de skyldiga att med beaktande av dessa analyser fastställa planer för hur de ska hantera extraordinära händelser. Utöver detta finns bestämmelser som ger möjlighet att skapa snabbare beslutsvägar när det inträffat en extraordinär händelse (krisledningsnämnden). Det finns också särskilda krav, kopplade till extraordinära händelser, om kommuners geografiska områdesansvar, om utbildning och övning samt om rapportering. För extraordinära händelser ger LEH också kommuner och regioner vissa befogenheter, bl.a. befogenheter att ge varandra hjälp.[11]

Begreppen kriser, krissituation, krisledningsnämnd, krishanteringsåtgärder, krisberedskapsläget, kristidsverksamhet används i olika bestämmelser i LEH men någon definition av vad som utgör en kris finns inte i lagen. Nämnda bestämmelser är många gånger, men inte

[9] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 77.
[10] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 107.
[11] 4 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

alltid, knutna till begreppet *extraordinär händelse* som enligt definitionen i LEH avser en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.[12]

En stor skillnad mellan HSL och LEH är att sistnämnda lag reglerar regionens åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap på en övergripande nivå, även den politiska ledningen, och oavsett verksamhetsområde. LEH tar sikte på hela den regionala verksamheten dvs. hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regional utveckling, kultur och utbildning. Den katastrofmedicinska beredskapen begränsas till hälso- och sjukvård. På föreskriftsnivå återfinns också krav på en särskild tjänstemannaledning för hälso- och sjukvårdsverksamheten som det saknas motsvarighet till i LEH.

HSL är inte utformad eller avgränsad på samma sätt som LEH. Hälso- och sjukvård ska som tidigare framhållits erbjudas och utföras i alla lägen utföras enligt alla de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. Detta gäller även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

Såvitt avser hälso- och sjukvårdens område kan övergripande sägas att såväl bestämmelserna om krisberedskap i LEH som bestämmelser om planering i HSL ytterst syftar till att säkerställa att befolkningens vårdbehov i alla lägen kan tillgodoses i enlighet med rättsliga krav som gäller för vården. Även bestämmelser om planering av totalförsvar kan såvitt avser hälso- och sjukvård sägas ha ett sådan syfte, även om det också finns andra syften.

Bestämmelsen i HSL om katastrofmedicinsk beredskap

Förarbetena till bestämmelsen om katastrofmedicinsk beredskap i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL finns i propositionen *Samhällets säkerhet och beredskap*.[13] Någon författningskommentar till bestämmelsen gjordes inte då bestämmelsen infördes. Följande centrala argument

[12] 1 kap. 4 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[13] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 74 f.

för införandet av bestämmelsen anfördes. Notera att de kursiveringar som finns i texten är gjorda av denna utredning.

> I dag saknas bestämmelser som ålägger landstingen att ha *en speciell medicinsk katastrofberedskap*. I 7–8 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), finns visserligen bestämmelser om att landstingen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt från befolkningens behov samt i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. I detta ligger dock *inte uttryckligen en skyldighet för landstingen att ha sådana resurser eller sådan beredskap att dessa kan hantera svåra påfrestningar under fredstida förhållanden*. Det saknas således bestämmelser som ålägger landstingen att ha en katastrofplanering.

Regeringen menade också att katastrofplanering får betydelse för hanteringen av stora olyckor. Den dagliga sjukvården är inte anpassad till de resursbehov som kan uppstå i samband med svåra påfrestningar i fred. Regionerna fick i samband med regleringen inga extra medel eftersom regeringen bedömde att regionerna redan hade en sådan beredskap.[14]

Vidare bör framhållas att det vid införandet av planeringsbestämmelsen i nuvarande 7 kap. 2 § tredje stycket HSL hade uppmärksammats frågor som indikerade att det kunde finnas behov av planering även för kommuner. Socialstyrelsen framhöll bl.a. följande i sitt remissvar.[15]

> … en inte oväsentlig del av den sjukvård som bedrivs av kommunerna är avancerad om än inte av akutkaraktär och dessa patienter är i många fall inte mobila utan kräver kontinuerlig vård och omsorg. Utredningen har heller inte berört den allt mer ökade hemsjukvården. Ökningen av denna vårdform är såväl kvalitativ, med avancerad utrustning och övervakning, som kvantitativ. Inte heller problematik relaterad till socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd behandlas av utredningen. Sambanden mellan dessa verksamheter bör beaktas i såväl löpande beredskapsarbete som i akuta krissituationer.

Katastrofmedicinsk beredskap handlar såvitt kan utläsas av förarbetena till bestämmelsen främst om planering för att säkerställa nödvändiga *medicinska förmågor och arbetssätt* för att klara svåra påfrestningar under fredstida förhållanden. Till nödvändiga medicinska förmågor hör t.ex. att medicinskt kunna hantera masskadeutfall. Andra förmågor som hör till katastrofmedicinsk beredskap är t.ex. förmågan

[14] A.a., s. 75–76.
[15] A.a., s. 74 f.

att leda, förmågan att ställa om vården samt förmågan att korrekt prioritera mellan olika vårdbehövande i situationer då ett stort antal patienter måste ges vård samtidigt som vården av andra patienter med lika omfattande vårdbehov ska upprätthållas. För att uppnå sådana förmågor krävs bl.a. planläggning, resurser, utbildning och övning.

Krisberedskap kan mot denna bakgrund ses som ett mer omfattade begrepp än katastrofmedicinsk beredskap. Krisberedskapen *innefattar både medicinska och icke medicinska förmågor* såsom robusthet och teknisk försörjning. Brister i personaltillgång kan vara en allmän begränsning för att bedriva verksamhet (krisberedskap) men också specifik (avseende medicinsk personal, dvs. katastrofmedicinsk beredskap).

Vissa menar att krisberedskapen kräver större mått av förebyggande och riskreducerande åtgärder än den katastrofmedicinska beredskapen som beskrivs som reaktiv. Krisberedskapens förebyggande karaktär framgår bl.a. av den definition av krisberedskap som används i förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap. Här definieras krisberedskap som förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris förebygga, motstå och hantera krissituationer, och säkra kryptografiska funktioner. Även om alla riskreducerande åtgärder inte genomförs av en dedikerad krisberedskapsfunktion utan av de verksamheter där riskerna eller sårbarheterna finns betyder inte att det inte är en del av det förebyggande krisarbetet. Att den katastrofmedicinska beredskapen är mer reaktiv kan till viss del sägas vara korrekt eftersom det kan vara svårt för en region att eliminera eller reducera de risker som kan ge upphov till stora olyckor såsom explosioner i fabriker, tågurspårningar och terrorattentat, men bestämmelsen om katastrofmedicinsk beredskap uttryckt som en planeringsåtgärd vilket visar på dess förebyggande karaktär.

Av den inledande bestämmelsen i Socialstyrelsens föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap framgår att föreskrifterna i 2–7 och 9 kap. ska tillämpas på regionernas verksamhet enligt 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. Vidare framgår att katastrofmedicinsk beredskap avser beredskap att bedriva hälso- och sjukvård *i syfte att minimera följderna vid en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.*[16] Definitionen

[16] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

är inte avgränsad till att endast avse stora olyckor och kan exempelvis omfatta situationer i den allmänna vården då det föreligger ett bortfall i teknisk försörjning. Föreskrifterna kan sägas fokusera på behovet av förändrade ledningsförhållanden, omställning och prioritering och inte på tillskapande av resurser. Föreskriften tycks mer knyta an till bestämmelserna i LEH än till 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. Enligt utredningens mening bidrar nuvarande föreskrifter inte till att skapa större klarhet i frågan om gränsdragning mellan vad som utgör katastrofmedicinsk beredskap och vad som utgör sådan mer allmän krisberedskap som LEH syftar till.

Det förekommer alltså vissa oklarheter vad gäller avgränsningarna mellan katastrofmedicinsk beredskap och krisberedskapens robusthets- och kontinuitetsaspekter, exempelvis frågan om den katastrofmedicinska beredskapen omfattar planering av sjukvårdens upprätthållande vid elbortfall eller bortfall av funktionalitet i informations- och kommunikationsteknologi. Det kan mycket väl tänkas att allmän vårdplatsbrist, ett plötsligt elbortfall på ett sjukhus eller en cyberattack mot ett it-system kan innebära att sjukvården behöver organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt. I förarbetena till bestämmelsen i HSL om planering för katastrofmedicinsk beredskap finns dock endast exempel avseende hantering av masskadeutfall, dvs. situationer då det i och för sig kan vara aktuellt att tillämpa katastrofmedicinska principer.

Även om förarbetena till bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen kan anses skapa oklarheter, kan det utläsas att bestämmelsen främst avser planering för att kunna omhänderta masskadeutfall vid stora olyckor. Det måste för förståelse av denna planeringsbestämmelse åter erinras om att kommuner och regioner i alla lägen är skyldiga att erbjuda sådan vård som är medicinskt motiverad. Vården ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller ska då också upprätthållas.

Planeringsbestämmelsen måste mot denna bakgrund sägas syfta till att ytterligare säkerställa att patienter som drabbats av en stor olycka får vård enligt vad som följer av gällande rätt. Tillräcklig katastrofmedicinsk beredskap enligt nu gällande ordning innebär således att det finns tillräckligt med medicinska resurser för att undvika att stora olyckor leder till katastrofsituationer i vården.

Problem som rör begreppet extraordinär händelse

En del av de svårigheter som uppkommit för kommuner och regioner bedöms relatera till begreppet extraordinär händelse i LEH dvs. en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.

Enligt en nyligen utgiven vägledning från MSB behöver kommunens eller regionens bedömning av att det föreligger en extraordinär händelse inte formaliseras i ett beslut för att LEH ska bli tillämplig. Kommunens eller regionens beslut i enlighet med LEH, t.ex. att aktivera en krisledningsnämnd, kan dock behöva formaliseras utifrån kommunallagens bestämmelser.[17] Enligt 2 kap. 3 § LEH är det ordföranden i krisledningsnämnden som bedömer när en extraordinär händelse i fredstid medför att nämnden ska träda i funktion och beslutar i sådana fall att så ska ske. Ett sådant beslut kan överklagas enligt 10 kap. kommunallagen och kan innefatta frågan om en extraordinär händelse är för handen.[18]

Det kan alltså också uppstå en extraordinär händelse där det inte finns behov av att koncentrera beslutsfattandet och krisledningsnämnden behöver därmed inte aktiveras. Detta kommenteras inte närmare i förarbetena till lagen. Vissa regioner har tidigare tolkat det som att en extraordinär händelse endast inträffat om eller när krisledningsnämnden träder in. Bland annat detta har fått till följd att uppfattningarna skiljt sig åt i regionerna om vad som är en extraordinär händelse. Vissa regioner har bedömt att torka, stora snöoväder, mygginvasion m.m. utgjort extraordinära händelser, medan andra regioner ansett att eftersom de aldrig har aktiverat sin krisledningsnämnd, så har de aldrig haft någon extraordinär händelse. Inte heller den senaste pandemin, med alla de utmaningar som den medfört för hälso- och sjukvården, har föranlett alla drabbade kommuner och regioner att ”deklarera” att en extraordinär händelse inträffat.

Hanteringen av händelser med t.ex. ett stort antal skadade eller sjuka tycks i de allra flesta fall hanteras med utgångspunkt i HSL:s bestämmelser. Såvitt utredningen kunnat finna har det också som regel vara möjligt att hantera sådana händelser utan de särskilda redskap

[17] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Juridisk vägledning – Kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser* (dnr 2020-02881), s. 4.
[18] Extraordinära händelser i kommuner och landsting (prop. 2001/02:184), s. 21.

som återfinns i LEH, t.ex. bestämmelserna om krisledningsnämnd och befogenheterna att lämna hjälp. Det kan dock inte uteslutas att det kan inträffa situationer som är av en helt annan storleksordning i antal skadade och allvarlighetsgrad och som innebär att även redskapen i LEH behöver tillämpas. Sådana exempel kan vara omfattande terrorattentat, tågurspårningar eller krigshändelser.

Eftersom de risk- och sårbarhetsanalyser, i det följande förkortat RSA som kommunen och regionen utför ska utgå ifrån extraordinära händelser som kan inträffa i en kommun eller region får tolkningen av vad som är en extraordinär händelse till konsekvens att även RSA:erna kan ha helt olika innehåll. Den tidigare nämnda vägledningen från MSB är därmed välkommen. Där framgår nu att kommunen eller regionen kan komma fram till att det även i samband med en extraordinär händelse är mer ändamålsenligt att fatta behövliga beslut i ordinarie nämnder. Kommunen eller regionen ska med andra ord själva besluta om den organisationsform och det arbetssätt som de anser är mest lämpligt i situationen.[19] Det finns dock fortfarande ett stort mått av tolkningsmån avseende vilka händelser en kommun eller region ska planera inför.

Som utredningen tidigare påpekat saknas en gemensam syn på arbete med RSA:er och vilken typ av risker och sårbarheter dessa ska ta hänsyn till.[20] Arbetet med sådana analyser är direkt knutna till begreppet ”extraordinära händelser” och det råder stor oklarhet bland kommuner och regioner vad som ska anses utgöra en extraordinär händelse.

Att Socialstyrelsen valt att knyta dimensioneringen av den katastrofmedicinska beredskapen till RSA:er är förståeligt men eftersom RSA:er ska utgå ifrån vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i regionen kan det innebära att händelser som bör beaktas vid planeringen av hälso- och sjukvården helt enkelt inte beaktas. Detta problem tycks i mindre eller större grad kunna återverka på all planering som hälso- och sjukvården ska utföra och således också den katastrofmedicinska planeringen.

[19] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Juridisk vägledning – Kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser* (dnr 2020-02881), s. 5.
[20] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), s. 34.

Problem som rör begreppet katastrofmedicinsk beredskap

Det som enligt lagstiftarens intentioner ska åstadkommas genom planeringsbestämmelsen i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL är säkerställd *medicinsk beredskap* för hantering av stora olyckor. Detta kom dock i HSL att uttryckas som *katastrofmedicinsk beredskap*. Förarbetena till bestämmelsen har enligt utredningens bedömning på ett olyckligt vis kommit att fokusera för mycket på hantering av ”stora olyckor”. Förarbetena ger också anledning till frågor om begreppen katastrof och katastrofmedicin.

Begreppen stor olycka och katastrof

Inom katastrofmedicinen skiljer man på två olika situationer, *stor olycka* och *katastrof*. Dessa begrepp kan användas för att definiera omfattningen av en händelse i efterhand. Begreppet stor olycka inom katastrofmedicinen ska inte blandas samman med hur man ser på begreppet inom räddningstjänsten.[21] Det kan ifrågasättas om begreppet stor olycka är en lämplig utgångspunkt för vården då det dels starkt anknyter till just räddningstjänst, dels borde omfatta sådana situationer som inte är att betrakta som olyckor, t.ex. uppsåtliga antagonistiska handlingar men också stora sjukdomsutbrott. Det ska noteras att man med olyckor inom räddningstjänsten enligt förarbeten till lagen om skydd mot olyckor även innefattar avsiktliga handlingar.[22]

Inget av de aktuella begreppen är definierade i författning men kan delvis anses vara parallella till de två engelska begreppen *major incident*[23] och *mass casualty*[24] som internationellt används inom katastrofmedicinen. Även om dessa begrepp inte är identiska med de i Sverige använda begreppen stor olycka och katastrof är det tydligt att det i fallet om *mass casualty* handlar om situationer där de finns en stor diskrepans mellan skadeutfall och tillgängliga resurser.

[21] MSB avser med stora olyckor sådana olyckor där minst fyra personer har omkommit, minst tio personer har skadats eller där konsekvenserna på annat sätt bedömts vara särskilt omfattande.
[22] Proposition om räddningstjänstlag (prop. 1985/86:170), s. 61.
[23] En händelse där de skadade till antal, allvarlighetsgrad, skadetyp eller där händelsen inträffat kräver särskilda resurser och en koordinerad insats (Nato, Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation, AMedP-1.10 EDA V1 2015).
[24] En situation där det föreligger en stor skillnad mellan skadeutfall samt medicinska förmåga och kapacitet lokalt tillgängliga för att hantera händelsen (Nato, Medical Aspects in the Management of a Major Incident/Mass Casualty Situation, AMedP-1.10 EDA V1 2015).

Begreppet katastrof kan anses vara väldigt laddat och används bl.a. för att beskriva svåra situationer av olika karaktär. Ändå är det detta begrepp som används både i Sverige och internationellt kopplat till katastrofmedicin (internationellt benämnt *disaster medicine*). I en introduktion till katastrofmedicin beskrivs användandet inom det medicinska området.[25] Här framgår att begreppet katastrof inte enkelt låter sig definieras men att situationer som Tsunamin i Thailand år 2004 och jordbävningen på Haiti år 2010 som båda dödade mer än 200 000 människor enkelt anses uppfylla kriterierna för att vara en katastrof. Flodvågen i Peru år 2015 som däremot endast dödade 20 personer eller den tropiska stormen på Madagaskar samma år som dödade 14 personer har också benämnts katastrofer. På samma sätt har rymdfärjan Columbias återinträde i atmosfären, som dödade sju astronauter, benämnts katastrof i pressen. Hur kan det komma sig att så olika situationer alla benämns katastrofer? Författaren menar att det är lätt att se att en händelse med flera tusen döda utgör en katastrof. Men vad är det som gör det så? När det gäller medicinska behov är det helt enkelt en fråga om att det inte finns något hälso- och sjukvårdssystem i världen som är rustat för den mängden skadade. Det handlar om en situation där behoven vida överstiger resurserna. I linje med detta menar författaren att varje situation där behoven överstiger de samhälleliga resurserna utgör en katastrof. Detta ligger också mycket nära definitionen av katastrof som används av FN i den internationella strategin för att förebygga katastrof (på engelska förkortat UNISDR):

> En allvarlig störning i samhällets funktionalitet som inbegriper omfattande mänskliga, materiella, ekonomiska eller miljömässiga effekter eller förluster och som överskrider det påverkade samhällets förmåga att med egna resurser klara situationen.[26]

Även WHO har en liknande definition. Om man tillämpar dessa definitioner så är det lätt att se att 20 svårt skadade personer på landsbygden kan utgöra en lokal katastrof. Avslutningsvis konstaterar författaren att olyckan med rymdfärjan Columbia dock inte uppfyller kriterierna för att utgöra en katastrof hur tragisk olyckan än må vara.

[25] Ciottone GR. Introduction to Disaster Medicine: Elsevier Public Health Emergency Collection 2016, s. 2–5.
[26] Fritt översatt från engelska, a *serious disruption of the functioning of a community or a society involving widespread human, material, economic, or environmental losses and impacts, which exceeds the ability of the affected community or society to cope using its own resources.*

Det kan alltså konstateras att det inom det medicinska området är vanligt att begreppet katastrof används. Katastrof används i svensk rätt endast i ett fåtal fall, oftast i samband med händelser utomlands som naturkatastrofer eller i samband med internationella insatser men begreppet används även i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.[27]

Med katastrof avses enligt Socialstyrelsens termbank, som omfattar terminologi för vården, en särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.[28] En stor olycka definieras på samma sätt som en särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.[29]

I Socialstyrelsens definition av både katastrof och stor olycka är resurserna otillräckliga i förhållande till det akuta behovet. Skillnaden mellan de två begreppen är huruvida kvalitetskraven kan upprätthållas genom anpassning eller inte.

Det bör särskilt noteras att det initialt vid en händelse med många skadade nästan alltid finns en resursbrist dvs. innan det anländer tillräckligt med sjukvårdspersonal och ambulanser till platsen. Det är dock inte så att varje trafikolycka med t.ex. tre skadade kan anses utgöra en stor olycka eller katastrof endast för att det initialt bara finns en ambulans på platsen. Det finns också en viss dynamik i begreppen, en stor olycka som initialt kan se ut som en katastrof kan genom olika åtgärder övergå till att inte vara det. Det finns dock även händelser som är så omfattande att det aldrig med de resurser som kan mobiliseras kan hanteras med upprätthållande av normala kvalitetskrav. Av dessa anledningar är det oftast inte meningsfullt att annat än i efterhand försöka definiera själva händelsen.

Det bör slutligen noteras att den internationella allmänna definitionen av katastrof inte tar hänsyn till frågan om upprätthållande av kvalitetskrav utan begränsas till frågan om resursbrist.

I det följande kommer utredningen inte att ordagrant eller fullt ut knyta an till någon av de ovan redovisade definitionerna som rör begreppet katastrof. Med katastrof avser utredningen i den fortsatta

[27] *Rättsregler i kris*, Johan Hirschfeldt och Olof Petersson, Dialogos Förlag 2020 (ISBN 978-91-750 4-380-7), s. 44.
[28] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=167, beslutad 2018.
[29] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=173, beslutad 2018.

framställningen *en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna*. Det är således en definition som utgår från hur begreppet katastrof används inom hälso- och sjukvård, men som kan konstateras finns det betydande likheter med hur FN ser på begreppet när det används i ett vidare perspektiv.

Det har under utredningen framförts betänkligheter mot användningen av ordet katastrof eftersom det kan anses som ett av svenska språkets ”allra starkaste ord för att beskriva svåra händelser”. Utredningen har förståelse för att kunskapen om den närmare innebörden och användningen av begreppet katastrof inom hälso- och sjukvård kan vara obekant för många och att ordet katastrof kan användas i många andra sammanhang för att beskriva en mycket allvarlig situation eller en händelse. I allmänt språkbruk används ordet på många olika sätt och då även i situationer där ordets innebörd kan sägas bli kraftigt devalverat såsom att det var en katastrof att laget A förlorade fotbollsmatchen. Det finns dock inom hälso- och sjukvård liksom inom alla andra fackområden behov av att kunna använda vissa begrepp som kan vara främmande för andra.

Begreppet katastrofmedicin har t.ex. en särskild anknytning till hälso- och sjukvård på samma sätt som andra begrepp knyter an till andra sammanhang t.ex. begreppen extraordinär händelse, höjd beredskap, och krig. Så länge det är möjligt att förstå innebörden av ett begrepp kan det inte sägas medföra särskilda problem.

Utredningen vill betona att den definition utredningen använder har en avgränsad innebörd eftersom den endast avser situationer i hälso- och sjukvården och att definitionen är helt i linje med hur uttrycket används inom detta område både nationellt och internationellt. Definitionen tar inte sikte på vilka händelser som kan orsaka en katastrof i vården. Det bör vidare betonas att en katastrof i vården inte måste handla om många sjuka eller många skadade, antalet skadade eller sjuka är inte avgörande, utan det handlar om situationer där det saknas tillräckliga resurser för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna.

Begreppet katastrofmedicin

Begreppet katastrofmedicin har ett uppenbart samband till begreppet *katastrof.* Katastrofmedicinen omfattar medicinska situationer då det föreligger en resursbrist, där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav. Katastrofmedicin är den del av den medicinska vetenskapen som studerar, undervisar, utvecklar och utvärderar metoder för att bedriva hälso- och sjukvård på effektivast möjliga sätt i situationer med bristande resurser.[30]

Den övergripande målsättningen inom katastrofmedicin är att i största möjliga utsträckning reducera eller eliminera förlust av liv och hälsa samt fysiskt och psykiskt lidande som följd av händelser där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till vårdbehovet.[31]

Omhändertagandet vid ett stort skadeutfall kan skilja sig från vardagen både vad gäller hanterandet av den enskilde patienten och hela patientgrupper, till följd av medicinska inriktningsbeslut. Majoriteten av den personal som förväntas arbeta i en sådan händelse förvärvar inte nödvändig förmåga genom sitt vardagliga arbete. Detta ställer i stället stora krav på rätt utbildning, träning och övning för att förbereda personalen på denna typ av arbete. Behovet av utbildning och övning måste bedömas utifrån resultatet av genomförda risk- och sårbarhetsanalyser, tidigare övningar och förmågebedömningar.

Utöver medicinsk utbildning, krävs att de individer som har en ledningsroll vid katastrofer har god kännedom om hur man leder arbetet i skadeområdet, på sjukhus och på regional nivå. Även kunskaper om hur andra aktörer som deltar i insatser är organiserade och hur samverkan med sådana aktörer etableras är viktiga delar för samordning. Hälso- och sjukvården ska även kunna samordnas med andra aktörer utifrån ett nationellt helhetsperspektiv och gemensamt synsätt inom det svenska krisberedskapssystemet enligt ansvarsprincipen.

Begreppet katastrofmedicinsk beredskap

Katastrof är alltså en situation i hälso- och sjukvården då resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna. Katastrofmedicin är en del av den medicinska

[30] Socialstyrelsen (2018), *En stärkt katastrofmedicinsk beredskap*, s. 14.
[31] Sten Lennquist (red.), *Katastrofmedicin,* (ISBN 978-91-47-08481-4), s.11–18.

vetenskapen som studerar, undervisar, utvecklar och utvärderar metoder för att bedriva hälso- och sjukvård på effektivast möjliga sätt i situationer med bristande resurser. Begreppet katastrofmedicin knyter an till medicinska situationer då det föreligger en resursbrist och där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav, dvs. en katastrof. Katastrofmedicinsk beredskap syftar dock till att det ska finnas tillräckligt med medicinska resurser *för att undvika att stora olyckor leder till en katastrofsituation i vården*.

Enligt utredningens mening är det mot denna bakgrund tydligt att användningen av begreppet katastrofmedicinsk beredskap i nu gällande planeringsbestämmelse i HSL leder tanken fel. Planeringen måste omfatta både masskadehändelser och händelser med stora sjukdomsutbrott. Vid planeringen måste också händelser som allvarligt kan inverka på kommunernas och regionernas förutsättningar att leva upp sina skyldigheter att erbjuda vård och andra rättsliga krav beaktas.

Det saknas inte skäl att planera även för katastrofer, men först och främst bör planering syfta till att långt möjligt undvika sådana situationer.

Avsaknaden av planeringskrav för kommuners beredskap och behovet av samordning för intakta vårdkedjor

Det är som redan framhållits tveklöst så att ansvaret för utförandet av en mycket stor andel av den vård som inte kan anstå faller på regioner, men när resurserna i vården nu alltmer inriktas mer på primärvård och hemsjukvård kommer kommuner troligtvis komma att spela en allt större roll vid sådan vård. En stor del av den vård som inte kan anstå bedrivs också av patienterna själva, som egenvård, efter ordination av hälso- och sjukvårdspersonal.

Landets kommuner och regioner är olika på flera sätt. Befolkningsunderlag och demografi skiljer sig åt likväl som möjligheterna till sysselsättning och skattebas. Kommuner och regioner skiljer sig också åt vad gäller de risker och sårbarheter som förekommer inom det geografiska området och vad gäller typen av geografi. För en del kommuner och regioner förändras mängden människor som vistas där under vissa perioder på året högst avsevärt. Detta gäller exempelvis Gotland och Skåne på sommaren så väl som Jämtlandsfjällen på vintern. Dessa faktorer har förstås betydelse för planeringen av

vård och den beredskap som är nödvändig för att klara de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Vid en tragisk olycka år 2017, då en buss med ungdomar körde av vägen i Sveg, omkom flera och andra blev svårt skadade. Olyckan visar på den sårbarhet och de utmaningar som kan finnas i en region. Avstånden kan vara långa, prehospitala akutsjukvårdsresurser är få och har långa omloppstider och sjukhusen är inte heller dimensionerade för många svårt skadade. Därför krävs samverkan mellan regioner för att lösa vårdbehoven vid sådana händelser. Under en pandemi uppstår också utmaningar att kunna ta hand om de som hastigt insjuknar och kräver omedelbar vård. Om man till exemplen ovan lägger sådana för samhället och vården mycket utmanande händelser som t.ex. terrorattentatet i Madrid år 2004, skjutningarna på Utöya år 2011 och tågurspårningen i Buenos-Aires år 2012, når utmaningarna en nivå som inga enskilda regioner eller kommuner bedöms kunna hantera själva.

Sjukvården finansieras med offentliga medel som i huvudsak kommer från kommunal- och regional skatt även om staten tillskjuter medel för hälso- och sjukvård. Skattebasen är begränsad och de offentliga åtagandena många. Därmed görs prioriteringar mellan olika offentliga verksamheter och inom hälso- och sjukvården. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste ske utifrån de etiska principer som riksdagen har fastställt. Det faller sig då naturligt att lägga mer resurser på att kunna behandla allvarliga tillstånd som förekommer dagligen och mindre resurser på att bygga upp förmåga till att hantera händelser som inträffar mycket sällan. Vilka extraordinära händelser som kan inträffa utgör en del av arbetet med de risk- och sårbarhetsanalyser som kommuner och regioner ska utföra enligt 2 kap. 1 § LEH, men även utan bestämmelserna i LEH utgör detta arbete en viktig förutsättning för att det ska gå att säkerställas att vård som ska ges också kan ges.

Modern hälso- och sjukvård är fragmenterad genom att vården är spridd på många olika aktörer och på många olika platser. Vård ges både i kommuner och regioner och av offentliga eller privata aktörer. Sjukvård utförs även i hem och på särskilda boenden. Utvecklingen går mot både mer centraliserad vård genom regional eller nationell högspecialisering samtidigt som det sker en decentralisering genom ett ökat fokus på primärvården som innebär att mer avancerad sjukvård flyttas ut från sjukhusen (se avsnitt 3.5.1). Sammantaget inne-

bär detta en mer komplex situation ur ett beredskapsperspektiv. Det som i stället för aktör eller geografi ska hålla ihop vården är dess olika processer i vårdkedjan. En vårdkedja som spänner över flera huvudmän och aktörer.

Skyldigheten att tillhandahålla vård och planeringskraven i HSL är allmänt hållna men långtgående. Beredskapen måste dimensioneras för att kunna ta hand om alla de vårdbehov som kan uppstå och inte bara för det som har en grund i den vardag som förekommer under stora delar av året. Detta gäller i synnerhet befolkningens behov av vård som inte kan anstå. Sådana behov kan öka hastigt vid massskadehändelser eller större sjukdomsutbrott.

Kommuner och regioner är huvudmän för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Kommunerna har därtill ett stort ansvar för omsorgen genom socialtjänsten. Kommuner och regioner måste gemensamt bära ansvaret för att planera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att vårdkedjorna kan upprätthållas. De måste också gemensamt ta ansvar för att vården samlat kan möta de hot och risker som finns utifrån genomförda risk- och sårbarhetsanalyser och de planeringsanvisningar som beslutats för det civila försvaret.

Redan i vardagen finns behov av ett gott samarbete mellan länets kommuner och regionen utifrån det vardagliga behovet att upprätthålla vårdkedjan. Flera, men inte alla, regioner och kommuner har en gemensam nämnd för denna uppgift. En särskild lösning finns i Norrtälje genom kommunalförbundet vård i Norrtälje som är gemensamt mellan Region Stockholm och Norrtälje kommun. Inom ramen för detta kommunalförbund finns också ett sjukhus i bolagsform, TioHundra AB.

Det är onekligen så att det behövs tydliga strukturer för att ta hand om gemensamma frågor som uppkommer i interaktionen mellan kommuners och regioners vård. Det finns utifrån kommunallagen stora friheter för landets kommuner och regioner att organisera sig på det sätt som de bedömer är mest lämpligt för att lösa ställda uppgifter (se även avsitt 3.1.4). Ett sätt att lösa en sådan återkommande och mellan kommunerna och regionerna gemensam planeringsuppgift är inrättandet av gemensamma nämnder.

Det är utifrån utredningens uppdrag av stor vikt att säkerställa en fungerande planering för hälso- och sjukvården som tar höjd för särskilt svåra förhållanden. Utredningen har övervägt att ställa krav på kommuner och regioner att inrätta en gemensam nämnd för sådan

vård som behöver planeras gemensamt mellan kommuner och regioner. Utredningen har dock bedömt att ett sådant krav inte är nödvändigt eftersom bestämmelserna i HSL redan innebär att regioner och kommuner vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[32]

Många gånger tvingas regioner och kommuner lösa uppkomna svårigheter i samverkan med varandra, men det finns inte någon skyldighet för regioner och kommuner att hjälpa varandra i fredstid (se vidare utredningens förslag i avsnitt 4.4.2). Vilken hjälp de kan få är beroende av t.ex. lokalisation, tillgången till prehospitala och andra resurser, beläggning och den allmänna situationen i närliggande regioner.

Vid exempelvis en pandemi eller värmebölja som drabbar sköra patienter i kommunala boendeformer måste det säkerställas att patienternas behov av sådan vård som regionerna ansvarar för kan tillgodoses. En pandemi innebär också att det finns särskilda behov av samverkan mellan länets kommuner och regioner, inte minst utifrån smittskyddsåtgärder och tillgång på skyddsutrustning. I en situation med många skadade har regionerna behov av att kunna få stöd av kommunerna för att kunna skriva hem patienter som finns på sjukhusen. Det kan också vara så att det kan vara lämpligt att i vissa fall upprätta tillfälliga vårdplatser som bemannas gemensamt av kommunens och regionens personal för att på så sätt samla resurser och med gemensamma ansträngningar skapa förutsättningar för den vård som patienter behöver.

Socialstyrelsen gjorde en utvärdering av socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens krisberedskap efter värmeböljan år 2018. I denna utvärdering konstaterar Socialstyrelsen att patienter med hemsjukvård är speciellt sårbara vid en kris både av organisatoriska och medicinska skäl. Roll- och ansvarsfördelning mellan regioner och kommuner när det gäller krisberedskap för dessa patienter behöver förtydligas. Vidare konstaterade myndigheten att socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens krisberedskap behöver formaliseras och organiseras för att hantera framtidens utmaningar. Det behövs en tydlig inriktning för att ge goda förutsättningar för en enhetlig krisberedskap och krishantering över hela landet. Utifrån denna inriktning behöver krisberedskap inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård också bli en integrerad del av kommunens övriga arbete med krisberedskap.[33] Erfarenheter visade att arbetet

[32] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[33] Socialstyrelsen (2018): *Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*, s. 7–8.

med krisberedskap inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården i huvudsak drivs av enstaka engagerade personer, men är inte formellt organiserat. Eftersom krishantering inom socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvarsområden inte är en integrerad del i kommunernas övergripande organisation för krisberedskap och krishantering är det svårt för sjukvården och socialtjänsten att nå kommunens strategiska nivå.

Det kan mot ovanstående bakgrund konstateras att till de mest utmanande situationerna för vården, oavsett om de uppstår på grund av händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller någon annan påfrestning, kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem. Kommuner och regioner är beroende av varandras resurser även för att upprätthålla vård som inte kan anstå. Utredningen har redan i delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* pekat på att kommuner och regioner behöver samverka för att skapa en krigsorganisation som täcker hela vårdkedjan och särskilt planera gemensamt för att upprätthålla hemsjukvård och vård på särskilda boenden.[34]

4.1.3 Behov av nya lagbestämmelser avseende kommuners och regioners planering

Bedömning: Nuvarande planeringsbestämmelse i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL som avser katastrofmedicinsk beredskap bör ersättas med nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid planering. Vid planering bör kommuner och regioner särskilt beakta behovet av att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda god hälso- och sjukvård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. De bör vidare särskilt beakta behovet av gemensam planering för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts.

[34] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 62 ff.

Kommuner och regioner är således enligt HSL skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen. Planeringsbestämmelserna i HSL, innebär att kommuner och regioner ska planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård och andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård kan uppfyllas. För att planering ska kunna genomföras och för att rättsliga krav ska upprätthållas måste kommuner och regioner måste avsätta tillräckliga resurser. Om hälso- och sjukvården resurser skulle vara otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna, uppstår en katastrof. Vid en katastrof uppkommer omedelbart allvarlig fara för människors liv och hälsa.

Planering utifrån vårdbehov och vårdvolymer

Sjuklighet, men också sjukdoms- och skadepanoraman, är som regel relativt stabila över tid. Således är det möjligt att exempelvis göra bra prognoser över hur många som varje år behöver vård för olika former av cancer, vilka former av cancer som förekommer och hur många som insjuknar i de olika formerna av cancer. Vid planering av vård är det därför normalt möjligt att med relativt god precision förutse vilka vårdbehov och vårdvolymer som ska tillgodoses och det är därmed även möjligt att planera och anpassa resurserna efter behoven.

Vid planering och anpassningar av vårdens resurser måste dock även beaktas att det då och då inträffar vissa händelser, exempelvis stora olyckor eller terrorhandlingar där många blir svårt skadade eller vid epidemier och pandemier där många på kort tid blir sjuka. Även situationer som uppstår på grund av klimatförändringar så som värmebölja eller extrem nederbörd kan ge upphov till sjukvårdsbehov som inte är normala. Sådana händelser medför vårdbehov som kan sägas gå utöver de mer lättplanerade vårdbehov som är stabila över tid.

Vårdbehov och förutsättningarna att utföra vård kan alltså förändras hastigt. Vid krig finns dessutom särskild anledning att räkna med att behoven av hälso- och sjukvården kan öka högst avsevärt, främst genom tillkommande krigsskador men även genom ett ökat antal infektionssjukdomar och olycksfall. Detta samtidigt som tillgången till sådana resurser som vården behöver kan minska. Krig och vissa andra antagonistiska handlingar, men även klimatförändringar,

kan också leda till förändrade sjuk- och skadepanoraman, exempelvis genom biologiska eller kemiska stridsmedel eller ökade perioder med värmebölja.

Planering måste omfatta mer än stora olyckor

Det står klart att hälso- och sjukvårdens planering måste ta höjd för det vårduppdrag som följer av lag. Det finns ett särskilt behov av planering och resurser som säkerställer att regioner och kommuner i alla lägen och med iakttagande av gällande rätt i övrigt, kan erbjuda alla som behöver det sådan vård som inte kan anstå. I detta ligger bl.a. att det ska vara möjligt att erbjuda vård till ett stort antal patienter vars vårdbehov beror på en masskadehändelse eller ett omfattande sjukdomsutbrott (t.ex. en pandemi) samtidigt som andra patienter med omfattande vårdbehov också erbjuds sådan vård.

Av 7 kap. 2 § tredje stycket HSL följer att regioner ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Syftet med den katastrofmedicinska beredskapen torde, såvitt kan utläsas av förarbetena till bestämmelsen, vara att det ska finnas tillräckligt med medicinska resurser *för att undvika* att stora olyckor medför katastrofsituationer i vården. Användningen av begreppet katastrofmedicinsk beredskap i leder därför tanken fel.

Mot bakgrund av de uppdrag som gäller för hälso- och sjukvården är det också så att nyss nämnda planeringsbestämmelse måste uppfattas som ett sätt för lagstiftaren att särskilt framhålla att planering för att kunna omhänderta många svårt skadade är viktig eftersom sådana situationer är särskilt utmanande. Om någon särskild planeringsbestämmelse för sådan beredskap inte fanns, skulle dock regioner och kommuner ända vara skyldiga att planera behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[35]

Den ovan angivna planeringsbestämmelsen i HSL avseende katastrofmedicinsk beredskap fokuserar enbart på en beredskap för stora olyckor som medför ett stort antal skadade. Även om planering för sådan beredskap är viktig, så är det inte tillräckligt för den beredskap som är nödvändig för hälso- och sjukvården där det i lika viktigt att omhänderta vårdbehov som uppstår genom stora sjukdomsutbrott

[35] 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

som att omhänderta vårdbehov som uppkommer genom masskadehändelser.

Planering för katastrofer

Hälso- och sjukvårdens långtgående uppdrag medför stort behov av planering för att i alla lägen klara uppdraget. Det finns dock alltid en gräns för vilka åtgärder som är möjliga och rimliga att vidta för att upprätthålla beredskap. Dessvärre finns anledning att utgå från att det i undantagsfall kan uppkomma katastrofsituationer i vården. Sådana situationer bedöms främst kunna uppstå vid krig eftersom vi i Sverige hittills varit förskonade från omfattande naturkatastrofer. Det kan dock inte uteslutas att katastrofsituationer även uppkommer i fredstid.

Det är givet att hälso- och sjukvård måste kunna utföras i katastrofsituationer trots att förutsättningarna att ge vård kan vara mycket dåliga. Katastrofmedicinen omfattar medicinska situationer då det föreligger en resursbrist, där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav. Hälso- och sjukvårdens planeringen för katastrofsituationer bör syfta till att säkerställa att de resurser som finns tillgängliga kan användas på bästa sätt och det är vid just sådana situationer som det är särskilt viktigt att ha god katastrofmedicinsk förmåga. Genom sådan beredskap kan skadeverkningarna av en vårdkatastrof mildras.

Försörjning av sjukvårdsprodukter är en viktig beredskapsaspekt. Det kan vidare konstateras att en av de verkligt stora utmaningarna i vården är masskadehändelser eller stora sjukdomsutbrott. Även för sådana situationer krävs ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem men utmaningarna att hålla en vårdkedja intakt ökar.

Behov av sammanhängande vårdkedjor

Utredningen beskrev i delbetänkande *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* att kommuner och regioner behöver samverka för att skapa en krigsorganisation som

täcker hela vårdkedjan och särskilt planera gemensamt för att upprätthålla hemsjukvård och vård på särskilda boenden.[36]

Modern hälso- och sjukvård är fragmenterad så till vida att vården är spridd på många olika aktörer och på många olika platser. Vård ges både i kommuner och regioner och av offentliga eller privata aktörer. Sjukvård utförs även i hem och på särskilda boenden. Utvecklingen går mot både mer centraliserad vård genom regional eller nationell högspecialisering samtidigt som det sker en decentralisering genom en allmän tyngdpunktsförskjutning till primärvården som innebär att mer avancerad sjukvård flyttas ut från sjukhusen (se avsnitt 3.5.1). Sammantaget innebär detta en mer komplex situation. Det som i stället för aktör eller geografi ska hålla ihop vården är dess olika processer, vårdkedjan. En vårdkedja som spänner över huvudmän och aktörer.

Före Ädelreformen 1992 (prop. 1990/91:14) upptogs många platser på sjukhus av patienter som var färdigbehandlade i väntan på annan vård och omsorg utanför sjukhus. Ett sätt att komma tillrätta med detta var att införa ett kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade patienter genom lag (1990:1404). År 2003 genomfördes ändringar i betalningsansvarslagen som bland annat knöt kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara (termen ersatte ”medicinskt färdigbehandlade”) patienter till ett krav på att en vårdplan upprättas. Senare har utredningen om betalningsansvarslagen i sitt betänkande Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård (SOU 2015:20) föreslagit att betalningsansvarslagen ska upphävas och ersättas med en lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus. Numera finns lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som bl.a. ska främja att en patient med behov av insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården, skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

[36] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23) s. 63 ff.

Gemensam planering mellan huvudmännen

En gemensam planering mellan kommuner och regioner är en förutsättning för att kunna säkerställa en sammanhängande vårdkedja. För att vården och omsorgen ska fungera behövs en effektiv och sammanhållen vård- och omsorgsprocess. Det innebär att vården och omsorgen ska vara individanpassad, samordnad och kontinuerlig. Vården och omsorgen ska ske i en obruten kedja av insatser som en person behöver och som olika huvudmän utför, till exempel kommuner och regioner. Den enskilde individens behov ska vara utgångspunkten för alla insatser som erbjuds. Det innebär till exempel att en person så långt det är möjligt ska vara delaktig i och ha inflytande över den vård och omsorg som ges. Ett begrepp som används ibland är ”personcentrerad vård och omsorg” och det innebär bland annat att den enskilde personen – inte sjukdomen – står i centrum. En personcentrerad arbetskultur bidrar till en sammanhållen vård och omsorg.

Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Den sedan 1 juli 2021 nya definitionen av primärvården innebär att den ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Särskilda medicinska resurser kan avse annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller likvärdig specialitet, som till exempel geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. Särskilda tekniska resurser innebär exempelvis avancerad eller kostsam utrustning som brukar finnas på sjukhusen. Samtidigt infördes en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om primärvårdens grunduppdrag, där det bland annat framgår att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, att de olika insatserna för patienten ska samordnas och där så är mest ändamålsenligt ska samordningen ske inom primärvården.

Viss vård kan erhållas i hemmet i stället för att åka till vårdcentral eller vårdas på sjukhus. Vården i hemmet kan ges av läkare, sjuksköterska eller annan personal. Exempel på vårdinsatser kan vara såromläggning, insulin eller andra injektioner, provtagningar, dropp och rehabilitering. För den som har svårt att ta sig till vårdinrättning kan en läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal göra hembesök utan-

för kontorstid, till exempel vid långvarig hosta och feber, urinvägsbesvär eller värk i öronen. Vilken vårdpersonal som kommer, beror på vilken hjälp som bedöms behövas. En jourläkare ger ungefär samma vård som den som kan ges på en husläkarmottagning eller närakut. En sjuksköterska eller undersköterska som jobbar jourtid kan göra hembesök när det behövs hjälp med till exempel byte och/eller spolning av kateter, såromläggning, byte av förband, provtagning, injektioner, medicinintag eller mer specialiserad vård som annars skulle göras på sjukhus. Inom hemsjukvården finns också annan vårdpersonal som till exempel sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Den som har komplexa besvär kan behöva få avancerad sjukvård i hemmet (förkortat ASIH). ASIH och är ett alternativ till att bli inlagd på sjukhus, till exempel för den som hellre vill vårdas hemma. I den avancerade hemsjukvården arbetar sjuksköterskor och läkare som är specialister inom olika områden. De kan erbjuda ungefär samma vård som på sjukhus med reservation för de begränsningar hemmiljön utgör, och infusionsbehandlingar och avancerad smärtlindring är exempel på sådan vård. Den som har en obotlig sjukdom eller vårdas inför livets slut har ofta särskilda behov av vård. Denna vård brukar kallas för palliativ vård eller vård i livets slutskede, och den kan ges av den basala hemsjukvården eller av ett ASIH-team, beroende på hur vårdbehoven ser ut.

Det kan antingen vara kommunen eller regionen som ansvarar för basal hemsjukvård. Om regionen ansvarar för basal hemsjukvård utgår den från primärvården (vårdcentral eller motsvarande). Regionen ansvarar alltid för avancerad sjukvård som utförs i hemmet som annars hade givits på sjukhus. Hemsjukvården, oavsett om den drivs under kommunen eller regionen, kan delegera vissa sjukvårdsinsatser till hemtjänstpersonal. I dessa fall blir även hemtjänsten involverad i sjukvården. Kommunen har inga läkare anställda och ansvarar därmed inte för läkarinsatser. Regionen ansvarar för läkarstödet via primärvård/husläkare eller genom slutenvården. Regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. I avtalen brukar ingå vilka planerade uppgifter som läkare ska ansvara för och hur tillgången till läkare vid behov, till exempel vid akuta ärenden, ska lösas. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen. Det kan också finnas samverkansavtal som be-

skriver rutiner för samarbetet mellan läkare och legitimerad personal i kommunen. Kommunen och regionen har ansvar för att det görs en samordnad individuell plan när det behövs insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. En region och en kommun ska samverka så att en enskild person som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar som vederbörandes tillstånd fordrar. En samordnad individuell plan, SIP, är ett dokument som ger en samlad beskrivning av alla pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser för en person. SIP är ett instrument för samverkan och kan vara till hjälp när ansvarsfördelning behöver tydliggöras, när kompetens behövs från flera verksamheter eller när insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordning.

Utredningens bedömning

Det kan konstateras att hantering av de mest utmanande situationerna som kan uppstå i vården också kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem. Kommuner och regioner är beroende av varandras resurser även för att upprätthålla vård som inte kan anstå. Även kommuner måste planera så att de har beredskap att undvika eller, om det inte är möjligt, lindra effekter av katastrofsituationer.

Uttryckliga planeringsbestämmelser i HSL som tar sikte på kommuners planering för att hindra eller mildra katastrofsituationer och nuvarande planeringsbestämmelse saknas. Gällande 7 kap. 2 § tredje stycket HSL är inte tillräcklig för den planering som måste ske. Det finns visserligen vissa allmänna bestämmelser i LEH, om att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap, men några motsvarande bestämmelser för kriser i fred finns inte i LEH.

Kommuner och regioners planering måste samordnas. Nuvarande planeringsbestämmelser i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL ställer krav på att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Bestämmelserna bedöms tillräckliga för den samverkan kring planering som regioner och kommuner behöver genomföra för att upprätthålla vårdkedjor i svåra situationer och för övrig beredskap.

Enligt utredningens bedömning bör nuvarande planeringsbestämmelse i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL som avser katastrofmedicinsk beredskap, ersättas med nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid planering. Vid planering bör kommuner och regioner särskilt beakta behovet av att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda god hälso- och sjukvård eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. De bör vidare särskilt beakta behovet av gemensam planering för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts. Utredningen lämnar förslag till sådana bestämmelser och till följdändringar av vissa bemyndiganden i HSL i kapitel 5.

4.1.4 Ytterligare föreskrifter om planering

Det kan konstateras att det vid sidan av hälso- och sjukvårdslagens planerings- och ledningsbestämmelser redan finns ytterligare föreskrifter som ställer krav på bl.a. planering. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSF 2013:22) innehåller bl.a. krav om att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalyser, krav om planering för samverkan vid allvarlig händelse, krav om fastställande av en katastrofmedicinsk beredskapsplan samt krav som anger vad som ska framgår av sistnämnda plan. Det finns vidare planeringskrav avseende personal, lokaler utrustning och krisstöd. Det finns också krav avseende obligatoriska funktioner, som avser bl.a. larmfunktioner och ledning. Det finns därutöver vissa förmågekrav samt krav om uppföljning och utvärdering.

Det finns anledning att beröra ett antal aspekter som rör dessa föreskrifter i det följande. Det har av framställningstekniska skäl bedömts lämpligt att dela upp frågor som rör föreskrifterna i två delar, planering och ledning, i stället för att behandla dem i ett sammanhang. Vissa frågor om planering behandlas därmed nedan medan frågor om ledning behandlas närmare i avsnitt 4.4.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap

Av det inledande kapitlet i Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrifter, som innehåller en enda bestämmelse (1 kap. 1 §), framgår att föreskrifterna i 2–7 och 9 kap. ska tillämpas på regionernas verksamhet enligt 7 kap. 2 § tredje stycket HSL. Sistnämnda bestämmelse är en planeringsbestämmelse och detta innebär att föreskrifterna avser regionens verksamhet med planering. Inte alla bestämmelserna i föreskrifterna ger dock ett direkt intryck av detta eftersom det exempelvis finns bestämmelser utformade som krav på viss förmåga eller krav på att inrätta särskilda funktioner (se t.ex. 4 kap. 1 § och hela 6 kap.) samtidigt som det finns ett särskilt kapitel benämnt ”Planering” (5 kap.).

I det nästkommande kapitlet, som också endast innehåller en bestämmelse (2 kap. 1 §), finns definitioner av termerna allvarlig händelse, katastrofmedicinsk beredskap och skadeområde. Katastrofmedicinsk beredskap definieras i föreskrifterna som *beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse*. Med allvarlig händelse avses i föreskrifterna *en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt*. Så som uttrycken är beskrivna kan det exempelvis vara fråga om en pandemi, en klimathändelse, ett elavbrott eller en allvarlig störning i kritiska it-system. Utredningen har utifrån bl.a. förarbeten gjort en annan bedömning av vad som innefattas i uttrycket katastrofmedicinsk beredskap och har även bedömt att uttrycket medför oklarheter och leder till missförstånd (avsnitt 4.1.2 ovan).

Att Socialstyrelsen kopplat den katastrofmedicinska beredskapen till termen allvarlig händelse visar att myndigheten tydligt insett behovet av en planering för att hantera även andra händelser och situationer än en stor olycka. Detta är helt i linje med de behov av planering som utredningen anser finns. Utredningen har också framhållit de svårigheter som många kommuner och regioner har när det gäller att förstå hur de i olika situationer ska förhålla sig till uttrycket extraordinär händelse. Att det kan göras olika bedömningar av vilken innebörd ett oklart laguttryck har är inte märkligt, men det framstår som mindre lämpligt att definiera en term i en myndighetsföreskrift på ett sätt som kan avvika från samma uttryck i lagen.

Vidare kan konstateras att föreskrifterna innehållet ett antal bestämmelser av upplysningskaraktär. Sådana bestämmelser finns i 3 kap., i 4 kap. 2 och 3 §§ och i 5 kap. 1 §. Eftersom föreskrifterna också innehåller allmänna råd hade det varit möjligt och kanske lämpligare att ta in nödvändiga upplysningar om andra föreskrifter i de allmänna råden.

I en bestämmelse i föreskrifterna anges att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från sådana risk- och sårbarhetsanalyser som det ställs krav på i 2 kap. 1 § LEH (5 kap. 2 §). Vidare anges i förskrifterna att varje region ska ta fram en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Den ska utarbetas med utgångspunkt i den plan som regionen ska fastställa för varje ny mandatperiod enligt 2 kap. 1 § andra stycket LEH. Även andra planer av betydelse för den katastrofmedicinska beredskapen ska beaktas i arbetet (5 kap. 3 §). Frågan är om dessa bestämmelser med sin koppling till LEH kan medföra vissa problem.

Begreppet extraordinär händelse i LEH har som redan nämnts ovan visat sig medföra problem för kommuner och regioner. Det torde inte heller nödvändigt och inte heller lämpligt att knyta den katastrofmedicinsk beredskapsplanen till LEH på det sätt som gjorts. Utgångspunkten för planering av hälso- och sjukvård är alla de krav som ställs på vården i gällande rätt och då ska särskilt framhållas att skyldigheten för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvård gäller i alla lägen dvs. även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten exempelvis kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka en regions verksamhet.

Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.

Planeringsbestämmelser finns även i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. Av 1 § framgår att varje region ska upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område. Av planen ska det framgå vilka mål som har fastställts, vilka resurser som ska finnas, och hur ambulanssjukvården ska vara organiserad. Regionen ska samordna planen för ambulanssjuk-

vården med den fredstida katastrofmedicinska beredskapsplanen och planläggningen inför höjd beredskap.

Bestämmelserna i 2 kap. 2 § är mycket detaljerade. 2 § 2 innehåller bestämmelser som redan bör framgå av patientsäkerhetslagen eller patientdatalagen. Vad som framgår av 2 § 3 är närmast att betrakta som en uppmaning att följa gällande rätt. Ambulanssjukvård måste upprätthållas i alla lägen och har stor betydelse för att kunna ge omedelbar sjukvård samt transportera skadade och sjuka till en vårdinrättning. Ambulanssjukvården har stor betydelse vid situationer med många skadade eller sjuka. Därmed kan det, liksom för alla annan vård, finnas skäl att upprätta en särskild plan för ambulanssjukvården. En sådan plan måste förhålla sig till alla de situationer då ambulanssjukvården är av betydelse, dvs. från vardag till fredstida kris och krig.

Mål för verksamheter är enligt 5 kap. 1 § kommunallagen något som ska fastställas av fullmäktige vilket kan göra det problematiskt att i en plan inom ambulanssjukvården upprätta egna mål. I vilket fall torde det vara svårt att upprätta mål som inte är förenliga med sådana mål som fullmäktige beslutat.

Den plan för hantering av extraordinära händelser som tas fram för varje mandatperiod enligt 2 kap. 1 § LEH fastställas av fullmäktige.[37,38] Den katastrofmedicinska beredskapsplanen ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter utarbetas med utgångspunkt i denna plan. Vidare ska planen för ambulanssjukvården samordnas med den katastrofmedicinska beredskapsplanen. Det är ett stort beroende mellan planer där ändringar i en plan kan påverka andra planer. Dessa beroenden mellan planer bör tydligt framgå av planerna då en ändring i en plan lätt påverkar en annan.

4.1.5 Behovet av ytterligare föreskrifter om planering och frågor om bemyndiganden

Närmare bestämmelser om planering finns redan i dag genom bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22). Det finns dock skäl att något modifiera dessa bestämmelser. Med anledning av de bedömningar beträffande planering som lämnats ovan och som bl.a. innebär att uttrycket

[37] Extraordinära händelser i kommuner och landsting (prop. 2001/02:184), s. 26.
[38] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 158.

katastrofmedicinsk beredskap bör utmönstras ur HSL och bedömningarna av behoven att ändra och skapa nya tydliga bemyndiganden för sådan planering som krävs, passar det väl med en översyn av de planeringsbestämmelser som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

Flera av de bestämmelser som finns i 5 kap. i de nyss nämnda föreskrifter och allmänna råd bedöms kunna tjäna som utgångspunkt för nya bestämmelser. Dessa föreskrifter omfattar dock endast regioner eftersom det endast är regionerna som enligt dagens bestämmelser ska upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Utredningen menar att även om uppgifterna till del skiljer sig åt mellan en kommun eller en region så är det av betydelse att även kommunen gör en samlad planering för hälso- och sjukvårdens beredskap. En sådan planering bör då följa av samma bestämmelser som för regionen. För kommuner kan det också finnas behov av att särskilt beakta att kommuners ansvar för hälso- och sjukvård hänger nära samman med det ansvar för socialtjänst som kommuner har. Att även kommunerna har ett närmare uttryckligt krav på planering av hälso- och sjukvården ökar förutsättningarna för att kommuner och regioner ska planera för en sammanhållen vårdkedja. Utredningen menar sammanfattningsvis att sådana föreskrifter därför bör omfatta både kommuner och regioner.

Utredningen anser att nya föreskrifter om planering bör innehålla närmare krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof. Det bedöms inte nödvändigt eller lämpligt att knyta planeringen till LEH på det sätt som görs i dag. Utgångspunkten för planering av hälso- och sjukvård är alla de krav som ställs på vården i gällande rätt och då ska särskilt framhållas att skyldigheten för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvård gäller i alla lägen dvs. även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten exempelvis kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka en regions verksamhet.

Mot bakgrunden av vad som ovan anförts anser utredningen att det att det utöver planeringsbestämmelser i lag finns behov av vissa ytterligare föreskrifter om planering. Sådana mer detaljerade föreskrifter hjälper huvudmännen att analysera planeringsfrågor av sär-

skild betydelse för beredskapen och gör det också i högre grad möjligt att utöva tillsyn av planering. Det ger också en bättre grund för att kunna rapportera och jämföra kommuners och regioners förmåga vilket är av avgörande betydelse för att kunna bedöma vilka satsningar som behöver genomföras för totalförsvaret. Planerna utgör även en viktig del i den samverkan som huvudmännen behöver göra med andra aktörer exempelvis genom att planeringen i sig sannolikt kräver att samverkan sker redan under planeringsfasen. Denna samverkan kommer sannolikt underlätta samverkan även under en händelse.

Enligt utredningens mening kan som en allmän utgångspunkt för att underlätta för regioner och kommuner att planera är att så långt som möjligt hålla ihop de planeringsbestämmelser som de ska följa. Om det inte bedöms olämpligt finns skäl att samla bestämmelser om planering i en och samma föreskrift. Bedöms det olämpligt att ordna på nyss nämnda sätt är det ett utmärkt exempel på när det kan finnas skäl att överväga införandet av upplysningsbestämmelser eller, om möjligt, upplysningar genom allmänna råd.

Det bör slutligen nämnas att det även i LEH finns bestämmelser som innebär att kommuner och regioner med beaktande av risk- och sårbarhetsanalysen, för varje ny mandatperiod, ska fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser.[39] Det finns i dag inga närmare föreskrifter om denna planering. Vad som här sägs om planering i hälso- och sjukvården för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården utgör enligt utredningen *en del* av vad som bör ingå i den plan som LEH ställer krav på.

Allmänt om vad ytterligare föreskrifter om planering ska innehålla

Eftersom den föreslagna bestämmelsen i HSL är en planeringsbestämmelse för beredskap förefaller det rimligt att syftet med föreskrifterna till stor del är att närmare anger vad som behöver beaktas vid sådan planeringen snarare än att ange konkreta åtgärder eller dimensioneringar. Detta ligger också i linje med de tankar som ligger bakom utformningen av HSL. När det gäller planering och åtgärder för totalförsvar är det dock andra faktorer som väger tyngre och som leder

[39] 2 kap. 1 § 2 lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

till särskilda utgångspunkter för såväl planering som krav på genomförande av åtgärder (se avsnitten 4.1.8 och 4.2.6).

Vad beträffar föreskrifterna som närmare anger vad som behöver beaktas vid planeringen kan inledningsvis konstateras att nuvarande föreskrifter och allmänna råden från Socialstyrelsen innehåller bestämmelser om att varje region ska ta fram *en* katastrofmedicinsk beredskapsplan.[40] Det är inte med nödvändighet så att hanteringen av de situationer som denna planering avser kräver samma typ av åtgärder eller sker på samma sätt. Det är därmed inte säkert att de kan eller ska dokumenteras i en och samma plan. Det kan t.ex. behövas olika planer eller delplaner för dammbrott, kärnteknisk olycka, epidemi, värmebölja osv. Det kan också behövas särskilda stödplaner för it, försörjning, kommunikation m.m. Utifrån regionens övergripande plan behöver sannolikt också lokala planer tas fram utifrån kommunens eller regionens organisation, t.ex. för ett sjukhus, en förvaltning eller ett bolag. De lokala planerna bör ta sin utgångspunkt i den övergripande planen.

Utredningen anser att ytterligare förskrifter om sådan planering som är nödvändig för bör omfatta sådant som är av särskild betydelse för att kunna hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofsituationer i vården. Resultatet av sådan planering bör sammanställas i *en eller flera planer*.

Planer behöver utgå ifrån risker och uppdateras

Som utredningen redogjort för i avsnitt 4.1.6 är risk- och sårbarhetsanalyser av stor betydelse för att identifiera dels de sårbarheter och kritiska beroende som finns i verksamheten dels sådana händelser som kommuner och regioner inte på egen hand kan påverka eller bygga bort och som kan leda till ett stort antal skadade eller sjuka. Det är i huvudsak för det senare som man behöver genomföra särskild planering. Planen blir därmed den riskreducerande åtgärden.

Planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården behöver bygga på analyser och scenarier. Det är en rimlig utgångspunkt att sådan information hämtas från kommunala eller regionala risk- och sårbar-

[40] 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

hetsanalyser men det är sannolikt inte tillräckligt. Även händelser i andra angränsande län eller kommuner kan behöva beaktas om de riskerar att påverka den egna verksamheten eller vårdbehoven. Slutsatser från nationella risk- och sårbarhetsbedömningar behöver också beaktas. Arbete med risk- och sårbarhetsanalyser regleras i LEH och problem kopplat till detta belyses mer utförligt i avsnitt 4.1.6.

Risker förändras med tiden; vägar byggs om, fabriker stängs eller etableras, nya smittorisker uppstår och klimatet förändras. Dessa förändringar behöver fångas upp i arbete med att identifiera risker och sårbarheter. Även kommuners och regioners verksamheter förändras med tiden, dels organisatoriskt, dels verksamhetsinnehållet ex. genom omställningen till nära vård och den allt mer högspecialiserade vården. Det är ett kontinuerligt arbete och en nödvändighet för planeringen i alla verksamheter.

Mot ovanstående bakgrund anser utredningen att planeringen behöver grunda sig på sådana risker som kommer av egna eller andras risk- och sårbarhetsanalyser, scenarier och nationella bedömningar av risker och som kan leda till händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården. Sådan planering måste löpande uppdateras. Utredningen bedömer att sådana krav som ovan nämnts är lämpliga att meddela på annan nivå än lag och det finns skäl att föra in sådana krav i planeringsföreskrifter som meddelas med stöd av ett lagbemyndigande.

Planerna ska fastställas och vara kända

Den planering som här avses behöver sannolikt omfatta många olika delar av vårdens organisation. Det krävs därför en sammanhållen planeringsprocess där det säkerställs att t.ex. relevanta medicinska verksamheter och andra stödfunktioner involveras. Det är sannolikt så att inköp, kommunikation, personal, smittskydd, delar av försörjningsorganisationen och larmcentral alla behöver vara en del av planeringen. Det är också viktigt att planeringen sker på en central nivå och att ledningen är engagerad. Av effektivitetsskäl kan dock planeringen behöva brytas ner i olika delar och hållas samman av en central planeringsgrupp. De slutgiltiga planverken måste fastställas och innehållet i dessa vara kända av personalen. Enligt utredningens bedömning finns skäl för närmare planeringsföreskrifter som säkerställer detta.

4.1.6 Planeringsunderlag på hälso- och sjukvårdsområdet

Bedömning: Genomförandet av risk- och sårbarhetsanalyser utgör en av de viktigaste förutsättningarna för en god beredskap och en robust verksamhet. Oklarheter beträffande finansieringen får inte utgöra ett hinder för detta arbete. Det bör betonas att risk- och sårbarhetsanalyser även fortsättningsvis bör omfatta samhällsviktiga verksamheter som utförs av privata aktörer utifrån bl.a. valfrihetssystem.

Arbetet med analyserna skulle vinna på större enhetlighet. Det finns utrymme att genom föreskrifter från regeringen eller statliga myndigheter höja enhetligheten och även kvaliteten på analyserna. Staten bör i detta syfte också ge stöd genom handledningar.

Det bedöms lämpligt att ställa uttryckliga krav på verksamhetsspecifika analyser och att anpassa bestämmelserna om rapporteringsskyldighet till vad som är lämpligt och nödvändigt för de olika verksamheter som kommuner och regioner ansvarar för. Det bör i LEH göras tydligt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas för att fullgöra rapporteringskrav.

Arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser, i det följande förkortat RSA, beskrivs ofta som omfattande, resurskrävande och betungande. Det finns också finansieringsfrågor som ställer till problem. Utredningen har vid flera tillfällen tidigare lyft problematiken kring finansieringen av krisberedskapen i kommuner och regioner och att de oklara gränsdragningar som finns leder till en bristande beredskap.

Utredningen har som redan framhållits också behandlat frågor om grunderna för kommuners och regioners beredskapsplanering[41] och betydelsen av ett sammanhållet system för analys och planering av försörjningen av sjukvårdsprodukter och vilka olika underlag som bör finnas som ingångsvärden för planering av katastrofmedicinska beredskap och krisberedskap.[42] Frågor om lägesbilder har då också avhandlats. I detta avsnitt behandlas frågor om planeringsunderlag ytterligare. Frågor om lägesbilder behandlas i avsnitten 4.2.5 och 4.3.

[41] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), s. 34 f.
[42] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 415 f. och s. 621 f.

Nödvändigt underlag för planering och genomförande av riskreducerande åtgärder

I LEH finns bl.a. bestämmelser som syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. För att minska olika kända sårbarheter krävs som regel att riskreducerande åtgärder vidtas. Sådana åtgärder måste finansieras.

I PSL finns dessutom bestämmelser som innebär att vårdgivare ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.[43]

Av LEH följer att kommuner och regioner ska analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys.

Kommuner och regioner ska vidare, med beaktande av risk- och sårbarhetsanalysen, för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser samt planer för hanteringen av extraordinära händelser.[44] Av förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap följer att MSB får meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser.[45] MSB har utfärdat sådana separata föreskrifter för kommuner och regioner.[46]

Att beslutsfattare i kommuner och regioner skaffar sig kännedom om vilka händelser som leder till eller som med stor sannolikhet kommer att leda till att vårdbehov som *ska* tillgodoses inte kommer att kunna tillgodoses i enlighet med de rättsliga krav som gäller för vården, är av största betydelse för bl.a. planering. I förarbetena till LEH uttalas också att hanteringen av risker och sårbarhet först och

[43] 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[44] 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[45] 12 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[46] Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (2015:4) om landstings risk- och sårbarhetsanalyser samt Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (2015:5) om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser.

främst är en angelägenhet för den som har ett verksamhetsansvar. I det ansvaret ligger att så långt som möjligt sörja för att verksamheten är säker och kan genomföras också under störda förhållanden om så behövs.[47]

Det har till utredningen framförts att risk- och sårbarheter *endast* görs för kommuners och regioners egna behov. Utredningen delar inte den uppfattningen. Risk och sårbarhetsanalyser är som framgår ovan först och främst ett verktyg för den egna verksamheten men de har även betydelse för andra aktörer. Statliga myndigheter har t.ex. också att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser. Länsstyrelserna ska i sina risk- och sårbarheter ta hänsyn till andra verksamheter inom länet.[48] MSB sammanställer vart annat år en nationell risk- och förmågebedömning på uppdrag av regeringen. Det är naturligt att en statlig förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård behöver veta vilka brister som finns inom hälso- och sjukvården, inte minst mot bakgrunden att de även ska medverka i krisberedskap och totalförsvar samt vara sammanhållande myndighet i fråga om 2002 års nordiska hälsoberedskapsavtal och verka för att intentionerna i avtalet genomförs.[49] I förarbetena till LEH anför regeringen:

> Vidare anser regeringen, i likhet med utredningen, att skyldigheten för kommuner och landsting att lämna information till den regionalt områdesansvariga myndigheten samt till berörd sektorsansvarig myndighet om krisberedskapsläget såväl före som under en extraordinär händelse bör lagfästas. På den regionala nivån har länsstyrelserna ett områdesansvar för arbetet med allvarliga kriser i fred och höjd beredskap. Rapporteringen bör därför ske till länsstyrelsen. På central nivå bör rapporteringen ske till Krisberedskapsmyndigheten. När det gäller landstingens arbete på krishanteringsområdet är det viktigt att rapportering även sker till Socialstyrelsen, som sektorsansvarig myndighet för hälso- och sjukvården. Beroende på situationen kan det alltså vara aktuellt att rapportera till olika myndigheter och i vissa lägen kan det vara nödvändigt att rapportera till fler än en myndighet.[50]

Den rapportering som ska ske avser inte enbart händelsestyrd rapportering under en inträffad händelse, utan även rapportering om krisberedskapsläget före en inträffad händelse. Det är svårt att förstå varför en risk- och sårbarhetsanalys inte skulle utgöra en del av vad

[47] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 105.
[48] 5 § Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (2016:7) om statliga myndigheters risk- och sårbarhetsanalyser.
[49] 9 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[50] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 109–110.

som behöver rapporteras om krisberedskapsläget. MSB har också i de föreskrifter som riktar sig till både kommuner och regioner ställt krav på rapportering av RSA till statliga myndigheter. Det framförs ofta från SKR att dessa rapporteringskrav är underfinansierade från statens sida. Utredningen kan dock konstatera att som framgår ovan är risk- och sårbarhetsanalyserna i *första hand* till för den egna verksamheten. Att rapportera det man ändå behöver göra för sin egen verksamhet kan inte anses utgöra ett alltför betungande och därmed heller inte särskilt kostsamt.

I förarbetena till LEH anförs bl.a. att samhällsviktiga verksamheter ska kunna upprätthålla en grundläggande funktionalitet vid extraordinära händelser och *krav på förmåga för samhällsviktig verksamhet bör formuleras* för att tydligare styra arbetet med att identifiera lämpliga åtgärder.[51] I nämnda förarbeten anges också att det för samhället som helhet är viktigt att vissa tjänster kan levereras oavsett omständigheter, inte hur dessa levereras. Därför bör krav på dessa verksamheter formuleras i termer av förmåga att upprätthålla en grundläggande funktionalitet även vid störningar som kan uppstå till följd av t.ex. stora olyckor och extraordinära händelser. I detta ingår att ange vilka avnämare som under alla omständigheter bör betjänas.[52]

Det kan mot bakgrund av det nyss redovisade förarbetsuttalandet konstateras att det för vissa områden kan vara så att det saknar större betydelse för hur en tjänst levereras, detta gäller dock inte hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt gällande rätt är dessutom skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård inte avgränsad på annat sätt än att medicinsk motiverade vårdbehov ska tillgodoses i alla lägen. Denna utredning lämnade i sitt närmast föregående delbetänkande förslag som syftar till att något inskränka nuvarande ordning så att hälso- och sjukvårdens uppdrag vid fredstida kriser och krig ska ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå.[53]

Om en verksamhetsansvarig känner till att det finns en stor risk för att en viss händelse inträffar och att konsekvenserna av denna händelse för en verksamhet blir svåra, finns det goda skäl att vidta åtgärder för att antingen reducera risken för att händelsen inträffar eller att vidta åtgärder som minskar händelsens negativa konsekvenser. Eventuellt finns skäl och möjlighet att vidta båda typerna av

[51] A.a., s. 43.
[52] A.a., s. 84.
[53] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 285 f.

åtgärder. Som framgår av förarbetena till LEH är det viktigaste syftet med att ta fram RSA att öka medvetandet och kunskapen hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga om vilka hot och risker som finns inom det egna verksamhetsområdet. Ett annat viktigt syfte är naturligtvis att få fram ett *underlag för planering och genomförande av åtgärder* som minskar riskerna och sårbarheten i kommunen. Underlaget utgör dessutom en viktig källa till information som måste lämnas till kommuninvånarna och de anställda.[54]

Det kan konstateras att det inte heller är möjligt att göra en plan för katastrofmedicinsk beredskap utan att beakta de olika risker som finns externt i det geografiska ansvarsområdet (här avses inte geografiskt områdesansvar utan det geografiska område inom vilka kommun och region ska bedriva vård).

För att kunna vidta åtgärder som säkerställer upprätthållandet av hälso- och sjukvårdsverksamhet krävs att risker- och sårbarheter som hotar verksamheten har på ett systematiserat sätt identifierats och värderats samt att planer för åtgärdernas genomförande har upprättats. RSA är ett nödvändigt verktyg för att identifiera och värdera risker och sårbarheter och vad som framkommer av en RSA utgör ett viktigt planerings- och beslutsunderlag för såväl folkvalda som anställda beslutsfattare. Utan sådana underlag är det inte möjligt att fatta beslut om och genomföra riskreducerande åtgärder.

Enligt utredningens bedömning måste beslutsfattare på olika nivåer i hälso- och sjukvården skaffa sig kännedom om vilka händelser som medför eller med stor sannolikt medför att vårdbehov som *ska* tillgodoses inte kommer att kunna tillgodoses i enlighet med de rättsliga krav som gäller. Underlaget har stor betydelse för planering och för olika beslut inom vården. En RSA som avser hälso- och sjukvård borde rimligen avse alla händelser som allvarligt försämrar eller som med stor sannolikhet allvarligt kommer försämra förmågan att upprätthålla denna samhällsviktiga verksamhet. Klimathändelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi och i el- eller vattenförsörjningen, stora olyckor och krigshandlingar är några exempel på händelser och situationer som allvarligt kan påverka förutsättningarna att ge vård. Det bedöms helt enkelt inte möjligt att säkerställa upprätthållandet av hälso- och sjukvård i enlighet med rättsliga krav utan att RSA:er genomförs med nyss angivna utgångspunkt.

[54] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 105.

Skyldighet för kommuner och regioner att vidta riskreducerande åtgärder?

Det har från några håll framförts att det vore bra om det i LEH också ställdes krav på att det ska vidtas riskreducerande åtgärder. Krav på sådana åtgärder borde gälla för alla händelser som medför eller som med stor sannolikhet kommer medföra att förmågan att upprätthålla samhällsviktig verksamhet allvarligt försämras.

Ansvaret för att vidta riskreducerande åtgärder måste, i vart fall beträffande hälso- och sjukvård, ses mot bakgrund av att det redan finns rättsliga krav om att sådan verksamhet ska upprätthållas i alla lägen. Verksamhetsansvariga som underlåter att försöka skaffa sig tillräckliga kunskaper om risker och sårbarheter eller som med kännedom om stora risker och sårbarheter underlåter att vidta rimliga riskreducerande åtgärder, kan inte anses sköta sina uppdrag. Om verksamheten på grund av en sådan underlåtenhet skulle drabbas av ett allvarligt avbräck får man förmoda att åtgärder kommet att vidtas för att utkräva ansvar. Det framstår som sannolikt att nu förda resonemang äger giltighet även på andra områden än hälso- och sjukvårdsområdet. När det gäller risker som kan vara aktuella för vården att beakta bör vidare beaktas att det inte alltid möjligt att vidta andra riskreducerande åtgärder än planering. Sjukvården kan t.ex. inte på egen hand besluta om att flytta eller stänga en riskfylld industri. Sjukvården kan inte heller dra om sträckningen på en järnväg för att minska risken för eventuella tågolyckor eller säkerställa att terrorattentat inte inträffar.

Trots vad som sagts ovan är det möjligt att det ansvarsutkrävande som i dag står till buds inte bedöms vara tillräckligt. Det kan finnas fördelar med krav som tydligt anger i vilka fall riskreducerande åtgärder ska vidtas. Men det kan också finnas nackdelar.

Generellt avfattade krav, såsom att det ska vidtas åtgärder i det fall risken för allvarliga konsekvenser är hög eller om vissa tydligt angivna riskvärden överskrids, torde medföra behov av att tolkningssvårigheter och gränsdragningsproblem ägnas särskild uppmärksamhet, men det torde inte vara svårare att lösa sådana frågor än det är i andra lagstiftningssammanhang. För att vara effektiva bör krav vara sanktionerade och de måste kunna följas upp. En sanktion skulle kunna bestå av straffrättsligt ansvar eller av sanktionsavgifter. Möjligen skulle föreläggande med vite en tillräcklig sanktion för bristande följsamhet.

Flera modeller för ett system med sanktionerade åtgärdskrav och uppföljning torde vara möjliga. Emellertid måste särskilt beaktas att HSL är anpassad för att ge huvudmännen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Vidare måste principen om kommunalt självstyre tillmätas stor betydelse. Det är inte heller otänkbart att ett hot om sanktion kan leda till att endast ett minimum av sårbarheter identifieras och ett sanktionssystem skulle därmed kunna förutsätta ytterligare krav som säkerställer att alla risker och sårbarheter som bör beaktas också beaktas. Utredningen kan inte bedöma om det vore lämpligt med ett sanktionssystem och lämnar heller inte förslag om något sådant. Under alla förhållanden bedöms det inte lämpligt att införa ett system med sanktioner som enbart omfattar hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredningen om civilt försvar

Risk- och sårbarhetsanalyser har även behandlats i Utredningen om civilt försvar, särskilt i anslutningen till förslaget om en ny lag om kommuners och regioners beredskap. Utredningen om civilt försvar föreslår vissa förändringar av RSA-arbetet vilka förtjänar att kommenteras. Vidare behandlas frågor om scenariobaserad analys och om kontinuitetshantering. I det följande lämnas ett antal synpunkter och bedömningar som rör dessa förslag.

Vissa förslag och bedömningar från Utredningen om civilt försvar

Utredningen om civilt försvar föreslår att det tydligare ska framgå att risk- och sårbarhetsanalyserna ska omfatta perspektivet höjd beredskap. Samtidigt konstaterar utredningen att vilka scenarier som är relevanta att planera för inte är något som kommuner och regioner själva ska komma fram till.

Nämnda utredning anser att risk- och sårbarhetsanalyserna för kommuner ska inriktas på att identifiera *samhällsviktig verksamhet i den egna verksamheten*. Verksamhet som upphandlats eller bedrivs via valfrihetssystem anses inte ingå *i den egna verksamheten*. Motivet till detta är att analysarbetet kräver mycket resurser och att det finns utmaningar att få del av information från företag och myndigheter. Utredningens förslag avseende risk- och sårbarhetsanalyser innebär

också bl.a. att kommuner och regioner ska analysera om det inom *deras ansvarsområde* finns sådan sårbarhet eller sådana hot och risker som i fredstid eller under krig allvarligt kan hota eller skada det som ska skyddas i samhället eller försämra förmågan till verksamhet inom området. Vid analysen ska kommunen respektive regionen särskilt beakta händelser som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som ofta kräver skyndsamma insatser av den egna organisationen.

När det gäller kommuner och regioner, och den nya föreslagna lagen om kommuners och regioners beredskap, framhåller Utredningen om civilt försvar vidare att den övervägt om arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser bör kompletteras med ett lagkrav om att bedriva ett systematiskt arbete för att upprätthålla den egna samhällsviktiga verksamheten (kontinuitet). Ett sådant arbete är en viktig del i att öka motståndskraften och robustheten i verksamheten. Emellertid skulle ett sådant krav enligt Utredningen om civilt försvar innebära en ny omfattande uppgift för kommuner och regioner och bedöms därmed inte rymmas inom de nuvarande ersättningsramarna.

Synpunkter och bedömningar avseende förslagen

Vår utredning ställer oss bakom förslaget om att tydliggöra att risk- och sårbarhetsanalyserna även ska omfatta perspektivet höjd beredskap. Vi delar också uppfattningen att scenarier bör vara en av utgångspunkterna för planering för höjd beredskap och anser att staten ska ansvara för att ta fram och delge alla berörda aktörer dessa planeringsförutsättningar.

När det står klart för kommuner och regioner vilka uppgifter de har att ansvara för i höjd beredskap kommer detta ge ytterligare vägledning för att identifiera andra risker och behov av att åtgärda andra sårbarheter. Kostnader som uppkommer för planering av sådana risker och sårbarheter som särskilt kommer av höjd beredskap ska bekostas av staten.

Hälso- och sjukvård har ett betydande inslag av privata utförare inom ramen för valfrihetssystemen, både inom kommunal och regional vård. Därtill finns ett antal privata aktörer som bedriver t.ex. ambulansverksamhet på uppdrag av regionerna. Laboratorieverksam-

het, inklusive blodverksamhet, är andra exempel på verksamheter som utförs av privata aktörer.

Ansvaret för att bedriva hälso- och sjukvård och planera för en katastrofmedicinsk beredskap åvilar sjukvårdshuvudmännen. RSA-arbete är som här tidigare anförts, och som även beskrivs av utredningen om civilt försvar, ett centralt verktyg i arbetet med beredskap. Detta arbete är också en del i utgångspunkten för den katastrofmedicinska beredskapen.

Av 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) framgår att regionen med utgångspunkt i risk- och sårbarhetsanalysen ska bedöma vad som är nödvändigt för att uppnå viss förmåga. Av 5 kap. 2 § framgår att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalysen.

Det bör mot denna bakgrund understrykas att en förändring av kommuners och regioners skyldigheter att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser som innebär att de inte ska ta hänsyn till privata uppdragstagare som utför uppgifter åt kommuner och regioner, bedöms medföra en allvarlig urholkning av systemet med risk- och sårbarhetsanalyser. Nödvändig planering för kommuner och regioner skulle försvåras och detta skulle motverka strävandena att säkerställa god beredskap. Lösningen på de svårigheter med att få tillgång till uppgifter som redovisas i betänkandet från Utredningen om civilt försvar, bör inte tillåtas få sådana konsekvenser. Det framstår som lämpligt att söka en annan lösning på problemet. Verksamhet som kommuner och regioner beställer och som utförs genom avtal kan ju normalt styras genom vad som anges i det aktuella avtalet. Det är också möjligt att ge vägledning till kommuner och regioner i hur de kan involvera sådana utförare av offentligt finansierade välfärdstjänster som anses samhällsviktiga så att dessa kan inkluderas i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser. Teoretiskt sett skulle den föreslagna ordningen kunna innebära att om all verksamhet lades ut på entreprenad så slipper en kommun eller region helt att göra RSA:er och vidta riskreducerande åtgärder. Det säger sig självt att en sådan ordning är orimlig. Omvänt kan konstateras att om en kommun eller region inte som huvudmän kan garantera verksamhetens utförande då denna läggs ut på privata utförare kanske inte kommunen eller regionen ska välja en sådan lösning givet de krav de har som huvudmän. Vidare bör, som denna utredning tidigare framhållit, oklarheter beträffande finan-

sieringen inte få utgöra ett hinder för att det viktiga RSA-arbetet genomförs med rätt ambition.

Som tidigare konstaterats är kommuner och regioner enligt HSL skyldiga att erbjuda god hälso- och sjukvård i alla lägen. Det skulle mot bakgrund av dessa skyldigheter framstå som både märkligt och olämpligt om kommuner och regioner inte analyserade vilka händelser som allvarligt skulle kunna hota upprätthållandet av hälso- och sjukvården. Även händelser utanför egen verksamhet måste analyseras, särskilt händelser i det egna geografiska området som kan få stor påverkan på både räddningstjänst och hälso- och sjukvård. Som framgår av 3 kap. 8 § 2 lagen (2003:778) om skydd mot olyckor ska en kommun ha ett handlingsprogram för räddningstjänst. I programmet ska kommunen bl.a. ange de risker för olyckor som finns i kommunen och som kan leda till räddningsinsatser. Det finns således redan bestämmelser som medföra att risker för olyckor i en kommuns geografiska område ska identifieras. Det finns därmed också underlag som kan beaktas vid risk- och sårbarhetsanalyser som ska utföras enligt gällande LEH.

Som utredningen förstår innebär de förslag som Utredningen om civilt försvar lämnat avseende risk- och sårbarhetsanalyser att sådana analyser avgränsas till att enbart avse risker och sårbarheter i kommunernas och regionernas egna verksamheter. En sådan ordning skulle enligt vår uppfattning kunna medföra allvarliga konsekvenser för kartläggning av risker och sårbarheter, vilket i sin tur skulle kunna medföra att huvudmännen för hälso- och sjukvård saknar nödvändiga underlag för att säkerställa sin verksamhet och erbjuda hälso- och sjukvård. Förslaget rimmar också mycket illa med skyldigheter i HSL som innebär att planeringen av vården ska ske med beaktande av vård som erbjuds av andra vårdgivare.[55] Enligt vår bedömning bör det aktuella förslaget inte genomföras.

Utredningen om civilt försvar föreslår en ny lag och två nya förordningar för att reglera myndigheternas och kommuner och regioners beredskap. I beredskapsförordningen, som föreslås ersätta förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, föreslås en ny bestämmelse med innebörden att varje myndighet ska identifiera samhällsviktig verksamhet i den egna verksamheten. Myndigheten föreslås också bedriva ett systematiskt arbete för att upprätthålla den egna sam-

[55] 11 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

hällsviktiga verksamheten (kontinuitet) i fredstida krissituationer och under höjd beredskap.

Utredningen om civilt försvar konstaterar att uppgiften att upprätthålla och säkerställa samhällets funktionalitet är en grund för både den fredstida krisberedskapen och för det civila försvaret. Det har under de senaste åren allt mer uppmärksammats att kontinuitetshantering är viktigt för beredskapen i stort. Utredningen om civilt försvar menar att lagkrav om kontinuitetshantering skulle innebära en ny omfattande uppgift för kommuner och regioner och den bedöms inte rymmas inom de nuvarande ersättningsramarna.[56] Sveriges Kommuner och Regioner, i det följande förkortat SKR, har till vår utredning framfört att kontinuitetshantering bör ses som ett nytt krav gentemot kommuner och regioner och att detta krav är ofinansierat. Vi delar dock inte den uppfattningen. I avsnitt 4.5 diskuteras dock frågor om finansiering som har bäring även på det som sägs nedan.

Kommuner och regioner måste givetvis upprätthålla sådan verksamhet som de enligt lag har en skyldighet att upprätthålla. De ska också planera för detta. Planeringen syftar till att säkerställa att vård som ska utföras också utförs i enlighet med de krav som gäller. Sådan planering behöver regelmässigt innefatta bl.a. personalförsörjning, materielförsörjning, robust informations- och kommunikationsteknologi och fastigheter. Det är inte en ”ny uppgift” för kommuner och regioner att tillse att de kan upprätthålla sin verksamhet och leva upp till krav i gällande lagar eller andra föreskrifter.

Kontinuitetshantering är endast ett av flera verktyg som kan användas som stöd för att upprätthålla en verksamhet. Genom kontinuitetshantering kan organisationer mildra konsekvenserna av inträffade störningar och varigenom störningsperioder i verksamheten blir kortare. Systematisk kontinuitetshantering syftar till att personella, ekonomiska, funktionella och informationsrelaterade värden inte ska gå förlorade.

Kontinuitetshantering är också en metod där MSB erbjuder omfattande stöd. Med tanke på detta framstår det för utredningen som att det kan vara lämpligt att kommuner och regioner använder detta verktyg för att bl.a. säkerställa att rättsliga regleringar följs, även om det naturligtvis står dem fritt att använda andra metoder som står till buds.

[56] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 461.

Avslutande synpunkter och sammanfattande bedömningar avseende risk- och sårbarhetsanalyser och lägesbilder

En av de viktigaste förutsättningarna för en god beredskap och en robust verksamhet är identifiering av verksamhetshot och sårbarheter samt vidtagande av riskreducerande åtgärder. Oklarheter beträffande finansieringen får inte utgöra ett hinder för att det viktiga RSA-arbetet genomförs med rätt ambition och kvalitet.

En RSA bör alltid leda till bedömningar av om det finns behov av riskreducerande åtgärder. Sådana åtgärder är befogade om en händelse medför eller med stor sannolikhet kan medföra ett allvarligt hot mot en samhällsviktig verksamhet, t.ex. hälso- och sjukvård. Om det bedöms krävas riskreducerande åtgärder måste förslag om sådana åtgärder tas fram och olika åtgärder bör prioriteras och kostnadsberäknas. Utifrån detta skapas förutsättningar för de planer som enligt LEH ska fastställas vart fjärde år. Det skapar också på andra sätt nödvändigt beslutsunderlag för befattningshavare på olika nivåer i hälso- och sjukvården och i andra verksamheter. Det kan konstateras att det enligt gällande ordning är upp till varje kommun och region att avgöra vilka åtgärder som rimligen bör vidtas med anledning av vad som framkommer genom arbetet med RSA:er.

Vid framtagande av RSA:er måste särskilt beaktas att en och samma händelse kan medföra problem för flera av kommunernas och regionernas olika verksamheter. Konsekvenserna av en händelse för en verksamhet kan dock skilja sig mycket från de konsekvenser som uppstår i en annan verksamhet. Det är angeläget att reda ut vilka verksamhetsspecifika konsekvenserna och det finns skäl att för kommuner och regioner att genomföra verksamhetsspecifika analyser. Om de olika analyserna ska samlas i en särskild sammanställning för alla verksamheter eller inte är en fråga för kommuner och regioner att avgöra. Verksamhetsspecifika RSA:er skulle också föra med sig att det blir enklare att delge de olika statliga myndigheter som har behov av att få del av kommuner och regioners RSA:er enbart får del av de uppgifter som är av särskilt intresse för dem. Detta är också lämpligt med beaktande av de rapporteringskrav som följer av 2 kap. 9 § andra stycket LEH eftersom krav på rapportering till staten måste anpassas till vad som är nödvändigt för respektive verksamhet som en kommun eller region ansvarar för. Det bedöms således lämpligt att ställa uttryckliga krav på verksamhetsspecifika RSA:er och att anpassa den

rapporteringsskyldighet som följer av LEH till vad som krävs för respektive verksamhet.

Arbetet med RSA:er och kvaliteten i dessa skulle sannolikt även främjas genom större enhetlighet. Arbetet skulle sannolikt även främjas om de svårigheter som kommuner och regioner har kring begreppet extraordinära händelser i LEH undanröjs. Eftersom nuvarande krav på RSA i LEH är kopplade till extraordinära händelser finns det risk för att RSA:er inte omfattar alla de händelser som behöver analyseras. En RSA bör avse alla händelser som allvarligt försämrar eller som med stor sannolikhet försämrar förmågan att upprätthålla en samhällsviktig verksamhet och det bedöms under alla förhållanden inte möjligt att säkerställa upprätthållandet av hälso- och sjukvård i enlighet med rättsliga krav utan att RSA:er genomförs med den utgångspunkten.

Om arbetet med RSA utvecklas och ensas och rapporteringskrav anpassas till vad som är relevant för olika verksamhetsområden kan olika svårigheter med RSA:er och onödiga kostnader sannolikt undvikas. Statens sammanställningar av uppföljning och av kommunernas och regionernas RSA:er bedöms också underlättas av en större enhetlighet och av verksamhetsspecifika analyser och rapporteringskrav.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får enligt 2 kap. 1 § tredje stycket LEH meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser samt planer för hanteringen av extraordinära händelser. Det bedöms således redan finnas vissa verktyg för att uppnå större enhetlighet kvalitet, bl.a. genom verksamhetsspecifika RSA:er.

Lägesbilder och rapporteringskrav måste också rimligen vara verksamhetsanpassade. Det framstår som lämpligt att rapporteringsbestämmelserna i LEH anpassas så att detta är möjligt. I nuläget saknas bestämmelser som tydligt anger vilka uppgifter kommuner och regioner ska rapportera. Det vore lämpligt om bestämmelserna i LEH om rapportering ändrades så att det tydligt framgick att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva om vilka uppgifter som ska rapporteras eller att kommuner och regioner är skyldiga att lämna de uppgifter som begärs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Utredningen om civilt försvar har föreslagit att risk- och sårbarhetsanalyserna för kommuner ska begränsas till den egna verksam-

heten. Enligt vår bedömning bör det nu aktuella förslaget från Utredningen om civilt försvar inte genomföras. Kommuners och regioners arbete med risk- och sårbarhetsanalyser måste enligt vår bedömning således fortsättningsvis även inkludera sådana samhällsviktiga verksamheter som utförs av privata aktörer utifrån bl.a. valfrihetssystem.

Utredningens bedömningar är sammanfattningsvis att framtagandet av risk- och sårbarhetsanalyser utgör en av de viktigaste förutsättningarna för en god beredskap och en robust verksamhet. Oklarheter beträffande finansieringen får inte utgöra ett hinder för att detta viktiga arbete. Arbetet med RSA:er skulle vinna på större enhetlighet. Det finns utrymme att genom föreskrifter från regeringen eller statliga myndigheter höja enhetligheten och även kvaliteten på RSA:er. Staten bör i detta syfte också ge stöd genom handledningar.

Det bedöms också lämpligt att ställa uttryckliga krav på verksamhetsspecifika RSA:er och att anpassa bestämmelserna om rapporteringsskyldighet till vad som är lämpligt och nödvändigt för de olika verksamheter som kommuner och regioner ansvarar för. Det bör i LEH göras tydligt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas för att fullgöra rapporteringskrav.

4.1.7 Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering

Bedömning: Socialstyrelsens ansvar för att ta fram och tillgängliggöra Kamedo-rapporter bör tydliggöras. Socialstyrelsen bör också ansvara för att sammanställa och tillgängliggöra sådana erfarenheter från större övningar som har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap. Ansvaret för allt detta bör löpa över tid som en ordinarie uppgift och bör därför anges i Socialstyrelsens instruktion. Utöver detta bör Socialstyrelsen och Försvarsmakten tillsammans få i uppdrag att analysera det moderna krigets effekter vad gäller skadepanoraman och volymer av skadade, både vad gäller militär personal och civila, samt förmedla kunskaper kring de slutsatser som kan dras av analyserna. Sistnämnda uppdrag bör ges genom särskilda regeringsbeslut.

Alla fredstida kriser eller krig som inträffar ger oss anledning att analysera och reflektera över vad som fungerat bra och vad som kunnat

fungera bättre. Detta gäller oavsett om det är en bussolycka, brand, terrorattentat, pandemi eller ett krig. Genom att studera händelseförloppen kan man bilda sig en uppfattning om t.ex. skadetyper, responstider samt samverkan och ledning. Sådana studier kan ge värdefull information som komplement till övningar för att vidta åtgärder så att framtida kriser eller krig kan hanteras på ett bättre sätt. De händelser som studeras behöver inte enbart ha skett i Sverige. Sverige har inte varit i krig på mycket lång tid och studier av krigets effekter på ett modernt samhälle måste således ta sin utgångspunkt i konflikter i andra länder.

Kamedo-rapporter

Kamedo – Katastrofmedicinska observatörsstudier (tidigare Katastrofmedicinska organisationskommittén) har funnits sedan 1964. Kommittén startade sin verksamhet inom ramen för Försvarsmedicinska forskningsdelegationen. År 1974 överfördes Kamedo till Försvarets Forskningsanstalt, i dag Totalförsvarets forskningsinstitut. Sedan 1988 är Kamedo knutet till Socialstyrelsen. Kamedos huvudsakliga uppgift är att skicka sakkunniga observatörer till platser som drabbats av stora olyckor eller katastrofer runt om i världen. Observatörerna sänds till katastrofområdena med kort varsel och samlar in relevant information genom att kontakta nyckelpersoner och då främst på kollegial basis. Den information de får används endast i dokumentationssyfte. Det är främst fyra områden som studeras: medicinska, psykologiska, organisatoriska och sociala aspekter på katastrofer. Resultaten av studierna publiceras i Kamedo-rapporter. Tidigare fastställdes de allmänna riktlinjerna för Kamedos verksamhet dels av en intern styrgrupp vid Socialstyrelsen, dels av en referensgrupp med representanter från några av Socialstyrelsens kunskapscentrum inom krisberedskapsområdet, den för internationella insatser myndighetsgemensamma behovsbedömningsgruppen, Svenska nationella ambulansflyget (SNAM), Crismart[57], Krisberedskapsmyndigheten[58], Röda Korset samt exper-

[57] Crissmart ingår i dag som en del i Centrum för totalförsvarsstudier vid Försvarshögskolan.
[58] Krisberedskapsmyndigheten var en av tre myndigheter som slogs ihop och bildade Myndigheten för samhällsskydd och beredskap år 2009.

tis med tidigare erfarenhet från Kamedo.[59] Det är i dag oklart om den interna styrgruppen och referensgruppen finns och är aktiv.

Det finns många bra sammanställningar och analyser av nationella och internationella händelser i de Kamedo-rapporter som Socialstyrelsen tagit fram. Exempelvis finns rapporter som beskriver terrorattentatet i Madrid[60], bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utøya[61], trippelkatastrofen i Japan[62] och tågolyckan i Buenos Aires[63] för att nämna några.

Kamedo-rapporterna gör ingen skillnad av om de analyserar en nationell eller internationell händelse. Beroende på händelse och var den inträffat kan olika lärdomar dras kring t.ex. skadeutfall och organisation. Alla dessa lärdomar kan ligga till grund för utvecklingen av planering och utveckling av den katastrofmedicinska beredskapen, krishanteringssystem och annat av betydelse för krisberedskap. Vissa lärdomar är av direkt katastrofmedicinsk karaktär men i många fall kan man i samband med dessa händelser dra lärdomar kring övrig krisberedskap. Vissa Kamedo-rapporter har också analyserat mer krisbetonade händelser av betydelse för sjukvården som avbrott i olika it-tjänster eller elförsörjningen.[64]

Statens haverikommission

Statens haverikommission, i det följande förkortat SHK, genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor och samverkar med berörda myndigheter i deras olycksförebyggande verksamhet. SHK samverkar även med myndigheter och organisationer i andra länder i frågor som ligger inom myndighetens verksamhetsområde.[65] Av nämnda lag framgår att kommissionen ska utreda luftfartsolyckor, sjöolyckor, järnvägsolyckor samt vägtrafikolyckor och andra allvarlig olyckor.

[59] Socialstyrelsen (2009): *Strömavbrottet på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge den 7 april 2007* (Kamedorapport-93).
[60] Socialstyrelsen (2006): *Terrorattackerna i Madrid i Spanien 2004* (Kamedorapport-90).
[61] Socialstyrelsen (2012): *Bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utøya 2011* (Kamedorapport-97).
[62] Socialstyrelsen (2013): *Katastroferna i Japan 2011* (Kamedorapport-98).
[63] Socialstyrelsen (2019): *Tågolyckan på Once station, Buenos Aires 2012* (Kamedorapport-99).
[64] Socialstyrelsen (2011): *IT-haverier i vården – Erfarenheter och förslag till åtgärder från aktuella fall* (Kamedorapport-96).
[65] 1 § förordningen (2007:860) med instruktion för Statens haverikommission.

I samband med sådana olyckor som nämns ovan kan det förekomma situationer med många skadade och det kan därmed även finnas sjukvårdsaspekter som behöver utredas. En sådan situation där SHK gjort en utredning är bussolyckan i Sveg år 2017.[66] Det saknas en motsvarande Kamedo-rapport av denna händelse. Det finns däremot Kamedo-rapporter om andra händelser som också bör vara relevanta för Statens haverikommission, t.ex. branden ombord på Scandinavian Star, spårvagnsolyckan i Göteborg, flyghaveriet vid Gottröra eller förlisningen av Estonia.[67,68,69,70]

Av SHK:s rapport från bussolyckan i Sveg framgår att syftet med utredningarna är att liknande händelser ska undvikas i framtiden. Det är då av vikt att förstå vilken händelse som avses, dvs. bussolyckan eller sjukvårdsinsatsen. Utredningen anser att det mot bakgrund av SHK:s instruktion och lagen (1990:712) om undersökning av olyckor närmast är själva bussolyckan som är SHK:s ansvar. Sjukvårdsinsatsen behöver också utvärderas men dessa utvärderingar genomförs enligt utredningen bäst av hälso- och sjukvårdsmyndigheterna. Sådana utredningar, i form av Kamedo-rapporter, kan naturligtvis göras i nära samverkan med SHK.

Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll har föreslagit att regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.[71] Enligt denna utredning kan händelser inom hälso- och sjukvården som medfört att någon omkommit eller allvarligt skadats undersökas av SHK. Av SHK:s remissvar på utredningens förslag framgår att SHK ser positivt på en sådan uppgift. SHK menar att det mot bakgrund av det stora antal allvarliga vårdskador som inträffar i Sverige är svårt att föreställa sig något samhällsområde där det finns en större potential för förbättrad säkerhet genom utredningar av allvarliga olyckor och tillbud än inom hälso- och sjukvården. SHK fattade därför under 2019 ett inriktningsbeslut

[66] Statens haverikommission (2018): *Slutrapport RO 2018:01 Singelolycka med buss i beställningstrafik söder om Sveg, Jämtlands län, den 2 april 2017* (dnr O-02/17).
[67] Socialstyrelsen (1993): *Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990* (Kamedorapport-60).
[68] Socialstyrelsen (1997): *Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992* (Kamedorapport-62).
[69] Socialstyrelsen (1997): *Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991* (Kamedorapport-63).
[70] Socialstyrelsen (1997): *Estoniakatastrofen – M/S Estonias förlisning i Östersjön den 28 september 1994* (Kamedorapport-68).
[71] Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15), s. 352.

att myndigheten i större utsträckning än tidigare ska utreda olyckor och tillbud inom hälso- och sjukvården.[72]

SHK:s möjligheter att utreda olyckor inom sjukvården grundas på vad som anges i 2 § fjärde punkten lagen (1990:712) om undersökning av olyckor. Denna punkt omfattar andra allvarliga olyckor om de har medfört att flera människor har avlidit eller blivit allvarligt skadade, eller omfattande skador har uppkommit på egendomen eller i miljön. I förarbetena till lagen framgår att det här är fråga om olyckor (med undantag av järnvägsolyckor) av det slag som för närvarande undersöks av kommissionen. Bestämmelsen avser alla allvarliga olyckor som inte nämnts under punkterna 1–3 oberoende av i vilket sammanhang de har inträffat. Som exempel kan nämnas olyckor genom brand, ras, översvämning, explosion, utflöde av skadliga ämnen, skjutolyckor och vägtrafikolyckor.[73]

Även i 3 § finns skrivningar av betydelse för utredning av olyckor i hälso- och sjukvård. Där framgår att regeringen får föreskriva eller i enskilda fall besluta att en undersökning ska göras också när en olycka eller ett olyckstillbud inte är av sådan allvarlig art som anges i 2 § men en undersökning ändå är påkallad från säkerhetssynpunkt.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om att även andra olyckor eller tillbud än som avses i 2 § ska undersökas. Regeringen får också i ett enskilt fall besluta om en sådan undersökning, t.ex. när krav har framställts på utredning genom en fristående myndighet. Det kan röra sig om t.ex. olyckor vid användningen av teknisk utrustning som är vanlig i vissa verksamheter, t.ex. medicinska apparater eller dykarutrustning.[74] Regeringen har meddelat föreskrifter i 3 § förordningen (1990:717) om undersökning av olyckor. Där framgår att olyckor eller tillbud som inte är av den art som anges i 2 och 2 a §§ lagen (1990:712) om undersökning av olyckor ska ändå undersökas enligt lagen, om det är motiverat från säkerhetssynpunkt att undersökningen görs. Undersökningen görs av Statens haverikommission, när det gäller olyckor och tillbud som inte berör vägtrafiken eller luftfarten.

Frågan om undersökningar av olyckor i hälso- och sjukvården har behandlats av riksdagen där det i en motion yrkats på att även undersökningar av de säkerhetsmässiga aspekterna på svåra olyckor inom

[72] Statens haverikommission (2020): *Remiss av betänkandet Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS* (SOU 2020:15) (dnr A-70/20).
[73] Regeringens proposition om undersökning av olyckor (prop. 1989/90:104), s. 36.
[74] A.a.

sjukvården ska ingå i Statens haverikommissions uppgifter. Riksdagen konstaterade då att hälso- och sjukvårdshuvudmännen redan har en anmälningsskyldighet och bedömde att Socialstyrelsens (i dag IVO) inspektionsrätt beträffande hälso- och sjukvården och dess personal enligt utskottets mening bör vara tillräckligt för att i första hand tillgodose önskemålen bakom motionen. Riksdagen konstaterade att det inte framförts någon kritik mot nuvarande ordning och att bestämmelserna i olycksundersökningslagen om undersökning av ”andra allvarliga olyckor” inrymmer möjlighet för Statens haverikommission att även undersöka allvarliga olyckor inom sjukvården. Någon särskild åtgärd av riksdagen med anledning av det här aktuella motionsyrkandet synes därför inte vara påkallad och motionsyrkandet avstyrktes.[75]

Utredningen kan konstatera att det utifrån ovanstående förvisso kan finnas möjligheter för SHK att utreda olyckor inom vården men precis som riksdagen konstaterar utredningen att det sannolikt är lämpligast om vårdskador och vårdens agerande i samband med andra olyckor i första hand utreds av hälso- och sjukvårdsmyndigheterna. Det finns i gällande rätt tydliga krav på hur vårdskador och tillbud ska anmälas till tillsynsmyndigheter, i dessa fall IVO samt Läkemedelsverket. Det kan dock inte uteslutas att det kan uppstå sådana speciella situationer att det är rimligt att även SHK genomför en olycksutredning. Det finns dock enligt utredningen en risk att otydligheter uppstår när många olika aktörer ska utreda samma händelser. Det krävs därför en viss tydlighet vad avser ansvaret och att tillsynsmyndigheterna samordnar sig i dessa frågor. Även Region Stockholm har i sitt remissvar på utredningen om offentlig-privat samverkan svarat att man anser att det kan uppstå otydligheter i ansvaret i förhållande till IVO och andra tillsynsmyndigheter om även SHK ska utreda olyckor i vården.[76]

Mot ovanstående bakgrund anser utredningen att det även fortsatt bör vara Socialstyrelsen som har huvudansvaret för att genomföra och kommunicera utvärderingar av de medicinska insatserna i samband med olyckor ur ett beredskapsperspektiv. Därutöver ansvarar IVO respektive Läkemedelsverket för tillsyn utifrån sina respektive ansvarsområden. En stor del av det ansvar som Läkemedels-

[75] Trafikutskottets betänkande Undersökning av olyckor (1989/90:T23).
[76] Region Stockholm, Yttrande över slutbetänkandet Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15) (dnr RS 2020-0442).

verket har är en följd av bestämmelser i EU-rätten. SHK ansvarar för att utreda orsaker till olyckor. Det kan mot ovanstående bakgrund finnas skäl för regeringen att överväga om det finns oklarheter i olika statliga myndigheters ansvarsområden som kan leda till att deras verksamheter blandas samman på ett icke önskvärt vis. Därvid finns också anledning att särskilt beakta olika statliga myndigheters ansvar enligt bestämmelser i EU-rätten, inte minst på områdena för läkemedel och medicintekniska produkter.

Erfarenheter från krig

Hittills har inte Kamedo-rapporterna omfattat analyser av förhållandena under krig. Krig innebär stora påfrestningar på både människor och samhälle. Påverkan är inte heller begränsad till militär verksamhet, infrastruktur och personal. Även civila drabbas till stor del av skador i moderna krig, avsiktligt eller oavsiktligt. Medan soldaten har avancerad skyddsutrustning som ska minimera risken för skador och utbildning i första hjälpen saknar civila många gånger både skydd och utbildning. Detta innebär att ett och samma vapensystem kan generera helt olika skador på militär eller civil personal. Det som blir en penetrerande, blödande skada på en civil person kan bli en tryckskada med osynliga inre skador på en militär person med kroppsskydd. Samtidigt utvecklas hela tiden vapensystemen och deras räckvidd och effekter viket innebär en påverkan på stridsskador. Erfarenheter från moderna krig visar också på att sjukvårdens personal och infrastruktur trots skydd enligt internationella konventioner många gånger utsätts för hot och skador.[77] Det är därför viktigt att skaffa kunskap om effekter av det moderna kriget på samma sätt som man gör med katastrofmedicinska händelser. Skadepanorama kan bedömas utifrån statistik och dokumentation från ett antal krig i världen och genom simuleringar.

Sedan år 2020 pågår vid Försvarshögskolan ett forskningsprojekt som ska undersöka hur nutida krigföring påverkar försvarsmedicinska effekter. Det nutida krigets operationsmiljö med kvalificerade motståndare och en ökad verkan, precision och räckvidd för bekämpning av militära och civila mål skapar nya förutsättningar och behov

[77] Socialstyrelsen (2021): *Hälso- och sjukvården och planering för civilt försvar – hotbild och gemensamma dilemman* (artikelnummer 2021-8-7513).

för att skydda och att omhänderta skadade. Detta medför viktiga ingångsvärden för hur det framtida civila omhändertagandet av skadade och döda kommer att bedömas och utvecklas. Projektet ska analysera hur de relevanta hotbilderna ser ut avseende stridsintensitet, försvarssystem, verkan och miljöer, om befintlig skadeutfallsberäkningsmodell aktuell för nationellt försvar och vilka alternativa modeller som finns i omvärlden. Projektet ska också analysera vad kännetecknar de farligaste hotbilderna (de som ger störst skadeutfall).[78]

Vad utredningen erfar omfattar det nu aktuella projektet inte skador på civila i samband med militära vapeninsatser. Det är enligt utredningen därmed tydligt att man behöver utöka uppdraget eller genomföra fler studier så att även dessa viktiga aspekter för hälso- och sjukvården beaktas. Detta kan enligt utredningen vara ett aktuellt område aktuellt inom ramen för den katastrofmedicinska forskning som beskrivs vidare i avsnitt 9.4.

Erfarenheter från övningar

Utöver studier av verkliga kriser, katastrofmedicinska händelser och krig kan övningar och spel som genomförs i olika sammanhang – om de utvärderas – leda till värdefulla slutsatser som kan återföras till verksamheterna. En övning blir då inte bara lärande för de som deltar i övningen utan kan även fungera som lärandesituation för andra i den egna eller andra organisationer.

Mot bakgrund av den under 2000-talets början nedtonade betydelsen av väpnade konflikter finns inte så många övningar inom den civila hälso- och sjukvården eller det civila försvaret i stort som tar sikte på kriget. Övningar på detta område ökar nu och det genomförs många andra värdefulla övningar från vilka erfarenheterna kan återföras till verksamheterna.

År 2016 genomförde Socialstyrelsen på regeringens uppdrag en större katastrofmedicinsk övning, övning Tyko (för ett vidare resonemang om samhällsekonomiska effekter av övningen se avsnitt 14.1). Övningen omfattade en större tågolycka i Mellansverige som krävde insatser från flera regioner och centrala myndigheter. Övningen genomfördes som en simulering vid Katastrofmedicinskt centrum i

[78] www.fhs.se/forskning/forskningsprojekt/optimerad-skadeutfallsberakning.html, besökt 2021-06-17.

Linköping. Efter övningen skrevs en omfattande rapport.[79] Vad utredningen erfar har denna rapport inte diskuterats vidare med regionerna som deltog eller med de regioner som inte deltog. Sådana erfarenheter som drogs och misstag som gjordes under övning kommer därmed sannolikt inte att dras lärdom av och således inte heller leda till åtgärder som kan rätta till sårbarheter i andra regioner. Rapporten finns tillgänglig för självstudier för den som vill, men det saknas en aktiv återkoppling eller diskussion kring lärdomarna av övningen.

Socialstyrelsen genomförde under år 2019 ett projekt tillsammans med Försvarshögskolan, Försvarsmakten och Jordbruksverket. Målet med projektet var bl.a. att bidra till ökad kunskap om dagens hotbild och att stärka förutsättningarna för en gemensam planering inom hälso- och sjukvården. Projektet genomfördes som ett antal krigsspel med ett flertal regioner. Scenariot var ett överraskande anfall på Sverige i samband med en säkerhetspolitisk kris. Scenariot var mycket utmanande för regionerna och med stor påverkan på samhället i stort. Rapporten som togs fram i projektet beskriver bland annat att regionerna har behov av stöd i form av vård- eller prioriteringsprinciper i kris och krig, en planering som omfattar regionernas samtliga vårdenheter, kommunal hälso- och sjukvård och kritiska beroenden samt förstärkning av ordinarie ambulanser och fordon för sjuktransport med ett nationellt eller regionalt system för nyttjande av exempelvis kollektivtrafik.[80]

Barents Rescue är en annan återkommande övning inom räddningsområdet.[81] Barentssamarbetet är till för att stärka fred, stabilitet samt bygga förtroende mellan länderna i regionen (se vidare avsnitt 7.5.2). Samarbetet omfattas av de nordligaste delarna av Sverige, Norge, Finland och nordvästra delen av Ryssland. I Barentsavtalet ges möjlighet till att tidigt och utförligt informera och larma vid en nödsituation. Avtalet möjliggör också återkommande gemensamma övningar och utbildningar, med sikte på att förbättra aktörernas förmåga att snabbt och effektivt kunna stödja vid räddningsinsatser.[82] Den första övningen genomfördes år 2001 inom ramen för Natos

[79] Socialstyrelsen (2016): *Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade – Erfarenheter och lärdomar av Övning TYKO* (artikelnummer 2016-10-7).
[80] Socialstyrelsen (2021): *Hälso- och sjukvården och planering för civilt försvar Hotbild och gemensamma dilemman* (artikelnummer 2021-8-7513), s. 8.
[81] Sedan starten år 2001 har Barents Rescue genomförts nio gånger (Sverige 2001, Norge 2005, Finland 2007, Ryssland 2009, Sverige 2011, Norge 2013, Finland 2015, Ryssland 2017, Sverige 2019). Från år 2019 kommer Barents Rescue genomföras vart tredje år.
[82] www.msb.se/sv/utbildningovning/ovning/barents-rescue, besökt 2021-06-17.

partnerskap för fred. Sedan år 2005 genomförs övningen inom ramen för Barentssamarbetet. Även denna övning innebär att lärdomar dras inom ramen för övningen. Även om övningen primärt är en räddningsövning så innefattar den sjukvårdsmoment. Vad utredningen erfar är det även här bristande återkoppling och i mycket liten omfattning som de lärdomar som dras diskuteras och tas om hand i hälso- och sjukvården i stort.

Det behövs ett samlat arbete med erfarenhetsåterföring

Det kan konstateras att avsevärda resurser läggs på att studera olika situationer och att genomföra övningar. Det är då rimligt att man också tar hem effekterna av dessa investeringar fullt ut. För detta krävs ett samlat ansvar för att samla in kunskap och att förmedla denna. Socialstyrelsen har ett visst ansvar redan i dag enligt 8 § i myndighetens instruktion. Myndigheten har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde.[83] Bestämmelsen tar dock sin grund i behovet av att bedriva katastrofmedicinsk forskning och förmedla kunskap om denna. Det är också utifrån vad som redogjorts för ovan tydligt att det inte i den grad utredningen anser nödvändigt sprids sådan information och kunskap som är relevant för utvecklingen på området.

Socialstyrelsen har sedan 1988 ansvaret för att ta fram Kamedorapporter. Socialstyrelsen har också genomfört Övning Tyko, samt deltagit i ett projekt avseende hotbilder. Myndigheten har även deltagit i Barents Rescue. Det är därför rimligt att Socialstyrelsen har ett ansvar för att samla in sådan kunskap som finns på området och som är av betydelse för att utveckla förmågan till att agera vid katastrofmedicinska händelser, i fredstida kriser och i krig. I ett sådant uppdrag bör det också ingå att förmedla denna kunskap till de som är berörda inom hälso- och sjukvården så att huvudmännen, som är ansvariga för verksamheten, kan dra nytta av de kunskaper som vinns. Socialstyrelsen bör också i dessa sammanhang fånga upp eventuella regelproblem av betydelse för området och dokumentera samt förmedla dessa till regeringen.

[83] 8 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens uppdrag bör utöver ovanstående innefatta analyser av hur civilbefolkningen skadas i krig. Det finns skäl att anta att Försvarsmakten är mest lämplig att ansvara för att sammanställa vilken typ av skador militär personal utsätts för. Det är också Försvarsmakten som har bäst kunskap om motståndarens vapenarsenal samt vilket skydd Sverige har.

Kunskap som inhämtas, genereras och/eller förmedlas via Socialstyrelsen och Försvarsmakten måste rikta sig till olika företrädare hos huvudmännen. Det finns ett behov av att på en övergripande nivå förmedla erfarenheter till ledande tjänstemän och eventuellt även politiska beslutsfattare. Det räcker inte med att förmedla informationen till beredskapshandläggare eller i utbildning till enskilda läkare. Det finns ett behov av att hela organisationen tar till sig av de lärdomar som kommer fram och för att det ska få prioritet och resurser behöver initiativen komma från ledningen. Vissa frågor som berör ledning, mandat och dimensionering förmedlas också bäst till ledningar medan frågor om exakt vilka typskador som uppstår bäst kommuniceras till den medicinska professionen. Socialstyrelsen behöver därför flera fora för att förmedla informationen. Ett exempel på ett sådant forum är det av utredningen föreslagna beredskapsrådet vid Socialstyrelsen (se avsnitt 5.2.1). Annan kunskap kan förmedlas till regionernas tjänstemän i beredskap och ytterligare annan kunskap kan vävas in i den utbildning och övning som utredningen föreslår.

Mot ovanstående bakgrund föreslår utredningen att Socialstyrelsen ges i uppdrag att samla in sådan kunskap som är av betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att hantera händelser med många skadade eller sjuka. Analyser sammanställa i rapporter i syfte att sprida kunskap. Rapporterna bör t.ex. kunna innehålla analyser och bedömningar som är relevanta för medicinskt kunnande, förmåga och dimensionering, samt ledning och organisation. Socialstyrelsen bör också ansvara för att sammanställa och tillgängliggöra sådana erfarenheter från större övningar som har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap. Ansvaret för allt detta bör löpa över tid som en ordinarie uppgift och bör därför anges i Socialstyrelsens instruktion.

Utöver detta bör Socialstyrelsen och Försvarsmakten tillsammans få i uppdrag att analysera det moderna krigets effekter vad gäller skadepanoraman och volymer av skadade, både vad gäller militär personal

och civila, samt förmedla kunskaper kring de slutsatser som kan dras av analyserna. Detta uppdrag bör ges genom särskilda regeringsbeslut.

4.1.8 Planeringsansvisningar för totalförsvaret

Bedömning: Planeringssystemet för totalförsvar som gäller hälso- och sjukvård måste omfatta kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i utförandet av hälso- och sjukvård. De statliga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet bör inordnas i en beredskapssektor med en sektorsansvarig myndighet. Myndigheterna i sektorn bör ansvara för att sammanställa de behov och förmågor som finns inom hälso- och sjukvården. Det krävs därför att uppgifter om förmågor och relevanta behov löpande lämnas från bl.a. kommuner och regioner. Myndigheterna bör vidare ansvara för att utforma underlag för den fortsatta totalförsvarsplaneringen inom den egna sektorn, för kommande försvarsbeslut och för beslut om statlig budget. Myndigheterna bör i detta syfte lämna förslag till vilka dimensionerande åtgärder som kommer av totalförsvarets särskilda behov och som behöver vidtas för att hälso- och sjukvården ska uppnå önskad förmåga i totalförsvaret samt lämna förslag om en prioriteringsordning för åtgärderna. Myndigheterna bör vidare ansvara för att bryta ned de gällande övergripande planeringsinriktningarna till mer detaljerade anvisningar för kommuner och regioner. I dessa detaljerade anvisningar ska vid behov även tydliga dimensionerande krav anges. De detaljerade anvisningarna bör anges länsvis, dvs. rikta sig till de kommuner och den region som ingår i ett län. Den sektorsansvariga myndigheten bör också ansvara för utbetalningar av de statliga medel som krävs för att åtgärder ska utföras samt följa upp att planeringsanvisningar och åtgärder utförs.

Redan i denna utrednings första delbetänkande har framhållits behovet av ett tydligt och sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret.[84] Utredningen har bedömt att totalförsvarsplanering bör utföras enligt ett tydligt och sammanhängande system som bl.a. säkerställer att riksdagens och regeringens mål och anvisningar, och planer-

[84] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 29.

ingsinriktningar från Försvarsmakten och MSB med dimensionerande uppgifter förs vidare till och följs av myndigheter och andra aktörer i deras planering. Hur systemet så här långt är uppbyggt framgår närmare av avsnitt 3.3.3.

Det är av största vikt att planeringssystemet inte bara omfattar riksdag, regering och statliga myndigheter, utan även kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen t.ex. näringslivet. I systemet måste också säkerställas att nödvändig uppföljning och återrapportering sker från olika aktörer inom bl.a. civilt försvar. Utveckling och förvaltning av ett sådant system medför kostnader. Statlig ersättning ska utgå för kommuners och regioners planering av civilt försvar.[85]

Regeringen konstaterar i totalförsvarspropositionen att det civila och det militära försvaret behöver utvecklas samordnat och att det bör finnas en sammanhängande planering för totalförsvaret.[86] Eftersom det ömsesidiga beroendet mellan civilt och militärt försvar påverkar den samlade förmågan i totalförsvaret är det viktigt att uthålligheten och förmågan till ömsesidigt stöd stärks. I händelse av krigsfara eller krig kommer totalförsvarets ansträngningar inledningsvis att kraftsamlas till det militära försvaret, samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna behöver säkerställas och civilbefolkningen skyddas. Samhället behöver snabbt kunna ställas om till krigsförhållanden, genomföra en nationell kraftsamling samt mobilisera militära och civila resurser som gynnar försvarsansträngningarna.

Inom det civila försvaret ska berörda aktörer planera för att under höjd beredskap och ytterst krig kunna stödja Försvarsmakten. Vid ett väpnat angrepp ska civilbefolkningen skyddas samtidigt som de viktigaste samhällsfunktionerna ska säkerställas, även om de inte kan bedrivas med samma ambitionsnivå som i fredstid. Stöd ska ges för att bidra till det militära försvarets förmåga och befolkningens försvarsvilja och motståndskraft ska stärkas. Det civila försvarets stöd till Försvarsmakten kan innebära svåra avvägningar, såväl i en akut situation som på längre sikt, avseende hur resurser bör prioriteras med hänsyn tagen till samhällets generella behov och Försvarsmaktens behov under höjd beredskap.[87]

[85] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23), s. 29 f.
[86] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 95 ff.
[87] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 128.

Regeringen konstaterar vidare i propositionen att sjukvården måste ses som ett gemensamt system för totalförsvarets behov där militär och civil sjukvård behöver kunna stödja varandra. Den civila sjukvården behöver för sin planering veta vad den förväntas klara av och vad Försvarsmakten avser att klara själv. Den närmare preciseringen av vad Försvarsmakten ska ansvara för följer av regeringens inriktningar av det militära försvaret. Gränsytan mellan militär och civil sjukvård behöver vara tydlig, även om man i praktiken kommer att behöva arbeta tillsammans i många situationer. Utgångspunkten bör vara att Försvarsmakten i första hand ska ansvara för all sjukvård på stridsfältet, vilket innebär omhändertagande av såväl egen som fientlig militär personal och civila skadade, till lands och till sjöss.[88]

Försvarsberedningen har lyft fram att om sjukvården inte kan lösa grundläggande uppgifter riskerar allmänhetens förtroende för statsledningen och det offentliga att urholkas vilket i sin tur kommer att påverka försvarsviljan och motståndskraften.[89]

Det kan utifrån ovanstående konstateras att det finns ett starkt behov av gemensam planering mellan Försvarsmakten, den av Utredningen om civilt försvar föreslagna beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg samt framför allt regioner.

Det är onekligen så att det civila och militära försvaret delar på de sjukvårdsresurser som står till buds. Försvarsmaktens organisation i fred består till exempel av en mycket liten mängd hälso- och sjukvårdspersonal även om den specifikt militära hälso- och sjukvårdsmaterielen som fordon, tält och medicinteknisk utrustning finns lagerhållen. Detta innebär att Försvarsmakten och den civila hälso- och sjukvården konkurrerar om samma, och gemensamma, resurser. Försvarsmaktens rekrytering och krigsplacering av ett stort antal sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvården påverkar exempelvis regionernas förmåga att upprätthålla en fungerande sjuktransportorganisation. Likaså påverkar Försvarsmaktens rekrytering och krigsplacering av kirurger regionernas förmåga att genomföra kirurgiska operationer. Försvarsmaktens organisation är inte av samma storlek i dag som den var i mitten på 1990-talet. Antalet fältsjukhus är exempelvis kraftigt reducerad. Samtidigt har kravet på att använda legitimerad personal i dag högre än det var i tidigare krigsorganisa-

[88] A.a., s. 140.
[89] Motståndskraft – Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66), s. 189.

tion. I dag finns exempelvis läkare och sjuksköterskor även inom hemvärnsförbanden. Det finns alltså ett gemensamt behov av att få ett system som fungerar där den militära och civila sjukvården kan agera ihop som en helhet, totalförsvarets sjukvård. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att kommuner och regioner även i krig har en skyldighet att upprätthålla även annan vård än sådan som kommer av direkta stridshandlingar. Frågor som rör samordning av sjukvården i totalförsvaret behandlas i avsnitt 4.2.6.

Planeringsantaganden

Av uppenbara skäl kan en redogörelse för planeringsantaganden och hotbild endast delges på en övergripande nivå i öppna källor. Mer detaljerade antaganden måste hanteras i särskild ordning och endast delges organisationer och personer som har de förutsättningar som krävs för att hantera säkerhetsskyddsklassad information.

Planeringsantagandena är av stor betydelse för beredskapen i hälso- och sjukvården. Det är inte givet att alla kommuner eller regioner ska planera för att möta samma hotbild. Vissa kommuner och/eller regioner kan befinna sig i ett område där det med stor sannolikhet kommer bedrivas väpnad strid. Andra kommuner och/eller regioner kan ha för samhället kritisk infrastruktur som en motståndare prioriterar att bekämpa eller som är av avgörande betydelse för försvaret av Sverige eller för möjligheterna till stöd från tredje part. Det finns säkerligen också vissa kommuner eller regioner som inte kommer att vara lika direkt utsatta vid ett väpnat angrepp och de kan i stället ha en stödjande roll gentemot övriga kommuner och regioner. Antaganden kring omständigheter enligt ovan är av betydelse för hur totalförsvarets sjukvård inriktas och dimensioneras och av mycket stor betydelse för att regioner och kommuner ska kunna genomföra relevant planering.

Det behöver också beaktas att vissa hot och risker berör hela samhället. Påverkan på central funktionalitet i t.ex. betalningsväsende, eldistribution eller tillgången på drivmedel kan få effekter på stora delar av landet oavsett om ett visst geografiskt område är mer eller mindre intressant utifrån en angripares perspektiv.

Sammanhängande totalförsvarsplanering

Som framgår av avsnitt 3.3.3 har regeringen har med anledning av totalförsvarsbeslutet beslutat om en inriktning för en sammanhängande planering av totalförsvaret. Försvarsmakten och MSB presenterar i *Handlingskraft* vad de anser är en sammanhängande totalförsvarsplanering. Denna kan delas upp i en militär planering som Försvarsmakten ensamt ansvara för (försvarsplanering) och en civil planering som övriga samhället gemensamt ansvarar för. För att tillvarata den ömsesidigt förstärkande effekten av krisberedskapen och arbete med civilt försvar inordnar MSB arbetet med den civila delen under termen civil beredskap.[90] Planeringen ska bl.a. mynna ut i rekommendationer till regeringen om vilka satsningar och prioriteringar som behöver genomföras i totalförsvaret.[91]

Den föreslagna processen för planering av civil beredskap bygger på en årscykel som ska bidra till att det går att prioritera och göra avvägningar som behövs för en balanserad utveckling av beredskapen genom att sprida ut arbete över aktörer och över en längre tid.[92]

Som underlag för denna totalförsvarsplanering har bevakningsansvariga myndigheter fått i uppdrag att lämna underlag om nuvarande förmåga och planerade åtgärder på kort och medellång sikt. Underlagen ska sedan analyseras av Försvarsmakten och MSB samt föras in i processerna för civil och militär planering. Den planering som behöver samordnas måste hanteras i en särskild totalförsvarsprocess. Samordningen behöver ske på nationell, regional och lokal nivå.[93]

Försvarsmakten och MSB avser att gemensamt leda en nationell process för samordning av civil och militär planering som anpassas till den statliga budgetprocessen. Underlag för processen är de (statliga) myndigheternas underlag samt Försvarsmaktens och MSB:s bedömningar. Samordningen föreslås ske i tre nivåer, handläggarmöten, chefsmöten och myndighetschefsmöten. Innehållet på mötena anpassas efter säkerhetsskyddslagstiftningen. Tidplanen för processen anpassas efter den övergripande statliga budget- och redovisningsprocessen. Samordningen avser de slutsatser om de beroenden mellan civil och militär planering och de särskilda satsningar som varje myn-

[90] A.a., s. 26.
[91] A.a., s. 25.
[92] A.a.
[93] A.a., s.27.

dighet i sedan i sedvanlig ordning integrerar i sitt budgetunderlag till regeringen.[94]

Föreslagen planeringsprocess involverar inte kommuner och regioner

Det kan konstateras att kommuner och regioner har uppgifter som är av avgörande betydelse för samhällets funktionalitet, t.ex. ansvarar kommuner för kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och förskola, miljö- och hälsoskydd, renhållning, räddningstjänst, försörjning av dricksvatten, avlopp, stadsnät och kommunala gator. Regionerna ansvarar bl.a. för merparten av hälso- och sjukvården, tandvård för barn och unga, kollektivtrafik och regionala utvecklingsfrågor. Även om denna utredning endast avser hälso- och sjukvårdens område, kan det konstateras att en sammanhängande process för totalförsvarsplanering inte kan inrättas utan att hänsyn tas till de avgörande samhällsfunktioner som kommuner och regioner ansvarar för.

Det kan konstateras att den ovan redovisade processen inte inkluderar kommuner och regioner. Den klargör inte hur statliga myndigheter får en uppfattning av kommuners och regioners förmåga eller hur krav på viss förmåga kan ställas. Kommuners och regioners förmåga kan inte förväntas öka genom uppdrag till statliga myndigheter med skrivningar som att *MSB och Försvarsmakten ska fortsatt stödja och verka för att bevakningsansvariga myndigheter samt regioner och kommuner stärker sin förmåga* eller *vid behov samarbeta med berörda aktörer, till exempel statliga myndigheter, kommuner, regioner frivilligorganisationer och näringsliv*.[95,96]

Processen förutsätter som den nu är utformad att de förmågor och mål som kommuner och regioner behöver nå inom totalförsvaret endera redovisas och behandlas i en annan separat process eller att myndigheter inom sina ansvarsområden kan redogöra för och tala för kommuners och regioners behov. Enligt den ovan föreslagna processen är det också myndigheterna som ska äska medel i budgetprocessen för att betala ut dessa till kommuner och regioner. Det kan konstateras att regeringen i dag till stor del använder en annan pro-

[94] A.a.
[95] Inriktning för en sammanhängande planering för totalförsvaret (Fö2020/01269).
[96] Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025 (Ju2020/04658).

cess för att ersätta kommuner och regioner för uppgifter i totalförsvaret, genom överenskommelser (se avsnitt 3.3.3).

Det finns säkert goda skäl för den process som Försvarsmakten och MSB föreslår och det förefaller också vara en väl genomtänkt process för statliga verksamheter. Det finns dock ännu inte en lösning på plats som säkerställer att andra aktörer, företrädesvis då kommuner och regioner men även näringslivet, knyts till planeringsprocessen.

Begreppet civil beredskap

Varje angripare får antas försöka uppnå sina mål på mest effektiva sätt. Om en angripare kan uppnå önskvärt resultat med andra medel än direkta krigshandlingar så är det inte osannolikt att angriparen väljer sådana medel.

Enligt vad utredningen erfar skiljer inte Finland på civilt försvar och krisberedskap på samma sätt som vi gör i Sverige. I Finland har man som vi förstår det lämnat totalförsvarstanken, man fokuserar mindre på vad som är orsaken till hot eller störningar och mer på hur hot och störningar ska åtgärdas. Uttryck för den finska tanken finns bl.a. i 1 kap. 3 § beredskapslagen (29.12.2011/1552) där man sammanför både väpnat angrepp, risk för väpnat angrepp, allvarliga händelser, storolyckor samt pandemi under begreppet undantagsförhållanden. I 3 kap. 12 § finns sedan t.ex. bestämmelser om att vidta förberedelser för undantagsförhållanden. En mer responsbetonad tanke således. Finland utgår i övrigt mycket från olika scenarier i sin planering, t.ex. Försörjningsberedskapsscenarier 2030.[97]

Det finns fördelar med bredare synsätt. Den mest uppenbara är att man inte behöver fundera över om en händelse ska kategoriseras som det ena eller andra, eller om en åtgärd syftar till att lösa den ena eller andra frågan. Ett sådant förhållningssätt gör framför allt att man blir mindre sårbar mot hot som kan uppstå i gränslandet mellan krig och fred, ofta kallat gråzon. Fokus läggs på att säkerställa att samhället har förmåga att hantera olika former av störningar, inte att avgöra om störningen bör klassificeras som allvarlig eller mycket allvarlig kris eller krig. Detta är emellertid lättare sagt än gjort då samhället är uppbyggt med uppdelade ansvar och där således också finansier-

[97] Försörjningsberedskapscentralen (2018): *Försörjningsberedskapsscenarier 2030* (ISBN 978-952-5608-47-2).

ingsansvaret för åtgärder som krävs för att hantera störningar är uppdelat. I Sverige finns också en tydlig vattendelare i begreppet och de mandat som kommer med *höjd beredskap*.

MSB menar att de avser att ta tillvara de förstärkande effekterna mellan krisberedskapen och civilt försvar genom att inordna helheten under begreppet civil beredskap. Regeringen har vid ett flertal tillfällen uttalat just att det civila försvaret ska grunda sig på krisberedskapen och att de insatser som görs inom krisberedskap och civilt försvar är ömsesidigt förstärkande (se avsnitt 3.2.1). Det är dock viktigt att notera att regeringen än så länge inte har gått så långt som till att föra samma dessa till en och samma fråga eller till en samlad finansiering. Den svenska lagstiftningen är till skillnad från i Finland också uppdelad utifrån tanken att krisberedskapen bygger på den vardagliga regleringen och ansvaret och särskilda regler för höjd beredskap. Även finansieringsfrågor följer av detta (se vidare avsnitt 4.5). MSB:s vilja att ändra synsättet ändrar inte regleringen och den uppdelning som finns och som aktörerna måste förhålla sig till. Att föra in ytterligare ett begrepp, som det inte finns stöd för i gällande rätt, kan bli mycket komplicerat även om tanken kan vara god. Vad utredningen erfar är inte heller tanken att samla krisberedskap och civilt försvar under ett och samma paraply diskuterat eller förankrat med övriga samhällsaktörer. Försvarsmakten, Socialstyrelsen och SKR har alla i olika sammanhang till utredningen uttryckt tveksamheter inför den nya modellen bl.a. utifrån att det finns svårigheter med uppdelningen av den rättsliga regleringen och risk för att frågor om krisberedskap ska tappas bort. Det kan också konstateras att det för kommuner och regioner finns en skillnad i hur krisberedskap och civilt försvar finansieras och som kan kompliceras av om dessa två processer blir en så länge inte också finansieringsfrågan ensas.

Det är inte en uppgift för denna utredning att lösa ut sektorsövergripande systemproblem som finns i krisberedskapssystemet. Det är dock ur utredningens perspektiv helt nödvändigt att staten på hälso- och sjukvårdsområdet tydliggör hur ansvaret ska fördelas såväl vad gäller själva vidtagandet av beredskapsåtgärder, som finansiering av sådana åtgärder.

Bevakningsansvariga myndigheters ansvar i totalförsvaret

Den av Försvarsmakten och MSB redovisade processen för totalförsvarsplanering bygger på bevakningsansvariga myndigheter och sektorsvis arbete. Det förefaller vara en bra ordning och kopplingen till den årliga budget- och redovisningsprocessen är förstås helt nödvändig. Det framgår dock inte hur de statliga myndigheterna ska förhålla sig i de fall där ansvaret för vissa uppgifter till övervägande del vilar på kommuner och regioner eller näringslivet som är fallet med t.ex. hälso- och sjukvård. Kommunerna ansvarar även för lokal kristidsverksamhet, vilket knyter nära an till frågor om folkförsörjningen och ransoneringslagens tillämpning, i händelse av ofred.[98,99,100] Att det finns svårigheter att involvera privata företag (t.ex. frågor om sekretess) och 310 kommun- och regionrepresentanter (mängdfråga) i den nationella processen för totalförsvar, innebär inte att de går att ställa dessa aktörer vid sidan. Det behöver tydligt framgå hur dessa aktörer ska inkluderas.

Enligt vad som tidigare konstaterats bygger det civila försvaret på krisberedskapen. Förmågor för krisberedskap och totalförsvar ska vara ömsesidigt förstärkande. Civilt försvar behöver planeras och sådan planering måste utgå ifrån vad som statsmakterna fastslagit som mål för totalförsvaret i allmänhet och för det civila försvaret i synnerhet. Antaganden om bl.a. vilka militära hot som föreligger och vilka effekter olika stridshandlingar innebär är inte frågor som kommuner och regioner har vare sig kompetens eller kapacitet att bedöma. Sådana bedömningar måste göras av de myndigheter som har en tydlig roll i det militära försvaret, tillsammans med myndigheter med särskilda uppgifter i det civila försvaret exempelvis de myndigheter som ingår i den av bl.a. den av utredningen om civilt försvar föreslagna sektorn hälsa, vård och omsorg.

Om tanken är att Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket gemensamt i den av Utredningen om civilt försvar föreslagna sektorn hälsa, vård och omsorg ska kunna följa och redogöra för vilken förmåga som finns på området hälso- och sjukvård samt omsorg, krävs också att det i den föreslagna processen ytterligare tydliggörs vilket ansvar som de statliga

[98] 3 kap. 3 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[99] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 161.
[100] Lag om civilt försvar (prop. 1994/95:7), s. 63.

myndigheterna ska ha i totalförsvarsplaneringen och hur dessa myndigheterna bl.a. ska kunna fånga upp och redogöra för den förmåga och de behov som finns i kommuner, regioner eller för den delen näringslivet. De statliga myndigheternas ansvar behöver tydliggöras genom t.ex. uppdrag till myndigheterna eller, vilket bedöms vara lämpligare, i myndigheternas instruktioner. Det räcker enligt utredningen inte med att det av 4 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap framgår att varje (statlig) myndighet i sin verksamhet ska beakta totalförsvarets krav. Förordningen är inte meddelad med stöd av lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap och förarbeten för att vidare utröna hur bestämmelsen ska tolkas saknas. Det är enligt utredningen därmed svårt att påstå att bestämmelsen tydligt skulle uttrycka de statliga myndigheternas ansvar i förhållande till kommunal eller regional verksamhet.

Det krävs också att kommuner och regioner och andra aktörer är skyldiga att bl.a. redogöra för förmågor och behov till de statliga myndigheterna och på annat sätt delta i nationella processer för samverkan och samordning. Vidare krävs en tydlig struktur för hur statliga myndigheter och kommuner och regioner kan mötas för att diskutera dessa gemensamma frågor om förmåga och dimensionering. Inte minst avseende kostnader kan staten behöva underlag från kommuner och regioner för de åtgärder som övervägs (se vidare förslag i 5.2.1 samt 5.4).

Det krävs vidare att de övergripande planeringsansvisningar som tas fram preciseras. För hälso- och sjukvården och omsorgens del finns behov av mer utvecklade styrningar som anger vilka kommuner och regioner som i olika scenarier kan antas vara primärt berörda av stridshandlingar och därmed även av stora skadeutfall, respektive vilka kommuner och regioner som kan antas inta en mer stödjande roll och som därför ska ha en ökad förmåga att ta emot skadade och bedriva eftervård. Stödjande kommuner kommer sannolikt även få en mycket högre belastning på omsorgen. Behoven av mer utvecklad styrning omfattar också information om vilka olika typer av skador man kan förvänta sig och i vilka volymer, alternativt en tydlig precisering av vilken mängd av vilken typ av vårdplatser som det finns behov av i olika geografiska områden. Behoven av sjuktransportresurser behöver också tydligt framgå. Utredningen anser att de nu framtagna planeringsansvisningarna inte är tillräckligt tydliga i detta avseende.

I många sammanhang betonas också vikten och behoven av långsiktighet i finansieringen av satsningar på totalförsvaret. Om sektorsansvariga myndigheters utvärderingar av befintlig förmåga och förslag till prioriteringar av utvecklingsbehov inom respektive sektor ska ligga till grund för totalförsvarsbeslut, framstår det som lämpligt om också de pengar som avsätts för totalförsvarssatsningar kommer sektorsansvariga myndigheter till del så att myndigheterna kan bryta ner planeringsanvisningarna på en mer detaljerad nivå inom sektorn och fördela medlen till t.ex. kommuner och regioner. Så sker vad utredningen förstår inte i dag då medel i stället betalas ut genom överenskommelser mellan regeringen (Socialdepartementet) och SKR, eller genom motsvarande överenskommelser mellan MSB och SKR. Myndigheterna i hälso- och sjukvårdssektorn är inte delaktiga i detta. På samma sätt varken avsätts eller utbetalas medel inom ramen för sjukvårdens krisberedskap via Socialstyrelsen i enlighet med 11 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. En ordning där medel och mål följs åt inom ramen för en sektor borde kunna fungera även för andra sektorer än den för denna utredning centrala sektorn hälsa, vård och omsorg.

En viktig slutsats avseende bevakningsansvariga myndigheter är, inte minst på hälso- och sjukvårdens område, att deras ansvar inte tar över det ansvar som ligger på kommuner och regioner.

Utredningen om civilt försvar

Utredningen om civilt försvar har föreslagit en ny lag om kommuners och regioners beredskap som bl.a. omfattar förberedelser för höjd beredskap. Den nya lagen föreslås innehålla en bestämmelse som anger att kommuner och regioner i sin verksamhet *ska beakta totalförsvarets krav* och att kommuner och regioner *ska vidta de förberedelser som behövs för att verksamheten under höjd beredskap*. Förberedelserna ska genomföras i samverkan med statliga myndigheter, kommuner och regioner.[101] Det kan konstateras att kravet att beakta totalförsvarets krav redan finns för statliga myndigheter i 4 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

[101] Struktur för motståndskraft (SOU 2021:25), s. 483.

Utredningen om civilt försvar anser att innebörden av att *beakta totalförsvarets krav* exempelvis innebär att lokalt omsätta den av riksdagen beslutade försvarspolitiska inriktningen och att det inte är möjligt att i författning exakt specificera kraven som följer kravet eftersom det kan skilja sig åt mellan kommuner respektive regioner och beroende på att det säkerhetspolitiska läget också förändras över tiden. Nämnda utredning anser vidare att länsstyrelsen och civilområdeschefen i samråd med Försvarsmakten bör omsätta anvisningar och inriktningar från regeringen och centrala myndigheter till en dialog så att adekvata planeringsförutsättningar kan ges till kommuner och regioner när det gäller de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap. De författningsförslag som utredningen lämnar ska skapa förutsättningar för att kunna bedriva verksamheten.[102]

SKR har i remissvar avstyrkt detta förslag, bl.a. med motiveringen att det skulle innebär att kommuner och regioner skulle bli bundna av allt som står i den försvarspolitiska inriktningspropositionen utan att det har stöd i lagstadgade uppgifter för kommuner och regioner. Samtidigt innehåller den senaste propositionen ingen finansiering för kommuner och en begränsad ersättning för regioner.[103]

Det är naturligtvis inte möjligt att utan lagförslag som beretts på ett korrekt sätt införa nya uppgifter eller ansvar för kommuner och regioner. Kommuner och regioner måste också ges utrymmet för att komma med inspel och synpunkter under arbetet med en totalförsvarsproposition. Totalförsvaret och dess dimensionering inom ramen för gällande rätt bestäms dock av staten. Planering och dimensionering för totalförsvar syftar till att säkerställa tillräcklig försvarsförmåga. Hälso- och sjukvården är en ytterst viktig samhällsfunktion och ett prioriterat område för civilt försvar. Det står klart att förmågekrav för totalförsvar kan gå ut över den förmåga som en region eller kommun behöver för att i ett normalläge eller en kris klara av att uppfylla sina åligganden enligt lag, exempelvis att ge god vård till befolkningen. Ansvaret att erbjuda god hälso- och sjukvård gäller dock oavsett om det är ett normalläge eller om det är krig. Ingen annan aktör skulle heller kunna överta uppgiften att erbjuda befolkningen vård vid fredstida kriser eller krig. Gällande rätt innebär som redan framhållits att kommuner och regioner ska planera för och upprätt-

[102] A.a., s. 485.
[103] Sveriges Kommuner och Regioner, Yttrande 2021-05-28 över Struktur för ökad motståndskraft SOU 2021:25 (dnr 21/00373), s. 11–12.

hålla bl.a. sina hälso- och sjukvårdsverksamheter under alla förhållanden dvs. även under höjd beredskap inklusive krig.

Finansiering av åtgärder för höjd beredskap är främst ett statligt ansvar (se 5 kap. 1 § LEH). Av totalförsvarspropositionen framgår också att regeringen föreslagit att för hälso- och sjukvård avsätta 4,2 av 11,8 miljarder kronor av de medel som avsätts för civilt försvar under försvarsbeslutsperioden.[104] De beslut som riksdagen fattar med anledning av en totalförsvarsproposition har ofta stor betydelse för de beslut om statliga medel som riksdagen har att fatta i samband med budgetpropositioner. Eftersom hälso- och sjukvård i huvudsak utförs av kommuner och regioner är det svårt att se att dessa medel inte på ett eller annat sätt skulle komma kommuner och regioner till gagn.

Även vår utredning är skeptisk till utredningen om civilt försvars förslag. Den föreslagna ordningen är inte tillräckligt tydlig. Vår utredning anser att det behövs en tydlig process som håller samman frågor om krav och finansiering. En sådan ordning är att utifrån totalförsvarspropositionen ta fram närmare planeringsanvisningar med tillhörande finansiering som kommuner och regioner ska följa. Det ska dock noteras att inte all sjukvård i händelse av höjd beredskap eller krig ska finansieras av staten. Upprätthållandet av den ordinarie fredstida sjukvården som att ta hand om patienter med t.ex. cancer, diabetes eller hjärtsvikt åvilar fortfarande regionerna precis som vården och omsorgen om de äldre vilar på kommunerna. Det är endast de ökade dimensionerande kraven som staten ska finansiera.

Statens styrning är otydlig

Det kan konstateras att samtidigt som statliga myndigheter ges i uppdrag att ta fram en nationell process för planering av totalförsvaret och att ta fram gemensamma planeringsförutsättningar så har regeringen fortsatt att styra utvecklingen av hälso- och sjukvården inom totalförsvaret genom förhandlingar av överenskommelser med SKR. Den planerings- och utvärderingsmodell som Försvarsmakten och MSB tagit fram avser endast statliga myndigheter. Det gäller även MSB:s föreslagna process för arbete med civil beredskap. Det framstår som märkligt att Socialstyrelsen ska delta i en sådan process och prioritera och äska pengar om insatser för kommuner och regioner

[104] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 126.

om den styrs och ersätts via en annan process som inte anknyter till den förra. Man kan ställa sig frågan vad Socialstyrelsens uppgift i så fall är.

Regeringen och Regeringskansliet behöver ha en samsyn kring hur totalförsvarsprocessen ska involvera kommuner och regioner och på sådana områden där det finns beroenden till statliga myndigheter. Sådana områden är förutom hälso- och sjukvården t.ex. kollektivtrafiken, dricksvattenförsörjningen och elförsörjningen. Inom alla dessa områden finns statliga myndigheter med olika ansvar, men är områden där kommuner och regioner i stora delar ansvarar för genomförandet av verksamheten. Det blir knappast en sammanhängande planering av totalförsvaret om dessa processer separeras.

Det behöver därför tas fram en sammanhängande planeringsprocess för hela totalförsvaret som tydligt klargör hur statliga myndigheter, kommuner och regioner samt näringslivet och andra organisationen kan samspela. För kommuner och regioner vore det, om man vill anknyta till den process som Försvarsmakten och MSB redovisat, i stället en rimlig väg att skapa en nära samverkan mellan kommuner och regioner och de berörda statliga myndigheterna i respektive beredskapssektor. Inom sektorn kan sedan gemensam planering och uppföljning genomföras så att t.ex. de statliga myndigheterna kan lyfta budgetäskanden i processen.

Nuvarande ordning är inte tillräcklig

Det måste säkerställas att den förmåga för totalförsvaret som statsmakterna ställer krav på verkligen kommer till stånd. Förmågekraven för totalförsvar måste vara tydliga och i den del de anknyter till specifika förmågekrav för totalförsvarets behov knytas till finansiering. Ansvaret för att finansiera sådana åtgärder vilar på staten.

Ingen kommun eller region kan förväntas vidta åtgärder för att dimensionera för verksamhet som direkt kan hänföras till de omfattande skadeutfall som uppstår av krigshandlingar om inte åtgärderna också är finansierade. Det finns som redan framhållits vid flera tillfällen en otydlighet vad gäller var gränsdragningen mellan krisberedskap och totalförsvar och denna otydlighet riskerar att leda till svagheter i beredskapen (se även 4.5 nedan).

Förmågekraven har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförsvarspropositionen och som om-

sätts av regeringen och vidare av bl.a. Försvarsmakten och MSB genom konkreta planeringsanvisningar. Av sådana planeringsanisningar framgår dels vilken allmän påverkan som väntas på samhället och som olika verksamheter måste ta hänsyn till och sådana specifika krav som behöver planeras för. Kommuner och regioner behöver tydligare bindas till sådan planering och dimensionerande krav för totalförsvar. Försvarsmakten och MSB presenterar i handlingsplanen för att främja och utveckla en sammanhängande planering i totalförsvaret en ordning där krav, förmågor och behov av utveckling knyts till den statliga budgetprocessen men ordningen omfattar inte kommuner och regioner. En fråga av principiell betydelse är huruvida totalförsvarets utformning och dimensionering alls ska vara föremål för direkta förhandlingar mellan staten och t.ex. enskilda organisationer och andra branschföreträdare, t.ex. Svenskt Näringsliv eller SKR eller om krav och finansiering ska riktas direkt mot kommuner och regioner.

Planering och dimensionering av totalförsvar enligt det system som beskrivits ovan, en ordning som i många delar också överensstämmer med hur detta historiskt skötts, innebär hur som helst att det inte finns utrymme för förhandlingar om dimensionerande krav eller om vilka åtgärder som ska prioriteras för att uppnå önskad förmåga i totalförsvaret. Dimensionering och finansiering måste utgå ifrån säkerhetspolitiska bedömningar och aktuell hotbild, vilket kommuner och regioner inte har vare sig kompetens eller kapacitet att utföra.[105] I detta arbete behöver staten underlag från kommuner och regioner avseende både förmåga och kostnader. Utrymmet för statlig finansiering av åtgärder och övergripande prioriteringar inom totalförsvaret ska i det systemet slås fast av riksdagen. Inom ramen för vad riksdagen har bestämt ska planeringsanvisningar sedan tas fram och brytas ned av olika statliga myndigheter. Statliga medel måste såvitt gäller kommuner och regioner fördelas för totalförsvarsåtgärder enligt dessa anvisningar. En sådan ordning skulle innebära att det införs en tydlig koppling mellan förmågekrav och statlig finansiering. Olika anvisningar och därmed finansiering kan gälla för olika kommuner och regioner. Det bör dock framhållas att det även fortsättningsvis på hälso- och sjukvårdens område finns utrymme för frivilliga överenskommelser om annat än totalförsvar.

[105] Notera särskilt att när det gäller krisberedskapen gäller det omvända. Kommuner och regioner är de som kan inventera och bedöma de flesta risker som finns i det geografiska området och inom organisationen.

Riksdagen och regeringens olika beslut och förslag som rör totalförsvaret måste förberedas. För detta krävs en utvärderingsprocess där innevarande förmåga ställs mot kommande behov utifrån en säkerhetspolitisk bedömning. Sådana gap behöver kostnadsberäknas och behoven av åtgärder prioriteras. Utvärdering och förslag till prioritering ryms vad utredningen förstår inom det förslag till planeringsprocess som Försvarsmakten och MSB tagit fram. Det ska dock noteras att det f.n. övervägs en särskild myndighet för uppföljning och utvärdering av totalförsvaret. En sådan myndighets uppgifter bedöms av utredningen kunna påverka förslaget till utformning av planeringsprocessen. Myndigheten föreslås ha till huvuduppgift att med ett fokus på totalförsvarets samlade funktionssätt och med utgångspunkt i det övergripande målet för totalförsvaret samt målen för det militära försvaret respektive det civila försvaret, följa upp, analysera och utvärdera verksamheten inom totalförsvaret för att tillhandahålla kvalificerade kunskapsunderlag till regeringen.[106] Som vår utredningen beskrivit saknas dock i den föreslagna planeringsprocessen helt koppling till kommuner och regioner. Det är av mycket stor vikt att kommuner och regioner får möjlighet att vara delaktiga i processen även om dimensionerande beslut och beslut om finansiering till sist fattas av staten.

Vid remisser av förslag som riksdagen ska ta ställning till och vid de dialoger och samverkan som statliga myndigheter måste ha med aktörer som har totalförsvarsuppgifter i samband med planeringen av totalförsvaret kommer bl.a. centrala företrädare för branscher eller sektorer att på sedvanligt vis kunna lämna värdefulla synpunkter.

Utredningens bedömning

Planeringssystemet för totalförsvar måste såvitt avser bl.a. hälso- och sjukvård omfatta även kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen.

Totalförsvarsplaneringen återupptogs 2015. Även med beaktande av det omfattande och bitvis svåra arbete som denna planering innebär har det nu gått ett antal år utan att kommuner och regioner kopplats in i planeringssystemet. Att så sker är helt nödvändigt. Planer-

[106] Totalförsvarsanalys – en oberoende myndighet för uppföljning och utvärdering (SOU 2021:103), s. 91.

ingssystemet bör såvitt avser hälso- och sjukvårdsområdet utformas så att vissa statliga myndigheter ska samverka i en sektor med en sektorsansvarig myndighet. Utredningen stödjer således det förslag om inrättandet av sådana sektorer som Utredningen om civil beredskap lämnat.[107]

Sektorn med ansvar för hälso- och sjukvård bör ansvara för att sammanställa vilka behov och förmågor som finns inom hälso- och sjukvården. För detta krävs uppgifter om relevanta behov och förmågor från bl.a. kommuner och regioner men i relevanta delar även från t.ex. Försvarsmakten. Uppgifter behöver inhämtas och en dialog föras med kommuner och regioner och Försvarsmakten (se vidare 5.2.1). Det behöver också säkerställas att det är möjligt att uppnå samordning mellan myndigheter inom en sektor och samordning mellan olika sektorer. Det framstår således som lämpligt att det finns tydliga ledningsmandat i det fall samordning inte kan nås genom samverkan.

Sektorn bör vidare, i nära dialog med kommuner och regioner, ansvara för att utforma underlag som bidrar till den fortsatta statliga totalförsvarsplaneringen inom den egna sektorn och i andra sektorer, kommande försvarsbeslut och beslut om statlig budget. Sektorn bör därför lämna förslag till vilka dimensionerande åtgärder som behöver vidtas för att hälso- och sjukvården ska uppnå önskad förmåga i totalförsvaret samt en prioriteringsordning för åtgärderna. Riksdag och regering får sedan ta ställning till övergripande prioriteringar inom och mellan olika sektorer.

Sektorn bör vidare ansvara för att bryta ned övergripande planeringsanvisningarna till mer detaljerade anvisningar för kommuner och regioner. I dessa detaljerade anvisningar ska vid behov även tydliga dimensionerande krav anges. De detaljerade anvisningarna bör anges för varje län, dvs. omfatta samtliga kommuner och den region som ingår i länet. Utifrån sådana uppgifter behöver kommuner och regioner tillsammans planera för hur sjukvården och omsorgen ska kunna upprätthållas och bedrivas även i höjd beredskap och krig. De statliga myndigheterna i sektorn bör också ansvara för de utbetalningar av statliga medel som anslås för sådana särskilda dimensionerande åtgärder som föranleds av totalförsvaret ska utföras samt följa upp att åtgärder utförs.

[107] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 214.

4.2 Ledning och styrning av hälso- och sjukvård

I föregående avsnitt har utredningen behandlat utmaningar kopplat till den planering som krävs för att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska leva upp till de krav som ställs på huvudmännen. Verksamheten, men även den ovan redovisade planeringen, behöver ledas. Allmänt om ledning av hälso- och sjukvården finns i avsnitt 3.5.4–3.5.7. I de följande avsnitten redogör utredningen för utmaningar vad avser ledning och styrning av hälso- och sjukvården.

4.2.1 Kommuner och regioner måste kunna leda sina organisationer

Alla organisationer måste kunna styras och ledas. För detta ska fungera krävs det bl.a. tydliga ansvars- och beslutsordningar som säkerställer att det går att fatta beslut. Olika typer av beslut fattas normalt på olika nivåer i en organisation utifrån givna mandat. Hur, eller av vem, vissa beslut ska fattas framgår ibland av lagstiftning.

Vissa beslut kan delegeras. Ibland kan delegering vara det enda sättet att säkerställa att rätt beslut kan fattas i rätt tid. I offentlig verksamhet framgår ofta rätten att fatta beslut av en delegationsordning.

Olika beslutsprocesser tar olika lång tid. Strategiska beslut, om t.ex. en verksamhetsinriktning, fattas ofta högt upp i en organisation vilket innebär att det tar lång tid innan de får effekt längst ner i organisationen. Beslut som innebär ändring i ett företags ägarstyrning är också exempel på beslut som tar lång tid att genomföra eftersom sådana beslut som regel endast fattas en gång per år, vid bolagsstämman. Beslut om att skicka en ambulans på ett larmsamtal är däremot ett beslut som kan, och måste, fattas på mycket kort tid, oftast vid en larmcentral. Det gäller därför att se till att rätt beslut tas på rätt nivå och inom rätt tid. Styrningen och ledningen måste kunna ske i såväl mycket korta som i långa tidsperspektiv.

Kommuner och regioner har stor frihet att organisera sig

Kommuner och regioner har utifrån kommunallagen (se avsnitt 3.1.4) (2017:725), i det följande förkortad KL, stora möjligheter att organisera sin verksamhet utifrån de olika lokala och regionala förutsätt-

ningar som gäller. Verksamheter kan bedriva i egen regi, genom inrättande av egna bolag, genom upphandling av verksamhet och genom inrättande av kommunalförbund.

Det kan konstateras att kommuner och regioner valt att organisera sig på väldigt olika sätt utifrån ovan nämnda organisationsformer. Det kanske mest utpräglade exemplet på detta är Region Stockholm som driver Södersjukhuset och Danderyds sjukhus som egna bolag, upphandlat sjukhusvård vid S:t Görans sjukhus i privat regi, organiserar Karolinska universitetssjukhuset som en nämnd och genom Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje driver ett sjukhus, TioHundra, i bolagsform. Primärvården, bortsett från den i Norrtälje kommun, är organiserad under nämnden Stockholms läns sjukvårdsområde, förkortat SLSO. Andra regioner har i de flesta fall mindre inslag av ovanstående organisationsformer, men det förekommer. Inom ramen för olika vårdval och när det gäller särskilda boenden enligt socialtjänstlagen är vanligt förekommande med privata aktörer som bedriver verksamhet i bolagsform. Även stiftelser förekommer, exempelvis Bräcke Diakoni. Nedan redogörs för några exempel på olika organisationsformerna och några för- och nackdelar med dessa.

Verksamhet i egen förvaltning leds direkt genom den ordinarie linjeorganisationen. Förvaltningen har en förvaltningschef och sorterar under en nämnd. Verksamheten styrs och inriktas genom politiska beslut i nämnden. Nämnden kan delegera vissa uppgifter till förvaltningschefen. Verksamhet i egen förvaltning kan förändras operativt med kort framförhållning utifrån den delegationsordning som föreligger eller genom att nämnden eller krisledningsnämnden fattar nya beslut.

Verksamhet i eget bolag. Fullmäktige i kommuner eller regioner får, om det inte i lag eller annan författning anges att angelägenheten ska bedrivas av en kommunal nämnd, besluta att lämna över skötseln av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ.[108] Det innebär att man kan lämna över skötseln till ett kommunalt bolag. Fullmäktige ska i så fall bl.a. fastställa ändamålet med verksamheten samt se till att bolagsordningen medför att fullmäktige kan ta ställning till sådana beslut av principiell beskaffenhet eller annars

[108] 10 kap. 1 § Kommunallagen (2017:725.

av större vikt som rör verksamheten.[109] Det måste också tillses att kommun- eller regionstyrelsen kan ha uppsikt över verksamheten.[110]

Verksamheten leds operativt inom bolaget i en linjeorganisation men kommunen eller regionen utövar ägarstyrning endera direkt genom kommun eller regionstyrelsen eller genom att bolagen ingår i ett holdingbolag. Ägarstyrningen är en mer långsiktig process och lämpar sig inte för operativ styrning i händelse av fredstida kriser eller höjd beredskap och krig. Huvudmannens möjligheter att ändra verksamheten i det korta perspektivet är därför mycket begränsad.

Verksamhet i privat bolag. Det är på samma sätt enligt 10 kap. 1 § KL möjligt att lämna över hälso- och sjukvårdsverksamhet till privata bolag. Den tydligaste skillnaden är kanske att kommuner och regioner då inte utöva någon ägarstyrning. Styrningen sker i stället genom ett avtal. När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten.[111] Verksamheten leds fortfarande operativt inom bolaget i dess linjeorganisation. Huvudmannens möjlighet att ändra verksamheten genom avtalet kan vara mycket långsiktig eftersom gällande avtal inte med enkelhet kan ändras utan att ny upphandling behöver genomföras. Kontrakt på fyra år eller mer är inte ovanligt om det inte rör ramavtal.

Verksamhet i kommunalförbund. Kommuner och regioner kan också lämna inrätta kommunalförbund för viss verksamhet. Kommunalförbund styrs genom en förbundsordning som beslutas av de ingående kommunernas och regionernas fullmäktige.[112] Kommunalförbundet styrs sedan av ett förbundsfullmäktige eller en förbundsdirektion. I region Stockholm och fallet med Kommunalförbundet sjukvård i Norrtälje kan konstateras att Hälso- och sjukvårdsnämnden utövar ledning av hälso- och sjukvårdsverksamheten i Region Stockholm i enlighet med 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förutom i de avseenden där ansvaret åvilar vårdens kunskapsstyrningsnämnd eller kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje.[113] I detta fall har alltså region Stockholm helt överlåtit verksamheten.

[109] 10 kap. 3 § första stycket i ovan nämnda författning.
[110] 6 kap. 1§ andra stycket i ovan nämnda författning.
[111] 19 kap. 8 § i ovan nämnda författning.
[112] 9 kap. 6 § i ovan nämnda författning.
[113] 1 § Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden (RS 2019-1079).

LEH ger möjligheter till snabbt och samlat politiskt beslutsfattande

Som framgår av avsnitt 4.1 har LEH tillsammans med HSL stor betydelse för planering. I LEH finns också vissa bestämmelser av betydelse för styrning och ledning (se avsnitt 3.5.7). LEH öppnar upp för ett effektivare beslutsfattande i en kommun eller region när en extraordinär händelse ställer krav på snabba och koordinerade beslut inom flera olika nämnders ansvarsområden. LEH tar därmed sikte på att hantera de övergripande ledningsfrågorna. LEH:s regler möjliggör bl.a. för kommunen och regionen att aktivera en särskild krisledningsnämnd som, i enlighet med vad kommunen själv i förväg bestämt om detta, tillfälligt kan överta andra nämnders ansvar. LEH tillhandahåller därmed en möjlighet att avvika från kommunallagens procedurregler, medan den i övrigt innehåller få verktyg för att hantera samhällsstörningar.[114]

4.2.2 Särskild ledning av hälso- och sjukvård

Bedömning: Valet av organisation har stor betydelse för en kommun eller regions möjligheter att mer operativt leda sin verksamhet när det kommer till kriser och krig. Även om olika organisationsformer ger kommunen eller regionen inflytande över styrningen i ett långsiktigt perspektiv krävs det att de olika sjukvårdsverksamheterna kan samordnas i flera olika tidsperspektiv.

Friheten för kommuner och regioner att själva bestämma över hur de vill organisera sina verksamheter innebär aldrig att de kan organisera sig på ett sätt som medför att de saknar möjlighet att fullgöra sådana uppgifter som de enligt gällande rätt ska utföra.

Som konstaterats i avsnitt 3.5.4 leds hälso- och sjukvården av en eller flera nämnder. Det är också nämnderna som leder verksamheten vid händelser med många samtidigt skadade eller sjuka eller andra fredstida kriser. Undantag från detta finns som framgår av avsnitt 3.5.6 genom bestämmelser i LEH vid extraordinära händelser eller höjd

[114] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2020): *Juridisk vägledning – Kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser* (dnr 2020-02881), s. 3.

beredskap (krisledningsnämnden) och under höjd beredskap (kommun och regionstyrelser).

Ledning utövas dock inte enbart i sådana nämnder som angetts ovan. Det finns också behov av att delegera vissa ledningsmandat till tjänstemannanivån för att skapa ett effektivt beslutsfattande och möjligheter att styra verksamheten i vardagen. Detta gäller inte minst vid akuta händelser med många skadade eller sjuka.

Ledning behöver kunna ske i flera olika tidsperspektiv

Alla former av beslutsprocesser behöver förhålla sig till när i tiden något ska ske. Beslut kan fattas i god tid och avse vad som ska hända nästa år (man är på förhand) men beslut kan också fattas som en reaktion på något som nyss inträffade (man är i efterhand). Även i situationer när man fattar beslut eller leder reaktivt med anledning av att något inträffat finns skäl att försöka komma ikapp i beslutsprocessen så att reaktiviteten övergår i proaktivt handlande. Detta förutsätter att man kan dela in sina processer utifrån olika tidshorisonter. Vad måste göras nu (reaktivt) och vad kan vi göra på längre sikt som förhindrar eller vänder händelseutvecklingen (proaktivt).

De militära processerna för planering, ledning och uppföljning brukar skilja på inte minst planering och analys i flera olika tidsperspektiv. Detta innebär att olika personer eller delar i en stab planerar och analyserar situationen i det korta, medellånga och långa perspektivet. Konkret innebär detta att man har en plan som bär mot det slutgiltiga målet men inom ramen för denna plan kan man analysera och fatta beslut om vad som behöver göras i ett kort och medellångt perspektiv. Gemensamt är att ledning i det korta eller medellånga perspektivet hela tiden utförs inom ramen för den inriktning som redan är beslutad för ett längre perspektiv. En annan lärdom man kan dra från den militära organisationen och ledningsstrukturen är att det ofta är relativt många individer knutna till den centrala ledningsprocessen. Anledningen till detta är att det krävs resurser att driva planering och uppföljning så att det finns adekvata beslutsunderlag.

Man måste naturligtvis skilja på ledning av militära operationer och kommuner, regioners och statliga myndigheters ledning. Det finns dock även på den civila sidan ett behov av att under en sam-

hällsstörning kunna dela upp arbetet i flera tidshorisonter och att ha tillräckligt med utbildad personal för att kunna generera de beslutsunderlag som krävs. Det finns ett tydligt behov av att arbeta både i ett strategiskt långsiktigt perspektiv, ett medellångt perspektiv och det korta perspektivet. Detta gäller även inom hälso- och sjukvården vid situationer med många skadade eller sjuka, i höjd beredskap och i krig. Försvarsmakten betonar t.ex. kring förslaget om civilområdeschefer i sitt remissvar på utredningen om civilt försvar just förmågan att parallellt kunna arbeta i ett långt och ett kort tidsperspektiv. Betydelsen av att leda i flera tidsperspektiv utvecklas vidare i avsnitt 4.2.3 nedan.

Mycket av ledningen är långsiktig och lämpar sig inte för krishantering

Den politiska ledningen eller styrningen genom t.ex. nämnder, via ägaranvisningar eller förbundsordningar utgör i huvudsak en långsiktig styrning. I händelse av att en kommun eller en region direkt eller via holdingbolag har överlåtit skötseln av hälso- och sjukvård till ett kommunalt, regionalt eller privat bolag behöver därför kommunen eller regionen säkerställa att det inom ramen för vad som anges i ägarstyrningen, avtal eller förbundsordningar finns möjligheter till att påverka verksamheterna utifrån vad som krävs för att hantera fredstida kriser eller höjd beredskap och krig. Om sådana mekanismer inte finns på plats från början är det allt för långsamma processer som krävs för att ändra genom ägarstyrning. Detsamma gäller ifall skötseln av hälso- och sjukvårdsverksamhet överlåtits på ett privat bolag. Det behöver i så fall finnas avtalsbestämmelser som är tillräckliga för att klargöra hur verksamheten ska kunna inriktas vid fredstida kriser, höjd beredskap eller krig (se även avsnitt 6.4). Att genomföra förändringar i befintliga avtal kan både vara förenligt med rättsliga problem och ta lång tid.

Det har tidigare framhållits att krisledningsnämnden är en mekanism för att koncentrera och skapa ett snabbt politiskt beslutsfattande vid fredstida kriser och kommun eller regionstyrelsen vid höjd beredskap. Vad gäller bolag är det dock svårt att se att krisledningsnämnden skulle kunna ha någon direkt påverkan annat än att fatta beslut om ekonomiska resurser från huvudmannens sida. Vad gäller kommunalförbund kan dessa ha en egen krisledningsnämnd, så är

exempelvis fallet med Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje.[115] Hur en krisledningsnämnd i ett regionövergripande eller nationellt kommunalförbund förhåller sig till huvudmannaansvaret är svårt att överblicka. Vad utredningen erfar saknar exempelvis Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg krisledningsnämnd. Det finns därmed en del oklarheter i hur kommunalförbunden förhåller sig till den kommun- eller regionövergripande styrningen.

Det måste också, inte minst vad avser olika bolag, särskilt beaktas att arbetsrättsliga bestämmelser som regel innebär att regionen inte kan utöva arbetsledning över bolagets personal. Detta innebär exempelvis att det inte genom ägarstyrning eller avtal kan ställas krav på att arbetstagare ska utföra arbetsuppgifter hos en annan arbetsgivare. Sådana frågor behöver därför hanteras i särskild ordning. Utredningen belyser detta närmare i kapitel 8.

Det kan också konstateras att tjänstemannastrukturen särskild sjukvårdsledning för att den ska kunna fungera optimalt behöver ha tydliga mandat. På samma sätt som det gäller för nämnder ovan kan det vara svårt eller till och med omöjligt för en regional särskild sjukvårdsledning att styra över nämnder, privata bolag och kommunalförbund om detta inte är tydligt reglerat och det finns tydliga mandat. Detsamma gäller lokal särskild sjukvårdslednings möjlighet att styra över de samlade resurserna i primärvården om ledningen knyts till den regionala förvaltningsstrukturen eftersom primärvården ofta har ett stort inslag av privata utförare. Styrningen av de privata utförarna i primärvården knyts i många regioner till någon form av vårdvalskansli centralt i regionen som också utformar avtal.

Valet av organisation har betydelse för möjligheterna till styrning

Som synes ovan är valet av organisation av stor betydelse för sjukvårdshuvudmännens möjligheter att styra och leda verksamheten. Enligt HSL ligger ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård alltid på huvudmännen. Huvudmännen är i detta fall kommuner och regioner (och eventuellt kommunalförbund).

Ofullkomligheter i styrning och ledning förekommer i både privata och offentliga verksamheter. De slutsatser som tidigare statliga ut-

[115] Reglemente för krisledningsnämnden i Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje Kommun (dnr 2019-000299 003).

redningar dragit (se avsnitt 3.5) kring utvecklingen på det kommunala och regionala området samt analyser och slutsatser som särskilt rör hälso- och sjukvården visar dock dels på en del problem vad gäller vissa offentliga styrsystem, dels att det finns oklarheter i frågor om vem som ansvarar för vad i offentlig verksamhet. Det är i vissa delar inga små utmaningar det rör sig om och på ett allmänt plan – och för att anknyta till Kommunutredningens bedömning – kan det sammanfattas på följande vis. Frågorna är komplexa och det är ont om enkla lösningar. Detta innebär givetvis inte att behoven av att lösa de problem som identifierats blir mindre angelägna. Tvärtom eftersom problemen knappast lär minska i de fall offentliga verksamheter ställs inför sådana särskilda utmaningar som kan uppkomma vid allvarliga kriser och vid krig.

Avslutningsvis kan konstateras att friheten för kommuner och regioner att själva bestämma över hur de vill organisera sina verksamheter aldrig innebär att de kan organisera sig på ett sätt som medför att de saknar möjlighet att fullgöra sådana uppgifter som de enligt gällande rätt ska utföra.

4.2.3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap

Vissa föreskrifter avseende planering har redan avhandlats i avsnitt 4.1.4. Nedan behandlas några frågor som rör särskild ledning av hälso- och sjukvård. Vissa frågor som berör ledning av prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvården avhandlas även i avsnitt 11.1.

Särskild sjukvårdsledning

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap finns bestämmelser om särskild sjukvårdsledning. Genom bestämmelserna ställs krav på att det ska finnas *en funktion med befogenhet och förmåga* att samordna verksamheter, prioritera insatser, leda personal, omdisponera resurser, mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga, förflytta patienter och evakuera vårdenheter samt samverka med andra aktö-

rer på lokal, regional och nationell nivå.[116] Funktionen, som ska benämnas särskild sjukvårdsledning, ska finnas i varje region. Den ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.[117] Det bör nämnas att även Socialstyrelsen på nationell nivå kan inrätta en särskild samverkans- och ledningsfunktion men denna funktion benämns då särskild organisation och är inte specifikt reglerad i lag eller föreskrift. Den särskilda organisationen är myndighetens sätt att ansluta till modellen och den regionala särskilda sjukvårdsledningen.

Funktionen särskild sjukvårdsledning är en tjänstemannaledning som ska innehålla personal som har förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser (sjukvårdsledare) och hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig). Tanken med särskild sjukvårdsledning torde vara att den på regional nivå ska kunna förfoga över och i stunden leda en regions samtliga resurser. Särskild sjukvårdsledning blir då en tjänstemannamässig parallell till krisledningsnämnden med skillnaden att den är begränsad till hälso- och sjukvårdsområdet.

Systemet med särskild sjukvårdsledning togs fram av regionerna tillsammans med Socialstyrelsen utifrån en planeringsbestämmelse i HSL och grundar sig i flera tragiska händelser med stora sjukvårdsbehov på 1990-talet (se avsnitt 3.5.6). Regionerna har i dag inte samma organisation som när systemet modellerades och infördes. Det gör att det kan finnas skäl till att modellen inte är helt anpassad till sjukvårdens nuvarande organisation.

Särskild sjukvårdsledning utgår inte ifrån lagkrav

Det finns inga lagkrav på en sådan verksamhetsövergripande ledning som särskild sjukvårdsledning utgör. Det finns inte heller något krav på någon annan särskild ledningsstruktur på tjänstemannanivå för kriser. Det är dock en vanlig missuppfattning att det finns sådana lagkrav. Även om det saknades legala krav på en gemensam struktur för tjänstemannaledning finns inget som hindrar kommuner och regioner att inom ramen för den kommunala självstyrelsen komma

[116] 6 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[117] 6 kap. 2 § i ovan nämnda föreskrift.

överens som en gemensam ordning för krisledning på tjänstemannanivå vare sig det är inom sjukvården, socialtjänsten, kollektivtrafiken eller på en övergripande kommun eller regionnivå.

Det görs ibland uttalanden från kommuner och regioner om att det behövs en reglering av en samlad krisledning på tjänstemannanivå. Det är enligt utredningen svårt att utan en grundläggande analys, och eventuellt även övning, klargöra om en gemensam ledning över flera verksamhetsområden lämpar sig för alla de utmaningar som kan uppstå både vid korta akuta händelser som förlisningen av Estonia, diskoteksbranden i Göteborg, en långdragen händelse som pandemin eller ännu mer utmanande scenarier i en gråzonsproblematik som drabbar en kommun eller region på bredden. Flera regioner beskriver att de bygger regionens övergripande krisledning på funktionen med särskild sjukvårdsledning eftersom det finns krav på denna. Det är möjligt att detta utgör en fungerande ordning, samtidigt som det naturligtvis finns utmaningar. De av Socialstyrelsen definierade rollerna i särskild sjukvårdsledning, sjukvårdsledare, medicinskt ansvarig och tjänsteman i beredskap, måste alla besitta sjukvårdskompetens. För att kunna leda andra verksamheter kan det dock krävas annan kompetens. Detta ligger dock utanför denna utrednings uppdrag.

Större enhetlighet i kommuners och regioners organisations- och ledningsstrukturer och samlade och tillräckliga beslutsmandat i en ledningsfunktion är i vissa situationer eftersträvansvärt, inte minst när det gäller hantering av situationer då det är nödvändigt att snabbt kunna vidta tillräckliga åtgärder. Det är sannolikt mot denna bakgrund som strävanden att uppnå en sorts motsvarighet till krisledningsnämnden på tjänstemannanivå måste förstås, men icke desto mindre fungerar det inte särskilt väl mot bakgrund av hur kommuner och regioner är organiserade och leds.

Det finns lagkrav på hur sjukvården ska ledas

Det ställs tydliga lagkrav i bl.a. HSL och PSL som anger vem som ska planera och leda viss vård. Lagkraven i HSL innebär att kommuner och regioner har ansvarat för att planera vården, ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regioner och kommuner ska utövas av en eller flera nämnder, ansvaret för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap. 1 och 3 §§ smitt-

skyddslagen (2004:168) ska utövas av en chefsöverläkare som ska ha specialistkompetens. Enligt PSL är det vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Till detta kommer bestämmelserna i kommunallagen (2017:725).

Det tillfälliga sjukhuset i Älvsjö kan tjäna som ett belysande exempel på hur t.ex. ledningsmandat i PSL kan behöva beaktas. Under utbrottet av covid-19 upprättades ett tillfälligt sjukhus i Älvsjömässan i Stockholm. Efter att sjukhuset färdigställts uppstod konflikter mellan särskilds sjukvårdsledning och den ordinarie ledningen (nämnder och vårdgivare) inom regionen om huruvida det tillfälliga sjukhuset skulle tas i bruk eller ej. Det intressanta i detta sammanhang är inte att bedöma vad som utgjorde ett korrekt beslut, utan konstaterandet av att själva beslutsprocessen inte tycks ha fungerat optimalt. Vad utredningen erfar beror en del av problematiken på att olika ledningsmandat tycks ha varit oklara eller överlappande.

Nuvarande föreskriftskrav är svåra att leva upp till

Mot ovanstående bakgrund och med särskilt beaktande av att vården i vissa fall leds och utförs av ett stort antal fristående juridiska personer framstår det i nuläget som i det närmaste omöjligt att alla regioner skulle kunna uppfylla de nyss angivna föreskriftskraven om särskild sjukvårdsledning. Detta även med beaktande av att regioner när de överlämnar en angelägenhet som de har att sköta till ett bolag, en förening, stiftelse eller enskild individ, kan och ska reglera frågor genom bl.a. avtal.

Det råder ingen tvekan om att det är av största vikt varje region och kommun reder ut frågan om hur deras verksamheter ska ledas i sådana situationer som särskild sjukvårdsledning är tänkt att lösa. Att regioner och även kommuner måste organiseras sig så att de också kan leda sina verksamheter och utföra de åligganden som följer av gällande rätt är en självklar utgångspunkt. En utgångspunkt som kanske någon gång kan medföra behov av att en kommun eller region måste förändra exempelvis en del av sin organisation eller sina givna ledningsmandat.

Enligt utredningens bedömning framstår det som mindre lämpligt att försöka tvinga fram en enhetlig eller likartad struktur som

har mandat att leda all verksamhet. Det viktigaste är att regioner och kommuner organiserar sig så att de skapar tillräckliga förutsättningar att leda sin samlade organisation effektivt. Det bör särskilt betonas att det inte på något sätt framstår som ett problem om regioner och kommuner skulle välja att lösa saker på likartade eller enhetliga sätt, tvärtom är detta många gånger en stor fördel. Inte minst gentemot alla de andra aktörer som de har att samverka med i samhället. Utredningen anser att det i stället för krav på en ledningsfunktion behöver finnas en funktion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet och att mandat att leda *så långt möjligt* bör samlas i en sådan funktion. En sådan ordning torde enligt utredningen framstå som mer rimlig utifrån att samordning endast kan nås genom samverkan eller ledning. Om ledningsmandat saknas är samverkan den form som står till buds för att uppnå samordning. Det är enligt utredningen, utifrån kommuners och regioners val att organisera sina verksamheter, sannolikt att samverkan måste användas inte bara gentemot andra samhällsaktörer utan även intern inom en kommun eller en region.

Avslutningsvis kan sägas att vad gäller en samlad tjänstemannaledning för höjd beredskap finns krav på att regioner ska ha en krigsorganisation. Detta ger vida möjligheter att skapa en sådan ledning som man anser behövs.

Lokala särskilda sjukvårdsledningar

Utöver det ovan sagda bör också framhållas att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap även innehåller krav om att särskild sjukvårdsledning ska finnas i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.

I dag tillämpas systemet med särskild sjukvårdsledning av regionerna på regional, lokal nivå och skadeplats (se vidare avsnitt 3.5.5). Oftast innebär detta att man utöver regional nivå tillämpar särskild sjukvårdsledning för primärvården och på länets sjukhus. Detta är mer i linje med den ursprungliga, inte lika detaljerade, föreskriften om katastrofmedicinsk beredskap från år 2005. Där angavs att regio-

nerna skulle ha en särskild sjukvårdsledning men att man skulle beakta ledning på regional och lokal nivå.[118]

Flera regioner har i dag en organisatorisk struktur som inte utgår ifrån sjukhus som begrepp. Många gånger finns förvaltningar, divisioner eller andra organisatoriska strukturer med andra avgränsningar än just sjukhuset. Detta kan medföra situationer där den särskild sjukvårdsledning blir en tillfällig ledningsstruktur som avviker från hur man organiserar sig i vardagen. Det är också oklart om en särskild sjukhusledning kan sägas motsvara vad som i föreskriften avses med vårdenhet eftersom ett sjukhus normalt kan sägas bestå av flera vårdenheter.

Det är uppenbart att det finns behov av att, under mycket påfrestande situationer, leda även den mer lokala verksamheten, både i primärvård, på sjukhus, enskilda vårdenheter och i skadeområdet på ett särskilt sätt. Det är möjligt, men inte säkert, att en sådan struktur bäst utgår ifrån ett sjukhus. Det synes dock rimligt att återgå till en ordning där det tydligare klargörs att man ska beakta dessa olika perspektiv i stället för att precisera hur eller var en särskild lednings ska organiseras. Som framgått ovan kan det också finnas en problematik kopplad till hur lokal särskild sjukvårdsledning organiseras t.ex. inom en förvaltning när en stor del av utförarna är privata och organiseras genom vårdvalet. Detta skulle t.ex. kunna innebära att t.ex. den funktion som administrerar vårdvalet har bättre förutsättningar att samordna primärvården.

I ett skadeområde ska aktörer från olika verksamheter arbeta tillsammans. Inte sällan kan det vara aktörer från såväl räddningstjänsten, polisen och hälso- och sjukvården. De har alla distinkta uppgifter och olika roller och det ät helt centralt att alla som arbetar på en skadeplats vet vem som företräder vem och vilken roll de har. Utredningen för ett vidare resonemang om samordning på skadeplats (prehospital sjukvårdsledning) och i ambulanssjukvården i avsnitt 11.1.

[118] 7 kap. 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

Begreppen sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig

I Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap ställs också krav på att den särskilda sjukvårdsledningen minst ska vara bemannad med personal som har förmåga att administrativt leda sjukvårdsinsatser (sjukvårdsledare) och hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens att göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder (medicinskt ansvarig).[119] Av de allmänna råden framgår att sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvariga kan vara en och samma person. I de ursprungliga föreskrifterna om katastrofmedicinsk beredskap från år 2005 omfattade bestämmelsen om sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig endast sjukvårdsledning i ett skadeområde, men man rekommenderade i allmänna råd att man även använde begreppen på lokal och regional nivå.[120]

Kraven i de ursprungliga föreskrifterna grundas sannolikt på behovet av att ha en enhetlig rollfördelning och terminologi i skadeområde. Utredningen inser också att det vid ett larm om en händelse med många skadade eller sjuka eller vid en katastrofsituation i vården framstår som klokt att ha en central larmmottagare som besitter sjukvårdskompetens. Det är sannolikt detta som ligger bakom bestämmelser om funktionerna ovan. En sjukvårdsledare utgörs sannolikt många gånger en sjuksköterska vilket innebär att man vill ha möjlighet att skilja på funktionen medicinskt ansvarig, vilket bör vara en läkare. Ifall sjukvårdsledaren är läkare kan hen också vara medicinskt ansvarig.

Eftersom utredningen inte anser att det finns skäl att ställa krav på en särskild sjukvårdsledning utan att regioner och kommuner i stället bör redovisa hur de avser att uppnå samordning och leda sina verksamheter framstår det som märkligt om de två ovan nämnda funktionerna skulle regleras genom en föreskrift. Det finns inget hinder mot att i t.ex. en gemensam terminologi ha kvar benämningarna med en förklaring till vad som avses. Inte minst i ett skadeområde där många organisationer och regioner kan mötas är det av avgörande betydelse med tydliga roller och definitioner. Det är dock utredningens uppfattning att detta kan åstadkommas utan en reglering i föreskrift, t.ex. inom ramen för PS-konceptet. Utredningen för också

[119] 6 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[120] 7 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.

vidare resonemang om eventuella behov av särskilda föreskrifter för prehospital akutsjukvård som också kan utgöra ett alternativ för en reglering av just denna del, se vidare avsnitt 11.1.3.

Utredningen anser mot bakgrund av ovanstående att det bör finnas krav på att man i planen ska redovisa hur man avser att uppnå samordning och leda sjukvårdsinsatser samt göra medicinska prioriteringar och besluta om medicinska åtgärder.

Beredskapslägen

Som framgår av avsnitt 3.5.5 använder regionerna i den särskilda sjukvårdsledningen tre olika beredskapslägen, stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge. Stabsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen, förstärkningsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktion och katastrofläge innebär att en sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner. Trots att de inte längre finns reglerade i föreskrift används de flitigt av regionerna, även i kommunikation med media.

Begreppen stabsläge och förstärkningsläge framstår enligt utredningen som relevanta utifrån ovanstående beskrivningar. Begreppet katastrofläge däremot kan enligt utredningen leda tankarna fel. I Socialstyrelsens termbank beskrivs begreppet katastrof som en *särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas*. Utredningen har valt att definiera katastrof som *en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna.* Enligt utredningens bedömning kan begreppet katastrofläge lätt förväxlas med en sådan situation som avses i definitionerna av begreppet katastrof, dvs. en situation då resurserna inte räcker till och kvalitetskraven måste sänkas. Utredningen uppfattar inte att det är i sådana situationer som regionerna påkallar katastrofläge utan att katastrofläge i stället används i situationer då det är oklart för vården vilken belastning som eventuellt kommer uppstå vid en händelse. Vad utredningen kan bedöma handlar det mycket

sällan om sådana händelser som begreppet katastrof egentligen åsyftar. Användningen av begreppet leder därmed till en viss devalvering av dess betydelse eller att begreppet signalerar en allvarlig situation som inte uppstått. Det är utifrån ovanstående utredningens uppfattning att begreppet katastrofläge bör utmönstras. Se även utredningens resonemang i avsnitt 13.3.5.

Samverkan

Ledning förutsätter mandat. I många situationer, inte minst gentemot olika myndigheter och fristående juridiska personer som bolag, kan samordning endast uppnås genom samverkan. Som beskrevs i föregående avsnitt kan det dock övervägas om inte samverkan är den form som, åtminstone i det korta perspektivet, ibland måste användas även mellan olika juridiska personer i kommunens eller regionens organisation. Bestämmelser som påbjuder samverkan är vanliga i gällande rätt och finns i exempelvis bl.a. HSL och i förvaltningslagen (2017:900), i det följande förkortat FL. Även enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap ska regionen planera för samverkan vid allvarlig händelse.[121] Det är sannolikt därmed inte avsaknad av bestämmelser med krav på samverkan som leder till att samverkan inte alltid ger de resultat som eftersträvas.

På samma sätt som all annan verksamhet behöver samverkan planeras eller förberedas. I förberedelserna bör syftet med samverkan klargöras och om det ska fattas beslut vid samverkan krävs givetvis att alla som ska delta vid beslut har de nödvändiga mandat som krävs för de beslut som fattas. Det bör också ges möjlighet för andra inom t.ex. en stab eller ledning att komma med kompletterande information eller att framhålla behov som kan vara aktuella att ta upp vid samverkan.

Vad som framkommer vid samverkan bör regelmässigt dokumenteras och detta gäller särskilt de beslut som fattas. Vad nu sagts gäller oavsett vilka krav på dokumentation som gällande rätt må ställa. Information och beslut från samverkan måste kunna delges andra som har behov av detta för att utföra sina uppgifter. Inte sällan kom-

[121] 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

mer information och beslut från samverkan dessutom att utgöra grund också för andra beslut.

Av 27 § FL framgår att en myndighet som får uppgifter på något annat sätt än genom en handling snarast ska dokumentera dem, om de kan ha betydelse för ett beslut i ärendet. Det ska framgå av dokumentationen när den har gjorts och av vem. Om en befattningshavare i samverkan har mandat att fatta beslut och så sker ska sådana beslut dokumenteras.[122]

Beslut ska i övrigt följa av vad som anges i FL. I vissa fall aktualiseras 31 § FL som anger att för varje skriftligt beslut ska det finnas en handling som visar

1. dagen för beslutet,
2. vad beslutet innehåller,
3. vem eller vilka som har fattat beslutet,
4. vem eller vilka som har varit föredragande, och
5. vem eller vilka som har medverkat vid den slutliga handläggningen utan att delta i avgörandet.

Det kan inte nog understrykas det behov som finns av att efter genomförd samverkan sprida resultatet till andra som är berörda. Det kan handla om personer i överordnad, sidoordnad eller underordnad ställning. En gemensam terminologi underlättar avsevärt samverkan med angränsande regioner och andra myndigheter på lokal, regional och nationell nivå.

Ledningsmandat

En ledningsstruktur som särskild sjukvårdsledning förutsätter att det gjorts grundläggande analyser av vilka mandat som kan behövas för att leva upp till de förmågor som den särskilda ledningen ska ha. Flera av de effekter man vill kunna få ut av en särskild sjukvårdsledning kräver tydliga mandat. För detta krävs i många fall också att redan givna mandat i en organisation förändras och förtydligas.

Som redan framhållits medför styrning och ledning av andra juridiska personer än kommunen eller regionen, exempelvis kommunal-

[122] En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag (prop. 2016/17:180), s. 174 ff.

förbund, kommunala bolag och privaträttsliga subjekt såsom bolag, vissa särskilda utmaningar. Ledning och styrning av gemensamma nämnder ställer också särskilda krav. Krav i t.ex. HSL, PSL och KL, som anger att olika organ ska besluta i vissa frågor eller att ledning ska utövas av särskilda organ eller aktörer t.ex. vårdgivare eller verksamhetschefer måste också beaktas.

Såvitt utredningen kan bedöma har de flesta kommuner och regioner en sammanhållen skriftlig delegationsordning. Det finns dock inte i KL några tydliga angivna formkrav för hur delegation ska ske. Delegationen kan ges och dokumenteras på annat sätt än delegationsordningar så länge det av dokumentet går att utläsa att det rör rätten att fatta beslut, vilken befattningshavare som har beslutanderätten och vilken typ av beslut denna befogenhet omfattar eller vilka frågor den avser.[123]

Ett exempel på hur ansvar delegerats finns i Region Sörmlands delegationsordning. Regionen har delegerat uppgiften att leda och fördela regionens resurser samt samverkan med andra myndigheter/sjukvårdshuvudmän och organisationer vid en regionövergripande särskild händelse till regiondirektören som vidaredelegerat detta till särskild sjukvårdsledare i regional kris- och katastrofledning. Uppgiften att besluta om initiering av särskild sjukvårdsledning och beslut inför inrättande av särskild sjukvårdsledning vid en särskild händelse är delegerad till tjänsteman i beredskap. Rent konkret innebär detta att tjänsteman i beredskap tillsammans med sjukvårdsledare i regional kris och katastrofledning har mandat att snabbt agera på en plötsligt uppkommen händelse utan att för den delen söka mandat hos den nämnd som ansvarar för ledning av hälso- och sjukvården. Mandatet tar dock inte över den myndighetsutövning som ankommer på smittskyddsläkaren. Det är också oklart hur långt det nämnda mandatet sträcker sig när det gäller t.ex. andra juridiska personer. I fallet med region Sörmlands är detta inte så omfattande men kan t.ex. röra Folktandvården och privata vårdgivare inom vårdvalet.

Även om utredningen inte systematiskt kunnat gå igenom alla regioners reglementen och delegationer synes det som att det i flera fall vara oklart om eller hur mandaten kring katastrofmedicinsk beredskap eller krisledning delegerats. T.ex. kan utredningen inte på samma tydliga sätt utläsa delegation ur vare sig Region Skånes eller Region Östergötlands styrande dokument. På fråga från utredningen svarar

[123] Högsta förvaltningsdomstolen 2016 ref. 28, mål nr 3889-14.

flera regioner att delegationen framgår av den plan för hantering av extraordinära händelser som ska fastställas i enlighet med 2 kap. 1 § LEH eller av den kris- och katastrofmedicinska planen. Detta gäller bl.a. för Region Blekinge, Region Kalmar och Region Västerbotten. Sådana planer som nämns ovan fastställs som regel av fullmäktige.

Det räcker inte att delegera mandat. I den mån mandat att leda och förfoga över regionens samlade resurser kan delegeras till sjukvårdledare i särskild sjukvårdsledning behöver det också klargöras hur detta förhåller sig till den ordinarie linjeorganisationen. Grunden för utvecklingen av särskild sjukvårdsledning var nämligen akuta korta händelser som diskoteksbranden i Göteborg (se avsnitt 3.5.5) och inte mer utdragna förlopp. Det kan antas att det under en händelse som varar över lång finns ett större behov av ordinarie linjeledning. Utredningen har uppfattat att det förekommit vissa otydligheter i denna fråga t.ex. under den senaste pandemin även om det inte gått att utläsa av några fastställda underlag.

Region Sörmland har t.ex. som beskrevs ovan delegerat uppgiften att leda och fördela regionens resurser samt samverkan med andra myndigheter/sjukvårdshuvudmän och organisationer vid en regionsövergripande särskild händelse till regiondirektören som vidaredelegerat detta till särskild sjukvårdsledare i regional kris- och katastrofledning. Detta torde innebära att när särskild sjukvårdsledning är etablerad så ligger inte längre mandatet i linjen. Mandatet ligger i stället hos sjukvårdsledaren så länge inte regiondirektören tar tillbaka det. Detta innebär kanske inte någon större otydlighet under en kortvarig händelse men under ett utdraget förlopp innebär en sådan ordning att det kan uppstå konflikter mellan linjeorganisationen och särskild sjukvårdsledning om inte mandaten korrigeras.

Region Blekinge uttrycker i sin kris- och katastrofplan att den särskilda sjukvårdsledningen har befogenheter att använda landstingets totala materiella och personella resurser i akuta lägen vid allvarliga händelser. Den tar landstingsövergripande beslut och ansvarar för att dessa beslut informeras till berörd förvaltningschef så snart det är möjligt. Särskild sjukvårdsledning kan överta förvaltningarnas lokala ledningsfunktion vid en allvarlig händelse. I annat fall leds förvaltningarna vidare i linjeorganisationen även vid en konstaterad allvarlig händelse.[124] Grundläggande för den särskilda sjukvårdsledningen är att

[124] Regional kris- och katastrofplan för Landstinget Blekinge (rev. 2017), s. 12.

sjukvårdsledaren är chef och har det yttersta organisations- och resursansvaret.[125]

I Region Blekinge har alltså sjukvårdsledaren mandatet att använda *hela* regionens resurser (inklusive kollektivtrafiken). Dock kvarstår förvaltningarnas linjeorganisation intill dess att sjukvårdsledaren *beslutar att ta över* ledningen av dessa. Ett sådant beslut kan naturligtvis även backas. Därmed finns en något större tydlighet än vad utredningen uppfattar är fallet i Region Sörmland.

Att leda i korta och långa tidsperspektiv

Det har som beskrivits ovan i vissa situationer under utbrottet av covid-19 funnits oklarheter kring hur bl.a. beslutsmandaten sett ut mellan särskild sjukvårdsledning och den linjeorganisation som leder hälso- och sjukvården i vardagen. Problem kan också uppkomma på andra sätt, Det finns här två utmaningar som särskilt bör framhållas. För det första visar pandemin att det finns behov av att kunna leda i en svår situation som varar under lång tid (närmare två år) och för det andra måste beaktas att smittskyddsläkarna, precis som sjukvården vid en katastrofmedicinsk händelse, har ett särskilt utpekat ledningsansvar för smittskyddet.

Det kan konstateras att modellen med särskild sjukvårdsledningen grundar sig i en modellering som gjordes runt millennieskiftet i samband med regleringen av den katastrofmedicinska beredskapen och inför framtagande av nya föreskrifter vid Socialstyrelsen.[126,127] De händelser som legat till grund för processmodelleringen och analysen har som tidigare sagts vara av karaktären att det omfattar en plötslig händelse som leder till ett stort skadeutfall och därmed kräver ett skyndsamt agerande från minst en region. Det har också varit händelser som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Sådana händelser kräver att det finns en organisation som snabbt kan ta beslut och inrikta verksamheten.

Plötsliga händelser karaktäriseras ofta av att man har maximalt skadeutfall vid händelseutbrottet och att allt arbete därefter fokuse-

[125] A.a., s. 11.
[126] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158).
[127] Linköpings universitet (2014): *PS – Prehospital Sjukvårdsledning, ett nationellt koncept* (2014-06-01).

ras på att tömma skadeplatsen och få de skadade personerna till rätt vårdnivå så fort det kan ske genom korrekt utförda prioriteringar. Även akut krisstöd eller psykisk första hjälpen ingår i detta skede. För denna typ av händelser fungerar sannolikt den framtagna modellen väl. Fokus ligger på ledning i det korta perspektivet. Det finns i det läget få beröringspunkter till den långsiktiga linjeledningen. Resurser prioriteras om under ett kortare tidsperspektiv. I ett senare skede behöver den drabbade regionen hantera eventuell eftervård, uppskjuten vård och mer långsiktigt krisstöd. Detta kan då eventuellt ske i linjeorganisationen.

Andra händelser som en pandemi, eller för den delen flera på varandra följande terrorattentat eller en säkerhetspolitisk kris kan däremot få ett annat händelseförlopp inte minst avseende utsträckningen i tid. Sådana händelseförlopp innebär att processerna behöver ta höjd för att även andra frågor än de akuta frågorna här och nu behöver beaktas. Det finns ett större behov av långsiktig analys, planering och beslutsfattande. En pandemi eller annat utbrott av smitta innebär också att smittskyddet behöver involveras i processen. Detta är frågor som den särskilda sjukvårdsledningen inte är modellerad för att hantera.

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar. Smittskyddsläkaren ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.[128] Smittskyddsläkaren är en myndighetsperson och endast underställd en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i frågor som inte rör myndighetsutövningen.[129] Detta innebär att särskild sjukvårdsledning och smittskyddsläkaren samtidigt leder olika delar av hälso- och sjukvården. Detta kräver samordning. Eftersom ledningsmandat saknas är samverkan den form som står till buds. Hur en eventuell konflikt mellan de olika ledningsmandaten ska lösas är oklart. Oftast kommer dock sannolikt de två funktionerna överens.

Beträffande händelser som inte karaktäriseras av ett initialt omfattande skadeutfall som kan omhändertas inom ett dygn eller några dagar varefter det är möjligt att återgå till ett normalskede, finns det vid ledning behov av att beakta flera tidsperspektiv. Enligt utredningens bedömning behöver viss ledning ha fokus på de omedelbara

[128] 6 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).
[129] 1 kap. 9 § andra stycket ovan nämnda författning.

åtgärderna medan andra analyserar och hanterar de mer långsiktiga effekterna. Inte minst blir detta tydligt under en pandemi som pågår under flera år. Motsvarande kan också antas gälla under en situation med flera samtidiga eller efterföljande allvarliga händelser med påverkan på sjukvården över längre tid. Sådana situationer kan t.ex. uppstå vid en så kallad gråzonsproblematik.

I ovanstående situationer behöver således flera aspekter än de direkt akuta frågorna beaktas. Sådana frågor kräver analys och prognostisering i andra tidsperspektiv än vad särskild sjukvårdsledning arbetar i. Det ovan nämnda exemplet från Region Sörmland innebär att så länge en händelse klassas som allvarlig händelse och behöver ledas på ett särskilt sätt så ligger mandatet över regionens resurser hos sjukvårdsledaren i regional särskild sjukvårdsledning. Det som ter sig som en styrka vid en plötslig händelse kan bli problematiskt vid händelser som pågår under en längre period. Det kan antas att under längre händelser så behöver mandatet, eller delar av det, återgå till den eller de nämnder eller andra ledande tjänstemän i regionen. Särskild sjukvårdsledning är som beskrevs tidigare en funktion vid sidan av linjen för att hantera en tillfällig utmanande situation. Särskild sjukvårdsledning är inte i grunden tänkt att ha den förmåga eller uthållighet som krävs för att leda hela sjukvården vid sidan av linjen över längre tid. Det är sannolikt inte heller effektivt att under längre perioder leda hela verksamheten genom en särskild organisation. Utredningen lämnar närmare förslag i avsnitt 5.1.1.

Särskild larmfunktion

Det är vid händelser som hastigt uppkommer eller med snabba förlopp och som allvarligt påverkar eller riskerar påverka verksamheten viktigt att det under dygnets alla timmar finns en funktion som kan kontaktas för att påbörja hanteringen av sådan händelse. En funktion i den offentliga förvaltningen som finns tillgänglig dygnet runt benämns traditionellt ”tjänsteman i beredskap” eller ”vakthavande befäl”.

Det finns i dag inget verksamhetsövergripande krav på att kommuner eller regioner ska ha en tjänsteman i beredskap. Ett sådant krav finns dock för den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna. Detta krav utgår ifrån de katastrofmedicinska föreskrifterna. Det saknas motsvarande krav i LEH.

För bevakningsansvariga myndigheter saknas också bestämmelser om tjänsteman i beredskap även om det i förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap framgår att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap vid behov ska lämna förslag till Regeringskansliet på förändringar av vilka myndigheter som ska ha en tjänsteman i beredskap med uppgift att initiera och samordna det inledande arbetet för att upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga kriser. Det är utredningens uppfattning att, trots att det saknas ett uttryckligt krav, det absoluta flertalet bevakningsansvariga myndigheter har en tjänsteman i beredskap eller vakthavande befäl. Det är dock viktigt att det när nya bevakningsansvariga myndigheter utses säkerställs att de finns fungerande processer för besluta om en myndighet ska ha en tjänsteman i beredskap. Det är också viktigt att myndigheterna får en finansiering som möjliggör de uppgifter som kommer med uppgiften att vara bevakningsansvarig myndighet, inklusive eventuell tjänsteman i beredskap. Även inom Regeringskansliet finns för respektive departement en tjänsteman i beredskap.

Det är enligt utredningen olyckligt att den funktion som enligt Socialstyrelsens katastrofmedicinska föreskrifter och allmänna råd ska ta emot ett larm benämns tjänsteman i beredskap då utgångspunkten är att de ska ta emot ett larm inom hälso- och sjukvården. Funktionen avser en ”sjukvårds-tib” eller ”sjukvårdsledare i beredskap”, uttrycket tjänsteman i beredskap leder lätt fel då man kan uppfatta det som att funktionen avser hela regionens verksamhet.

Det är viktigt att klargöra att den ovan nämnda funktionen inte är den enda larmfunktionen som finns på hälso- och sjukvårdsområdet. En annan mycket viktig larmfunktion i samhället, och som också har betydelse för hälso- och sjukvården, är den som upprätthålls via den nationella larmtjänsten vid SOS Alarm. SOS Alarms uppdrag är dock förhållandevis snävt (se vidare avsnitt 11.2). Den tjänstemannafunktion som tjänsteman i beredskap avser är den person som vid en händelse ska kunna vidta åtgärder inom hälso- och sjukvårdsorganisationen och bl.a. åstadkomma samordning inom hela hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Utredningen anser att det är viktigt att det finns en tydlig ingång i både kommuner och regioner för att kunna larma vid olika händelser inom flera verksamhetsområden. Om sådana allmänna krav ska införas bör det utgå ifrån LEH. Det finns dock trots avsaknaden av

sådana krav fortfarande goda skäl att ha en särskild ingång vad avser hälso- och sjukvård eftersom det krävs särskild sjukvårdskompetens för att kunna göra de bedömningar som krävs för att fatta medicinska beslut i samband med situationer med t.ex. många samtidigt svårt skadade eller sjuka. En sådan ordning med flera ingångar finns också i t.ex. Försvarsmakten som har en allmän VB-funktion men en särskild vakthavande sjukvård för att kunna hantera hastigt uppkomna sjukvårdsbehov i t.ex. utlandsstyrkan eller under övningar nationellt. En uppkommen händelse hanteras då samordnat i dialog mellan VB-funktionerna.

Det saknas reglering för kommunal särskild sjukvårdsledning

Genom kraven på en katastrofmedicinsk beredskap i hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter finns tydliga krav på en ledningsfunktion och förmåga vid allvarliga händelser för regioner. Motsvarande krav på funktion och förmåga saknas för den kommunala organisationen. Det innebär att det vid allvarliga händelser eller fredstida kriser saknas en särskild samlad ledningsfunktion (särskild organisation) för hälso- och sjukvård eller socialtjänst i kommunen. Utredningen kan konstatera att det implementeringsprojekt som genomfördes inom hälso- och sjukvårdssektorn med anledning av det nationella aktörsgemensamma arbetet om gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar inte heller närmare beskriver interaktionen med kommunernas hälso- och sjukvård.[130] Utgångspunkten måste därmed vara att det är kommunens ordinarie ledningsstruktur som gäller och som ska samverka med regionens särskilda sjukvårdsledning. Hur dessa kontakter ska tas är oklart, likaså om det finns funktioner i beredskap dygnet runt. Det finns i vilket fall inga sådana rättsliga krav.

Regioner och andra offentliga aktörer behöver veta vart de ska vända sig i vissa kritiska situationer för att snabbt kunna larma kommuner och upprätta samverkan. Kommunerna behöver en funktion som snabbt kan fatta nödvändiga beslut i kritiska situationer.

Kommuner bedöms således vara i behov av en funktion som är känd av andra aktörer i samhället och som bl.a. har ständig beredskap

[130] Socialstyrelsen (2020): *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse* (artikelnummer 2020-1-6569).

och nödvändiga beslutsmandat för att t.ex. kunna evakuera äldreboenden, ge stöd till andra kommuninnevånare eller ta emot patienter från regionen i en kritisk situation. Att ställa krav på att kommuner ska inrätta en särskild sjukvårdsledning bedöms inte rimligt. Inte heller torde det vara lämpligt att ställa krav om en särskild tjänsteman i beredskap enkom för sjukvårdsändamål. Möjligen skulle det vara lämpligt om en kommun skapade en beredskapsfunktion som är gemensam för kommunens verksamheter, t.ex. genom en tjänsteman i beredskap. Ett sådant krav skulle kunna införas i t.ex. LEH. Detta ligger dock utanför ramen för det uppdrag som givits denna utredning.

4.2.4 Behovet av ytterligare bestämmelser avseende planering för samverkan och ledning samt larmfunktioner

Som framgår avsnitten 4.1.4 ovan anser utredningen att det att det utöver planeringsbestämmelser i lag finns behov av vissa ytterligare föreskrifter om planering. Utöver vad som redan anförts där vill utredningen framhålla följande.

Utredningen anser inte att det finns skäl att genom föreskrifter försöka tvinga fram en enhetlig ledningsstruktur hos kommuner och regioner som ska ha mandat att leda all verksamhet. Det viktigaste är att regioner och kommuner planerar så att de kan leda sin samlade organisation effektivt. Föreskrifter om planering som avser ledning och samverkan bör ta sikte på detta och utformas så att det preciseras vad planeringen ska utmynna i.

Det finns skäl att i närmare föreskrifter på lägre nivå än lag ställa krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof. Det finns käl att ställa krav på planering som utmynnar i en funktion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet. Mandat för ledning av bör också så långt möjligt överlåtas till en sådan funktion. Det finns skäl att införa föreskriftskrav som innebär att kommuner och regioner i en plan ska redogöra för och fastställa hur ledning och samverkan av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof. Det finns då skäl att ställa krav på planering som utmynnar i en funktion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet. Mandat för ledning bör också så långt

möjligt överlåtas till en sådan funktion. Det finns också skäl att införa föreskriftskrav som innebär att kommuner och regioner i en plan ska redogöra för och fastställa hur ledning och samverkan av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof.

En larmfunktion för sjukvårdsverksamheten bör precis som i dag kunna ta emot ett larm, verifiera uppgifter, vid behov larma vidare och initiera och samordna det inledande arbetet med en händelse. Det bör av den plan som regionen tar fram framgå hur denna funktion är organiserad och vilka mandat funktionen har att omfördela resurser. Utredningen anser att det i en föreskrift ska finnas krav på att det av de planer som tas fram ska framgå hur nödvändiga funktioner i hälso- och sjukvården larmas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården. Det ska av planen också framgå hur man ska larma andra funktioner och vilka mandat larmfunktionen har.

4.2.5 En aktuell uppfattning av läget utgör grunden för beslut

Bedömning: En god lägesuppfattning är grundläggande för beslutsfattande. Det finns anledning att utifrån de lärdomar som gjorts under pandemin fortsätta utveckla arbetet med lägesbilder inom hälso- och sjukvårdssektorn, både regionalt och nationellt. Sådant arbete måste ske innan en kris inträffar. I arbetet bör man utgå ifrån olika scenarier så att lägesbilderna stödjer flera olika typer av händelser inklusive krig. Arbetet bör göras gemensamt inom sektorn och i nära dialog med kommuner och regioner.

All form av beslutsfattande underlättas av en god uppfattning om läget, lägesuppfattning. Det gäller för alla verksamheter och såväl i normalläge som vid fredstida kriser och i krig. Lägesbilder bidrar till god lägesuppfattning. Regeringen uttalade redan i propositionen *stärkt krisberedskap – för säkerhets skull* år 2007 att en samlad lägesbild utgör grunden för att aktörerna i krisberedskapssystemet ska kunna genomföra lämpliga åtgärder och samverka. Regeringen ansåg vidare att förmågan att skapa samlade lägesbilder borde stärkas.[131] Det kan

[131] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/08:92), s. 18.

redan här framhållas att denna utredning delar denna uppfattning och det finns dessutom alltjämt skäl att öka förmågan att samla ändamålsenliga lägesbilder.

Det är inte alltid i fredstida kriser och krig möjligt att ha ett så fullgott beslutsunderlag som man skulle önska. Framför allt kan man sakna information om hur händelserna kommer att utvecklas. Beslut kan i stället behöva fattas på ofullständiga underlag, osäkra bedömningar av framtida händelseutveckling och med stor tidspress. Detta till trots finns skäl att alltid sträva efter att skapa ett så fullgott beslutsunderlag som möjligt.

Inom hälso- och sjukvården är strävan att arbeta evidensbaserat. Detta grundar sig på och avspeglas i patientsäkerhetslagens krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet[132]. För att detta ska vara möjligt krävs tillgång till bästa tillgängliga kunskap i den meningen att det ska vara ett så tillförlitligt underlag som möjligt. Evidens kommer oftast från vetenskapliga studier.

Det är dock inte alltid möjligt att fatta beslut utifrån evidens eftersom sådan kan saknas och det kan saknas tid att genomföra ny forskning. I lägen då beslut måste fattas skyndsamt kan situationer uppstå då tiden inte heller medger sammanställningar och värderingar av befintliga evidens. Frågan om ett beslutsunderlag kan anses adekvat måste då bedömas med hänsyn till situationen. Även om det helt saknas evidens finns det naturligtvis skäl att tillse att ett beslutsunderlag möjliggör bedömningar av vad som skulle kunna vara lämpliga åtgärder, i synnerhet om alternativet leder till större skada.

Detta avsnitt syftar till att beskriva det allmänna behovet av lägesbilder som stöd för beslutsfattande i hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig. Utredningen har i föregående delbetänkande *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* beskrivit behovet av, och lämnat förslag kring, nationella lägesbilder för sjukvårdsprodukter.[133] Där finns också utförligare beskrivningar av utmaningarna med lägesbilder för kommuner och regioner avseende sjukvårdsprodukter under utbrottet av covid-19.[134]

[132] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[133] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 ff.
[134] A.a., s. 771.

Lägesbilder och lägesuppfattning

Som tidigare anförts gäller det att så långt det är möjligt undvika katastrofsituationer i vården och, om sådana ändå inträffar, hantera dessa så att konsekvenserna för patienter och personalen i vården minimeras.

Beslutsfattare i kommuner och regioner måste i svåra situationer snabbt kunna överblicka en kritisk situation och skapa sig en god lägesuppfattning så att de kan vidta adekvata åtgärder. För detta krävs att beslutsfattare har tillgång till beslutsunderlag med relevanta uppgifter om exempelvis vissa fastställda kapacitetsgränser samt hur förhållandet mellan vårdresurser och vårdbelastning är och utvecklas. Ett viktigt sådant beslutsunderlag är en aktuell lägesbild.

Begreppet lägesbild beskrivs av MSB som *samlad information som bildar en grund för beslut*.[135] Enligt regeringens innebär begreppet *en sammanställning av uppgifter för att få en bild över vad som har hänt, händer eller kommer att hända. Lägesuppfattning är en bedömning av hur det som inträffat påverkar aktörens sammanhang*. Aktörens lägesuppfattning bygger således på en lägesbild. Både lägesbild och lägesuppfattning behövs som underlag för att kunna avgöra om agerande krävs på något sätt och i så fall hur.[136,137]

MSB har också tagit fram en teoretisk vägledning som grundar sig i aktuell forskning kring lägesbilder.[138] Det finns inte anledning att här gå in djupare på dessa detaljer. Det ska dock noteras att det av regeringens definition framgår att en lägesbild inte enbart avser en statisk bild av läget.

Lägesbilder i vardagen

Lägesbilder behövs vid beslut i många olika sammanhang i hälso- och sjukvården, både i vardagen och i särskilda situationer. Vid beslut om budget krävs t.ex. en god lägesuppfattning så att medel avsätts till rätt verksamheter och i tillräcklig omfattning.

Även i den dagliga verksamheten behövs lägesbilder som stöd för beslut. Hur många ”prio ettor” väntar på akuten? Hur många till-

[135] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2010): *Landstingens ledningsförmåga – Vid allvarlig händelse. Handbok med stöd och riktlinjer för landstingens regionala ledningsplatser och dess tekniska förstärkningsåtgärder*, s. 55–56.
[136] Stärkt krisberedskap – för säkerhets skull (prop. 2007/8:92), s. 18–19.
[137] Samhällets krisberedskap – stärkt samverkan för ökad säkerhet (Skr. 2009/10:124), s. 88.
[138] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016): *Lägesbilder – Att skapa och analysera lägesbilder vid samhällsstörningar* (ISBN: 978-91-7383-685-2).

gängliga vårdplatser finns på hjärtintensiven, medicinavdelningen eller IVA? Hur många patienter är färdiga för utskrivning? Hur många platser har kommunen för att ta emot färdigbehandlade patienter från regionen eller för medborgare som behöver stödboende?

Ovanstående exempel är kraftigt förenklade. De flesta beslut vi fattar i vardagen fattas dock på grundval av information som kommer från olika lägesbilder. Det är dock mindre vanligt att vi pratar om lägesbilder och lägesuppfattning i vardag än vid en kris eller när något särskilt har hänt. Det kan göra att när vi ska ställa om och hantera en pågående kris framstår lägesbilder som något nytt och främmande. Genom att tydliggöra och öka förståelsen för lägesbildernas betydelse för den vardagliga sjukvården skapas en god grund även för att hantera kriser.

Med goda lägesbilder som underlag ökar möjligheterna att fatta kloka och rationella beslut om t.ex. vilket stöd som behövs, vilka verksamheter som behöver ställas om och vilken extra personal som behöver kallas in. De flesta regioner har sannolikt informationssystem och ett datalager för viss information. Sannolikt finns även någon form av vårdplatskoordinator.

Lägesbilder behöver innehålla prognoser

För att en lägesbild ska bli tydlig och bidra till god lägesuppfattning behöver den kompletteras med prognoser och bedömningar. Här kan ortopedverksamheten en vinterdag utgöra ett enkelt exempel. Låt säga att beläggningen på ortopedavdelningen är 95 procent och vi behöver fatta beslut om vi ska utöka antalet vårdplatser och kalla in mer personal. Beslutet är beroende av om vi kommer få fler eller färre patienter framöver. Den aktuella väderprognosen anger att vädret kommer ändras och halkrisken upphöra. Vi bedömer, prognostiserar, utifrån detta att inflödet av nya patienter kommer minska och att vi når en beläggning på 70 procent inom ett par dagar. Det samlade beslutsunderlaget ger oss grund att anta att det saknas behov av åtgärder. Det omvända kan naturligtvis också inträffa. Med kommande väderomslag bedöms antalet halkolyckor öka. Behovet av vårdplatser kommer vara 115 procent om ett par dagar. Vilka åtgärder behöver vi utifrån detta beslutsunderlag vidta för att komma tillrätta med situationen?

Även kommuner kan drabbas av händelser där vädret spelar stor roll. Med klimatförändringarna kommer varmare och torrare somrar vilket riskerar att leda till värmebölja. Höga temperaturer utgör en riskfaktor för många äldre. Om det är svårt att hålla ner temperaturerna hemma hos brukare eller på särskilda boenden kan det föreligga en allvarlig risk för hälsan. En lägesbild över situationen behöver då ta hänsyn till väderprognosen. Om värmen väntas avta under de närmaste dagarna kommer sannolikt situationen att lätta av sig själv och kravet på åtgärder minskar.

Även dessa exempel är kraftigt förenklade och tar inte hänsyn till enskilda patienters behov men visar på behovet av att ha en översikt och att göra prognostiseringar utifrån det aktuella läget. Endast genom lägesbilder och prognoser finns möjligheten att vara på förhand och minimera de negativa konsekvenserna av utvecklingen. Exemplen ovan är dock inte helt tagna ur luften. Inte sällan hör eller läser man i media om överbeläggningar, brist på vårdplatser och köer i vården trots att det borde finnas gott om lägesbilder och prognoser. Halka leder varje år till stora problem för sjukhusen och värmeböljor leder till problem för kommunerna. Huruvida dessa problem grundar sig i att man saknar kunskap om läget eller prognos, beror på en grundläggande resursbrist eller en kombination av dessa är svårt att svara på. Sannolikt är det en kombination av ovanstående.

Lägesbilder för hantering av svåra förhållanden i fred och krig

För plötsliga händelser med många skadade eller andra svåra förhållanden finns, utöver behovet av information om den aktuella vårdplatssituationen på olika sjukhus, behov av att t.ex. veta hur många extra vårdplatser som kan tillskapas inom ett givet tidsintervall eller hur mycket extra operationspersonal som kan kallas in med kort varsel. Vid stora skadeutfall behöver också upprättas en god prehospital lägesbild om antalet skadade av olika prioritet, tillgängliga och inkommande sjuktransportresurser och omloppstider. Sådana lägesbilder behövs inte minst för regionens egen verksamhet. Vissa delar i sådana lägesbilder kan, om de ska vara till god nytta, bygga på redan i förväg känd information. Det är exempelvis inte rimligt att vid en omfattande händelse med många skadade börja inventera lediga vårdplatser eller fastställa hur många vårdplatser som kan tillskapas.

Det är i stället rimligt att det inom en kommun eller region redan finns uppdaterad och sammanställd information om resursläget. Sådan information har nämligen inte bara betydelse för den uppkomna situationen utan även för den dagliga sjukvården. Eftersom det verkar råda en mer eller mindre konstant vårdplatsbrist finns det dessutom ännu större skäl till att i vardagen ha en god lägesbild.

I situationer med många drabbade kan det även uppstå behov av att kunna skicka patienter till närliggande regioner, endera direkt från en skadeplats eller sekundärt efter ett första omhändertagande. Därmed finns ett behov av att även kunna ta del av lägesbilder från andra, i första hand närliggande regioner. Sådan information kan erhållas på olika sätt, endera genom att den finns tillgänglig sammanställd i elektronisk form eller genom att man får ringa runt och fråga vilken kapacitet som finns var. Det finns stora fördelar med att snabbt kunna ta del av vilken ledig kapacitet som finns i andra regioner.

På samma sätt är det med lägesbilder i kommuner. Även om lägesbilder kan behöva kompletteras med mer detaljerad information och överenskommelser kan behöva träffas mellan kommunerna eller regionerna innan patienter flyttas, är det sannolikt bättre med lägesbilder än att ringa runt till kommuner och regioner på måfå. Om en sådan bild även innehåller förväntad förändring inom t.ex. 0–72 timmar utgör den ett ännu säkrare underlag för beslut.

Lägesbilder behövs även vid utbrott av smitta, oavsett om smittan är avgränsat lokal/regionalt, nationellt eller om det är en pandemi. Det som möjligen skiljer smittskyddsområdet från övrig hälso- och sjukvård är att det redan i dag finns långtgående krav på rapportering och en kontinuerlig övervakning av smittläget, vilket underlättar skapandet av lägesbilder. I denna del har man kommit längre på smittskyddsområdet än inom den allmänna hälso- och sjukvården. Det vore dock att gå för långt att säga att alla utmaningar därmed är lösta. Det finns tydliga kopplingar mellan smittskyddsområdet och den övriga hälso- och sjukvården som inte är omhändertagna.

Situationen med utbrottet av covid-19 avviker från händelser som medför ett stort antal skadade. Under utbrottet av covid-19 har det varit svårt att prognostisera antalet covid-sjuka i vården. Orsakerna till detta är fortfarande oklara men dels kan det bero på att covid-19 var ett nytt virus, dels på att det stundtals saknats en överblick och god prognos över smittspridningen och hur många som faktiskt kommer behöva sjukhusvård. Med ledning av de data som samlas in från

testning kan dock antas att ju fler smittade, desto fler kommer behöva sjukvård. Utmaningen ligger sannolikt i att avgöra vart smittspridningen tar vägen, vilket påverkas av befolkningens beteende.

Utbrottet av covid-19 utgör ett exempel på ett område där det inledningsvis saknas vetenskapliga evidens och kunskap om hur stor andel av de smittade som blir allvarligt sjuka. I sådana situationer är det initialt nödvändigt att försöka prognostisera utifrån de underlag som finns tillgängligt. Det vill säga det måste gå att, utan att veta exakta tal, uppskatta utvecklingen över tid. I efterhand kan detta alltid kritiseras, men bedömningen av vad som är rätt eller fel måste göras mot vilken kunskap som fanns vid beslutstillfället. I takt med att situationen utvecklas genereras dock mer kunskap och prognosunderlagen blir bättre. För de kommuner och regioner som hela tiden ligger mycket nära kapacitetstaket i vardagen, kommer minsta ökning att bli en utmaning.

Behovet av lägesbilder omfattar naturligtvis inte enbart personal, vårdplatser eller sjukvårdsprodukter utan är egentligen betydligt bredare och omfattar alla de produkter, tjänster och resurser en kommun eller region behöver för att bedriva vård. Exempel på sådana resurser är tillgången på elektricitet, drivmedel, information- och kommunikationssystem, vatten och andra förnödenheter som är av betydelse men inte direkt kan klassas som sjukvårdsprodukter. Att rapportera alla olika förnödenheter och tjänster på regelbunden basis kan dock vara alltför resurskrävande. Ett visst mått av flexibilitet måste därför finnas i vad som kan rapporteras och vad som rapporteras regelbundet. Det kan också finnas behov av att skapa specifika lägesbilder inom olika funktionsområden. T.ex. kan det behöva upprättas särskilda lägesbilder över personalläget, förnödenhetsförsörjning eller för elektroniska kommunikationer och it. Dessa delar blir då en del av regionens samlade lägesbild. De enskilda delarna kan också behöva delges andra myndigheter än Socialstyrelsen. Till exempel kan lägesbilden över elektroniska kommunikationer och it behöva delges Post- och telestyrelsen eller E-hälsomyndigheten.

Beslutsunderlag kan vara mer eller mindre omfattande eller underbyggda. Många gånger kan det vara svårt att med en hundraprocentig säkerhet beskriva läget, vad som krävs för att nå ett nytt läge eller hur läget kommer utvecklas över tid (prognos). Beroende på situation kan också olika mycket tid finnas tillgänglig för att ta fram dessa underlag. Detta är vid kriser och i krig faktorer eller osäkerheter som

är helt normala och hanterbara så länge man är medveten om dem och osäkerheterna kan beskrivas.

Att ta fram lägesbilder kan vara krävande

Det uppfattas många gånger av kommuner och regioner som betungande att ta fram lägesbilder. Särskilt betungande är det om det är många aktörer som ska få del av lägesbilden och de olika aktörerna har olika önskemål om lägesbildens innehåll och utformning samt när den ska levereras.

Sannolikt förstår det flesta behovet av ett gott beslutsunderlag och att ett beslut ska grundas på en god lägesuppfattning. Det kan dock vara så att den som ska sammanställa informationen även är pressad och har andra arbetsuppgifter och inte tydligt kan se vilken nytta lägesbilden har. Det är sannolikt så att det tas fram lägesbilder som inte används som beslutsunderlag, det är också sannolikt så att det tas fram lägesbilder som inte stödjer beslutsfattande. Detta innebär att arbete med lägesbilder måste bli tydligare. De lägesbilder som tas fram måste vara motiverade. Motivationen till att bidra till en lägesbild och god lägesuppfattning ökar om man själv ser att man får ut något av processen. Dvs. att de underlag man levererar faktiskt leder till beslut som stödjer den pressade situationen eller att man får tillbaka en aggregerad lägesbild som man själv kan stödja sina beslut på.

Vem behöver ha en lägesbild?

Syftet med lägesbilderna är, som angavs inledningsvis, att stödja beslutsfattande. Lägesbilder behövs därför på alla olika nivåer där beslut fattas. Detta gäller på en enskild klinik, ett sjukhus eller i en region likväl som på nationell nivå hos en myndighet eller regeringen. Vad en lägesbild ska visa behöver därför relatera till aktörens ansvar, det beslut som ska fattas och den tidsdimension som beslutet avser.

Det framhålls ibland att det inte är meningsfullt att till den nationella nivån rapportera hur många lediga vårdplatser som finns då detta snabbt kan förändras. Det är i detta avseende viktigt att skilja på det egna behovet av en lägesbild och vad som rapporteras för att tillgodose andras behov.

En kommun eller region behöver för sitt eget beslutsfattande i en enskild verksamhet ha en lägesbild med en hög upplösning för att kunna hantera akuta händelser i den egna verksamheten. På regionnivå bör beslutsfattandet ha en, åtminstone till del, annorlunda tidshorisont vilket innebär att man snarare är i behov av en övergripande bild och en bedömning av utvecklingen. Det är kanske inte relevant för den politiska ledningen att veta om det är 25 eller 27 lediga IVA-platser utan att få kännedom om man bedömer att ligga på en belastning närmare 100 procent under överskådlig tid. En nationell myndighet, som arbetar i en annan tidsdimension, har kanske inte behov av riktigt lika god upplösning i informationen för att stödja sitt beslutsfattande. En nationell myndighet kan i vissa fall ha behov av en högre upplösning men i många fall finns behov av att se trender som man ser på längre sikt för att vid beslut och åtgärder försöka stödja kommuner och regioner. Dock krävs för de förslag som utredningen redogör för i avsnitt 5.3 att Socialstyrelsen har en tillräckligt god lägesuppfattning för att kunna fatta beslut om stöd.

Avslutningsvis kan det alltså konstateras att flera olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet behöver ha tillgång till lägesbilder, men att behovet skiljer sig åt. En viktig aspekt att beakta i dessa sammanhang är vilka möjligheter som finns att rapportera olika information till olika aktörer. Eftersom rapportering av information sällan är en huvuduppgift för en aktör måste detta ske med en viss rationalitet. Det vill säga det kan vara så att olika aktörer måste nöja sig med den grundinformation som rapporteras och att den mottagande myndigheten själv måste bearbeta informationen till stöd för sina beslut. Detta hindrar dock inte de rapporterande aktörerna att, delge specifik information till en viss aktör.

Tidigare försök att skapa nationella lägesbilder

Behovet av lägesbilder är inte nytt. Det som möjligen förändrats är de tekniska möjligheterna att nyttja informationsteknologi som stöd i processen att ta fram och dela lägesbilder. I början av 2000-talet fanns långtgående planer på att i Sverige utveckla och införa ett nationellt system för ledning av akuta sjukvårdsinsatser genom systemet

”IS SWEDE”.[139] Systemet skulle vara fullt implementerat i samtliga regioner år 2005. Regeringen beskrev i propositionen *Samhällets säkerhet och beredskap* att systemet förbättrat regionernas ledningsförmåga och det skulle omfatta sjukvårdens disponibla kapacitet, sjuktransportdirigering och hänvisning av drabbade till sjukvårdsinrättningar.[140] Avsikten med systemet var också att det skulle innefatta samtliga ledningsnivåer inom en region med möjlighet att samverka med andra regioner samt övergripande samordning mellan regioner på nationell nivå. Kort efter denna proposition beslutade Socialstyrelsen att avveckla systemet. Resterna av systemet finns i dag i systemet Paratus som ägs av en privat aktör och är implementerat i ett fåtal regioner. Någon nationell samordning genom IS SWEDE uppstod aldrig.

Uppbyggnaden av gemensam lägesbild görs rimligen med stöd av informationssystem på ett sätt så att de aktörer som har behov av informationen kan ta del av denna. Information kan då presenteras på olika sätt utifrån registrerade uppgifter i en databas. Därmed kan detaljeringsgraden eller den geografiska skärningen styras utifrån aktörens behov. Vid ett framtagande av ett system som omfattar så detaljerad information behöver behovet av säkerhetsskydd särskilt beaktas så att informationen kan överföras säkert och så att endast behörig personal får tillgång till informationen (se vidare nedan).

Lägesbilder kräver standardiserad information

För att lägesbilder ska kunna delas och på nationell nivå kunna stättas samman till en gemensam lägesbild förutsätts att de beskriver samma sak. Därmed finns ett behov av att mäta samma parametrar. Det finns alltså ett behov av att veta om 10 IVA-platser i en viss region motsvarar 10 IVA-platser i en annan region. En viktig utgångspunkt för arbetet med att kartlägga och tillskapa vårdplatser är att definiera vad som avses med en viss typ av vårdplats. Utredningen lämnade redan i delbetänkandet *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* förslag på att gemensamma kriterier för olika typer av vårdplatser skulle tas fram.[141] Socialsty-

[139] Det ska noteras att IS SWEDE kanske i dag snarare skulle betraktas som ett ledningsstödsystem än ett ledningssystem.
[140] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 77.
[141] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 78 f.

relsen har sedan dess fått i uppdrag att genomföra en kartläggning och sammanställning av den nationella vårdkapaciteten utifrån gemensamma kriterier för vårdplatser vid höjd beredskap och krig.[142] Denna del av uppdraget ska redovisas senast den 1 september år 2022. Arbetet utgör en viktig pusselbit i framtagandet av lägesbilder. Det förutsätter dock att kommuner och regioner dokumenterar i enlighet med de definitioner som tas fram. Det torde dock finnas ett stort egenintresse för regionerna att göra detta då det underlättar samverkan i alla led.

Rapportering av lägesbilder under pandemin

Utredningen har i föregående delbetänkande *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* beskrivit behovet av, och lämnat förslag kring, nationella lägesbilder för sjukvårdsprodukter.[143] Där finns också utförligare beskrivningar av utmaningarna med lägesbilder för kommuner och regioner avseende sjukvårdsprodukter under det initiala utbrottet av covid-19.[144] Här fokuseras i stället på den samlade rapporteringen av lägesbilder inom hälso- och sjukvårdsområdet utifrån den pågående pandemin. Inledningsvis kan det konstateras att det under pandemin, när det gäller samlade lägesbilder inom hälso- och sjukvården på nationell nivå, förekommer i huvudsak tre aktörer Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och MSB. På regeringens uppdrag ska också länsstyrelserna varje vecka redovisa länets samlade lägesbild. Lägesbilderna rapporteras gemensamt till regeringen via länsstyrelsernas samordningskansli. I lägesbilden redovisas bland annat länets utveckling av covid-19, behov av samverkan, planerade och genomförda åtgärder samt hur kommunernas, regionens och andra regionala aktörers verksamhet påverkas.[145]

Utredningen uppfattar att det under pandemin skett en stor utveckling av rapporteringen av lägesbilder, framför allt inom Socialstyrelsens område vad gäller tillgången på personlig skyddsutrustning, tillgången på vårdplatser och läget i särskilda boendeformer. Inom smittskyddet fanns redan före pandemin digitala verktyg för rappor-

[142] Uppdrag att ta fram underlag m.m. samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar (S2021/02921 [delvis]).
[143] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 ff.
[144] A.a., s. 771.
[145] www.lansstyrelsen.se/vastra-gotaland/samhalle/krisberedskap/covid-19/lansstyrelsens-arbete-med-covid-19.html, besökt 2021-12-19.

tering av smitta genom SmiNet. Folkhälsomyndigheten har sedan länge inom ramen för sitt uppdrag i vardagen en vana att sammanställa olika lägesbilder över t.ex. smittspridning och antibiotikaresistens. Under pandemin har detta kompletterats med ytterligare rapporter.

Socialstyrelsen har under pandemin haft en större uppförsbacke och tvingats införa och anpassa ett nytt digitalt verktyg för lägesbildshantering.[146] Dessa skillnader grundar sig sannolikt till del i att de två myndigheterna är väldigt olika ”operativa” i vardagen.

Socialstyrelsens samlade lägesbild bygger bl.a. på statistik från Svenska intensivvårdsregistret, regionernas egen analys om påverkan samt Socialstyrelsens enkäter till kommunerna. Lägesbilden är summarisk och bygger mycket på historisk utveckling (60 dagar) av olika vårdplatser, stabslägen[147] samt aktuell kommunal och regional påverkan.[148] Rapporten publiceras inte på webben. Bakomliggande detaljer i lägesbilden kan omfattas av sekretess enligt 13 kap. 18 § offentlighets- och sekretesslagen och delas normalt inte. De lägesbilder som utredningen tagit del av fokuserar mer på historik och nuläge än på analys, bedömning för framtiden och åtgärder. Den bakomliggande regionala bilden har också brister i tydlighet, framför allt i vad som avser fakta och bedömning om prognos. Den ”delbara lägesbilden”, dvs. den del som inte omfattas av sekretess enligt OSL omfattar exempelvis information som att det finns *x* disponibla IVA-platser, *y* procent av regionerna har covid-patienter, ledig IVA-kapacitet är *z* procent osv. Det finns *en* analys av hur många regioner som förväntar sig en förändring inom 24–72 timmar och 10–15 dagar. Det finns en motsvarande samlad bedömning för kommunerna. Lägesbilden kopplar inte till Folkhälsomyndighetens lägesbilder och rapporter, se nedan.

Folkhälsomyndighetens veckorapporter om covid-19 innehåller ett stort mått av statistik men även länkar till ytterligare rapporter och underlag. Veckorapporten innehåller även viss information om vidtagna åtgärder (t.ex. nya rekommendationer v. 50) samt övergripande råd till befolkningen (stanna hemma om du har symtom).[149] Veckorapporter är omfattande (17 sidor) och publicerad på webben. Lägesbilden omfattar detaljerad statistik uppdelat per vecka under hela året. Viss information kring intensivvårdskapacitet överlappar

[146] www.4cstrategies.com/nordic/socialstyrelsen-covid-19/, besökt 2021-12-19.
[147] Huruvida regionen varit normalläge, stabsläge, förstärkningsläge eller katastrofläge.
[148] Socialstyrelsens delbara lägesbild vecka 34, 2021-08-26 samt underliggande regionala bilder.
[149] Folkhälsomyndigheten (2021): *Veckorapport om covid-19, vecka 49*.

med Socialstyrelsen. Även Folkhälsomyndighetens veckorapport saknar i stort bedömningar av kommande utveckling och framtida åtgärder. Folkhälsomyndigheten gör i stället prognoser över utvecklingen av smittspridningen åt regeringen enligt särskilda regeringsuppdrag.[150] Med utgångspunkt i dessa prognoser vidtas åtgärder endera av Folkhälsomyndigheten eller regeringen.

Folkhälsomyndigheten publicerar också prognoser för inläggningar på vårdavdelningar till följd av covid-19 som en separat rapport.[151,152] Folkhälsomyndigheten tar sammanfattningsvis fram många och omfattande underlag men någon lättillgänglig nationell samlad lägesbild kan vara svårt att finna.

Nationella lägesbilder som saknar bedömningar från expertmyndigheter gör det svårt för andra aktörer fatta egna beslut. Expertmyndigheterna är just experter och för att andra som inte har den kompetensen ska kunna fatta beslut behöver det finnas en djupare analys och bedömning. Det bör då framgå att det är myndighetens bedömning. Det finns stora fördelar med att även redovisa grunddata, det gör att den som har kompetens kan göra egna bedömningar. En lägesbild bör också följas av rekommendationer om vilka åtgärder som kan eller bör vidtas för att förbättra läget.

Det är stor skillnad mellan Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens rapportering. Till viss del kan detta skilja sig i att den aktuella händelsen rör just ett smittoutbrott och att Folkhälsomyndigheten därmed är central, samtidigt har det under pandemin stått klart att det är sjukvårdens förmåga att ta hand om svårt sjuka patienter som varit den största utmaningen.

Det är intressant att notera att det inte verkar finnas någon koppling mellan de prognoser om kommande inläggningar i sjukvården som Folkhälsomyndigheten publicerar och de redovisningar som Socialstyrelsen gör avseende vårdplatsläge, åtminstone inte i de underlag som utredningen tagit del av. Det är oklart i vilken grad regionerna tillämpat prognoserna över framtida inläggningar i sin planering och sina åtgärder. Det är just den typen av bedömningar som borde föranleda åtgärder både på myndigheter och i regioner. Här kan man ställa

[150] Folkhälsomyndigheten (2021): *Risk för ökad smittspridning och nationella och regionala klusterutbrott under hösten och vintern 2021.*
[151] Folkhälsomyndigheten (2021): *Prognoser för inläggningar på intensivvårdsavdelning till följd av covid-19, vecka 50.*
[152] Folkhälsomyndigheten (2021): *Prognoser för inläggningar på vanlig vårdavdelning till följd av covid-19, vecka 50.*

sig frågan om det skulle finnas ett värde av att ha en mer samlad bild av hälso- och sjukvårdens förmåga som en myndighetsgemensam lägesbild för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens insamling och presentation av data har förbättrats under pandemins utveckling men det förefaller fortfarande finns friktioner i rapporteringen mellan regioner och myndigheten både vad avser regionernas arbetsinsats, metod och vad regionerna får ut av rapporteringen. Som beskrevs inledningsvis är det centrala i rapportering och lägesbilder att de ska stödja beslutsfattande, inte att det ska utgöra statistikredovisningar för eventuell framtida forskning.

Arbete med automatiserad insamling av data

Socialstyrelsen har under hösten år 2021 initierat ett projekt med att samla in de data som varit aktuella under utbrottet av covid-19 automatiskt till Socialstyrelsens datalager. En sådan utveckling kommer förstärka Socialstyrelsens förmåga att skapa nationella lägesbilder. Automatisering innebär att data kan hämtas in mer frekvent, med högre detaljupplösning och att det manuella arbetet med att sammanställa uppgifter minskar. Avsikten är att på sikt samla in data från kommuner, regioner, länsstyrelser, andra sjukvårdsmyndigheter och relevanta kvalitetsregister. Insamlingen av data kommer ske på ett sätt som säkerställer den informationssäkerhetsklass som är nödvändig. Socialstyrelsen ska sedan med datalagret som grund kunna skapa nationella lägesbilder.

Utgångsläget under hösten år 2021 är att det är frivilligt för regioner och kommuner att gå in i arbetet med automatisk datainsamling. För de kommuner och regioner som så önskar finns möjligheten till formulärbaserad insamling av data att finnas kvar.

Regeringen har gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie för hur myndigheten ska kunna tillhandahålla en nationell digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Syftet är att klargöra hur staten ska kunna tillhandahålla en digital infrastruktur för kommuner och regioner som bedriver nationella kvalitetsregister. En gemensam statlig nationell infrastruktur ska öka nyttiggörandet samt underlätta, och minska administrationen för regioner,

kommuner och statliga myndigheter.[153] Uppdraget, så som det ser ut, avser inte beredskapsfrågor. Utredningen kan dock konstatera att under utbrottet av covid-19 har beläggningen inom intensivvården byggt på data som hämtats Svenska intensivvårdsregistret, förkortat SIR. I den mån den information som efterfrågas för lägesbilder finns och är uppdaterad i kvalitetsregister är detta ett bra sätt att samla in den typen av information. I detta avseende är uppdraget till E-hälsomyndigheten en viktig pusselbit. Det är dock viktigt att beakta att informationen ytterst kan komma att behövas under sådana förhållanden då det kan vara mycket stor påverkan på samhällets funktionalitet och att systemen behöver byggas med detta i beaktande.

Vilken information behöver lägesbilder innehålla?

Som konstaterades inledningsvis finns inte enbart behov av att redovisa eller rapportera data. En kommun eller region måste ta fram en egen lägesbild. En sådan lägesbild behöver innehålla information i flera tidsperspektiv, på kort, medellång och lång sikt. För att kunna presentera information i framåtsyftande tidsperspektiv behöver ett visst mått av analys göras. Hur kommer situationen att förändras? Om situationen bedöms förvärras (går från ”grönt” mot ”rött”) bör lägesbilden innehålla vilka åtgärder som kan vidtas eller som utreds för att förändra läget. Om situationen redan är mycket svår och åtgärder vidtagits som ger effekt bör det av lägesbilden framgå och i ett längre tidsperspektiv bör läget redovisas som att det går från ”rött” till ”grönt”. Genom att infoga denna typ av prognoser får beslutsfattare som tar del av lägesbilden en bättre uppfattning om vad de kan göra för att påverka situationen. Det blir också ett bättre underlag för andra aktörer.

Om det är möjligt är det också viktigt att beskriva vilken händelseutveckling som är troligast och farligast samt om det finns tydliga omslagspunkter. Sådana bedömningar kan kopplas till enskilda parametrar eller vara övergripande.

En lägesbild behöver fastställas. Informationen i lägesbilder kan vara känslig på flera olika sätt. Vissa delar av lägesbilden kan anses utföra känslig information utifrån att det redovisas risker eller sårbar-

[153] Uppdrag att genomföra en förstudie om digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister (S2021/06170 [delvis]).

heter, andra aspekter kan vara om det finns koppling till Sveriges säkerhet. Det finns därför ett behov av att bedöma vilken informationssäkerhets- eller säkerhetsskyddsklass materialet omfattas av. Informationen kan också anses vara känslig ur ett politiskt perspektiv. En lägesbild behöver fastställas att gälla för en viss tidsperiod. Ett sådant fastställande behöver göras av en behörig person med rätt mandat. Även eventuell informationssäkerhets- eller säkerhetsskyddsklass behöver fastställas. Hur detta görs behöver framgå av rutiner i regionen (en del av regionens ledningssystem). Lägesbilden behöver sedan kommuniceras till de som har behov och behörighet att ta del av denna. Det kan finnas många stödfunktioner i en kommun eller region som har nytta att får en övergripande bild över situationen för att de ska kunna fatta rätt beslut inom sin verksamhet, vara proaktiva och kunna stödja verksamheterna.

Lägesbilder behöver som regel avse en viss verksamhet och anpassas efter parametrar som är relevanta för den verksamheten. Många lägesbilder torde behöva vara verksamhetsspecifika. I andra fall kan det behöva göras en mer allmän lägesbild, t.ex. över läget i en region. En sådan lägesbild bör lämpligen vila på de verksamhetsspecifika lägesbilderna.

Den av Socialstyrelsen föreslagna automatiska insamlingen av vårdparametrar från datalager innebär säkerligen en god uppfattning om nu aktuell beläggning och ledig kapacitet. Detta är en grundvariabel, men att redovisa dagsaktuella siffror utan underliggande prognosdata och analys kommer försvåra myndighetens uppdrag att lämna lägesbilder med en kvalificerad prognos. Om en region har ett svårt läge och har vidtagit åtgärder för att ändra detta inom de närmaste tre dygnen finns risken att myndigheten fattar beslut på för tillfället korrekt, men på längre sikt inkorrekt information.

Socialstyrelsens insamling av data automatiskt underlättar sammanställningen på många sätt. Det gör också att myndigheten kan komplettera informationen med data från andra källor. Det är dock viktigt att denna information kompletteras med kommuner, regioners och andra myndigheters samlade lägesbilder.

Socialstyrelsen startar nu arbete med att automatiskt samla in vissa uppgifter som haft relevans för situationen med covid-19. Det är viktigt att arbete inte stannar här. De data som rapporteras är vad utredningen erfar ännu inte standardiserade, dvs. de kan innebära olika saker i olika regioner. Andra kriser kan också kräva andra para-

metrar. Det är därför viktigt att det genomförs ett arbete med att ta fram en grunduppsättning variabler som ska ingå i rapporteringen och som har generisk betydelse för katastrofmedicinska händelser eller andra fredstida kriser. En sådan rapportering måste brett täcka kommuners och regioners förmåga på hälso- och sjukvårds- samt omsorgsområdet.

Historiska data kan vara relevanta för att skapa prognoser, ffa vid s.k. extrapolering. Fokus i lägesrapporterna bör vara framåtsyftande.

Behovet av sekretess eller säkerhetsskydd

Information som delges i form av lägesbilder kan vara av den art att de kan anses omfattas av olika former av sekretess. Det kan också vara så att den information som sammanställs hos en aktör utifrån flera olika andra aktörers delgivna information blir så omfattande att den bör omfattas av sekretess. När det gäller hälso- och sjukvården och upprättandet av lägesbilder kring resurstillgång är det framför allt 18 kap. 13 § eller 15 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), i det följande förkortat OSL, som bedöms komma i fråga. Utredningen har även i tidigare betänkandet *en stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* föreslagit en ny bestämmelse i OSL som kan vara aktuell vad avser sekretess för enskilds affärs- och driftförhållanden i en myndighets verksamhet som avser utredning, planering, tillsyn eller annat ärende enligt den föreslagna lagen om lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs. denna fråga vad avser lägesbilder och sekretess avseende sjukvårdsprodukter.[154]

Det är utifrån ovanstående viktigt att aktörerna genomför en analys av informationens skyddsvärde (säkerhetsskyddsanalys) och huruvida den omfattas av någon annan sekretess. En sådan analys gör att informationen kan klassificeras på rätt sätt. Det ska dock noteras att det enligt 10 kap. 28 § OSL framgår att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. För att informationen ska kunna lämnas över behöver det säkerställas att den sändande och den mottagande myndigheten har förmåga att överföra och hantera informationen på

[154] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 595 f.

ett korrekt sätt. Kommuner och regioner behöver också få ta del av lägesbilder

För att kommuner och regioner ska kunna stödja varandra på frivillig väg behöver de kunna få del av sådan information som rapporteras in och de nationella lägesbilder och bedömningar som blir resultatet av nationella sammanställningar i de fall det behövs för regionernas beslutsfattande. Detta innebär att kommuner och regioner inte behöver inhämta information ifrån alla andra kommuner och regioner direkt och sammanställa denna. Ur ett samhällsperspektiv är en sådan ordning betydligt mer resurseffektiv. Dessutom innebär det att regionerna får ta del av nationella bedömningar. Detta kan vara viktigt då staten kan ha information om läget inom andra myndigheter eller i relation till andra länder som kommuner och regioner saknar.

Under utbrottet av covid-19 fick Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser. Uppdraget innebar i huvudsak att skapa nationella lägesbilder av antalet intensivvårdsplatser och ECMO-intensivvårdsplatser att kontinuerligt förmedla information till regionerna för att stödja dem i koordinationen, och att stödja regionernas arbete med att utöka antalet intensivvårdsplatser. Uppdraget att kontinuerligt förmedla aktuella lägesbilder till regionerna för att stödja dem i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet, förutsatte att sammanställningar av nationella och regionala lägesbilder återförmedlades till regionerna. Detta bedömdes av Socialstyrelsen initialt inte vara möjligt eftersom sådana sammanställningar kunde ge en fingervisning om Sveriges beredskapsförmåga, varför dessa sammanställningar sekretessbelades. Konsekvensen av detta blev ett kunskapsvacuum för regionerna vilket omöjliggjorde en behovsstyrd samordning av landets IVA-resurser. Som följd av denna bristande återkoppling av tolkad information initierade därför hälso- och sjukvårdsdirektörerna ett vårdstyrt samordningsnätverk, ”IVA-samordningsnätverket”. Denna gruppering sammanställde och bearbetade med stöd av SIR samma data som hämtats av Socialstyrelsen till ett eget dagligen uppdaterat arbetsmaterial som underlag till styrning.[155]

Det kan utifrån ovanstående konstateras att två saker, dels att det uppenbarligen saknas en lag- eller förordningsstyrd möjlighet att dela information mellan Socialstyrelsen och kommuner och regioner,

[155] Sverige under pandemin (SOU 2021:89), s. 463.

dels att det när information inte kan delas hittas andra vägar för att lösa de problem som behöver lösas. I detta fall hittade regionerna ett alternativt sätt att dela information utan beaktande av säkerhetsskyddet.

Det är nödvändigt att centrala myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet kan dela information av betydelse för vårdens bedrivande med kommuner och regioner med bibehållen sekretess. För detta ändamål behöver det införas en uttrycklig bestämmelse som gör att det går att tillämpa 10 kap. 28 § OSL på sådan information som avser lägesbilder.

4.2.6 Den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten och samordning av sjukvården i totalförsvaret

Bedömning: Grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten i höjd beredskap och krig åstadkoms genom den nationella planeringsprocessen för totalförsvaret och den regionala gemensamma planeringen inför höjd beredskap. Genom dessa processer identifieras gap och utvecklingsbehov.

Samordning med Försvarsmakten under en händelse åstadkoms genom samverkan på lokal, regional och nationell nivå.

I höjd beredskap och krig är det av yttersta vikt att sjukvården inom totalförsvaret samordnas. Försvarsmakten är som framgår av bl.a. avsnitt 4.2.6 i mycket stor del beroende av stöd från den civila sjukvården. Även avtalet om värdlandsstöd förutsätter att Sverige kan erbjuda andra nationers trupp sjukvård då dessa bedriver verksamhet i Sverige genom att utländska medborgare som tillfälligt vistas här rätt till omedelbar hälso- och sjukvård.[156]

Som utredningen tidigare framhållit (första betänkandet) är det av stor betydelse att den militära och civila sjukvården vet vad de kan förvänta sig av varandra. Den civila sjukvården behöver veta vilka sjukvårdsuppgifter Försvarsmakten kan och avser att lösa, exempelvis om man avser att ta hand om skadade på stridsfältet och se till att dessa i rimlig tid kommer till ett civilt akutsjukhus. Det kan naturligtvis vara svårt att avgöra exakt vad som utgör stridsfältet och om man verkligen kan ta hand om och avtransportera *alla* skadade som

[156] Samförståndsavtal med Nato om värdlandsstöd (Ds 2015:39), s. 94–95.

kan härröras till vad som skulle kunna utgöra stridsfältet. Det behöver dock stå klart vilken *ambition* man har. På samma sätt behöver man resonera om annan vård.

Totalförsvar är enligt lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap verksamhet som behövs för att *förbereda* Sverige för krig. I fredstid bedrivs bara förberedande åtgärder. Grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten är därför enligt utredningen den planeringsprocess som beskrivits i avsnitt 4.1.8 I planeringsprocessen möts den civila och militära verksamheterna och klargör vilka förutsättningar som finns och hur olika uppgifter ska lösas. Genom en sådan fungerande planeringsprocess på olika nivåer (lokal, regional, nationell) kan ömsesidiga beroenden och behovet av stöd klaras ut. Det är också i denna planeringsprocess som gap mellan förmåga och behov kan identifieras. Sådan kunskap behöver föras tillbaka in i den nationella planeringsprocessen. Det är därför av synnerlig vikt att ett fungerande planeringssystem som även involverar kommuner och regioner kommer på plats.

Om ett krig inträffar kommer det, trots planeringsinsatser, finnas ett stort behov av samordning mellan den civila och militära sjukvården. Sådan samordning kan endast uppnås genom ledning eller samverkan. Eftersom det saknas ledningsmandat mellan det civila och militära försvaret och att varje kommun och region har självstyrelse är det samverkan som måste utgöra grunden för samordningen. Samverkan sker på frivillig grund. För att stödja den militära verksamheten behöver samverkan ske på alla nivåer, lokalt, regional, och nationellt. Det ska dock nämnas att utredningen nedan för ett resonemang om behovet av att staten på nationell nivå i vissa situationer ska kunna ta beslut om omfördelning av resurser. Det är dock en ordning inom den civila hälso- och sjukvården.

Om de förslag om en högre regional nivå för det civila försvaret som lämnats av utredningen om civilt försvar genomförs och civilområdeschefer införs kommer sannolikt en stor del av den regionala samordnade planeringen för totalförsvaret genomföras på en högre regional nivå. Det är i första hand där som den militära och civila sidan kommer mötas eftersom det saknas militära strukturer som motsvarar den regionala nivån. Sjukvårdens organisation och uppgifter på den högre regionala nivån framgår av avsnitt 3.5 Även om sjukvården inte har en mer operativ samordning bedömer utredningen att regionernas endera genom samverkansregionerna eller var och en för sig

kan anslut till en sådan högre regional planering. Utredningen bedömer dock att det i dag är svårt att ur ett mer operativt perspektiv agera enat på den högre regionala nivån då sådana strukturer och mandat helt saknas i hälso- och sjukvården.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten i höjd beredskap och krig åstadkoms genom den nationella planeringsprocessen för totalförsvaret och den regionala gemensamma planeringen inför höjd beredskap. Genom dessa processer identifieras gap och utvecklingsbehov. Samordning med Försvarsmakten under en händelse åstadkoms genom samverkan på lokal, regional och nationell nivå.

4.3 Rapportering

I de föregående avsnitten har både planeringsåtgärder för, och rapportering av lägesbilder avhandlats. Båda dessa knyter nära an till behoven av rapportering. Det handlar både om bestämmelser om rapportering av åtgärder för att stärka beredskapen bestämmelser och om händelsedriven rapportering.

I 2 kap. 9 § LEH finns bestämmelser som innebär att kommuner och regioner dels ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om vilka åtgärder som vidtagits enligt 2 kap. LEH och hur åtgärderna påverkat krisberedskapsläget, dels vid en extraordinär händelse i fredstid ska ge den myndighet som regeringen bestämmer lägesrapporter och information om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärder.

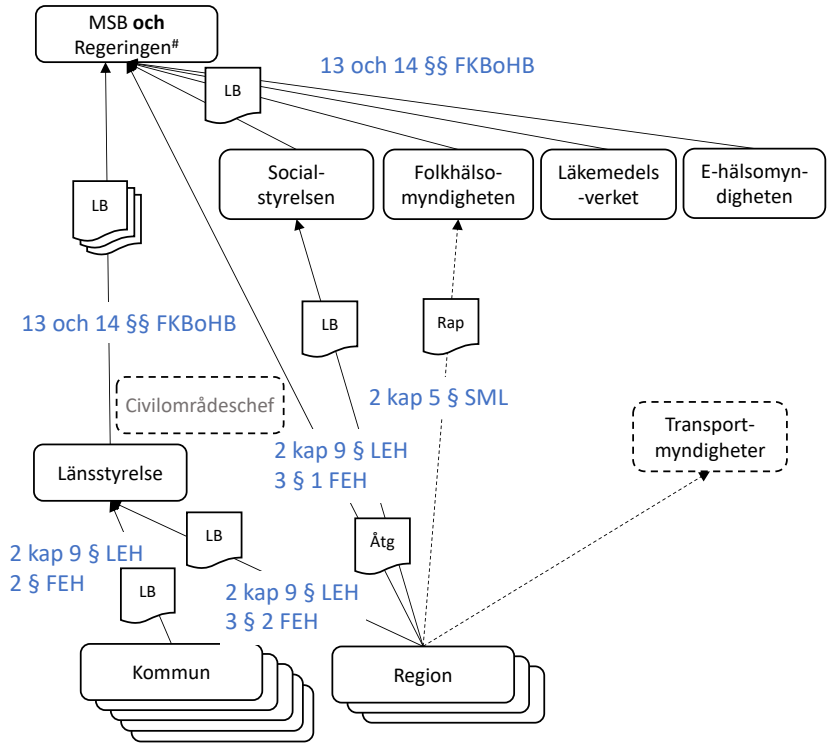
Av 3 kap. 5 § LEH följer vidare att kommuner och regioner under höjd beredskap ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen.

För kommuner innebär rapporteringsskyldigheten att de ska hålla länsstyrelsen informerad enligt både 2 och 3 kap.[157] För regioner innebär skyldigheten att de ska hålla Socialstyrelsen och MSB informerade om *förberedelser* för extraordinära händelser samt informera Socialstyrelsen och länsstyrenslen *under* en extraordinär händelse

[157] 2 och 6 §§ förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

(2 kap).[158] Vid höjd beredskap ska regionerna informera Socialstyrelsen och MSB om de *förberedelser* som vidtagits och Socialstyrelsen, MSB och länsstyrelsen om beredskapsläget *vid* höjd beredskap.[159]

Figur 4.1 Rapportering vid extraordinära händelser och kriser



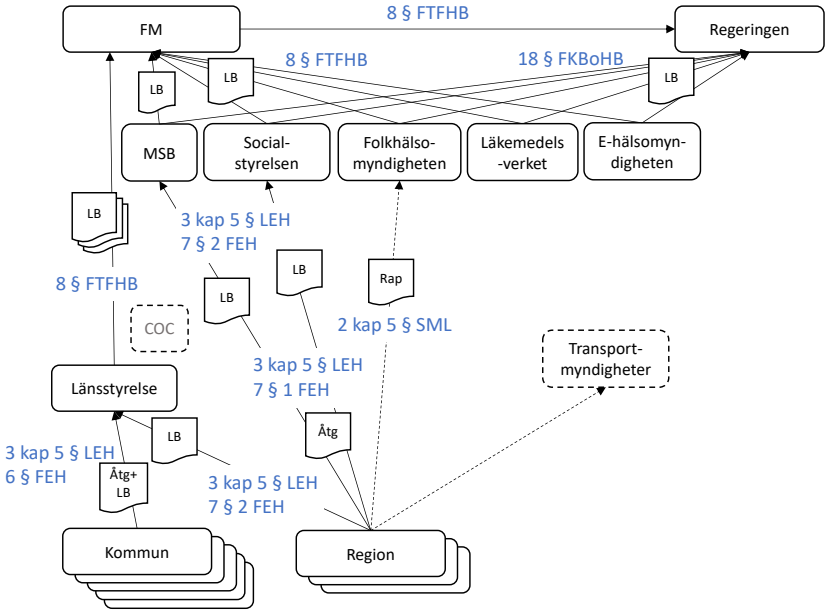
Regioner rapporterar enigt LEH och FEH endast till MSB, ej till regeringen

LB, lägesbild. Åtg, åtgärder.

FEH – Förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
FKBoHB – förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
LEH – lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
SML – smittskyddslagen (2004:168).

[158] 3 § i ovan nämnda författning.
[159] 7 § i ovan nämnda författning.

Figur 4.2 Rapportering i höjd beredskap



LB, lägesbild. Åtg, åtgärder. Rap, rapport.
FEH Förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
FKBoHB – förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap.
FTFHB – förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.
LEH – lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
SML – smittskyddslagen (2004:168).

Det finns även andra händelsedrivna rapporteringsbestämmelser än de som finns i LEH. Bestämmelser kring rapportering av smitta framgår t.ex. särskilt av 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168). Där anges att en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, utan dröjsmål ska anmäla detta till smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten. Anmälan ska göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form. Denna bestämmelse är fundamental för Folkhälsomyndighetens möjligheter att genomföra epidemiologisk övervakning och kunna sammanställa en nationell lägesbild över smittläget. Informa-

tionsskyldighet av betydelse för smittområdet finns även i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Man får utgå ifrån att om ett utbrott av smitta är så omfattande att det utgör en extraordinär händelse är både rapporteringsskyldigheten i LEH och i Smittskyddslagen tillämpliga.

Även t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller bestämmelser om rapportering av vårdskador och andra säkerhetsrisker. På it-området finns särskilda bestämmelser kring händelserapportering. Kommuner och regioner ska enligt 18 § lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster utan onödigt dröjsmål rapportera incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som de tillhandahåller. Rapporteringen ska göras till den myndighet som är CSIRT, vilket i Sverige är MSB. [160]

Det kan alltså konstateras att det vid sidan av LEH finns bestämmelser av betydelse för rapportering även i annan lagstiftning.

Även om kommuner och regioner inte har en uttrycklig skyldighet att rapportera till regeringen eller Regeringskansliet så har statliga myndigheter enligt bl.a. 13 och 14 §§ förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap hålla regeringen och Regeringskansliet informerad eller lämna underlag som behövs för samlade lägesbilder. Dessa skyldigheter återverkar sannolikt på den information de statliga myndigheterna begär av kommuner och regioner. Därmed får föreskrifterna en indirekt effekt även på kommuner och regioner.

4.3.1 Problem med dagens bestämmelser

Dagens rapporteringsbestämmelser är behäftade med ett antal problem. Nedan redogörs för ett antal av dessa som berör hälso- och sjukvården.

[160] 11 och 12 §§ förordningen (2018:1175) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Bestämmelserna om rapportering i LEH är otydliga

Den förmåga för totalförsvaret som statsmakterna ställer krav på måste komma till stånd. Förmågekrav har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförsvarspropositionen och som omsätts av regeringen och vidare av bl.a. Försvarsmakten och MSB genom konkreta planeringsanvisningar. Försvarsmakten och MSB presenterar i handlingsplanen för att främja och utveckla en sammanhängande planering i totalförsvaret en ordning där krav, förmågor och behov av utveckling knyts till den statliga budgetprocessen.[161] Planeringssystemet för totalförsvar måste såvitt avser bl.a. hälso- och sjukvård dock även omfatta bl.a. kommuner, regioner som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen.

Enligt LEH följer som tidigare redovisats bl.a. att kommuner och regioner ska vidta *de förberedelser som behövs* för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser).[162] Frågan är hur en kommun eller region ska veta vilka förutsättningar som ska utgöra utgångspunkt för planeringen och vilka andra beredskapsförberedelser som krävs om detta inte tydligt uttrycks.

Det finns bestämmelser i LEH som innebär att kommuner och regioner *under höjd beredskap* ska hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen.[163] En sådan bestämmelse räcker knappast för de uppgifter om kommuner och regioners behov och förmågor som statens behöver för planering av totalförsvaret vilket bl.a. exempelvis kräver bedömningar av förmågegap och bedömningar av prioritering och finansiering av åtgärder för att fylla förmågegap i kommuner och regioner. Av förarbetena till bestämmelsen kan utläsas att bestämmelsen infördes för att staten ska ha möjlighet att följa upp beredskapsläget inom kommunerna även under höjd beredskap.[164]

Det finns dock också bestämmelser i förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap som innebär att varje kommun och region ska ha *de planer som behövs för verksamheten under*

[161] Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Handlingskraft.*
[162] 3 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[163] 3 kap. 5 § i ovan nämnda författning.
[164] Lag om civilt försvar (prop. 1994/95:7), s. 100.

höjd beredskap. Dessa ska innehålla uppgifter om den verksamhet som är avsedd att bedrivas under höjd beredskap. Av planerna ska också framgå krigsorganisationen, den personal som ska tjänstgöra i denna och vad som i övrigt behövs för att kommunen eller regionen ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamheten under höjd beredskap. Planeringen ska avse såväl beredskapshöjningar efter hand som omedelbart intagande av högsta beredskap (4 och 5 §§). Enligt nyss nämnda förordning ska *varje kommun hålla länsstyrelsen underrättad om de beredskapsförberedelser som vidtagits och om de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen*. Vid höjd beredskap ska kommunen hålla länsstyrelsen underrättad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen (6 §). Vidare ska varje region hålla Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap *underrättade om de beredskapsförberedelser som vidtagits och om de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret inom regionens ansvarsområde*. Vid höjd beredskap ska regionen hålla Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och länsstyrelsen underrättade om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret inom regionens ansvarsområde (7 §).

Enligt bestämmelser i 2 kap. LEH ska kommuner och regioner bl.a. hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om vilka åtgärder som vidtagits och hur åtgärderna påverkat *krisberedskapsläget*. Bestämmelsen saknar precisering av *vilka* åtgärder som ska rapporteras och såvitt utredningen kunnat finna saknas andra bestämmelser som tydligt anger vilka uppgifter som ska rapporteras. Inte heller förarbetena ger någon vidare vägledning.[165] Det kan knappats vara avsikten att det ska lämnas till den rapporteringsskyldige att avgöra vilka uppgifter som ska rapporteras. Och såvitt avser händelsestyrd rapportering enligt LEH kan ifrågasättas vad som händer om en kommun eller region inte anser att en extraordinär händelse inträffat.

Enligt utredningens bedömning är det oklart vilket lagstöd som finns för att kommuner och regioner ska vara skyldiga att lämna underrättelser (uppgifter) om beredskapsförberedelser vid andra tider än under höjd beredskap. Det är också oklart hur kommuner och regioner ska veta vilka uppgifter som ska lämnas vid sådana underrättelser om bl.a. beredskapsförberedelser. Det finns skäl att ifråga-

[165] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 160.

sätta om nuvarande bestämmelser i tillräcklig grad säkerställer att staten får de uppgifter från kommuner och regioner som staten behöver för att genomföra totalförsvarsplanering. Det finns också utrymme att göra det tydligare för kommuner och regioner att de ska följa planeringsanvisningar från staten och vidta sådana åtgärder för höjd beredskap som staten anger och finansierar.

Rapportering behöver ske till flera aktörer

Vidare bygger rapporteringsbestämmelserna i LEH på att regionerna ska rapportera till Socialstyrelsen och MSB trots att ansvaret för olika frågor inom hälso- och sjukvården delats upp mellan olika statliga myndigheter och att regionerna i dag har ett betydligt bredare ansvar för fler verksamheter även utanför hälso- och sjukvården. Och om rapportering av t.ex. ”åtgärder” eller ”beredskapsläget” ska ske till olika statliga aktörer framstår det som lämpligt att enbart rapportera de uppgifter som är av vikt för specifika verksamheter som en statlig myndighet har ansvar för. På samma sätt som det krävs verksamhetsspecifika RSA:er finns behov av verksamhetsspecifik rapportering.

Regionerna ska enligt smittskyddslagen rapportera smitta till Folkhälsomyndigheten. En enskild smittad person utgör sannolikt oftast inte en extraordinär händelse men flera smittade och en allmän smittspridning torde mycket väl kunna utgöra en extraordinär händelse. Vid en extraordinär händelse ska dock regionen inte rapportera till Folkhälsomyndigheten utan till Socialstyrelsen och MSB. Det är förvisso så att rapporteringskravet kring smitta kvarstår, men övriga åtgärder och utvecklingen i sjukvården ska rapporteras till Socialstyrelsen. Även förberedande åtgärder inför extraordinära händelser ska enligt LEH rapporteras till Socialstyrelsen. Detta torde inbegripa exempelvis vilka åtgärder man vidtagit mot CBRN-hot eller mot pandemier vilka båda delvis berör Folkhälsomyndighetens ansvarsområde.

På samma sätt saknas i LEH rapporteringskrav till E-hälsomyndigheten om en kommun eller region skulle drabbas av en extraordinär händelse som tar sin grund i it-området. Däremot finns krav på rapportering av it-incidenter till MSB enligt lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Det är inte helt osannolikt att en cyber-relaterad händelse skulle kunna få en omfattande påverkan på hälso- och sjukvården och därmed ut-

göra en extraordinär händelse. I december år 2021 drabbades t.ex. Kalix kommun av en ”ransomeware-attack” som påverkade alla kommunens system. Om en it-händelse utgör en extraordinär händelse ska det för en kommun rapporteras till länsstyrelsen och för en region till Socialstyrelsen och MSB. Förberedande åtgärder som vidtas enligt LEH ska även för it-området rapporteras till samma myndigheter.

Kommuner och regioner anger när det är en extraordinär händelse

Ett annat grundläggande problem är att både den förberedande verksamheten och händelserapporteringen enligt LEH knyts till begreppet extraordinär händelse. Som utredningen tidigare redogjort för har det funnits svårigheter för kommuner och regioner att avgöra vad som utgör extraordinära händelser. Det finns en vägledning från MSB som klargör vad som gäller när en extraordinär händelse konstateras. Där framgår bl.a. att det inte krävs att krisledningsnämnden etableras eller att ett beslut om att en extraordinär händelse föreligger inte behöver dokumenteras. Faktum kvarstår dock att det är kommunen eller regionen som avgör om det är en extraordinär händelse eller ej. Om en kommun eller region inte anser att, eller finner skäl för, att hantera en händelse som extraordinär, finns det då inte heller något rapporteringskrav? Detta var en av oklarheterna under pandemin rörande kommunernas rapportering av skyddsutrustning som slutligen mynnade ut i ett särskilt regeringsuppdrag till länsstyrelserna.[166] Frågan som kan ställas är om statens behov av rapportering för nationella hantering av olika svåra händelser kan anses tillgodosett genom denna ordning?

Kommunernas rapporter stannar regionalt

För kommunerna finns även en annan utmaning avseende rapportering kring den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunen har endast skyldighet att rapportera till länsstyrelsen. Hur en region i det län vilken kommunen är belägen ska kunna få del av läget i den kommunala hälso- och sjukvården eller hur de centrala myndigheterna

[166] Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19 (S2020/02676/SOF).

ska få en bild av detta är oklart. Nuvarande ordning bygger på att kommuner eller länsstyrelser på frivillig väg delar information med andra regioner eller statliga myndigheter. Det kan också frågas vilken kompetens som länsstyrelserna besitter att ställa relevanta frågor till kommunerna om vilken information som behövs. Sådan rapportering måste samordnas med annan rapportering till staten. Rapporteringskraven på kommunerna leder till att länsstyrelserna behöver sammanställa stora mängder information. Under pandemin hanterade länsstyrelserna detta genom att inrätta ett samordningskansli på en av landets länsstyrelser.

Det saknas en rapporteringsskyldighet till Försvarsmakten

Avslutningsvis kan det också konstateras att kommuner och regioner i dag saknar en skyldighet att rapportera till Försvarsmakten vid höjd beredskap. En sådan bestämmelse, även om den till del är oklar, finns vad avser statliga myndigheter.[167] Här behöver det klargöras hur samverkan med Försvarsmakten ska ske och om Försvarsmaktens behov av information på hälso- och sjukvårdsområdet ska tillgodoses i samverkan med statliga myndigheter (nationell nivå), eventuella framtida civilområdeschefer (högre regional nivå), länsstyrelser (regional nivå) eller kommuner (lokal nivå). Det kan inte uteslutas att framför allt kommuner som har ett geografiskt områdesansvar har avgörande information som är av betydelse för att Försvarsmakten ska kunna lösa sin uppgift på nationell nivå. Vidare har Försvarsmaktens förband direkta behov av information på lokal och regional nivå.

4.3.2 Vilka krav bör ställas på rapportering?

Bedömning: Det finns skäl att överväga en översyn av rapporteringsbestämmelserna i LEH. Det kan bl.a. behöva införas krav på att rapportera till fler myndigheter och föreskriftsrätt kring verksamhetsstyrd rapportering bör då övervägas.

Som framgått av ovanstående avsnitt finns det krav på rapportering i ett flera olika författningar. Detta innebär en utmaning för de som

[167] 8 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

har till uppgift att rapportera. Rapporteringen måste kunna ske på ett resurseffektivt sätt och bara sådan rapportering som är till nytta bör genomföras. För detta krävs det att rapporteringskraven är genomtänkta och tydliga.

Händelsestyrd rapportering, som är grunden för lägesbilder, sker i dag utifrån t.ex. smittskyddslagen, LEH och lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Smittskyddslagen och lagen om informationssäkerhet innehåller precisa krav. Det är dock LEH, som sektorsöverskridande lag, som syftar till att ge en bred rapportering utifrån ett verksamhetsperspektiv, t.ex. hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, skola och förskola, socialtjänst m.m. vid en extraordinär händelse. LEH saknar i dag den tydlighet som krävs för att rapporteringen ska vara genomförbar och till nytta.

Som framgått ovan kan flera olika typer av händelser vara att betrakta som extraordinära, på hälso- och sjukvårdsområdet t.ex. händelser med många skadade, omfattande smittspridning som ger ett stort antal vårdbehövande sjuka, ett it-haveri eller ett cyberangrepp.

Beroende på händelse är det olika statliga myndigheter som har behov av att ta del av dessa rapporter för att de ska kunna stödja kommuner och regioner. Lägesbilder och rapporteringskrav som är nödvändiga måste därför rimligen vara verksamhetsanpassade. Verksamhetsanpassade krav underlättar sannolikt både sammanställande på kommunal och regional nivå såväl som rapportering till berörda myndigheter. Det framstår därför som lämpligt att rapporteringsbestämmelserna i LEH vore anpassade för att göra detta möjligt.

Att tydligt ange vilka uppgifter som krävs för en viss rapport är inte minst av stor betydelse för motivationen hos de kommuner och regioner som lägger ned, ibland omfattande, arbete på att sammanställa och rapportera information och bedömningar. Motivationen att göra detta ökar om man ser betydelsen av rapporteringen och motivationen ökar än mer när kommuner och regioner också erhåller egen nytta. Sådan nytta kan t.ex. vara att man får ta del av nationella sammanställningar från fler kommuner eller regioner, att man får ta del av en samlad bedömning från en expertmyndighet och där bedömningen kan utgöra grunden för egna lokala eller regionala beslut eller där det den rapporterade informationen leder till konkret stöd från staten.

Om preciserade krav tas fram genom föreskrifter får också kommuner och regioner lämna synpunkter på de krav som föreslås. En

sådan beredningsprocess kommer sannolikt ytterligare bidra till en ökad samsyn och förståelse kring rapporteringen. Det ska i sammanhanget påminnas om att sådana föreskrifter som innebär att krav läggs på kommuner och regioner ska underställas regeringen innan beslut.

Behovet av att rapportera åtgärder utifrån RSA

Som framgått tidigare lägger utredningen stor vikt vid risk- och sårbarhetsanalyser. Utredningen anser att dessa är fundamentala för planeringen av verksamhet. Som utredningen också konstaterat kan identifierade risker och sårbarheter endera hanteras genom att åtgärder vidtas som helt eller delvis eliminerar risken eller sårbarheten alternativt, om en risk eller sårbarhet inte kan elimineras, måste planering genomföras för hur man ska hantera den uppkomna situationen för att minska följdverkningarna av densamma.

Det finns i dag krav på att rapportera risk- och sårbarhetsanalyser till olika statliga myndigheter bl.a. i syfte att myndigheterna ska kunna sammanställa dessa och göra sektorsvisa risk- och sårbarhetsanalyser. Syfte med detta är att i ett nationellt perspektiv lämna underlag till regeringen för vilka åtgärder som kan eller bör vidtas på nationell nivå ur ett statligt perspektiv. För att dessa analyser ska bli rättvisande och användbara krävs också att kommuner och regioner rapporterar vilka åtgärder de vidtagit eller avser vidta för att eliminera risker och sårbarheter. Det kan också finnas skäl till att delge sådan planering som innebär att följdverkningar av händelser minimeras. Sådana planer bidrar då till att myndigheternas planering och förmåga att stödja kommuner och regioner blir effektivare. Vad avser hälso- och sjukvård finns särskilda behov av att rapportera åtgärder och förmåga som knyter an till hanteringen av situationer som inte handlar om den dagliga rutinsjukvården, dvs. sådana händelser som innebär många samtidigt skadade eller sjuka. Detta behandlas i nästkommande avsnitt.

Behovet av att kunna fastställa förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka

Det gäller som tidigare anförts att så långt möjligt undvika katastrofsituationer i vården och, om sådana ändå inträffar, hantera dessa så att konsekvenserna för patienter och personalen i vården minimeras.

Olyckor, terrorattentat, krig och pandemier eller andra störningar i infrastruktur som medför många skadade eller sjuka kan medföra stora utmaningar i vården.

Beslutsfattare i kommuner och regioner måste som redan framhållits snabbt kunna överblicka en kritisk situation i vården och skapa sig en korrekt lägesuppfattning så att de kan vidta adekvata åtgärder. I sådana kritiska situationer är kunskap om egen förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka mycket viktigt.

Kommunernas och regionernas förmåga att hantera händelser med många skadade och stora sjukdomsutbrott är också av stor betydelse ur ett totalförsvarsperspektiv. För att staten ska kunna planera för totalförsvaret, ställa nödvändiga och rimliga dimensionerande krav avseende hälso- och sjukvård för civilt försvar på kommuner och regioner och för att staten ska kunna avgränsa och fullt ut finansiera sådana krav, måste det vara känt vilken förmåga kommuner och regioner har skapat för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, oavsett orsak.

Det finns således skäl att ställa krav på kommuner och regioner att de ska fastställa och till staten redovisa vilken förmåga de har att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka. Det kan konstateras att det i dag är upp till varje kommun och region att bedöma vilken förmåga de behöver ha för att kunna hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka i enlighet med de krav som ställs på hälso- och sjukvården i gällande rätt. Med beaktande av att HSL är anpassas för att ge huvudmännen utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar och den vikt som måste tillmätas principen om kommunalt självstyre bedöms det inte lämpligt att i lag slå fast vilken förmåga en kommun eller region ska ha att hantera nyss nämnda händelser. Varje kommun och region bör därför även fortsättningsvis fastställa egen förmåga med utgångspunkt från vad som framkommer vid arbetet med RSA, där händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka givetvis måste analyseras.

I LEH finns bestämmelser som innebär skyldighet för kommuner och regioner att avge vissa rapporter. Sådana rapporter bedöms även behöva innehålla uppgifter om kommunernas och regionernas förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka.

Det förekommer regionala skillnader

Kommuner och regioner är alla olika på flera sätt. Befolkningsunderlag och demografi skiljer sig åt likväl som möjligheterna till sysselsättning och skattebas. Kommuner och regioner skiljer sig också åt i vilka risker och sårbarheter som förekommer inom det geografiska området likväl som vilken typ av geografi som förekommer. För en del kommuner och/eller regioner förändras mängden människor som vistas där under vissa perioder på året. Detta gäller exempelvis Gotland och Skåne på sommaren så väl som Jämtlandsfjällen på vintern. Alla dessa faktorer har betydelse för vilken samhällsservice i stort som det är möjligt att tillhandahålla, detta gäller även på hälso- och sjukvårdsområdet.

Av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Av 4 § samma kapitel framgår att om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård. Av 7 kap. 2 § framgår att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

De krav som framgår av hälso- och sjukvårdslagen är allmänt hållna men samtidigt långtgående. I praktiken anger de inte någon övre gräns för vad en region ska klara av. De som vistas i en region och blir sjuk, drabbas av en olycka eller en kris ska ges omedelbar vård. För de som är bosatta i regionen är kraven större. Beredskapen ska dimensioneras för att kunna ta hand om allvarliga händelser som kan uppstå, och inte bara för det som har en grund i den vardag som förekommer under stora delar av året. En tragisk olycka år 2017 när en buss med ungdomar körde av vägen i Sveg med flera döda och svårt skadade visar på den sårbarhet och de utmaningar som kan finns i en region. Avstånden är långa, prehospitala sjukvårdsresurser är få och har långa omloppstider, sjukhusen är inte heller dimensionerade för många svårt skadade. Under en situation med en pandemi uppstår också utmaningar att kunna ta hand om de som hastigt insjuknar och kräver omedelbar vård. Många gånger tvingas regionerna lösa

uppkomna situationer i samverkan. Kraven som de är formulerade i dag innebär dock inte någon skyldighet för övriga regioner att hjälpa till. Vilken hjälp man kan få är beroende på lokalisation och tillgången på prehospitala resurser, beläggning och den allmänna situationen i närliggande regioner.

Det finns en rimlighet i de krav som framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Det är de enskilda kommunerna och regionerna som har ansvar för att tillhandahålla den vård som krävs. Det finns dock också en övre gräns för vad som kan anses möjligt att genomföra. Sjukvården finansieras med offentliga medel som i huvudsak kommer från kommunal- och regional skatt även om staten tillskjuter ansenliga medel för hälso- och sjukvård. Skattebasen är begränsad och de offentliga åtagandena många. Därmed görs prioriteringar mellan olika offentliga verksamheter och inom hälso- och sjukvården. Sådana prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste ske utifrån de etiska principer som riksdagen har fastställt. Det faller sig då naturligt att lägga mer resurser på att kunna behandla allvarliga tillstånd som förekommer dagligen och mindre resurser på att bygga upp förmåga till att hantera sådana allvarliga händelser som inträffar mycket sällan. Vilka allvarliga händelser eller fredstida kriser som kan inträffa måste vara en del av en kommuns eller regions risk- och sårbarhetsanalyser. Om man till exemplen ovan lägger större kriser (ex. terrorattentatet i Madrid år 2004, skjutningarna på Utöya år 2011 och tågurspårningen i Buenos-Aires år 2012) når utmaningarna en nivå som enskilda regioner inte lär kunna hantera. Även detta är ett skäl att klargöra vad en kommun eller region faktiskt ska klara av, samt vilken skyldighet de har att hjälpa varandra.

Utredningens bedömning

Den nuvarande ordningen för rapportering enligt LEH torde kräva att innehållet, dvs. vilka uppgifter som ska finna med, i rapporteringen styrs av s.k. verkställighetsföreskrifter och sådana har inte utredningen funnit. Det vore möjligen lämpligt om det infördes bestämmelserna i LEH som tydligt ger regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer rätt att föreskriva om vilka uppgifter som ska rapporteras enligt 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH.

En sådan ordning innebär också att det går att undvika onödigt uppgiftslämnande. Det framstår som att de skulle kunna var lämpligt om regeringen ger föreskriftsrätt till myndigheter med särskilt sakkompetens och för hälso- och sjukvårdens del framstår Socialstyrelsen som en lämplig myndighet. Det finns dock sannolikt behov av att vid framtagande av myndighetsföreskrifter samråda med andra statliga myndigheter om vilka uppgifter som bör inhämtas, särskilt sådana myndigheter med uppgifter som rör beredskap på hälso- och sjukvårdens område. Vilka uppgifter avseende hälso- och sjukvård som lämpligen ska ingå i en händelsestyrd rapportering enligt LEH bör Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten tillsammans med kommuner och regioner reda ut. I avsnitt 5.3 lämnas förslag om händelserapportering för lägesbilder avseende hälso- och sjukvård och förslag om uppdrag att ta fram underlag för vilken information som behöver lämnas vid sådan händelserapportering. Förslagen bedöms även medföra att adekvat händelsestyd rapportering enligt LEH kan ske.

Sammanfattningsvis bedöms det finnas skäl att överväga en översyn av rapporteringsbestämmelserna i LEH. Det kan bl.a. behöva införas krav på att rapportera till fler myndigheter och föreskriftsrätt kring verksamhetsstyrd rapportering bör då övervägas.

4.3.3 Behov av lägesbilder över hälso- och sjukvård

Som framgår ovan är lägesbilder av stor betydelse för lägesuppfattning och beslutsfattande. Lägesbilder bygger på rapportering av uppgifter. Nuvarande rapporteringsbestämmelser vad avser den allmänna situationen i hälso- och sjukvården bygger på de bestämmelser som finns i LEH. Som utredningen redogjort för finns ett antal problem med hur dessa bestämmelser är utformade.

Beslutsfattare i kommuner och regioner måste som redan framhållits snabbt kunna överblicka en kritisk situation i vården och skapa sig en korrekt lägesuppfattning så att de kan vidta adekvata åtgärder. I sådana kritiska situationer är kunskap om egen förmåga att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka mycket viktigt.

Som framgår av avsnitt 4.4 nedan görs bedömningen att det behövs bestämmelser som dels medför skyldighet för kommuner och

regioner att hjälpa varandra hjälp dels ger ledningsmandat för staten som innebär rätt att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning. Sådana lägesbilder kan inte upprättas ad hoc i en situation när händelsen inträffat utan måste finnas på plats redan innan och rapportering av uppgifter kan då inte vara beroende av om en kommun eller region beslutat att det inträffat en extraordinär händelse. Beslut om hjälp kan inte heller vila på att det endast är den drabbade kommunen eller regionen som rapporterar lägesbilder. Det behövs en samlad lägesbild av situationen i bl.a. samtliga kommuner och regioner. Informationen behöver omfatta den aktuella beläggningen och den kapacitet man har att ta emot patienter samt vid behov en prognos över den bedömda framtida utvecklingen.

Vilka typer av uppgifter som en lägesbild behöver omfatta kan också variera utifrån vilken typ av situation som uppstår. För att en rapportering ska fungera smidigt och kunna utgå ifrån vardagen behöver det dock redan i förväg fastställas vilka behov av information som föreligger. Det krävs därför analyser av vilka uppgifter som behöver ingå i en lägesbild. Sådana analyser görs lämpligast utifrån olika scenarier och kunskap från sådana händelser som redan inträffat i Sverige eller utomlands.

För att rapportering av lägesbilder ska bli effektivt behöver den sannolikt ske elektroniskt och vi viss mån bygga på automatik. De flesta regioner arbetar i dag med olika former av datalager där statistik över olika parametrar finns att hämta. Därutöver finns det ibland relevant information i nationella kvalitetsregister. Socialstyrelsen har redan påbörjat ett arbete med att digitalisera rapporteringen kring lägesbilderna över intensivvården även om regionernas deltagande i nuläget är frivilligt. Fördelen med digital rapportering är att det innebär att det går åt mindre arbetstid att ta fram och sammanställa informationen. När en sådan rapportering väl finns på plats åtgår inte nämnvärt mycket mer resurser för att rapportera varje timme, dag eller vecka. Vad som är en relevant frekvens får i stället avgöras av vad som är relevant utifrån behovet av att fatta beslut och utifrån kvalitet på informationen.

Det ska dock noteras några saker kring digital rapportering. Data som hämtas från ett kvalitetsregister eller ett datalager är rådata. Sådan data beskriver olika parametrar och dessa parametrar måste spegla

samma sak. Vidare saknar rådata normalt den analys eller prognos som behöver tillföras för att lägesbilden ska kunna utgöra ett fullgott beslutsunderlag. Det är därför viktigt att vad som ovan sagts om rapporteringsfrekvens endast gäller rådata. För mer kvalificerade analyser måste endera analysalgoritmer läggas till eller en manuell analys och bedömningsarbete. I ett system med automatisk och digital rapportering är det därmed viktigt att man inte tappar denna dimension.

Digital rapportering kan också innebära en sårbarhet om systemet inte byggs på ett sätt som medger den säkerhet, skyddsklass och robusthet som kan krävas för att hantera de situationer då de är tänkta att stödja beslutsfattande. Här kan det finnas käl att resonera på ett motsvarande sätt som man gjorde när man på 1980-talet byggde beredskapssjukhus. Att ett dåvarande landsting behövde en akutmottagning var inget staten finansierade, men när man i det aktuella fallet valde att bygga med 50 cm tjocka betongväggar med hänsyn till totalförsvarets krav, gick staten in och finansierade merkostnaderna. Man kan resonera på motsvarande sätt vad avser ett it-system som är av stor betydelse för sådana mycket omfattande extraordinära händelser som beskrivs i förarbetena till LEH eller vad gäller totalförsvarets behov (se avsnitt 4.5 nedan om finansiering).

Kommuner och regioner har till utredningen gett uttryck för att arbete med att rapportera lägesbilder är omfattande och ur deras perspektiv ibland av tveksamt värde. Utredningen har stor förståelse och respekt för detta. Den rapportering som här skisseras ska inte utgöra en ökad börda och ytterligare en rapportering som ska genomföras. Rapporteringen bedöms mycket väl motsvara vad som behöver rapporteras i enlighet med LEH vid en extraordinär händelse. Därmed bör det inte i denna del uppstår något dubbelarbete. Därmed inte sagt att ovanstående kan utföras utan en hel del arbete, men arbetet skulle sannolikt skapa mervärden i vardagen samt innebära att hanteringen av hjälp vid en fredstida kris, när den inträffar, sker effektivt. I avsnitt 5.3 lämnas förslag om händelserapportering för lägesbilder avseende hälso- och sjukvård och förslag om uppdrag att ta fram underlag för vilken information som behöver lämnas vid sådan händelserapportering. Förslagen bedöms även medföra att adekvat händelsestyd rapportering enligt LEH kan ske.

4.4 Ledning och hjälp

Bedömning: Det bör säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå dvs. sådan vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. Detta kan inte åstadkommas utan att det införs bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra och som ger ledningsmandat för staten att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning.
Förslaget från Utredningen om civilt försvar om att civilområdeschefen ska få besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet bör inte genomföras.

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet som ska upprätthållas i hela hotskalan, även under högsta beredskap. Hälso- och sjukvården utgör en prioriterade del av civilt försvar, men är också viktig för militära förmågor. En fungerande hälso- och sjukvård är av avgörande betydelse för medborgarnas allmänna förtroende för vården, men också för medborgarnas förtroende för det allmännas förmåga att tillgodose deras grundläggande behov. Därmed är en fungerande vård även av betydelse för försvarsviljan.

Hälso- och sjukvården är således av stor betydelse för ett fungerande samhälle och för Sveriges försvar. Med uttrycket vård som inte kan anstå avses sådan vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. Om hälso- och sjukvårdens resurser inte längre skulle räcka för att utföra all sådan vård som inte kan anstå, uppkommer en situation i vården som i enlighet med terminologi på vårdområdet utgör en katastrof. I en sådan situation är det fara för svårt sjuka eller skadade patienters liv och hälsa.

Kommuner och regioner har ansvaret att tillgodose befolkningens vårdbehov och nödvändiga vårdresurser måste således finnas i kommuner och regioner. Ingen annan aktör, inte heller staten, skulle kunna ta över ansvaret att tillgodose befolkningens behov av vård. Staten

kan däremot bidra till vårdens upprätthållande genom bl.a. vissa resurser, t.ex. sådana som lagerhålls för beredskap och en ändamålsenlig reglering.

Som redan framhållits inträffar händelser i fredstid som kan antas medföra stora utmaningar för samhället. Händelser som t.ex. terrorattentatet i Madrid år 2004, skjutningarna på Utöya år 2011 och tågurspårningen i Buenos-Aires år 2012, torde, om de inträffade i Sverige, medföra så stora utmaningar att enskilda regioner och kommuner inte lär kunna hantera dessa själva. Skulle en kommun eller region hamna i ett läge där de inte längre kan tillgodose behov av vård som inte kan anstå, torde det från ett medborgerligt och allmänt samhälleligt perspektiv vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp.

Under utbrottet av covid-19 har det varit tydligt att hälso- och sjukvårdsdirektörerna och regiondirektörerna samverkat och försökt samordna sig genom sina nätverk vid SKR samtidigt som många regioner också befunnit sig i en särskild sjukvårdsledning. Det har under ett sådant utdraget förlopp som pandemin inneburit funnits behov av att både leda på kort sikt men samtidigt arbeta på ett mer strategiskt plan i ett längre perspektiv. Detta ställer stora krav på tydlighet i vem som gör vad och intern samordning i regionerna. Utredningen bedömer därför att hälso- och sjukvårdens ledning vid allvarliga händelser och fredstida kriser behöver beakta fler tidsperspektiv än i dag. Utredningen bedömer också att funktionen särskild sjukvårdsledning behöver utvecklas så att den tar hänsyn till allvarliga händelser eller fredstida kriser som varar under längre tid. En sådan utveckling behöver förhållas sig till övriga krav på ledning som kommer av annan lagstiftning t.ex. KL och LEH. Ledning och samordning av hjälpbehov (kapitel 5).

4.4.1 Allmänt om hjälpbehov i hälso- och sjukvården

Hjälpbehov uppkommer inom hälso- och sjukvården främst vid olika störningar i verksamheten. Sådana störningar förekommer men det är inte alla störningar som medför ett behov av hjälp. Vissa störningar är allvarligare än andra. Även i fred kan större sjukdomsutbrott eller skadehändelser medföra hastigt uppkomna behov av att ge vård till många sjuka eller skadade. Sådana vårdbehov kan ibland vara svåra

att tillgodose utan att det också uppkommer vissa störningar i annan vårdverksamhet.

Läkemedelsbrister och störningar i drift av it-system är endast två av flera möjliga exempel på störningar som utgör en normal del av sjukvårdens vardag. En läkemedelsbrist kan liksom andra störningar i vården medföra olika allvarliga konsekvenser. För vissa sjukvårdsprodukter som används vid vård finns det inte någon adekvat ersättningsprodukt eller annan adekvat ersättningsbehandling. Produkten kan således inte ”bytas” ut mot en annan produkt eller mot någon annan behandlingsåtgärd utan att detta medför direkt livsfara för patienten eller påverkar patientens tillstånd på ett oacceptabelt vis. Sjukvårdsprodukter som av nämnda skäl inte kan bytas ut eller ersättas på annat sätt, benämns i vissa fall som kritiska produkter.

Om det är fråga om en till antalet liten grupp svårt sjuka patienter som är beroende av en viss behandling så behöver inte ens en resursbrist som är kritisk medföra någon stor samhällspåverkan eller stor påverkan på den som ansvarar för att utföra vård eftersom all annan vård kan fortgå som vanligt. För den svårt sjuke patient som är helt beroende av viss behandling kan en kritisk resursbrist dock medföra ett omedelbart allvarligt hot mot hens liv och hälsa. Resursbristen innebär i detta fall en allvarlig störning i en del av verksamheten.

Socialstyrelsens termbank innehåller begrepp för fackområdet vård och omsorg. Med katastrof avses enligt nämnda termbank en ”särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas”. Om de samlade resurserna inte räcker till för att utföra vård som inte kan anstå kommer vården tvingas att genomföra mycket hårda prioriteringar och det kommer sannolikt också finnas behov av att använda bl.a. vårdmetoder som skiljer sig från vad som är normalt. Det kan vid resursbrist inte uteslutas att det inte går att ge adekvat vård till alla de som är allra sjukaste medan det fortfarande är möjligt att ge adekvat vård till svårt men ändå mindre allvarligt sjuka patienter. I ett läge där normala vårdmetoder och vårdstandard inte kan upprätthållas, uppkommer frågor om bl.a. hur patientsäkerhet kan upprätthållas och vilka bestämmelser i författningar på hälso- och sjukvårdsområdet som är olämpliga att tillämpa. Frågor om patientsäkerhet och om författningsberedskap avhandlas särskilt i kapitel 13.

Det är till bl.a. ovanstående resursbristsituationer begreppet katastrofmedicin knyter an (se 4.2.2). Katastrofmedicin är den del av den medicinska vetenskapen som studerar, undervisar, utvecklar och utvärderar metoder för att bedriva hälso- och sjukvård på effektivast möjliga sätt i situationer med bristande resurser.

Enligt utredningens mening utgör bristande tillgång till resurser som behövs för att utföra vård som inte kan anstå en allvarlig störning i den samhällsviktiga verksamhet som hälso- och sjukvården utgör. En överhängande risk för sådan resursbrist utgör således också en överhängande risk för en allvarlig störning i hälso- och sjukvården.

4.4.2 Stöd till hjälpbehövande kommuner och regioner

Om en region eller kommun trots omprioriteringar och omställningar i sina verksamheter och andra egna insatser inte längre kan säkerställa de resurser som krävs för att utföra vård som inte kan anstå, är regionen eller kommunen ytterst beroende av andras hjälp för att skydda sina patienters liv och hälsa.

Hjälp kan bestå av att patienter t.ex. flyttas till en annan region för vård. En annan möjlighet är att en region, en kommun eller staten kan skicka de resurser som krävs för vården till den hjälpbehövande kommunen eller regionen. Sådana resurser kan till exempel utgöras av förstärkningsenheter dvs. grupper med tillhörande utrustning, personal, sjukvårdsprodukter eller annan utrustning.

När det gäller hälso- och sjukvårdsområdet är statens möjligheter att stödja med vårdresurser begränsade eftersom det huvudsakligen är regionernas och kommunernas ansvar att tillhandahålla vård. I vissa fall kan dock staten ge stöd, exempelvis med sjukprodukter som staten lagerhåller för beredskapsändamål eller med de statliga helikopterresurser som i vissa fall kan göras tillgängliga för vårdändamål. Staten har annars främst möjligheter att ge ekonomiskt stöd och finansiera de åtgärder som krävs för civilt försvar, men kan även i mycket allvarliga lägen begära hjälp från andra länder. Staten ansvarar bl.a. för att kunna ge och ta emot civilt och militärt stöd från andra länder och organisationer i händelse av säkerhetspolitisk kris eller krig och för att det då är möjligt att agera tillsammans och samordnat.

Kommuner och regioner – var och en för sig?

Att de tillgängliga vårdresurserna i en kommun eller region är otillräckliga, innebär inte att vårdläget är lika ansträngt över hela landet. Andra kommuner eller regioner och i vissa fall även staten kan ha tillgång till resurser som krävs för vård.

Själva grundtesen i kommunallagen (2017:725), i det följande förkortad KL, är dock att en kommun eller regions ansvar främst omfattar egna kommuninnevånarna.

Kommuners och regioners möjligheter och skyldigheter att lämna stöd

Kommuner och regioner kan på frivillig grund bistå en annan kommun eller region med att utföra bl.a. hälso- och sjukvård. Nödvändigt rättsligt stöd för att hjälpa en annan region att utföra vård finns bl.a. genom bestämmelser i 4 kap. 1 § LEH.

En region får också enligt 8 kap. 5 § 1 HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det. Enligt bestämmelser i 14 kap. HSL kan en region också överlåta ansvar för viss vård till en kommun. Detta öppnar möjligheter för regioner även i situationer då det är svårt att klara sådan vård som inte kan anstå.

Enligt 7 kap. 8 § HSL ska regionerna samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Som tidigare redovisats är bestämmelsen i 7 kap. 8 § HSL starkt kopplad till 6 kap. 1 § 1 HSL och kravet på samverkan torde endast avse sådan vård där regioner finner behov av att *koncentrera* olika resurser till samverkansregional nivå.

En kommun får enligt 12 kap. 2 § erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Enligt 4 kap. 1 § LEH får kommuner och regioner på begäran lämna hjälp till andra kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om hjälp har lämnats har kommunen eller regionen rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller regionen. När en enskild persons vistelse i en kommun är föranledd av en extraordinär händelse i fredstid, har vistelsekommunen rätt till ersättning från den kommun som drabbats av den extraordinära händelsen. Av 18 kap. 3 § HSL följer att personer som tas emot från en

annan kommun eller en annan region enligt 4 kap. 1 § LEH omfattas av mottagande kommuns och regions skyldigheter enligt HSL.

När det gäller bl.a. krig eller krigsfara finns det även bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att lämna hjälp. Om en kommun eller en region har en för totalförsvaret viktig uppgift och denna blir oskäligt betungande till följd av krigsskada eller andra utomordentliga förhållanden som orsakats av krig eller krigsfara, är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. Omfattningen av hjälpen beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.[168] För krig finns också andra bestämmelser som medför skyldighet för kommuner att i skälig omfattning lämna hjälp.[169]

Det finns även andra bestämmelser som medför skyldighet för bl.a. kommuner att lämna hjälp. Exempelvis följer av 6 kap. 7 § lagen om skydd mot olyckor att en statlig myndighet eller en kommun är skyldig att med personal och egendom delta i en räddningsinsats på anmodan av räddningsledaren och vid sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen på anmodan av den myndighet som ansvarar för saneringen. En sådan skyldighet föreligger dock endast om myndigheten eller kommunen har lämpliga resurser och ett deltagande inte allvarligt hindrar dess vanliga verksamhet. Vidare följer av 6 kap. 8 a § första stycket samma lag att om det vid omfattande kommunala räddningsinsatser finns ett konkurrerande behov av förstärkningsresurser får Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, på begäran av en eller flera räddningschefer, prioritera och fördela tillgängliga resurser.

Det kan konstateras att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård. I den förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19 finns dock särskilda bestämmelser som medför viss skyldighet att hjälpa. Nämnda förordning är inte avsedd att hantera annat än viss skyddsutrustning och den torde också vara av mer tillfällig karaktär.

[168] 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[169] 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Erfarenheter av coronapandemin

Under coronapandemin har smittspridningen och belastningen på sjukvården varierat betydligt mellan olika kommuner och regioner. Intensivvård är mycket resurskrävande. Den största utmaningen för sjukvården under pandemin torde ha varit att samtidigt ge många patienter intensivvård. Mängden patienter och relativt långa vårdtider i förhållande till tillgängliga platser och personal har utgjort en stor utmaning. Inte minst har vårdpersonalen varit mycket hårt belastad. Tillgången till bl.a. vissa läkemedel, medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning har också under delar av pandemin, särskilt inledningsvis, varit osäker och i vissa fall otillräcklig.

För att bl.a. försöka minska antalet dödsfall och för att vårdens resurser ska räcka till har olika restriktioner införts i samhället för att söka hindra smittspridning. Trots detta har det för många regioner varit nödvändigt att ställa om vård och vidta andra prioriteringsåtgärder för att säkerställa de resurser som krävs för att utföra vård som inte kan anstå. Det har under stundom rört sig om vårdprioriteringar som varit omfattande och varat över längre tid. Operationer och andra vårdåtgärder har skjutits upp och många patienter har fått vänta på vård. För att säkerställa tillgången till personal har särskilda krisavtal som gäller i regioner och kommuner aktiverats.

Regionerna har, inte minst initialt, haft delvis olika strategier för att möta det ökade behovet av intensivvårdsplatser som omhändertagandet av svårt covidsjuka patienter visat sig kräva. Särskilda åtgärder har också vidtagits, exempelvis inrättandes ett tillfälligt sjukhus med 550 vårdplatser som aldrig togs i bruk på Älvsjömässan och delar av ett fältsjukhus inrättandes invid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. I många regioner har antalet vårdplatser för intensivvård kraftigt byggts ut.

Det mycket snabba framtagandet av vacciner och den intensiva vaccinationsinsatsen har succesivt medfört lägre allvarlig covidrelaterad sjuklighet och död och detta har sannolikt även förhindrat en vårdbelastning som medfört ännu större svårigheter för vården. Vilka effekter som kan följa av olika framtida virusmutationer är dock ännu oklart.

Flera av de åtgärder som vidtagits under coronapandemin måste för svenska förhållanden betraktas som extraordinära. Det står i skrivande stund inte helt klart om verkligen alla patienter som enligt be-

hovsprincipen (se 3 kap. 1 § andra stycket HSL) och gällande vårdprioriteringar borde ha fått vård, verkligen har fått det. Inte heller står det helt klart om vårdskador hör till de undanträngningseffekter som uppkommit.

Det tycks över lag vara så att regioner och kommuner, inte minst genom insatser från vårdpersonalen som varit mycket krävande, kunnat möta många av de utmaningar som coronapandemin medfört och att det under pandemin varit möjligt att tillhandahålla vård som inte kan anstå. Trots detta medför den väntan på vård som många patienter fått erfara på grund av att resurser avdelats för vård av covidsjuka, betydande lidanden för många enskilda och dessutom kostnader för samhället. Den vårdskuld som uppstår kommer också medföra hård belastning på vården, sannolikt under lång tid, när pandemin väl klingar av.

Det bör mot ovanstående bakgrund dock särskilt framhållas och understrykas att samhället och vården kan tvinga möta ännu svårare utmaningar i en framtid. Det finns ingen anledning att utgå från att bl.a. antagonistiska angrepp med mycket stora skadeutfall och smittor med bl.a. högre sjuktal och dödlighet än den som orsakats av covid-19 aldrig kommer att inträffa.

Behov av hjälp under pandemin

Vissa regioner och kommuner har trots alla de åtgärder som de själva vidtagit under coronapandemin tidvis varit i behov av hjälp från bl.a. andra regioner eller kommuner som inte varit lika hårt belastade. Även staten har varit involverad för att lösa olika försörjningsbehov. Exempelvis har staten tagit ansvar för införskaffade av pandemivaccin, inköp och fördelning av skyddsutrustning och stöd med helikopterresurser för sjuktransporter.

Vissa utmaningar avseende hjälp till kommuner och regioner

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

Kommuner och regioner har en lång tradition av att på frivillig väg stödja varandra med olika resurser när det finns legala möjligheter

för det. Som exempel kan nämnas stöd med vattenreningsutrustning från Katrineholms kommun till Östersunds kommun i samband med förekomst av cryptosporidium i dricksvatten år 2011, stöd med räddningstjänstresurser vid skogsbränder år 2014 och 2018 samt stöd med ambulanser och intensivvårdspersonal i samband med terrorattentatet på Drottninggatan år 2017. Det sistnämnda behövde dock aldrig genomföras eftersom händelseutvecklingen inte blev så allvarlig som befarats utan vidtogs som en planeringsåtgärd.

Många gånger handlar det om situationer då endast någon eller några få kommuner eller regioner är drabbade av en händelse. Möjligheterna till stöd på frivillig väg är då givetvis avsevärt mycket större än om många kommuner eller regioner eller hela landet är samtidigt drabbade.

Nuvarande rättsliga reglering innebär som tidigare redovisats att kommuner och regioner på frivillig grund kan hjälpa en kommun eller region som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Från SKR har framhållits att nu gällande bestämmelserna som medger att kommuner och regioner lämnar varandra viss hjälp kan vara svåra att tillämpa då det råder oklarhet i frågor om upphandling.

En rimlig förutsättning för en begäran om hjälp är att en kommun eller region först har uttömt de egna möjligheterna att lösa situationen. Saknar en kommun eller region god kännedom om det egna aktuella vårdläget, vilka egna resurser som finns att tillgå nu och på något längre sikt samt vilka kommande vårdbehov som sannolikt uppkommer blir det mycket svårt att göra bedömningar av både hjälpbehov och stödmöjligheter. Risken ökar i sådana fall för att en kommun eller region begär hjälp i onödan eller att hjälp inte lämnas trots att det varit möjligt.

Regioner och kommuner har som tidigare redovisats stor frihet att bestämma hur de vill ordna sin hälso- och sjukvård. Det skulle vara mycket illa om en kommun eller region enbart på grund av brister i exempelvis egen resursallokering, organisation eller egen ledningsförmåga skulle bli hjälpbehövande.

I Sverige är tanken att alla kommuner och regioner ska se väl om sina egna hus men det är ingen hemlighet att vissa kommuner och regioner på grund av bl.a. olika skatteunderlag, har olika grundförutsättningar för sina verksamheter. Även om alla kommuner och regioner hade exakt samma förutsättningar så kan de ändå välja att organisera sig eller på annat sätt ordna med sina olika verksamheter så att

verksamhetsutfallen blir bättre eller sämre än andra kommuner eller regioners verksamhetsutfall.

I alla situationer när det finns flera olika behov som behöver tillgodoses med begränsade resurser uppkommer frågor om prioriteringar. Enligt vad utredningen kunnat finna är överkapaciteter i vården som tillskapats i syfte hålla säkerhetsmarginaler inte självklara. Om en resurs endast finns till som en försäkring mot händelser som inträffar sällan eller mycket sällan, går det att argumentera för att det är bättre att använda tillgängliga medel för att hantera andra behov som finns här och nu, i stället för att använda dessa till en försäkring. Det är dock, hur man än resonerar, aldrig tillåtet att prioritera genom att välja bort lagkrav som ska följas.

För att det ska vara möjligt för kommuner och regioner att förfoga över nödvändiga resurser krävs det fungerande organisationer, tydliga ledningsmandat och gedigna juridiska lösningar som säkerställer tillgång även till resurser som kommuner och regioner endast kan förfoga över tillsammans med andra kommuner och regioner samt resurser som finns hos sådana privata aktörer till vilka kommuner och regioner givit i uppdrag att utföra exempelvis offentligt finansierad vård.

Det finns enligt utredningens mening anledning för vissa kommuner och regioner att se över sina organisationer, ledningsmandat och juridiska lösningar för att säkerställa att de också kan förfoga över sådana vårdresurser som krävs för att hantera fredstida kriser, men även krig. Några kommuner och regioner har också säkert redan uppmärksammat detta behov med anledning av nuvarande pandemi.

Olika skäl till att hjälp inte lämnas

Hastigt uppkomna eller mycket omfattande hjälpbehov kan inte alltid förväntas lösas i rätt tid på frivillig väg. Resursläget i samtliga landets kommuner och regioner kan också vara så ansträngt att det helt enkelt är omöjligt att lämna hjälp.

Det kan också vara så att hjälp inte lämnas trots att det faktiskt finns utrymme för det. Osäkerheten om framtiden – exempelvis befarad hög framtida vårdbelastning på grund av t.ex. smitta, en osäker tillgång till sjukvårdsprodukter eller en uppdagad risk för ett terrorattentat – kan medföra att beslutsfattare i en kommun och region

blir mindre benägna att lämna hjälp till en annan region eller kommun. Beslutsfattare kan då komma att ta till större säkerhetsmarginaler än vad som är nödvändigt för att säkerställa den egna kommunens eller regionens närtida behov. Det kan också vara så att en kommun eller region saknar tillräcklig kunskap om egna resurserna och vårdbelastningen för att göra korrekta bedömningar.

Nuvarande reglering inte tillräcklig

Nuvarande bestämmelser i 4 kap. 1 § LEH medför som förut har redovisats inte någon skyldighet i fredstid för de kommuner eller regioner som har möjlighet att hjälpa andra kommuner och regioner, att också göra det. Bestämmelsen förutsätter också att en hjälpbehövande kommun eller region *drabbats av en extraordinär händelse* i fredstid. Med extraordinär händelse avses i LEH en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.

Att bestämmelsen i bl.a. 4 kap 1 § LEH är knuten till en extraordinär händelse kan medföra problem. Exempelvis kan det vara svårt att avgöra om en händelse ska anses ”avvika från det normala”. Det är också svårt att se varför detta kriterium är nödvändigt. Begreppet har under alla förhållanden vållat många och långa diskussioner i kommuner och regioner. Begreppet förekommer inte heller i annan lagstiftning. Det är i dag inte preciserat vem som beslutar när en extraordinär händelse har inträffat. Det finns en bestämmelse i 2 kap. 1 § LEH om att det i kommuner och regioner ska finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Vissa regioner har därför tidigare tolkat det så att en extraordinär händelse endast föreligger om krisledningsnämnden aktiveras. Av vad denna utredning kunnat finna är det i både kommuner och regioner mycket ovanligt att krisledningsnämnden aktiveras. Att det föreligger en extraordinär händelse är i dag en förutsättning för att kunna lämna stöd enligt 4 kap. 1 § och enligt vad utredningen erfarit är detta problematiskt.

När det gäller hälso- och sjukvård lämnar bestämmelserna i 8 kap. 5 § 1 HSL stort utrymme för regioner att på frivillig grund överenskomma om lösningar som innebär att en region utför hälso- och sjuk-

vård som en annan region har ansvar för. Av förarbetena till sistnämnda bestämmelse framgår bl.a. att bestämmelsen infördes för att en sjukvårdshuvudman ska anses ha befogenhet att kunna erbjuda utomlänspatienter vård och behandling på samma villkor som inomlänspatienter.[170] Den befogenhet som 8 kap. 5 § 1 HSL ger bedöms medföra att en region som behöver hjälp med att utföra hälso- och sjukvård (vad som avses med hälso- och sjukvård anges i 2 kap. 1 § HSL) kan lösa detta genom en överenskommelse. Det torde därför inte finnas behov för en region av att använda sig av de befogenheter som 4 kap. 1 § LEH ger. Kommuner har dock inte motsvarande möjligheter som regioner har enligt 8 kap. 5 § 1 HSL och kommunerna bedöms därför behöva förlita sig på 4 kap. 1 § LEH för att lösa hjälpbehov på frivillig grund.

Det kan vidare noteras att bestämmelserna i 4 kap. 1 och 2 §§ LEH är utformade för att passa alla tänkbara hjälpbehov och de är således inte heller är särskilt anpassade för att hantera sådana situationer i hälso- och sjukvården då det är motiverat att hjälp lämnas. För prioritering och fördelning av resurser krävs särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar så att konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats kan värderas rätt. Flera länsstyrelser har för utredningen framhållit att de för närvarande inte har sådana särskilda kunskaper som krävs för att fördela vårdresurser och besluta om hjälp enligt bestämmelsen i 4 kap. 2 § LEH.

Bestämmelserna i 4 kap. 1 § LEH bygger på frivillighet och bestämmelserna i 4 kap. 2 § LEH, liksom bestämmelserna i 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap är utformade så att de inte kan tillämpas i alla de situationer i fred då det så långt möjligt behöver säkerställas att det går att utföra vård som inte kan anstå. De nämnda bestämmelserna är i likhet vissa andra bestämmelser i svensk rätt utformade så att det kan uppkomma svårigheter vid en omfattande gråzonsproblematik.

Enligt vad utredningen kunnat se lämnar kommuner och regioner som regel varandra hjälp i de fall detta behövs om det är möjligt utan alltför stora olägenheter på kort sikt för den egna verksamheten. Det finns i nuläget inget som talar för att kommuner och regioner kommer att vara mindre hjälpbenägna i framtiden. Ingen kommun eller region är dock överordnad någon annan kommun eller region och de

[170] Om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m. (prop. 1989/90:81), s. 42 f.

har inget ansvar för eller ledningsmandat som säkerställer samordning av vård eller vårdhjälp mellan kommuner, mellan regioner, mellan kommuner och regioner eller mellan kommuner, regioner och staten.

Det kan inte heller uteslutas att kommuner och regioner inte lämnar varandra hjälp trots att det finns utrymme för det. Resurser som en kommun eller region kan undvara men som de för säkerhets skull väljer att behålla för att kunna ge vård om läget skulle förvärras, kommer inte till användning där den behövs mest för att utföra vård.

Att neka en svårt sjuk patient i t.ex. en region den vård som denne behöver för att säkerställa att andra regioner i framtiden ska ha tillgång till resurser som krävs för att *eventuellt* vårda en svårt sjuk patient är knappast en godtagbar ordning. Det rimmar också mycket illa med 3 kap. 1 § HSL; *Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården*.

4.4.3 Behovet av strukturer för samordning av hjälp från stat, kommun och region

Staten har som redan nämnts främst möjligheter att ge ekonomiskt stöd till kommuner och regioner. Staten finansierar också åtgärder som krävs för civilt försvar, men kan även i mycket allvarliga lägen begära hjälp från andra länder bl.a. civilt och militärt stöd från andra länder och organisationer i händelse av säkerhetspolitisk kris eller krig. Staten ansvarar i sådana situationer också för att det är möjligt att agera tillsammans och samordnat.

Samordning mellan olika verksamhetsområden är också av största betydelse för att i fredstid kunna undvika dubbelarbete och onödiga investeringar och för att i krig erhålla största möjliga försvarseffekt.

En grundförutsättning för utförande hälso- och sjukvård är tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal och sjukvårdsprodukter. I likhet med de flesta andra samhällssektorer är vården dock även beroende av bl.a. tillgång till el, drivmedel och vatten. Hälso- och sjukvården kan inte alltid ha förtur till sådana resurser som också är viktiga för andra samhällsfunktioner.

Det finns mot ovanstående bakgrund ett behov av att säkerställa samordning i de fall hjälpbehov inom hälso- och sjukvården inte kan

tillgodoses utan resurser som också är nödvändiga för att tillgodose andra angelägna samhällsfunktioner. Det krävs då också ett system där det är möjligt att väga samman och prioritera hur mycket av tillgängliga resurser som kan avsättas till olika hjälpbehövande sektorer. För att säkerställa samordning mellan olika sektorer behöver någon aktör med mandat att besluta för de fall en hjälpfråga inte kan lösas genom samverkan.

Förslag som syftar till att öka hälso- och sjukvårdens beredskap i Sverige genom bl.a. säkerställd tillgång till sjukvårdsprodukter finns i utredningens föregående betänkanden. Om de förslag som utredningen lämnat tidigare om bl.a. lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter genomförs kommer det att finnas vissa särskilda vårdresurser som staten förfogar över och som måste kunna fördelas mellan olika kommuner och regioner efter behov.[171] Vidare bör framhållas att det i nyss nämnda betänkande även redogörs för behoven av ett sammanhållet system för analys och planering av försörjningen av sjukvårdsprodukter (avsnitt 9.12), för olika problem och faktorer som har betydelse för att i Sverige effektivt kunna använda de sjukvårdsprodukter som finns här samt behoven av omvärldsbevakning och nationella lägesbilder (kapitel 12). Förslag lämnas till ett system för sådana lägesbilder över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter i Sverige. Staten ska ansvara för detta system (avsnitt 12.3).

Utredningen om civilt försvar har i sitt betänkande Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25) bl.a. lämnat förslag om att det ska inrättas sex civilområden som ska ledas av civilområdeschefer.[172] Civilområdescheferna ska enligt förslaget få besluta om bistånd mellan kommuner och regioner under höjd beredskap enligt 4 kap. 2 § LEH. Utredningen föreslår också att civilområdeschefen under höjd beredskap, efter hörande av Socialstyrelsen, få besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet.

I ovan nämnda betänkande föreslår Utredningen för civilt försvar vidare att det införs en ny struktur med statliga myndigheter indelade i beredskapssektorer.[173] Beredskapssektorerna ska organiseras med utgångspunkt i samhällsviktiga verksamheter och funktioner som är av

[171] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 469 ff.
[172] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 352 ff.
[173] A.a., s. 310 ff.

särskild betydelse att upprätthålla i fredstida krissituationer, höjd beredskap och då ytterst krig. En särskild beredkapssektor benämnd Hälsa, vård och omsorg, med Socialstyrelsen som sektorsansvarig myndighet, föreslås också. Sektorsansvariga myndigheter ska ha uppgifter vid planering och förberedelser inom civilt försvar och vid fredstida krisberedskap samt uppgifter under höjd beredskap och vid fredstida krissituationer. De sektorsansvariga myndigheterna ska samverka med MSB i frågor som gäller sammanhängande planering, rapportering och åtgärder som övning och utbildning. De ska också utveckla ett strukturerat samarbete med civilområdeschefen. Under höjd beredskap får den sektorsansvariga myndigheten meddela de föreskrifter som behövs om verksamheten hos andra statliga myndigheter inom beredskapssektorn vad gäller prioritering och fördelning av resurser. De sektorsansvariga myndigheternas uppgifter föreslås regleras i förordning. Beredskapsmyndigheter ska bl.a. under höjd beredskap hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet, den förväntade utvecklingen och tillgängliga resurser inom respektive ansvarsområde samt om vidtagna och planerade åtgärder.

Under höjd beredskap ska länsstyrelserna rapportera till civilområdeschefen som därefter ska rapportera till regeringen. När beredskapen höjts ska beredskapsmyndigheterna även lämna underlag till Försvarsmakten enligt 8 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap. MSB ska få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av rapporteringen till regeringen utom i fråga om Kustbevakningen[174].

Organisationer, lednings- och styrsystem måste utvecklas och anpassas i takt med att t.ex. ansvar för en fråga behöver ändras eller det finns behov av att ge någon ansvaret att sköta nya uppgifter. Detta gäller i både offentliga och privata verksamheter.

Flera av de förslag som lämnas i de ovan nämnda betänkandena och även i detta betänkande förutsätter att det finns lämpliga organisatoriska strukturer och tydliga system för planering, analys och beslut om bl.a. resursanskaffning och resursfördelning. Det krävs då också att beslutsfattare har tillgång till ett adekvat beslutsunderlag

[174] Vid höjd beredskap får Kustbevakningen förändrade ansvarsförhållanden och ska ha förmåga och en planering för att ge stöd till det militära försvaret. Enligt vad som följer av förordningen (1982:314) om utnyttjande av Kustbevakningen inom Försvarsmakten, utnyttjandeförordningen, ska under höjd beredskap eller krig, personal och materiel från Kustbevakningen användas inom Försvarsmakten för övervakning, transporter och andra uppgifter enligt överenskommelse mellan myndigheterna.

vilket bl.a. inkluderar aktuella lägesbilder över resursläge och vårdbelastning. Lägesbilderna måste beskriva nuläget över hela landet, men även innehålla prognoser som gör det möjligt att bedöma hur resursläge och vårdbelastning i landets olika delar troligen kommer att utvecklas framöver (se avsnitt 4.2.5 om lägesbilder).

Det saknas fortfarande bestämmelser som tillräcklig grad säkerställer samordning av hjälp för att tillgodose angelägna vårdbehov.

4.4.4 Utredningens bedömning avseende ledning och hjälp

Kommuner och regioner har ansvaret att tillgodose befolkningens vårdbehov och därmed att nödvändiga vårdresurser finns. Kommuner och regioner har som huvudregel att, var för sig, tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för vård i andra kommuner eller regioner eller andra kommuners eller regioners resursbrister.

I ett läge där en kommun eller region inte längre klarar att fullgöra skyldigheten att ge vård som inte kan anstå till alla som behöver det uppkommer en allvarlig fara för patienters liv och hälsa. Staten har inte möjlighet att ta över skyldigheten att tillgodose befolkningens vårdbehov, men kan lämna stöd till kommuner och regioner exempelvis genom vissa resurser som lagerhålls för beredskap. Staten kan i vissa fall också begära hjälp från andra länder och internationella sammanslutningar.

Skulle en kommun eller region hamna i en katastrofsituation torde det från ett medborgerligt och ett allmänt samhälleligt perspektiv vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp. Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Kommuner och regioner kan på frivillig grund ge hjälp till varandra och detta sker också regelmässigt om det är möjligt utan alltför stora olägenheter på kort sikt för den egna verksamheten. Det finns i nuläget inget som talar för att kommuner och regioner kommer att vara mindre hjälpbenägna i framtiden.

Det kan dock inte uteslutas att kommuner och regioner inte lämnar varandra hjälp trots att det finns utrymme för det. Resurser som

en kommun eller region kan undvara men som de för säkerhets skull väljer att behålla för att kunna ge vård om läget skulle förvärras, kommer inte till användning där den behövs för att skydda liv och hälsa.

Internationella hjälpinsatser till Sverige, nationella försörjningsåtgärder och statens ansvar för planering och samordning av civilt och militärt försvar måste beaktas i situationer då läget i hela eller delar av samhället, t.ex. hälso- och sjukvården, är synnerligen ansträngt och då det finns behov av samordning av resurser nationellt och då hjälpbehov kan kräva att resurser ska fördelas eller omfördelas inom Sverige.

Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har således inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner. De kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund. Det kan konstateras att det i dag saknas system som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten och att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård. Nuvarande bestämmelser om skyldighet för kommuner och regioner att lämna till varandra i vissa situationer som rör krig och krigsfara i LEH och i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap är inte tillräckliga för hjälp som behövs vid vårdkatastrofer.

Det finns även med beaktande av det kommunala självstyret därför starka skäl för förslag som motverkar uppkomst av en katastrof i vården eller som i det värsta fallet mildrar effekterna av en sådan katastrof. För att skydda människors liv och hälsa bör det därför så långt möjligt säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå.

När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få nödvändig hjälp att utföra vård som inte kan anstå måste det finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som bör ge hjälp också gör det och bestämmelser som säkerställer samordning.

Om en kommun eller region inte kan utföra hälso- och sjukvård som inte kan anstå, bör andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör efter anmälan om hjälpbehov från en kommun eller region få besluta om hjälp. Ett sådant beslut ska inte få medföra att en hjälplämnande kommun eller region själv blir hjälpbehövande.

Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp på sätt som nyss har beskrivits, bör en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå. Det är således fråga om en form av vårdutjämningssystem för katastrofsituationer där avsikten är komma tillrätta med stora skillnader i kommuners och regioners förutsättningar att ge vård som inte kan anstå. En kommun eller region som har lämnat hjälp bör ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

All detta kan inte åstadkommas utan att det införs bestämmelser som dels medför skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra hjälp dels ger ledningsmandat för staten som innebär rätt att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning.

Det står klart att kommuner eller regioner inte har något på lag grundat ansvar för att andra kommuner och regioner i fredstid ska kunna utföra sådan vård som de är skyldiga att tillhandahålla även om de har ett visst ansvar för att ge vård till bl.a. andra kommuners invånare som befinner sig i kommunen eller regionen.

För närvarande är det länsstyrelserna som beslutar om hjälp med stöd av de bestämmelser om bistånd mellan kommuner och regioner som finns i 4 kap. 2 § LEH.[175] Flera länsstyrelser har för utredningen framhållit att de inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för att besluta om hjälp som avser hälso- och sjukvård. Enligt tidigare nämnt förslag från Utredningen om civilt ska civilområdescheferna under höjd beredskap besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet. Sådana beslut får fattas efter hörande av Socialstyrelsen.[176]

För prioritering och fördelning av vårdresurser krävs särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar och även insikter i rent medicinska frågor annars går det inte att rätt värdera konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats. Sådana kunskaper finns inte i tillräcklig grad hos länsstyrelserna och kommer knappast heller att finnas hos civilområdeschefer. Socialstyrelsens

[175] 9 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[176] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 369 f.

bedömningar får antas bli av avgörande betydelse för de beslut civilområdescheferna ska kunna fatta. Socialstyrelsens bedömningar förutsätter en samlad nationell överblick av resurslägen och de behov som kan finnas att omfördela resurser inom och mellan regioner eller inom och mellan samverkansregioner. Enligt utredningens bedömning framstår det som en onödig omgång att inte låta Socialstyrelsen fatta besluten. Vidare måste beaktas att resurser kan behöva omfördelas även vid kriser som inträffar då höjd beredskap inte gäller. Samma beslutsordning för omfördelning av resurser och patienter bör gälla vid höjd beredskap som vid fredstida kriser. Sammantaget anser utredningen att det finns andra lösningar för omfördelning av resurser som framstår som lämpligare än det som Utredningen om civilt försvar har presenterat.

Det har framförts till utredningen att civilområdescheferna i höjd beredskap genom sin roll har avgörande kunskaper om det aktuella läget i ett civilområde som har stor påverkan på de faktiska möjligheterna att omfördela resurser, t.ex. överblick över farbara vägar eller andra risker i området. Utredningen delar denna uppfattning och menar att det är viktigt att den som ska besluta om omfördelning av resurser eller patienter tar del av sådana lägesbilder och samverkar med civilområdescheferna inför ett beslut så att den hjälp som beslutas också kan utföras. Utredningen anser dock inte att detta är ett tungt vägande skäl för att civilområdeschefen ska ges beslutsmandatet att omfördela sjukvårdsresurser.

Att staten, kommuner och regioner har olika ansvar innebär att det finns gränsytor som i vissa fall kan ge upphov till oklarheter om var ansvaret för en viss fråga ligger. Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det. Det kan konstateras att det i dag saknas system som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten. De krav på planering och samordning som civilt och militärt försvar samt internationella hjälpinsatser och nationella försörjningsåtgärder kräver också statens ansvar beaktas.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts gör utredningen följande sammanfattande bedömning. Det bör säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå, dvs. sådan vård och behandling av sjukdomar och skador

där även en måttlig fördröjning bedöms medföra allvarliga följder för patienten. Detta kan inte åstadkommas utan att det införs bestämmelser som medför skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra hjälp och som ger ledningsmandat för staten att samordna och besluta om hjälp. Det behövs också bestämmelser som ställer krav på adekvata beslutsunderlag, bl.a. lägesbilder, som krävs för beslut och samordning. Förslaget från Utredningen om civilt försvar om att civilområdeschefen ska få besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet bör inte genomföras.

4.5 Finansiering av hälso- och sjukvårdens beredskap

Bedömning: Staten har finansieringsansvar för särskilda åtgärder som krävs med anledning av tillkommande vårdbehov i höjd beredskap. Kommuner och regioner har finansieringsansvar för att även i höjd beredskap upprätthålla vård för ordinarie behov.

Det finns goda skäl att undanröja varje oklarhet kring finansieringsansvar och detta bör lämpligen ske genom ändringar av ersättningsbestämmelsen i LEH. I samband med sådana ändringar kan nya och mer klargörande förarbeten skrivas. Bestämmelsen om statlig ersättning till kommuner och regioner i LEH bör således ändras.

Utredningen har vid flera tillfällen tidigare lyft problematik kring finansieringen av krisberedskapen i kommuner och regioner och att de oklara gränsdragningar som finns leder till en bristande beredskap. Frågan kan enkelt uttryckas gälla om det är staten eller om det är kommuner och regioner som ska ansvara för viss finansiering.

Om det råder oklarhet om vem som ska finansiera en åtgärd eller viss verksamhet, finns all anledning att räkna med att åtgärden inte utförs eller att verksamheten inte bedrivs alls eller i otillräcklig omfattning. I stället för ett robust och motståndskraftigt samhälle genom god civil beredskap där krisberedskap och civilt försvar blir ömsesidigt förstärkande, uppkommer i stället en svag punkt som varje motståndare kan dra nytta av. Det spelar då mycket liten roll om det

är statens eller kommunerna och regionernas uppfattning om finansieringsansvaret som är mest korrekt.

Det är givet att vissa händelser kan medföra att det inte går att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter i en kommun eller en region liksom att vissa händelser kan medföra så stora utmaningar att en kommun eller region inte har rimliga förutsättningar att vidta de åtgärder som krävs för att hantera utmaningarna på egen hand.

Men var går då gränsen mellan händelser som en kommun eller region ska klara av att hantera själva och händelser som de måste kunna påräkna stöd för att hantera? När det gäller frågan om statlig finansiering av åtgärder som kommunerna och regionerna vidtar i syfte att minska sårbarheten i sina verksamheter så att de har god förmåga att hantera krissituationer i fred, får svaret främst sökas i LEH.

Hälso- och sjukvård finansieras huvudsakligen genom kommunala skatter och avgifter. Statliga skattemedel används dock också för olika hälso- och sjukvårdsändamål. I förarbetena till LEH uttalar regeringen bl.a. följande, notera dock att kursiveringarna i citaten nedan har gjorts av denna utredning:

> När det gäller de övergripande principerna och avgränsningen för statliga åtgärder och finansiering är utgångspunkten att de säkerhets- och sårbarhetsreducerande åtgärder *som inte avser åtgärder för höjd beredskap bör finansieras inom ramen för respektive myndighets eller annat organs ordinarie verksamhet*. Det övergripande ansvar som staten har för att skapa en fredstida förstärkt förmåga innebär inte att staten har ett finansieringsansvar för alla de åtgärder som behöver vidtas. Den grundläggande ansvarsfördelningen för finansiering av den fredstida förmågan kvarstår därmed.
>
> Statens ansvar gentemot övriga aktörer avser endast de *åtgärder där det inte rimligen kan förväntas att någon annan part skall eller kan vidta behövliga åtgärder*. Samhället, dvs. allt från näringsliv och organisationer till myndigheter och kommuner, måste beakta vissa grundläggande krav i sin verksamhet för att skydda verksamheten mot olika typer av störningar. Statens ansvar därutöver bör endast omfatta extrema situationer, motsvarande en svår påfrestning på samhället i fred, där det inte finns någon annan aktör som kan tillse att det finns en tillräcklig förmåga i samhället och som inte på egen hand kan vidta effektiva åtgärder för att minska skadeverkningarna. *Det handlar om förberedelser för ledning, samordning och information. Vidare handlar det om förmågan att agera under ett allvarligt krisförlopp, något som kräver övning och utbildning, men även andra typer av åtgärder kan komma ifråga*.[177]

[177] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 112.

I 5 kap. 1 § första stycket LEH finns en ersättningsbestämmelse som avses avspegla de ovan redovisade utgångspunkter för finansiering. Av nämnda bestämmelse följer att kommunerna och regionerna ska få ersättning av staten för kostnader för förberedande uppgifter som de utför enligt 2 och 3 kap. LEH. Uppgifter som rör extraordinära händelser i fredstid berättigar till ersättning endast i den mån verksamheten är till nytta för hanteringen av sådana mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

Av författningskommentaren till bestämmelsen framgår följande.

> I paragrafens första stycke regleras att kommuner och landsting skall få statlig ersättning för sådana förberedande uppgifter som *de enligt lagen är skyldiga* att utföra och som är till nytta för hanteringen av extraordinära händelser av mycket omfattande och svårt slag *samt* höjd beredskap.
>
> Med *mycket omfattande och svåra extraordinära händelser avses vad som i diskussioner om finansiering brukar beskrivas som svåra påfrestningar på samhället i fred*. De åtgärder som vidtas för svåra påfrestningar på samhället i fred är givetvis till nytta även för sådana extraordinära händelser i övrigt som kan tänkas inträffa. Arbetet med beredskapen inför hot – från extraordinära händelser av mindre allvarligt slag upp till svåra påfrestningar på samhället i fred – kan givetvis antas vara till *ömsesidig nytta i mycket stor utsträckning*. Genom att skapa en förmåga att hantera svåra påfrestningar på samhället i fred får kommunerna och landstingen i praktiken också en förmåga att hantera övriga extraordinära händelser. Bestämmelsen har även behandlats i avsnitt 11.2.3.
>
> En förutsättning för att ersättning skall utgå är att de uppgifter som skall utföras enligt lagen också har fullgjorts.[178]

Det finns skäl att återigen framhålla att kommuner och regioner enligt HSL är skyldiga att erbjuda god vård. Denna skyldighet och andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård gäller i alla lägen. Befolkningens vårdbehov ska således tillgodoses även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som kan beskrivas som *stor olycka*, *kris*, *krig*, *extraordinära händelser i fredstid* eller *mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet*. Frågan är vilka åtgärder inom hälso- och sjukvården som staten ska ersätta på grund av ersättningsbestämmelsen i 5 kap. 1 § LEH.

[178] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133), s. 162.

Statens ansvar för finansiering av åtgärder för höjd beredskap

De övergripande principerna och avgränsningen för statliga åtgärder och finansiering innebär som ovan redovisats att åtgärder som inte avser åtgärder för höjd beredskap bör finansieras inom ramen för respektive myndighets eller annat organs ordinarie verksamhet.

Motsatsvis följer att staten ska finansiera åtgärder för höjd beredskap. Detta är också vad som entydigt anges i den redovisade i första stycket till ovan redovisade författningskommentar, men det är inte riktigt så det uttrycks i lagbestämmelsen om ersättning. Krig och fred är en dikotomi. Om det är krig är det således inte fred och vice versa. Även vid höjd beredskap kan det dock vara fred, något som kanske kan ställa till det då man vid avgränsning av finansieringsansvaret i förarbetena talar om att staten ska ansvara för åtgärder för höjd beredskap samtidigt som ersättningsbestämmelsen begränsar rätten till ersättning för extraordinära händelser i fredstid.

Det framstår dock för utredningen som att det råder full samsyn mellan staten, kommuner och regioner om att det är staten som har finansieringsansvar för åtgärder för höjd beredskap. Det finns trots detta goda skäl att undanröja varje oklarhet kring finansieringsansvar och detta bör lämpligen ske genom ändringar av ersättningsbestämmelsen i LEH.

Statens ansvar att finansiera åtgärder som inte avser höjd beredskap

Vad gäller åtgärder som inte entydigt rör höjd beredskap är utgångspunkten enligt ersättningsbestämmelsen att uppgifter som rör extraordinära händelser i fredstid berättigar till ersättning *endast i den mån* verksamheten är till nytta för hanteringen av sådana mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

Det kan inledningsvis konstateras att förståelsen av vad som avses med mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet inte underlättas av ett förarbetsuttalande som detta; *Med mycket omfattande och svåra extraordinära händelser avses vad som i diskussioner om finansiering brukar beskrivas som svåra påfrestningar på samhället i fred*. Innebörden av ett icke definierat och i övrigt oförklarat ut-

tryck blir inte tydligare av en hänvisning till ett annat odefinierat och oförklarat uttryck.

Dock framgår även av författningskommentaren att arbetet med beredskapen inför hot från extraordinära händelser av mindre allvarligt slag upp till svåra påfrestningar på samhället i fred kan *antas vara till ömsesidig nytta i mycket stor utsträckning*. Därmed är även arbete med extraordinära händelser av mindre allvarligt slag av nytta för mycket omfattande och svåra extraordinära händelser.

Med ledning av förarbetena till ersättningsbestämmelsen kan således sägas att staten i mycket hög utsträckning ska ersätta det arbete som det åligger kommuner och regioner att utföra enligt 2 kap. LEH dvs. arbete med:

- att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser och planer för hur de ska hantera extraordinära händelser. (2 kap. 1 § LEH),
- att skapa en krisledningsnämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (2 kap. 2 §),
- för kommuner att inom sitt geografiska område och i fråga om extraordinära händelser i fredstid verka för viss samordning (2 kap. 7 § LEH),
- att ge förtroendevalda och anställd personal den utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid (2 kap. 8 § LEH), och
- att avge rapporter till olika myndigheter (2 kap. 9 § LEH).

Men även om det är på sätt som ovan sagts leder inte det till att det finns samsyn om storleken på den ersättning som staten ska utbetala för kommuner och regioners arbete enligt 2 kap. LEH. ”I mycket stor utsträckning” är uppenbarligen inte en tillräckligt tydlig avgränsning. Det får förmodas att t.ex. ambitionsnivån på arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser tydligt kommer att relatera till den ersättning som staten faktiskt betalar. Detta oavsett att risk- och sårbarhetsanalyser samt utbildning och övning ändå måste anses fundamentala för de åtgärder som en region eller kommun ändå måste genomföra mot bakgrund av de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård såsom bestämmelserna i HSL och i PSL.

Särskilt om statlig ersättning enligt LEH och hälso- och sjukvård

Regioner och kommuner har som utgångspunkt att finansiera hälso- och sjukvård som krävs för att tillgodose befolkningens behov av god vård. Det är dock staten som ansvarar för att finansiera förberedande åtgärder för höjd beredskap. Förmågor för försvar bygger på förmågor i fred. Statens finansieringsansvar kan enligt utredningen inte rimligen avse annat än sådana åtgärder som behövs för de tillkommande förmågor som totalförsvaret kräver.

Av 3 kap. 1 § LEH följer att kommuner och regioner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). Vårdbehov och förutsättningarna att utföra vård kan som tidigare framhållits i vissa fall förändras hastigt. Vid krig finns särskild anledning att räkna med att behoven av hälso- och sjukvården kan öka högst avsevärt, främst genom tillkommande krigsskador men även genom ett ökat antal infektionssjukdomar och olycksfall. Detta samtidigt som tillgången till sådana resurser som vården behöver kan minska. Krig och vissa andra antagonistiska handlingar kan också leda till förändrade sjuk- och skadepanoraman, exempelvis genom biologiska eller kemiska stridsmedel. Om staten anser att det för totalförsvaret behövs förmågor som går utöver de förmågor som finns i vardagen för att hantera sådana ökningar av vårdbehov och avvikande skade- och sjukdomspanoraman som avses ovan, är det också rimligt att staten ansvarar för att finansiera åtgärderna för dessa.

Det står enligt utredningens mening klart att statens finansieringsansvar för åtgärder för höjd beredskap aldrig kan omfatta sådana vårdbehov som alltid finns och som är stabila över tid exempelvis behandling av cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes m.m. Ansvaret att vidta åtgärder för att kunna tillgodose sådana vårdbehov, liksom finansieringsansvaret för åtgärderna, ligger således även vid krig hos regioner och kommuner. Åtgärder som behöver vidtas för att tillgodose vårdbehov som uppkommer vid masskadehändelser och stora sjukdomsutbrott som inte är krigsrelaterad omfattas inte heller av statens finansieringsansvar för åtgärder för höjd beredskap.

Situationer som en kommun eller region inte rimligen kan klara av på egen hand

I enlighet med vad som redan framhållits så berättigar uppgifter som rör extraordinära i händelser i fredstid till ersättning endast i den mån verksamheten är till nytta för hanteringen av sådana mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

Det står klart att en risk- och sårbarhetsanalys kan påvisa händelser som kan medföra att det inte går att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter i en kommun eller region liksom att en del sådana händelser kan visa sig medföra så stora utmaningar att en kommun eller region inte har rimliga förutsättningar att vidta de åtgärder som krävs för att hantera utmaningarna på egen hand.

Åtgärder som krävs för förmåga i hälso- och sjukvården att hantera svåra olyckor, terrorhändelser och pandemier med många svårt sjuka som inte är krigsrelaterade ska således som utgångspunkt finansieras av regioner och kommuner. Vilken förmåga som krävs i nyss nämnda avseenden måste fastställas utifrån sådana risk- och sårbarhetsanalyser, som staten har visst finansieringsansvar för.

Det finns dock en gräns för vilka masskadehändelser och sjukdomsutbrott med ett stort antal sjuka som en kommun eller region rimligen kan klara av själv. Enligt utredningens bedömning är det sannolikt just sådana nyss beskrivna situationer som i ovan redovisade förarbeten till LEH benämns som mycket omfattande och svåra extraordinära händelser eller som svåra påfrestningar på samhället i fred. Enligt utredningens mening innebär ersättningsbestämmelsen i LEH att staten har finansieringsansvar för sådana förberedande åtgärder som krävs för att hantera händelser som medför så stora utmaningar att en kommun eller region inte rimligen kan förväntas klara dessa på egen hand. Detta framstår också som en lämplig ordning.

De förberedande åtgärder inom hälso- och sjukvården som staten finansierar för höjd beredskap kommer troligen också att medföra stärkt beredskap och förmåga att hantera sådana händelser som kommuner och regioner inte rimligen kan förväntas hantera på egen hand. Under den tid som den s.k. strategiska pausen varade i Sverige, var statlig finansiering av kommuner och regioners beredskapshöjande åtgärder knappast i fokus. Därmed kan det antas att en stor del av det förmågetapp som skett vad avser svåra extraordinära händelser

beror på att den statliga finansieringen av höjd beredskap upphört eller kraftigt reducerats. Med den nya inriktningen för totalförsvaret torde det dock kunna påräknas att statlig beredskapsfinansiering till kommuner och regioner kommer att öka högst väsentligt.

Det är enligt utredningen inte enkelt att förstå var gränser för statens finansieringsansvar enligt dagens LEH går. Det finns goda skäl att undanröja varje oklarhet kring finansieringsansvar och detta bör lämpligen ske genom ändringar av ersättningsbestämmelsen i LEH. I samband med sådana ändringar kan nya mer klargörande förarbeten skrivas. Bestämmelsen om statlig ersättning till kommuner och regioner i LEH bör förtydligas.

4.6 Andra utmaningar avseende hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera kris och krig

I de föregående avsnitten 4.2–4.5 har utmaningar kopplat till sjukvårdens planering, organisation, ledning och finansiering lyfts fram. I de följande avsnitten kommer andra utmaningar avseende hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera situationer med många samtidigt skadade eller sjuka samt andra behov för beredskapen att lyftas fram.

Allmänt om utvecklingen

Hälso- och sjukvårdens beredskap för fredstida händelser med många skadade eller sjuka samt beredskap för höjd beredskap och krig byggdes upp parallellt under framför allt 1980- och 1990-talet efter ett flertal statliga utredningar.[179,180,181] I och med förändringarna i det säkerhetspolitiska läget på framför allt 1990-talet påbörjades en minskning av framför allt beredskapen för krig och fokus lades i stället på beredskapen för fredstida kriser.[182,183] Delar av lagstiftningen för civilt försvar och regionernas krisberedskap anpassades för att möta en ny

[179] Varuförsörjningen i kristid (SOU 1975:57).
[180] Sjukvården i krig (SOU 1978:83).
[181] 5 rapporter från 1988-års försvarskommitté (SOU 1990:108).
[182] Fortsatt förnyelse av totalförsvaret (prop. 2001/02:10), s. 11 ff.
[183] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158).

era.[184,185] Som en följd av det ändrade fokuset minskade också centraliseringen och vad som kan uppfattas som den nationella samordningen. Socialstyrelsens roll blev mer rådgivande, den nationella lagerhållningen minskade, utrustning gavs bort till regionerna, nationella utbildningsinsatser avslutades och vägledningar uppdaterades inte eller togs bort. Överstyrelsen för civilt försvar blev Krisberedskapsmyndigheten för att slutligen tillsammans med Räddningsverket slås samman i Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Samtidigt flyttades fokus utanför Sveriges gränser genom Försvarsmaktens fokus på att fred skulle byggas med internationella insatser. Terrorhändelser utomlands, flodvågskatastrofen, trippelkatastrofen i Japan och den ”arabiska våren” visade alla på ett behov av katastrofmedicinska insatser utomlands för att värna svenska medborgares liv och hälsa. Klimathotet och dess effekter på människors liv- och hälsa blir uppenbart. Under 2000-talet drabbas världen av minst två pandemier och utbrott av mycket smittsamma sjukdomar i Afrika.

Parallellt med skiftet av fokus från civilt försvar till krisberedskap har hälso- och sjukvårdens utveckling tagit stora kliv. Nya behandlingsmetoder, digitalisering, utveckling av medicinsk teknik och läkemedel har gett en än mer högspecialiserad vård. Vården fokuserade också under en period mycket på att införa arbetsmetoder enligt LEAN-processen[186]. Vårdutvecklingen och de medicinska framgångarna har gjort att tiden för eftervård kunnat kortas radikalt, vilket i sin tur fått till effekt att antalet vårdplatser på sjukhus kunnat minska.[187] Patienterna kan skrivas hem tidigare och mer vård och rehabilitering sker i hemmet. Samtidigt som specialiseringen gör att vården centraliseras så sker i andra änden en decentralisering där mer och mer avancerad vård flyttar in i hemmen.

I ljuset av förändringarna ovan påverkades också hälso- och sjukvårdens fokus för, och förutsättningar att upprätthålla, beredskap för olika händelser. Stora och mycket omfattande händelser med stor påverkan på hälso- och sjukvården är mycket ovanliga i Sverige vilket

[184] Extraordinära händelser i kommuner och landsting (prop. 2001/02:184).
[185] Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle (prop. 2005/06:133).
[186] Resurssnål och tidseffektiv produktionsmetod. Inom lean production är kunden alltid i fokus, vilket innebär att man producerar det som kunden verkligen vill ha och att det görs i processer som förbrukar så lite resurser som möjligt. Allt onödigt som inte skapar något värde för kunden ska elimineras. Kundfokus innebär också att leverera den efterfrågade kvaliteten till lägsta möjliga kostnad vid rätt tidpunkt. Källa: Nationalencyklopedin, lean production. www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/lean-production (hämtad 2022-01-05).
[187] Socialstyrelsen (2018): *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, s. 20–22.

också påverkar i vilken grad medel avsätts för sådan beredskap (försäkringstanken). Det kan dock konstateras att trots två genomgångna pandemier under 2000-talet så står det i dag klart att varken planeringen eller beredskapen för pandemier vare sig på kommunal, regional eller statlig nivå utvecklats till för att klara de påfrestningar som en pandemi faktiskt utgör. Det visar på att det finns ett stort behov av uppföljning och revision av de åtgärder som sägs genomföras.

4.6.1 I höjd beredskap och krig minskar personalen i den civila sjukvården

Bedömning: I höjd beredskap och krig innebär Försvarsmaktens behov av legitimerad personal i krigsorganisationen och det faktum att samhällets funktionalitet i övrigt kan vara störd att bristen på sjukvårdspersonal i den civila hälso- och sjukvården förstärks.

Det finns situationer som ytterligare komplicerar kommuner och regionernas tillgång till kvalificerade sjukvårdspersonal. I händelse av höjd beredskap och ytterst krig då Försvarsmakten mobiliserar kommer ett antal kvalificerade medarbetare i hälso- och sjukvården vara ianspråktagna i Försvarsmaktens krigsorganisation. Omfattningen är inte lika stor som då Försvarsmakten hade sin största organisation med femtiotalet fältsjukhus, men effekten är tillräckligt stor för att bortses från. I dag har Försvarsmakten endast två fältsjukhus (med en plan på fler) och ett antal specialiserade mindre sjukvårdsresurser med möjlighet till kvalificerat omhändertagande och vård.

Till skillnad från förr har däremot kravet på sjukvårdspersonalen i den övriga organisationen ökat. I dag finns t.ex. både legitimerade läkare och sjuksköterskor i hemvärnets alla förband, vilket inte var fallet för 40 år sedan. Läkare och sjuksköterskor ingår i princip på olika nivåer i alla förband organiserade i bataljoner eller fristående kompanier. Försvarsmaktens behov kommer därmed att påverka den civila hälso- och sjukvårdens personella resurser.

Som utredningen tidigare beskrivit är Försvarsmakten i behov av stöd från den civila sjukvården.[188] Försvarsmaktens fokus ligger på primärt omhändertagande på stridsfältet och stabiliserande åtgärder

[188] Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23), s. 57.

genom t.ex. primärkirurgi för att möjliggöra transport till nästa (civila) vårdnivå. En sådan ordning innebär att Försvarsmaktens behov av personal till stor del, men inte enbart, handlar om personal med prehospital kompetens samt kunskaper inom kirurgi och anestesiologi. Därmed är det sannolikt att det är inom just dessa områden som brist på personal kommer uppstå och inte jämnt fördelat över alla specialiteter.

När beredskapen höjts, ska Försvarsmakten krigsorganiseras i den omfattning som regeringen bestämmer. Vid beredskapslarm ska hela Försvarsmakten krigsorganiseras.[189] Detta innebär att Försvarsmakten kan mobilisera sina förband redan i skärpt beredskap, den lägre av de två graderna inom höjd beredskap.[190] Regionerna däremot krigsorganiserats först vid högsta beredskap eller beredskapslarm.[191] Därmed kan det infinna sig en situation som innebär att regionerna tappar personal till Försvarsmakten innan man för egen del övergår till krigsorganisation. Även om regionerna inte ska krigsorganiseras förrän vi högsta beredskap ska de vid höjd beredskap vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret.[192] Den ovan angivna anomalin är reglerad i förordning och skulle kunna justeras, t.ex. genom att kommuner och regioner få övergå till krigsorganisation redan i höjd beredskap i den mån det följer av Försvarsmaktens mobilisering.

I händelse av krigshandlingar riktas mot Sverige kan det antas att det sker en bred påverkan på för samhället viktiga funktioner såsom t.ex. transporter, elförsörjning och elektroniska kommunikationer. Sådan påverkan kommer med stor sannolikt även ha effekter på hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att ta sig till sina arbetsplatser t.ex. beroende på huruvida barnomsorgen fungerar eller om det är möjligt att transportera sig till sin arbetsplats. Sådana effekter är något som måste finnas med i beräkningen och planeringen för höjd beredskap och ytterst krig.

[189] 11 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.
[190] Höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap.
[191] 12 § förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.
[192] 7 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.

4.6.2 Kriser och krig kan leda till befolkningsomflyttning

Bedömning: Kommuner och regioner behöver i sin planering inte bara beakta de direkta vårdbehov som uppstår med anledning av en händelse med många skadade eller sjuka. En kommun eller region behöver även beakta de vårdbehov som kan uppkomma av andra händelser som leder till, eller kan leda till, större befolkningsomflyttning.

Det har redan konstaterats att det finns både skyldigheter, möjligheter och brister avseende stöd mellan kommuner och regioner som har betydelse för bedrivande av hälso- och sjukvård och omsorgen i fredstida kriser och krig. De skyldigheter för en vistelsekommun eller för en region som finns i Socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortat SoL, och HSL, och som i grunden är tänkta att klara ut ansvarsförhållanden, säkerställa medborgarnas rätt till tillgång på vissa vård och omsorgstjänster samt skapa förutsättningar för stöd mellan regioner och kommuner i vardagen kan i händelse av fredstida kriser och krig bli en oöverstiglig utmaning om inte också personalresurser följer med befolkningsströmmarna. Exempel på sådana händelser är storskaliga utrymningar av vissa geografiska områden i samband med t.ex. dammhaveri, naturkatastrof, kärnteknisk olycka eller stridshandlingar. Problemen kan också uppstå i samband med att det spontant uppstår situationer med s.k. internflyktingar, dvs. personer som på eget initiativ tvingats fly inom sitt eget hemland på grund av händelser förorsakade av människor.

När personer vistas i en annan kommun eller region än där de är bosatta föreligger en skyldighet för kommuner och regioner att bistå genom att tillhandahålla primärvård och viss omedelbar sjukvård samt att delta i verkställighet av biståndsbeslut. Förvisso finns en tidsgräns angiven i förarbetena till SoL som anger en kortare vistelse upp till cirka 6 månader, men redan inom denna tid kan utmaningarna bli oöverstigliga för berörda kommuner. Vad gäller skyldigheterna enligt HSL finns ingen tidsgräns angiven.

I ovanstående situationer är det viktigt att den hälso- och sjukvårdspersonal som behövs för vården och som finns i områden som avfolkas också kan följa befolkningsströmmen. I 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap finns bestämmelser om att kommuner och regioner som befolkningen

lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen. Motsvarande bestämmelser för fredstida situationer i normalberedskap saknas och stöd med personal måste i stället utgå ifrån andra bestämmelser, ex. hjälpbestämmelserna i LEH. Dagens regler i LEH som möjliggör bistånd mellan kommuner och regioner och som avser fredstida kriser är reaktiva och förutsätter ett aktivt beslut om att en extraordinär händelse föreligger. Som framgått tidigare föreligger vissa problem med att det dels är oklart vad som utgör en extraordinär händelse, dels är oklart hur det fastställs att en sådan händelse är vid handen. Slutligen kan konstateras att kommuner och regioner mycket sällan anser att en extraordinär händelse inträffat.

Reglerna i HSL och SoL ställer krav på kommuner och regioner att ge vård eller bistånd till personer som tillfälligt vistas i en kommun eller region. Regleringen i LEH syftar på att kunna tillföra resurser till en särskilt drabbad kommun eller region, oavsett om orsaken är att där inträffat en särskilt omfattande händelse eller om det beror på en tillströmning av många människor. I ett sådant fall, och om en kommun eller region anser att det behövs och en annan kommun eller region anser sig kunna avvara resurser, finns därmed möjligheter att bistå med bl.a. personal. Bestämmelsens utformning innebär dock att den används reaktivt och innebär att detta inte är ett verktyg som lämpar sig för planering. Möjligheterna till stöd måste i stället avgöras från gång till annan och påverkas med säkerhet av många kringliggande faktorer, inte minst i hur stor grad även bidragande kommuner och regioner är direkt påverkade av samma händelse. I samband med att stöd lämnas utifrån LEH kan också nämnas att i det fall krislägesavtalet (se vidare 8.1.5) är aktiverat i den mottagande kommunen eller regionen så tillämpas avtalet på den stödjande personalen.

I höjd beredskap är en kommun eller region skyldig att lämna bistånd enligt LEH. Möjligheterna att lämna sådant bistånd bestäms av länsstyrelsen i det län som ska lämna stödet. Inte heller i detta fall är det en garanti att en region eller en kommun kan lämna stöd och därmed något som kan vara svårt att planera för.

Reglerna om avtalssamverkan innebär att kommuner och regioner kan ingå avtal om stöd för att utföra uppgifter som normalt ankommer på kommunen eller regionen. Som verktyg betraktat synes

detta vara det mest användningsbara ur ett planeringsperspektiv. Avtalssamverkan kan vara en väg framåt för händelser som man vet kan komma att inträffa eller där man vet att en enskild kommun eller region saknar de resurser som krävs för att kunna svara upp emot de krav som ankommer på kommunen eller regionen. Detta kan dels utgöra grunden för planeringen av civilt försvar för geografiska områden dit det med stor sannolikhet kommer samlas stora mängder människor men det kan också vara en god grund för de som vet att de saknar personella resurser, men även ekonomiska resurser, för att bygga upp sådan förmåga som behövs för vissa skyldigheter. Detta kan exempelvis gälla tillgång till en viss mängd vårdplatser eller ambulanshelikoptrar.

Samarbete angående personal under covid-19

Socialstyrelsen fick i oktober år 2020 i uppdrag av regeringen att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal under utbrottet av covid-19.[193] I uppdraget ingick att följa och stötta regionernas arbete med att etablera arbetssätt för att låna in personal från varandra. Arbetet slutredovisades den 31 januari år 2021.[194] I rapporten redogör Socialstyrelsen för att ansvarsprincipen är samhällets utgångspunkt för krisberedskapen samt att regionerna ansvarar för personalförsörjningen. Myndighetens har därmed avgränsat uppgiften till att stödja ansvariga aktörer med kunskap, lägesbilder, resurssamordning m.m. men inte att operativt bistå med personal. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att de är en stödjande aktör, bland annat genom att regionerna kan nyttja befintliga system som myndigheten tillhandahåller för rapportering och stödbegäran samt myndighetens befintliga larmsystem, bedömnings- och prioriteringsstöd och erfarenheter av resurssamordning. Myndigheten arbetar även, i dialog med SKR, med framtagande av kunskapsstöd för riskbedömningar för att underlätta för regionerna att identifiera vilka parametrar som är av vikt för bedömningar av belastning.

Regioner, kommuner och kommunalförbund har ansvar för många viktiga samhällsfunktioner. Det rör bland annat hälso- och sjukvård,

[193] Uppdrag att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal (S2020/07614 (delvis]).
[194] Slutredovisning av uppdrag att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal (SoS dnr 10.1-34296/2020).

kommunal omsorg, förskola och skola, socialtjänst, kommunikationer, el- och vattenförsörjning samt räddningstjänst. Vid ett krisläge som har allvarlig påverkan på samhällsnivå, t.ex. vid naturkatastrofer, skogsbränder, översvämningar, utbrott av epidemier eller pandemier, terrordåd eller andra hot är det avgörande för arbetsgivarna att kunna säkra bemanningen till dessa samhällsfunktioner. Arbetsgivarna behöver då vidta åtgärder inom ramen för sektorns kollektivavtal såsom rekrytering av personal, användning av bemanningspooler och inlån av personal från privata aktörer eller andra kommuner och regioner. Om dessa åtgärder inte räcker till kan sektorns krislägesavtal aktiveras.

För att underlätta nationell samordning inrättade regionerna och SKR under pandemin en beredskapsfunktion, så kallad Larmyta. Larmytan bemannades dygnet runt av personal hos SKR:s arbetsgivarpolitiska avdelning. En region kunde skicka ett nationellt larm till Larmytan som omgående kallade samtliga regioner till möte. Vid mötet beskrev den larmande regionen vilket behov av förstärkning som förelåg. Samtliga regioner skulle därefter undersöka och lämna besked om, vilka möjligheter de hade för att hjälpa till. Avsikten är att på sikt även inrätta liknande samordning för kommunerna.

Om behovet avsåg ytterligare personella resurser förutsätter en sådan begäran, som huvudregel, att krislägesavtalet aktiveras samtidigt om det inte redan aktiverats (se vidare 8.1.4 angående krislägesavtalet). Enligt SKR ska möjligheterna i befintliga kollektivavtal vara uttömda, möjligheterna att låna in personal genom vanliga samarbetspartners på lokal, regional och nationell nivå vara uttömda samt krislägesavtalet vara aktiverat innan stöd begärs genom larmytan.

Nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer har ansvar för att, utifrån ovanstående ordning med stöd mellan regionerna, identifiera vilka parametrar som ska ligga till grund för att avgöra vilka regioner som är mindre belastade och därmed har bäst förutsättningar att bistå med personella resurser.[195] Detta skiljer sig från vad som sägs kopplat till den i LEH beskrivna möjligheten att lämna stöd till andra kommuner eller regioner vid extraordinära händelser. I FEH anges att det är länsstyrelsen som beslutar om sådant stöd. På samma sätt som när stödet utgår ifrån LEH ger regionernas och SKR:s larmyta inte något garanterat stöd utan detta bygger helt på regionernas vilja

[195] Slutredovisning av uppdrag att stödja regionernas arbete med att låna in hälso- och sjukvårdspersonal (SoS dnr 10.1-34296/2020).

och möjligheter att bistå. Detta är något som region Norrbotten fått erfara under våren år 2021 då den drabbades hårt av utbrottet av covid-19.

Stöden som lämnas enligt ovan knyter inte på ett tydligt sätt an till de tidigare redovisade reglerade möjligheterna att bistå med personal eller på annat sätt stödja varandra. Det finns till exempel ingen koppling till vad som anges i LEH om möjligheten att begära stöd och kravet på att det är en extraordinär händelse som inträffat. Det är inte heller tydligt att det bygger på den avtalssamverkan som kan ske utifrån vad som anges i KL. Eftersom behovet berör ett extra behov av personal i den egna regionen är vad som anges i SoL och HSL om att ta hand om andras kommuner eller regioners patienter eller brukare inte relevant. Stödet bygger helt och hållet på andra överenskommelser.

Vårdpersonal i utländska militära förband

I samband med införandet av värdlandsavtalet genomfördes en utredning som såg över vissa legala frågor kopplat till utländska militära förbands möjlighet att verka på svenskt territorium. Arbete ledde fram till att regeringen lämnade en proposition till Riksdagen.[196] I den aktuella propositionen gör regeringen bedömningen att bestämmelserna i det kompletterande tilläggsprotokollet och värdlandsstödsavtalet om utländsk personals tillgång till sjuk- och tandvård vid vistelse i Sverige tillgodoses genom gällande svensk rätt på området. Behov av ytterligare lagstiftning finns inte.[197]

På samma sätt som för det svenska försvaret vore det inte lämpligt att utgå från att den civila hälso- och sjukvården också ska kunna svara för sjuktransporter och vård av utländsk militär personal eller civila i områden där det pågår strid eller som av andra liknande skäl inte är tillräckligt säkra för oskyddad civil vårdpersonal.

I utländska förband kan det finnas vårdpersonal som har till uppgift att tillgodose förbandets vårdbehov. Den avtalstext som bl.a. reglerar rättsliga frågorna om status för personal m.m. mellan de deltagande staterna inom Partnerskap För Fred (PFF-avtalet) indikerar

[196] Samförståndsavtal om värdlandsstöd (prop. 2015/16:152).
[197] A.a., s. 62.

också att så kan vara fallet[198]. Utländska förband i Sverige kan också ha fört med sig t.ex. läkemedel och andra sjukvårdsprodukter.

Såvitt kan bedömas kommer den svenska Försvarsmaktens sjukvårdsresurser främst att ansvara för sådana prehospitala vårdinsatser som behövs tills dess en skadad eller sjuk kan avtransporteras till en plats där den civila sjukvården kan överta ansvaret för vården. Till de vårdåtgärder som troligen behöver utföras av svensk militär vårdpersonal före avtransport till civil vård hör t.ex. stabiliserande kirurgiska ingrepp och administration av allmän eller lokal bedövning liksom viss annan läkemedelsbehandling. Det är sannolikt att motsvarande vårdåtgärder även kommer att behöva vidtas av vårdpersonal i utländska militära förband som verkar i Sverige.

Svenska lagar och andra föreskrifter ska följas av att den som lever eller verkar i Sverige. Regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet är inte framtagen med beaktande av att utländska militära förband som genomför operativa insatser på svenskt territorium också kan behöva utföra vård och regleringen är således inte heller särskilt anpassad för detta.

[198] Se artikel IX.5 i PFF-avtalet.

5 Planering, ledning och samverkan vid fredstida kriser och krig

Utredningen har i kapitel 4 beskrivit ett antal problem med dagens ordning avseende planering, ledning och samordning av hälso- och sjukvård av betydelse för beredskap. I detta kapitel lämnas utredningens förslag på detta område. Ytterligare förslag med bäring på specifika frågeställningar lämnas också i kapitel 6–13.

5.1 Bestämmelser om planering

Förslag: Det ska införas en ny definition och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Nuvarande bestämmelse i lagen som anger att regionen även ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls ska utgå ur lagen. Av den nya definitionen ska framgå vad som i lagen avses med katastrof. Med katastrof ska avses en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

De nya planeringsbestämmelserna ska innebära att kommuner och regioner vid planering av hälso- och sjukvård särskilt ska beakta behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts.

Frågor om planering av hälso- och sjukvård har behandlats tämligen utförligt i avsnitt 4.1 varvid även redogjorts för ett antal problem som nuvarande rättsliga reglering om planering av hälso- och sjukvård medför. Det rör sig om olika problem bl.a. sammanblandningar av begrepp och andra oklarheter som medför tolkningsproblem samt om att nuvarande planeringsbestämmelse i 7 kap. 2 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i det följande förkortad HSL, endast omfattar en delmängd av det som särskilt bör beaktas vid sådan planering som måste utföras.

Hälso- och sjukvård är en samhällsviktig verksamhet och en prioriterad del av det civila försvaret. Det kan konstateras att kommuner och regioner enligt HSL är skyldiga att erbjuda vård till befolkningen i alla lägen. Vården ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller för vård ska upprätthållas. Det är lika viktigt att omhänderta vårdbehov hos ett stort antal sjuka som uppstår genom sjukdomsutbrott som det är att omhänderta vårdbehov som uppkommer genom händelser som medför ett stort antal skadade. Det är också viktigt att planera för en katastrof.

Planeringsbestämmelserna i HSL innebär redan i dag att kommuner och regioner måste planera hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda befolkningen god vård kan fullgöras i alla lägen och så att även andra rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård kan uppfyllas. Vid planering måste naturligtvis också beaktas att det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Vård ska således helt enkelt erbjudas och utföras i enlighet med alla de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård. Detta gäller även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och

svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka kommunens respektive regionens verksamhet.

I avsnittet 4.1.6 behandlas frågor om bl.a. behovet av nödvändiga planerings- och beslutsunderlag. Där framhålls bl.a. klimathändelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi och i el- eller vattenförsörjningen som exempel på andra händelser som allvarligt kan påverka förutsättningarna att ge vård. Det är centralt att kommuner och regioner vid sin planering särskilt beaktar händelser som allvarligt kan inverka på deras förutsättningar att fullgöra krav som följer av gällande rätt.

Vid en katastrof i vården uppkommer omedelbart ett allvarligt hot mot människors liv och hälsa. Med katastrof avser utredningen i detta betänkande *en situation i hälso- och sjukvårdens där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna*.

De mest utmanande situationerna för vården, oavsett om de uppstår på grund av händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller på en annan påfrestning, kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Med detta följer också behovet av att särskilt beakta att kommuners ansvar för hälso- och sjukvård har nära samband med det ansvar för socialtjänst som kommuner har.

Det har under utredningens arbete framförts att det finns behov av att närmare ange vad som kan anses utgöra ett ”stort antal” skadade och sjuka. Det bör dock betänkas att hälso- och sjukvården är anpassade efter i kommunernas och regionernas olika förutsättningar. Den kapacitet att ge vård som finns i en kommun eller i en region skiljer sig många gånger åt från andra kommuner eller regioners kapacitet. Bedömning av vad som utgör ett stort antal skadade eller sjuka måste ske med utgångspunkt från den vårdkapacitet som behöver finnas i respektive kommun och region. Antalet skadade eller sjuka som kan medföra en särskild utmaning för vården i en kommun eller i en region kommer således att skilja sig åt. Att ange ett bestämt tal för hur många skadade eller sjuka som ska anses utgöra ett ”stort antal” är därmed inte lämpligt.

Det är ingen liten utmaning att under svåra förhållanden erbjuda vård som inte kan anstå till alla som behöver det. För att kunna hantera den värsta tänkbara situationen, en katastrof, krävs särskilt katastrofmedicinsk kunskap men förstås även andra färdigheter. Exem-

pelvis torde ledning och prioritering vara särskilt utmanande under sådana förhållanden. Det krävs också uthållighet eftersom inte alla händelser eller situationer som medför stora utmaningar för vården är kortvariga. Katastrofmedicinen omfattar medicinska situationer då det föreligger en resursbrist och där det trots omfördelning av resurser inte är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.

Även om kommuner och regioner inte har samma vårdansvar, så är de beroende av varandras resurser, även för att upprätthålla vård som inte kan anstå. Patienter inom t.ex. regioners slutenvård som är utskrivningsklara kan behöva fortsatt vård som kommuner ska ansvara för och patienter som kommuner har ett vårdansvar för behöver vård som regioner ansvarar för. Vid krig är det sannolikt att regioner kommer att få omhänderta ett stort antal skadade som sedan behöver fortsatt vård och rehabilitering i en kommun. Behovet i en kommun att kunna omhänderta bl.a. olika skador kommer därmed också öka när regionerna skriver hem patienter som av olika skäl inte kan klara sig själva utan är i behov av kommunal hjälp. Detta gäller oavsett om det sker utifrån behovet av särskilda boendeformer eller om att kommunen och region avtalat om att det är kommunen som ska ansvara för hemsjukvård. Omvänt kommer en pandemi som drabbar sköra patienter i kommunala boendeformer medföra behov av att säkerställa de boendes behov av sådan vård som regionerna ansvarar för. Dessutom måste beaktas att det även utan en pandemi finns många patienter i kommunernas olika verksamheter som har allvarliga sjukdomar som kräver vård som regionerna svarar för. Och givetvis är utgångspunkten för de flesta då vi blir äldre att vi förr eller senare utvecklar sjukdomar som medför behov av sådan vård som regioner ansvarar för. Det kan också vara så att det är möjligt och lämpligt att i vissa fall i samband med svåra påfrestningar upprätta gemensamma tillfälliga vårdplatser för att på så sätt samla kommunala och regionala resurser och med gemensamma ansträngningar skapa förutsättningar för den vård som patienter behöver. Det skulle visserligen vara bra om kommuner och regioner kunde samordna planer över regiongränser, men krav om sådan samordning skulle sannolikt medföra ett alltför omfattande arbete. Att samordning uppnås mellan en region och de kommuner som tillhör regionen bedöms vara ett mer rimligt krav.

Utredningen har i avsnitt 4.1.3 redogjort för behoven av nya bestämmelser avseende kommunernas och regionernas planering och

har därvid bedömt att nuvarande planeringsbestämmelse om katastrofmedicinsk beredskap i 7 kap. 2 § tredje stycket HSL bör utmönstras och att det krävs nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid sådan planering som krävs för att hantera särskilt svåra situationer i vården. Utredningen anser också att det i HSL bör införas sådana planeringsbestämmelser för kommuner och regioner.

Vidare har i avsnitt 4.2.1 redogjorts för behovet av ytterligare planeringsföreskrifter, problem kring ledning och de särskilda förmågekrav som ställs för att kunna utöva ledning vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt händelser som medför en katastrof i vården.

Planeringsbestämmelser för kommuner och regioner i HSL bör liksom nu ange allmänna utgångspunkter för nödvändig planering av hälso- och sjukvård. Syftet med planeringsbestämmelser är övergripande att kommuner och regioner genom planeringen av hälso- och sjukvård ska erbjuda och utföra hälso- och sjukvård enligt de krav som ställs i gällande rätt.

Nya planeringsbestämmelser i HSL

Planeringsbestämmelser för kommuner och regioner i HSL bör liksom nu ange allmänna utgångspunkter för nödvändig planering av hälso- och sjukvård. Syftet med planeringsbestämmelser är övergripande att kommuner och regioner genom planeringen av hälso- och sjukvård ska erbjuda och att hälso- och sjukvård kan utföras enligt de krav som ställs i gällande rätt.

Det finns inte skäl att i sak ändra nuvarande bestämmelser som innebär att regioner och kommuner ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av deras respektive ansvar för hälso- och sjukvård.[1] Inte heller finns skäl att i sak ändra bestämmelsen som anger att regioner och kommuner vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[2] Även bestämmelserna som anger att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården

[1] 7 kap. 2 § första stycket och 11 kap. 2 § första stycket i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[2] 7 kap. 2 § andra stycket och 11 kap. 2 § andra stycket i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare ska kvarstå i HSL oförändrade.[3]

Det finns däremot skäl för nya planeringsbestämmelser som anger vad regioner särskilt ska beakta vid planering som krävs för att kunna hantera särskilt svåra situationer. Det bör också i HSL införas sådana planeringsbestämmelser för kommuner. Nuvarande bestämmelse om katastrofmedicinsk beredskap (7 kap. 2 § tredje stycket HSL) bör utmönstras ur HSL. Det medför att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap kommer att behöva ses över eller upphävas.

Utredningen föreslår att det i HSL ska införas nya en ny definition och nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Nuvarande bestämmelse i lagen som anger att regionen även ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls ska utgå ur lagen. Av den nya definitionen ska framgå vad som i lagen avses med katastrof. Med katastrof ska avses en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.

De nya planeringsbestämmelserna ska innebära att kommuner och regioner vid planering av hälso- och sjukvård särskilt ska beakta behovet av beredskap för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt HSL eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård.

Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regionerna vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan kommunerna i regionen och regionen för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid händelser och situationer som nyss nämnts.

[3] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

5.1.1 Ytterligare föreskrifter om planering och särskild larmfunktion

Bedömning: Det bör meddelas ytterligare föreskrifter om planering. Föreskrifterna, som kan beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, bör innebära följande.

Kommuner och regioner ska vid planering för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof särskilt säkerställa att behovet av åtgärder på både kort och lång sikt beaktas vid samverkan och ledning, behovet av åtgärder för uthållighet, att det finns tillräckliga resurser för att hantera sådana händelser och att det är känt var dessa finns samt att kommunikation kan nå ut till alla grupper i samhället.

Vidare bör föreskrivas att kommuner och regioner i en plan ska fastställa hur samverkan och ledning av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof. Av planen ska särskilt framgå hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och hur samordning av verksamheter ska uppnås. Det ska också framgå vilka mandat för ledning och vilka mandat för samverkan som olika beslutande organ och enskilda tjänstemän har och det ska finnas en hänvisning till var dessa mandat ges eller finns dokumenterade. Vidare ska framgå hur resurser och personal ska omdisponeras, hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras mellan regioner och kommuner för vård.

Slutligen bör föreskrivas om att det i varje region ska finnas en tjänsteman som är i ständig beredskap för att vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka som avses i 1 §, eller vid risk för sådana händelser, ska kunna ta emot larm och annan information om en inträffad eller förestående händelse, ta emot begäran om hjälp att utföra hälso- och sjukvård, verifiera mottagen information, föra ett larm eller en begäran om hjälp vidare inom egen organisation, initiera och samordna det inledande arbetet samt särskilt tillse att förbereda och lämna information om händelsen inom egen organisation och till andra aktörer som bedöms vara berörda.

Ett förslag till förordning har upprättats, se avsnitt 1.6.

I enlighet med vad som redovisats i avsnitt 4.1.4 finns vid sidan av lednings- och planeringsbestämmelserna i HSL ytterligare föreskrifter som ställer krav på bl.a. planering och ledning. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSF 2013:22) innehåller bl.a. krav om att planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalyser, krav om planering för samverkan vid allvarlig händelse, krav om fastställande av en katastrofmedicinsk beredskapsplan samt krav som anger vad som ska framgår av sistnämnda plan. Det finns vidare planeringskrav avseende personal, lokaler utrustning och krisstöd. Det finns också krav avseende obligatoriska funktioner, som avser bl.a. larmfunktioner och ledning.

Genom utredningens förslag till planeringsbestämmelser i HSL kommer även kommuner att behöva omfattas av närmare föreskrifter om planering. Utredningen menar att även om ansvaret för hälso- och sjukvård, och därmed uppgifterna, till del skiljer sig åt mellan en kommun eller en region så är det av betydelse att även kommunen gör en samlad planering för hälso- och sjukvårdens beredskap. En sådan planering bör då följa av samma bestämmelser som för regionen. Att även kommunerna har ett närmare uttryckligt krav på planering ökar förutsättningarna för att kommuner och regioner ska planera för en sammanhållen vårdkedja. Utredningen menar sammanfattningsvis att sådana föreskrifter därför bör omfatta både kommuner och regioner.

SKR har till utredningen framför att en samlad planering för kommunernas del även måste omfatta socialtjänsten. Utredningen delar bedömningen att planeringen av socialtjänsten också är viktig. Planering av en verksamhet som en kommun eller region ansvarar för kan många gånger ha betydelse för en annan verksamhet som kommunen eller regionen också ansvarar för. Det är svårt att se att det finns särskilda rättsliga hinder mot att kommuner och regioner samordnar de planer som bör samordnas, Det har inte heller till utredningen framförts att det skulle finnas sådana rättsliga hinder.

Utredningen anser att det finns skäl att i föreskrifter på lägre nivå än lag ställa närmare krav på vad kommuner och regioner särskilt ska beakta vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof.

Det bedöms inte nödvändigt eller lämpligt att knyta planeringen till lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det föl-

jande förkortad LEH, på det sätt som görs i dag. Utgångspunkten för planering av hälso- och sjukvård är alla de krav som ställs på vården i gällande rätt och då ska särskilt framhållas att skyldigheten för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvård gäller i alla lägen dvs. även när det inträffar händelser eller uppkommer situationer som i gällande rätt eller lagförarbeten exempelvis kan beskrivas som stor olycka, kris, krig, extraordinära händelser i fredstid eller mycket omfattande och svåra extraordinära händelser som allvarligt kan påverka en regions verksamhet.

Enligt utredningens mening kan det som en allmän utgångspunkt, för att underlätta för regioner och kommuner att planera, vara klokt att så långt som möjligt hålla ihop de planeringsbestämmelser som de ska följa. Om det inte bedöms olämpligt finns därför skäl att samla bestämmelser om planering i en och samma föreskrift. Bedöms det olämpligt att ordna på nyss nämnda sätt är det ett utmärkt exempel på när det kan finnas skäl att överväga införandet av upplysningsbestämmelser eller, om möjligt, upplysningar genom allmänna råd.

Närmare om vad som särskilt bör beaktas vid planering

Syftet med en plan är att öka förmågan att kunna hantera en viss situation och att i förväg ha tänkt igenom hur detta ska ske. En tydlig plan ger olika verksamheter i en organisation tydlighet i vad som förväntas av dem och minskar därmed behovet av att fatta överilade beslut.

Planering för ledning och samverkan

Det finns skäl att införa föreskriftskrav som innebär att kommuner och regioner i en plan ska redogöra för och fastställa hur ledning och samverkan av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof. Det behöver också av planen tydligt framgå vilka mandat för ledning och vilka mandat för samverkan som olika beslutande organ och enskilda tjänstemän har och en hänvisning till var dessa mandat ges eller finns dokumenterade.

Mot bakgrund av att hälso- och sjukvårdens organisation är så komplex och kan involvera många olika juridiska personer finns det också skäl att även ställa krav på planering som utmynnar i en funk-

tion som har mandat att verka för samordning av all verksamhet. Som redovisats i 4.2.2 kan det inte alltid ställas krav på att en sådan funktion kan leda alla verksamheter men mandat för ledning bör när så är möjligt kunna överlåtas till en sådan funktion. Hälso- och sjukvårdens ledning vid ovan nämnda situationer måste kunna utföras i korta, medellånga och långa tidsperspektiv. Vid planeringen av hälso- och sjukvård måste detta särskilt beaktas.

Krav om särskild larmfunktion och planering av denna funktion

En larmfunktion för sjukvårdsverksamheten bör precis som i dag, vid sidan av SOS Alarm, bl.a. kunna ta emot ett larm från andra aktörer än enskilda. I enlighet med vad som beskrevs i 4.2.3 anser utredningen att det saknas skäl för att införa en sådan funktion för kommuner. Utredningen anser dock att uppgiften att ta emot ett larm kan behöva utvecklas i förhållande till nuvarande föreskrift. Utredningen ser ett behov av att dels tydliggöra att det handlar om händelser som inträffat och händelser som riskerar att inträffa, dels att det handlar om att hantera händelser i egen region samt att fungera som kontaktpunkt vid begäran om hjälp att utföra hälso- och sjukvård, dvs. det är mer omfattande än vad som skulle kunna utläsas av ordet *larm*. Precis som tidigare ser utredningen ett behov av att uppgiften omfattar att verifiera mottagen information, att föra ett larm eller en begäran om hjälp vidare i organisationen och att initiera och verka för samordning i det inledande arbetet med händelsen. Utredningen anser dock att det även bör läggas till att föra information vidare inom egen organisation eller till andra aktörer som bedöms vara berörda av händelsen.

Det bör även av den plan som regionen tar fram framgå hur denna funktion är organiserad och vilka mandat funktionen har t.ex. vad avser att initialt omfördela resurser. Utredningen anser vidare att det i en föreskrift ska finnas krav på att det av de planer som tas fram ska framgå hur nödvändiga funktioner i hälso- och sjukvården larmas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården. Det ska av planen också framgå hur andra funktioner ska larmas och vilka mandat larmfunktionen har.

Planering för tillskapande och kraftsamling av resurser

En plan för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofer i vården behöver innehålla beskrivningar över hur de resurser och den personal som krävs för att hantera en viss situation kan omdisponeras samt hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga kan mobiliseras. I detta avseende är det också viktigt att planeringen omfattar åtgärder för att säkerställa uthållighet både vad avser personal på alla nivåer och andra materiella resurser. Vissa metoder för att åstadkomma kraftsamling av resurser, s.k. *surge capacity*, beskrivs närmare i avsnitt 6.1.1. Det är inte metoden i sig som är det viktiga utan att det av planen framgår hur man, utifrån de organisatoriska och regionala förhållanden som råder, ska åstadkomma den kraftsamling av resurser som behövs.

Planering av kommunikation (kommunikationsplan)

Vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården finns även ett stort behov av att informera andra aktörer, drabbade och allmänheten om vad som hänt och den kommande händelseutvecklingen. Detta behöver särskilt beaktas i planeringen. Det kan vid större händelser finnas skäl att sådan information samordnas med andra aktörer och myndigheter lokalt, regionalt eller nationellt. För att uppnå sådan samordning behöver kommunikationsinsatser planeras. Sådan planering kan t.ex. framgå av en särskild kommunikationsplan.

Utbrottet av covid-19 och efterföljande kommunikationsinsatser kring rekommendationer och vaccinationsinsatser visar tydligt på behovet av att kommunikationsplanerna har en bred ansats och att alla olika aktörer och grupper i samhället kan nås av information. Det är därför viktigt att redan i planeringsskedet beakta hur kommunikationen ska kunna nå ut till alla olika aktörer och grupper. Detta kan innefatta information särskild information till andra myndigheter eller aktörer, information till medborgarna på olika språk, via icke-traditionella kanaler såsom religiösa samfund eller andra kulturella institutioner och information på enklare svenska, teckenspråk eller via blindskrift. Målsättningen måste vara att alla medborgare och de som har en roll i samhället ska kunna ta del av informationen. Kommunikation är även en viktig del i upprätthållandet av ett psykolo-

giskt försvar och för att stärka försvarsvilja och folkförankring. I en säkerhetspolitisk kris med ett eventuellt gråzonscenario ska behovet av att nå hela befolkningen inte underskattas.

Närmare om vad som inte behöver ingå

Det finns ett flertal områden som behandlas i dagens föreskrifter och som utredningen anser inte behöver omfattas av nya föreskrifter om planering. Det är naturligt att planering leder till att behov av åtgärder eller särskilda krav på organisationen inom olika områden identifieras, t.ex. behovet av viss personal i beredskap, viss utrustning, vissa sjukvårdsprodukter, vissa lokalkrav på sjukhus osv. Det kan t.ex. vara så att det för prehospitalt arbete vid situationer med många skadade eller avlidna krävs särskilda skademarkörer, enklare pappersjournaler eller underlag för att dokumentera avlidna.

Det kan också vara så att utrustning behöver anpassas på ett särskilt sätt till de förhållanden som gäller på t.ex. en skadeplats. Det kan vara svårt att i ett föreskriftsarbete närmare förutse vilka sådana krav som behöver ställas eller åtgärder som behöver vidtas. Det finns redan i dag bestämmelser i 5 kap. 2 § HSL som anger att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Detta gäller naturligtvis även för sådana situationer som denna planering avser och är därmed faktorer som även utan särskilda föreskriftskrav måste beaktas i planeringen.

Planering av krisstöd

I samband med händelser som innebär många skadade eller sjuka samt vid katastrofer drabbas människor inte enbart av fysiska skador eller manifestationer av sjukdom. Det innebär också att psykisk och psykosocial påverkan. Ansvaret för insatser i dessa sammanhang utgår ifrån både hälso- och sjukvård och socialtjänsten vilket innebär att det finns samverkansbehov mellan kommuner och regioner både vad avser planering och insatser.

Vad utredningen känner till tillhandahåller samtliga kommuner krisstöd. Enligt utredningens bedömning torde detta också vara i enlighet med det yttersta ansvar att enskilda får det stöd och den hjälp

som de behöver som kommuner har enligt 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), i det följande förkortad SoL.

I 2 kap. 1 § SoL anges att varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Bestämmelsen om kommunens yttersta ansvar motsvarar i sak det ansvar som fanns i den numera upphävda socialtjänstlagen (1980:620), dvs. den lag som föregick nu gällande socialtjänstlag. Av förarbetena till bestämmelsen om kommunens yttersta ansvar framgår att ansvaret innebär en skyldighet för kommunen att i samverkan med andra samhällsorgan medverka till att den enskilde får arbete, bereds sjukvård eller får det stöd eller den hjälp som han i övrigt behöver. Med ansvaret följer också en skyldighet för kommunen att tillfälligt ge den enskilde behövlig vård i väntan på att ansvarig huvudman vidtar behövliga insatser.[4] Detta innebär enligt utredningen t.ex. skyldighet att genomföra olika former av krisstödsåtgärder i samband med sådana situationer som planeringsbestämmelserna anknyter till.

Kommuner har också enligt ett geografiskt områdesansvar som innebär att de inom sitt geografiska område i fråga om extraordinära händelser i fredstid ska verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet, de krishanteringsåtgärder som vidtas av olika aktörer under en sådan händelse samordnas och informationen till allmänheten under sådana förhållanden samordnas.[5] Under höjd beredskap ska kommunstyrelsen verka för att den verksamhet som bedrivs i kommunen av olika aktörer samordnas och för att samverkan kommer till stånd mellan dem som bedriver verksamheten.[6]

Vid en pågående krisstödsinsats kan det visa sig att det finns personer som har sådana vårdbehov som enligt HSL ska tillgodoses av regioner och det är då kommunens ansvar att se till en vårdbehövande får det stöd och den hjälp som krävs för att hen ska få vård hos regionen.

Vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka eller vid katastrofsituationer i vården är det inte självklart att alla drabbas av fysiskt trauma. I det korta perspektivet finns anhöriga, åskådare och de som i samband med händelsen inte drabbats av allvarligt fysiskt

[4] Regeringens proposition om socialtjänsten (prop. 1979/80:1), s. 523.
[5] 2 kap. 7 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[6] 3 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

trauma. Dessa personer kan i stället ha behov av att få hjälp med traumatiska upplevelser. Det är därför viktigt att planera så att behovet av psykiatriskt och psykosocialt omhändertagande kan tillgodoses. Det är också viktigt att klargöra hur och var skillnaderna går mellan vad som kan betraktas som allmänt kamratstöd och när krisstödet övergår till att utgöra en hälso- och sjukvårdsåtgärd och därmed måste hanteras utifrån dessa förutsättningar vad avser kompetens, dokumentation m.m. Mer omfattande händelser med många skadade eller sjuka kommer sannolikt inte enbart röra regionen utan även andra aktörer. Resurser och planering för krisstöd ingår även som en del i andra aktörers verksamhet, t.ex. Röda Korset. Det finns därför stort behov av att krisstödsåtgärder samordnas.

Enligt utredningens bedömning måste kommuner från ett socialtjänstperspektiv planera för det krisstöd som de tillhandhåller och de måste då också beakta att personer som får krisstöd i en kommun kan behöva vård som regioner ansvarar för. Regioner ska enligt HSL planera så att de kan erbjuda vård till personer som har behov av det och regionernas skyldighet att erbjuda vård omfattar både psykiatrisk och somatisk vård. Att kommuner och regioner utifrån sina respektive ansvar samverkar för att åstadkomma samordning i denna planering är givetvis angeläget. Det bedöms inte finnas behov av ytterligare bestämmelser för att sådan samverkan ska ske.

Planering av särskild utrustning för viss personal.

I dagens katastrofmedicinska föreskrifter finns en bestämmelse som anger att regionen ska planera för att den personal som ska arbeta i ett skadeområde tillhandahålls den utrustning som är nödvändig.[7] Det är för utredningen oklart vilken typ av utrustning som avses i bestämmelsen. En planering som innebär att personalen inte får tillgång till t.ex. de sjukvårdsprodukter som behövs för att bedriva vård kan knappast anses utgöra någon väl genomförd planering och det kan inte heller behöva anges särskilt i föreskrift.

I de föregående katastrofmedicinska föreskrifterna från år 2005 fanns en särskild bestämmelse om personlig skyddsutrustning som angav att landstingen, nuvarande regionerna, ska identifiera och analy-

[7] 5 kap. 10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

sera de risker som hälso- och sjukvårdspersonalen kan komma att utsättas för på en skadeplats. Resultatet av denna analys ska styra valet av den personliga skyddsutrustningen och dess egenskaper.[8] Det är naturligtvis av stor betydelse att den personal som arbetar i en miljö där det kan förekomma kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen har rätt utrustning för att verka i en sådan miljö på samma sätt som det är relevant att det finns kläder i tunnare material för sommarbruk och särskilt varma kläder för användning vid kyla. Att personal ska ha tillgång till den skyddsutrustning som krävs för olika situationer framgår av arbetsmiljölagen med tillhörande föreskrifter och är noga reglerat.

Som förut framhållits finns i HSL krav på att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Detta gäller även på t.ex. skadeplatser. Vilken utrustning som behövs blir en naturlig följd av de situationer som kommunen eller regionen väljer att planera för. Det skiljer sig inte åt vad avser planeringen av vanlig vård eller vård på en skadeplats. Det är därmed viktigast att det finns en fungerande process för att identifiera de situationer i vilka man kan behöva verka för att utifrån detta planera vilken utrustning som krävs. Utredningen kan konstatera att det på motsvarande sätt som för sjukvårdsprodukter saknas skäl att ha en särskild planeringsbestämmelse kring utrustning, men att det av planen behöver framgå om särskild utrustning ska finnas och eventuellt i så fall var.

Krav på utbildning och övning är en effekt av genomförd planering

Dagens föreskrifter innehåller bestämmelser om att regionen ska planera för lämpliga teoretiska och praktiska kvalifikationer som personalen ska ha för att den katastrofmedicinska beredskapen ska upprätthållas och för personalens vidareutbildning och kompetensutveckling.[9] Av bestämmelserna framgår också att regionen ska planera för regelbunden träning och övning så att personalen både kan upprätthålla

[8] 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap.
[9] 5 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

och utveckla den katastrofmedicinska beredskapen och genomföra insatser vid allvarlig händelse.[10]

Uppgifter om utbildning, träning och övning är enligt utredningen inte något som behöver ingå i en plan för hur man avser att *hantera* en händelse. Utbildning, träning och övning är däremot avgörande för att man får den förmåga som krävs för att kunna bedriva vård i enlighet med planen.

Utredningen kan konstatera att det finns krav på att den som utför hälso- och sjukvård ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[11] Detta ställer krav på de som anställer hälso- och sjukvårdspersonal både avseende vilken kompetens de redan har och vilken kompetensutveckling arbetsgivaren måste erbjuda. Kompetens för att hantera situationer med många skadade eller sjuka samt vid katastrofer utgör inget undantag eftersom kommuner och regioner ska erbjuda vård också i sådana situationer. Det finns också särskilda krav på utbildning för extraordinära händelser i LEH.[12] Det är enligt utredningen sannolikt att åtminstone vissa händelser med många skadade eller sjuka samt alla katastrofer skulle betraktas som extraordinära händelser enligt LEH.

Det saknas enligt utredningen skäl att i föreskrifter om planering närmare precisera krav på planering av kvalifikationer, vidareutbildning, träning och övning. Vilka kvalifikationer personalen behöver ha kommer däremot vara en viktig slutsats utifrån t.ex. de risk- och sårbarhetsanalyser som ligger till grund för planeringen. Med utgångspunkt i behoven av att erbjuda vård måste kommuner och regioner utifrån de allmänna krav på planering som gäller för hälso- och sjukvården även planera för att genomföra sådan kompetensutveckling som krävs, detta innefattar utbildning, träning och övning.

Det finns redan krav på robust infrastruktur

För att sjukvård, men även annan verksamhet, ska kunna bedrivas effektivt krävs en fungerande infrastruktur med bl.a. elektricitet, värme, ventilation, vatten och fungerande informations- och kommunikationsteknologi. Det går till viss del att bedriva sjukvård utan delar av

[10] 5 kap 7 § i ovan nämnda föreskrift.
[11] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[12] 2 kap. 8 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

denna funktionalitet men det blir på flera sätt svårare, tar längre tid och kan påverka patientsäkerheten. Utgångspunkten måste därför vara att så långt det är möjligt upprätthålla en fungerande infrastruktur. Det finns i dagens katastrofmedicinska föreskrifter särskilda bestämmelser om att planera så att behovet av robusta och säkra lokaler tillgodoses samt att el, vatten, värme, tele- och datakommunikation och andra viktiga system säkerställs i lokalerna.[13]

Det finns enligt utredningen redan ett antal grundläggande krav som har betydelse för sjukvårdens robusthet. Grundläggande krav på att planera och bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet finns t.ex. i HSL. Dessa bestämmelser är inte avgränsade till att inte omfatta sådana frågor som har betydelse för vårdens bedrivande. Vidare finns bestämmelser att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[14] Krav på att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser finns i LEH. Vid sårbarhetsanalyser bör behov av åtgärder av infrastruktur av betydelse för vårdens bedrivande identifieras. De problem som finns med LEH beskrivs närmare i bl.a. avsnitt 4.1.6. Avslutningsvis kan nämnas att bestämmelser för att uppnå en hög nivå på säkerheten i nätverk och informationssystem för samhällsviktiga tjänster i bl.a. hälso- och sjukvården finns i lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Utredningen föreslår vidare i avsnitt 6.2.1 att Socialstyrelsen ska fram ytterligare föreskrifter på området.

Det är enligt utredningen uppenbart att det krävs många olika stödfunktioner, inte bara vad avser robust infrastruktur, för att kunna bedriva god vård i alla situationer. Det är inte möjligt att utifrån HSL ställa närmare specifika krav på planering av alla dessa verksamheter. Vilka risker, sårbarheter och kritiska beroenden som finns bör i stället som huvudregel framkomma som ett resultat av de risk- och sårbarhetsanalyser som genomförs utifrån LEH i en bredare kontext. Det är då också rimligt att planering och åtgärder utgår ifrån denna sektorsöverskridande lagstiftning eller utifrån annan mer specifik speciallagstiftning. Det är därför utredningens bedömning att inga sådana bestämmelser behövs i de här aktuella föreskrifterna om planering.

[13] 5 kap. 8 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[14] 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kraven på planering av försörjning är tillräckliga

I de nuvarande föreskrifterna finns bestämmelser om att regionen ska planera så att hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och läkemedel anpassas till de behov som kan uppstå vid allvarlig händelse.[15]

Det är naturligtvis relevant att i aktuella planverk beskriva om det finns avvikelser från den normala ordningen för hur försörjningen av sjukvårdsprodukter går till. Redan i dag finns bestämmelser i 5 kap. 2 § HSL som anger att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Utredningen har i betänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* föreslagit en ändring av bestämmelsen som innebär att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, *de sjukvårdsprodukter och den övriga* utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[16] Utredningen har också föreslagit nya bestämmelser i 8 och 12 kap om att regionen och kommunen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag.[17] Ovan nämnda bestämmelser täcker väl in krav på försörjning med sjukvårdsprodukter[18] som behövs för den beredskap som regionerna ska planera för. Bestämmelserna anknyter på så sätt till den nya planeringsbestämmelse som utredningen föreslår i HSL. Någon ytterligare särskild bestämmelse om planering av försörjningen för just dessa händelser torde därmed inte behövas i föreskrift.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömer att det bör meddelas ytterligare föreskrifter om planering. Föreskrifterna, som kan beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, bör innebära följande.

Kommuner och regioner ska vid planering för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid planering för en katastrof särskilt ska säkerställa att behovet av åtgärder på både kort och

[15] 5 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.
[16] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 343 ff.
[17] A.a., s. 344 ff.
[18] Begreppet sjukvårdsprodukter är dessutom bredare än dagens bestämmelse i föreskriften då sjukvårdsprodukter även täcker in livsmedel för speciella medicinska ändamål och personlig skyddsutrustning.

lång sikt beaktas vid samverkan och ledning, behovet av åtgärder för uthållighet, att det finns tillräckliga resurser för att hantera sådana händelser och att det är känt var dessa finns samt att kommunikation kan nå ut till alla grupper i samhället.

Vidare bör föreskrivas att kommuner och regioner i en plan ska fastställa hur samverkan och ledning av sjukvården på olika nivåer ska utövas vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt vid en katastrof. Av planen ska särskilt framgå hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och hur samordning av verksamheter ska uppnås. Det ska också framgå vilka mandat för ledning och vilka mandat för samverkan som olika beslutande organ och enskilda tjänstemän har och det ska finnas en hänvisning till var dessa mandat ges eller finns dokumenterade. Vidare ska framgå hur resurser och personal ska omdisponeras, hur resurser som inte finns omedelbart tillgängliga ska mobiliseras, och hur patienter vid behov skyndsamt ska kunna överföras mellan regioner och kommuner för vård.

Slutligen bör föreskrivas om att det i varje region ska finnas en tjänsteman som är i ständig beredskap för att vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka som avses i 1 §, eller vid risk för sådana händelser, ska kunna ta emot larm och annan information om en inträffad eller förestående händelse, ta emot begäran om hjälp att utföra hälso- och sjukvård, verifiera mottagen information, föra ett larm eller en begäran om hjälp vidare inom egen organisation, initiera och samordna det inledande arbetet samt särskilt tillse att förbereda och lämna information om händelsen inom egen organisation och till andra aktörer som bedöms vara berörda.

Ett förslag till förordning har upprättats, se avsnitt 1.6.

5.1.2 Skyldighet att följa planeringsanvisningar, vidta åtgärder och lämna uppgifter avseende totalförsvar

Förslag: Det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder.

Det ska i nämnda lag också införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Vidare ska det införas ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om nyss angivna uppgiftsskyldighet.

I enlighet med vad som anförts i avsnitt 4.1.8 måste planeringssystemet för totalförsvar såvitt avser bl.a. hälso- och sjukvård omfatta även kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen. Totalförsvarsplaneringen återupptogs år 2015. Även med beaktande av det omfattande och bitvis svåra arbete som denna planering innebär har det nu gått ett antal år utan att kommuner och regioner kopplats in i planeringssystemet. Att så sker är helt nödvändigt.

Förmågekrav för totalförsvar har sin grund i det försvarspolitiska ramverket som fastställs genom bl.a. totalförsvarspropositionen och som omsätts av regeringen och vidare av bl.a. Försvarsmakten och MSB genom konkreta planeringsanvisningar. Kommuner och regioner behöver tydligare bindas till planering och krav på åtgärder för totalförsvar. Försvarsmakten och MSB presenterar i handlingsplanen för att främja och utveckla en sammanhängande planering i totalförsvaret en ordning där krav, förmågor och behov av utveckling knyts till den statliga budgetprocessen.[19]

Det behöver finnas en skyldighet för kommuner och regioner att lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Det är statens ansvar att bl.a. planera och ge planer-

[19] Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021): *Handlingskraft.*

ingsanvisningar för totalförsvar och det är därför nödvändigt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan begära sådana uppgifter som behövs för detta. Det behöver därför finnas en skyldighet för kommuner och regioner att lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Av 15 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), i det följande förkortad OSL, framgår av sekretess gäller för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs. I mål eller ärende enligt särskild lag om försvarsuppfinningar gäller dock sekretess för uppgift om sådana uppfinningar enligt föreskrifter i den lagen. Genom en sådan uppgiftsskyldighet som nyss nämnts medför 10 kap. 28 § OSL att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning. Det bedöms inte finnas behov av att införa nya bestämmelser om sekretess för det uppgiftslämnande som kommuner och regioner behöver göra för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Enligt utredningens bedömning i avsnitt 4.3.1 är det oklart vilket lagstöd som finns för att kommuner och regioner ska vara skyldiga att lämna underrättelser (uppgifter) om beredskapsförberedelser vid andra tider än under höjd beredskap. Det är också oklart hur kommuner och regioner ska veta vilka uppgifter som ska lämnas vid bl.a. underrättelser om beredskapsförberedelser. Det finns skäl att ifrågasätta om nuvarande bestämmelser i tillräcklig grad säkerställer att staten får de uppgifter från kommuner och regioner som staten behöver planering och åtgärder som avser totalförsvaret. Det finns också utrymme att göra det tydligare för kommuner och regioner att de ska följa planeringsanvisningar för totalförsvar från staten och att de ska vidta sådana åtgärder för höjd beredskap som staten har angett. Om inte LEH ska förlora sin generella karaktär vore det inte lämpligt att föra in ändringar i LEH som enbart rör hälso- och sjukvård.

Planeringsanvisningar och förmågekraven för totalförsvar måste vara tydliga och förmågekrav måste tydligt knytas till finansiering. Ingen kommun eller region kan förväntas vidta åtgärder för att dimensionera för verksamhet som direkt kan hänföras till försvaret om inte åtgärderna också är finansierade. Det finns som redan framhållits vid flera tillfällen en otydlighet vad gäller var gränsdragningen mellan kris-

beredskap och totalförsvar går. Denna otydlighet riskerar att leda till svagheter i beredskapen (se avsnitt 4.5).

Det måste säkerställas att den förmåga för totalförsvaret som statsmakterna ställer krav på verkligen kommer till stånd. Förmågekraven för totalförsvar måste vara tydliga och knytas till finansiering. Ansvaret för att finansiera sådana åtgärder som är nödvändiga för totalförsvaret vilar på staten. På hälso- och sjukvårdsområdet är det främst kommuner och regioner som kan behöva vidta de åtgärder som staten anser behövs för totalförsvarets sjukvård. Det bör därför finnas en skyldighet för kommuner och regioner att vidta de åtgärder som staten har beslutat behöver vidtas.

Den kommunala finansieringsprincipen har tillämpats sedan år 1993 och innebär att staten inte ska ålägga kommuner och regioner nya obligatoriska uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering. Utredningen har mot bakgrund av de olika problem som finns kring frågor om finansiering övervägt behovet av att i införa lagbestämmelser som knyter nära an till den s.k. finansieringsprincipen och som skulle medföra att skyldigheten för kommuner och regioner att vidta åtgärder villkorades av att staten utger ersättning för åtgärdernas genomförande. En sådan ordning skulle emellertid vara mycket udda.

Enligt utredningens bedömning vore det lämpligast om finansieringen av de nu aktuella åliggandena för kommuner och regioner omhändertas inom ramen för den föreslagna processen för totalförsvarets planering. Riksdagens och regeringens olika beslut och förslag som rör totalförsvaret måste som tidigare sagts förberedas. För detta krävs en utvärderingsprocess där innevarande förmåga ställs mot kommande behov utifrån en säkerhetspolitisk bedömning. Gap mellan förmåga och behov behöver kostnadsberäknas och behoven av åtgärder prioriteras. I den statliga budgetprocessen måste också olika behov ställas mot varandra. Genom budgetpropositionerna fastställs vilka medel som ska finnas tillgängliga för planering och åtgärder inom totalförsvaret. Anslagna medel för kommuner och regioners planering och åtgärder för totalförsvar bör lämpligen utbetalas genom de statliga myndigheter som har sektorsansvar eller motsvarande ansvar inom totalförsvaret. Hur kommuner och regioner kan ansluta till den statliga planeringsprocessen framgår också av avsnitt 5.4 nedan.

Som utredningen redogör för i bl.a. avsnitt 6.4 har kommuner och regioner ett stort beroende till privata utförare av vård. Det är naturligtvis av betydelse att även dessa blir en del i totalförsvarets

sjukvård. Krav på näringsidkares deltagande i planeringsarbetet finns i lag (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen. Socialstyrelsen kan enligt förordningen (1982:1005) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen begära sådan medverkan.

Det är utredningens bedömning att de privata näringsidkarnas deltagande i planeringsverksamheten kan åstadkommas genom ovanstående författning. Vad gäller näringsidkares eventuella behov av åtgärder med anledning av planeringen bör detta kunna regleras i avtal mellan en kommun eller region och näringsidkaren. Det är då rimligt att kommunen eller regionen ersätter näringsidkaren för sådana åtgärder med del av de medel som staten ersätter huvudmannen.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i HSL som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvar och vidta de särskilda åtgärder för totalförsvar som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har beslutat. Det ska i nämnda lag också införas bestämmelser som innebär att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Vidare ska det införas ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om nyss angivna uppgiftsskyldighet.

Utredningens uppdrag är avgränsat till hälso- och sjukvård varför de föreslagna bestämmelserna tas in i HSL och inte i LEH. I händelse av att LEH ses över vad gäller bl.a. bestämmelser av relevans för totalförsvarsplanering får övervägas om det finns skäl att göra något åt de bestämmelser som nu föreslås införas i HSL.

5.1.3 Nya och ändrade bemyndiganden om viss planering

Förslag: Bemyndigandet i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, ska utgå ur lagen. Vidare ska det i nämnda lag införas bemyndiganden för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer och om planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Förslagen ovan innebär behov av ändrade bemyndiganden i bl.a. HSL. I korthet kan konstateras att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSF 2013:22) initialt beslutades med stöd av stöd av 2 § 1 och 6 samt 4 § 2 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. samt 5 § förordningen (2008:553) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Bestämmelserna i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. har därefter ändrats och numera torde Socialstyrelsen besluta föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap med stöd av 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. Enligt sistnämnda förordning får Socialstyrelsen meddela de föreskrifter som behövs för att den katastrofmedicinska beredskapen och beredskapsplanläggningen inför höjd beredskap ska få en samordnad inriktning.[20] Det är oklart vilket bemyndigande som regeringen har använd för det nyss nämnda bemyndigandet till Socialstyrelsen, men under alla förhållanden måste bemyndigandet till Socialstyrelsen ändras med anledning av de förslag om planeringsbestämmelser i HSL som utredningen lämnar ovan.

Föreskrifter om planering bedöms i dag kunna beslutas främst med stöd av bemyndigandena för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser samt förskrifter om hälso- och sjukvård

[20] 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

som behövs till skydd för enskilda.[21] Vidare bedöms regeringen kunna meddela föreskrifter om planering med stöd av bemyndigandet som avser föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara samt bemyndigandet bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.[22] Vidare får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela närmare föreskrifter om risk- och sårbarhetsanalyser samt planer för hanteringen av extraordinära händelser.[23]

Bemyndiganden avseende planering

Av förarbetena till 6 kap. 2 § 3 HSL framgår att bemyndigandet avser att täcka behovet av förskrifter som tar sikte på prioritering och fördelning av resurser, men finns ingen närmare beskrivning av valet av begreppet katastrofmedicinska insatser.[24] Mot bakgrund av det förslag som lämnas i avsnitt 5.3 framstår det som att det inte längre finns behov av bemyndigandet, varför det föreslås utgå ur lagen.

Det saknas i dag tydliga bemyndiganden i HSL avseende sådana planeringsaspekter som förslagen ovan rör. Utredningen föreslår att det i HSL införs ett tydligt bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de föreskrifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Bemyndigandena omfattar all planering som är nödvändig och omfattar således även planering för situationer som benämns höjd beredskap, krig, krigsfara, utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. För föreskrifter som inte avser planering ska alltjämt bemyndigandena i 6 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 2 § 4 HSL tillämpas.

---

[21] 6 kap. 2 § 3 samt 6 kap. 2 § 4 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[22] 6 kap. 1 § 2 samt 6 kap. 1 § 3 i ovan nämnda författning.
[23] 2 kap. 1 § tredje stycket lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
[24] Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158), s. 74–76.

5.2 Andra bestämmelser av betydelse för bl.a. planering

5.2.1 Inrättande av ett beredskapsråd

Förslag: Det ska införas bestämmelser i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten ska inrätta ett beredskapsråd till vilket ledande befattningshavare i kommuner och regioner samt E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket samt Försvarsmakten inbjuds. Ordförande i beredskapsrådet ska vara Socialstyrelsens generaldirektör.

Ansvaret för att erbjuda och planera hälso- och sjukvård vilar enligt HSL på kommuner och regioner, men även statliga myndigheter och andra aktörer som utför sjukvård behöver planera sin verksamhet. Kommunerna ansvarar också genom socialtjänsten för stora delar av omsorgen vilket i många fall har nära beroende till hälso- och sjukvården. Kommuner och regioner bestämmer själva hur de organiserar sig och hur vård ska erbjudas.

Kommuner och regioner samarbetar sinsemellan på olika sätt. Mest utvecklat är samarbetet mellan likar, dvs. regioner emellan och kommuner emellan. Många regioner har i dag behov av att andra närliggande regioner till viss del kan ge avlastning i situationer med särskilda påfrestningar. För att samordna hjälpbehov i samband med omfattande händelser har regionerna beskrivit att de i den operativa hanteringen tar hjälp av Socialstyrelsen. Detta har bl.a. övats vid övning Tyko år 2016 som handlade om en större tågolycka.[25] Vid allvarliga händelser sker också samverkan mellan regionerna och Socialstyrelsen. Det rör sig om samverkan som involverar regionernas tjänstemän i beredskap eller representanter för särskilda sjukvårdsledningar. Samverkan sker utifrån hur regioner och statliga myndigheter gemensamt valt att implementera gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar.[26] På detta sätt får Socialstyrelsen som central statlig myndighet på hälso- och sjukvårdsområdet en bild av läget och kan bistå drabbad region genom att underlätta samordning och eventuella statliga eller internationella hjälpbehov.

[25] Socialstyrelsen (2016): *Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade Erfarenheter och lärdomar av Övning TYKO* (artikelnummer 2016-10-7).
[26] Socialstyrelsen (2020): *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse* (artikelnummer 2020-1-6569).

Under den senaste pandemin, som haft en helt annan karaktär än en tågolycka, har dock mycket samordning skett genom samverkan vid SKR där även andra aktörer deltagit. SKR samlar regioner och kommuner för samverkan i en mängd olika frågor. När kommuner och regioner samverkar inom ramen för SKR:s verksamhet eller under SKR:s paraply har de kvar sina mandat att fatta beslut. Mandaten är inte överlåtna till SKR. En beskrivning av SKR:s funktion vid samverkan finns i avsnitt 3.4.4. SKR är inte en del av den offentliga förvaltningen.

Staten har delat upp hälso- och sjukvårdsfrågor på flera myndigheter

Fram till 1990-talet var Socialstyrelsen helt dominerande statlig myndighet på hälso- och sjukvårdsområdet. Efter år 1990 har vissa hälso- och sjukvårdsfrågor kommit att föras över till flera andra myndigheter bl.a. Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg och Läkemedelsverket. Efter omregleringen av apoteksmarknaden i slutet av 2010-talet har också E-hälsomyndigheten bildats. Därtill finns ett flertal andra myndigheter med uppgifter som bl.a. rör hälso- och sjukvård t.ex. Myndigheten för Vårdanalys, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Försvarsmakten är också en statlig myndighet som utför hälso- och sjukvård framför allt i krig men även till viss del i fred.

När ansvaret för olika frågor inom staten har delats upp på detta vis ökar naturligtvis också behovet av samordning både mellan de statliga aktörerna, men även mellan de olika statliga aktörerna och kommuner och regioner som huvudmän för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det är t.ex. uppenbart att den pandemi som nu pågår kräver samordning av insatser för hälso- och sjukvården mellan kommuner och regioner samt Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Därtill finns ytterligare beroenden till andra delar av samhället. Regionernas tjänstemän i beredskap deltar t.ex. vid Socialstyrelsens samverkanskonferenser kring den katastrofmedicinska beredskapen och smittskyddsläkarna vid Folkhälsomyndighetens samverkansmöten (se avsnitt 3.4.4). SKR har också deltagit i Socialstyrelsens samverkanskonferenser under hela pandemin.

Det räcker dock inte att ha en fungerande samverkan med Socialstyrelsen eller med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i separata spår. Omfattningen av samordningsbehoven och därmed även behoven av samverkan beror naturligtvis mycket på den situation som råder.

Kalla krigets slut – nya roller för kommuner, regioner och statliga myndigheter

Staten har alltid haft ett stort ansvar för Sveriges beredskap för krig. Sedan lång tid är det staten som bestämmer hur totalförsvaret ska ordnas och dimensioneras. Efter andra världskrigets slut ägnades närmare 50 år till att bygga upp en förmåga att kunna motstå och hantera effekterna av ett krig. Fram till 1990 var Socialstyrelsen den samlade statliga myndigheten för de flesta hälso- och sjukvårdsfrågor, inklusive läkemedel. I och med den förändrade säkerhetspolitiska situation som uppstod i slutet av 1990-talet och den efterföljande nedmontering av det nationella försvaret och den nationella beredskapen som kom att ske, minskade även Socialstyrelsens verksamhet på området. Staten avsatte inte längre omfattande medel för totalförsvar och fokus flyttades genom ett antal försvarsbeslut till den fredstida krisberedskapen.[27]

Staten har tydligt uttalat att krisberedskap i första hand är ett ansvar för de aktörer som har ansvar att bedriva verksamhet. På hälso- och sjukvårdsområdet uttrycks kommer detta ansvar genom bl.a. HSL:s krav på att erbjuda och planera vård samt särskilda bestämmelser som finns i LEH. För statliga myndigheter finns bestämmelser i bl.a. förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Det faktum att krisberedskapen och förmågan att upprätthålla verksamhet åvilar olika verksamhetsansvariga innebär dock inte att det helt saknas behov av samverkan för att uppnå samordning. Samhället som helhet är komplext och antalet beroenden är många.

Utredningens uppfattning är att Socialstyrelsens stöd till kommuner och regioner vad avser beredskapsfrågor på hälso- och sjukvårdsområdet efter kalla krigets slut minskade avsevärt. Införandet av LEH, där Socialstyrelsen t.ex. saknar föreskriftsrätt, har också flyt-

[27] Totalförsvar i förnyelse – etapp 2 (prop. 1996/97:4) samt Det nya försvaret (prop. 1999/2000:30).

tat frågor om krisberedskap i allmänhet bort från Socialstyrelsen och närmare MSB. Det minskande stödet från Socialstyrelsen vad gäller planering, utbildning och övning samt nedmonteringen av programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig, förkortat SSIK, har bl.a. inneburit att regionerna under ett tiotal år varit tvungna att hitta andra forum för att diskutera gemensamma beredskapsfrågor.

Nedmontering av det nationella försvaret och den nationella beredskapen medförde på olika sätt att vissa statliga aktiviteter minskade. Tidigare band mellan staten och kommuner och regioner kom att lösas upp. SKR blev sannolikt mer eller mindre tvungna att försöka fylla det tomrum som uppkom genom minskade statliga aktiviteter och som en följd av detta kom SKR att fylla en allt viktigare funktion för sådan samverkan mellan kommuner och regioner som krävs.

Behovet av att bygga upp och utveckla totalförsvaret gör det enligt utredningens bedömning nödvändigt att igen utveckla system för bl.a. den planering som krävs för sådant försvar. Inte minst finns behov av att återupprätta strukturer som knyter samman de olika delarna av den svenska förvaltningen. Det finns således behov av att knyta de statliga, kommunala och regionala delarna av förvaltning närmare varandra i planeringsprocessen.

Det behöver enligt utredningens bedömning skapas förutsättningar för en löpande totalförsvarsdialog på flera nivåer mellan de statliga myndigheterna och kommuner och regioner i frågor som rör bl.a. hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, socialtjänst m.m. Om en sådan dialog inte säkerställts redan på planeringsstadiet bedöms det inte finnas tillräckliga förutsättningarna att få en fungerande samordning mellan stat och kommuner och regioner under pågående händelser.

Ett nationellt planeringssystem för totalförsvaret

Som redogjordes för i avsnitt 4.1.8 har Försvarsmakten och MSB tagit fram en modell för nationell planering av totalförsvaret. Processen är cyklisk och omfattar både utvärdering av förmåga och behov av att vidta ytterligare åtgärder utifrån de av riksdag och regering uppsatta målen för totalförsvaret. Processen knyter nära an till den statliga budgetprocessen.

MSB gör ett försök till att även bredda frågorna till att omfatta krisberedskapen genom att föra samman frågor om civilt försvar och

krisberedskap under begreppet civil beredskap.[28] Handlingsplanens samordningsprocess för totalförsvaret riktar sig direkt till bevakningsansvariga myndigheter samt övriga aktörer på nationell nivå och indirekt till aktörer på regional och lokal nivå.[29] I denna planeringsprocess föreslås tre årliga möten, Totalförsvarets handläggarmöte, Totalförsvarets avdelningschefsmöte och Totalförsvarets chefsmöte.[30] Vad utredningen förstår är endast bevakningsansvariga myndigheter representerade i denna process. Det förutsätter därmed att de bevakningsansvariga myndigheterna kan representera hela samhället och samhällets behov. För att Socialstyrelsen och de övriga bevakningsansvariga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet ska kunna representera sektorn hälso- och sjukvård inklusive utförarna, dvs. huvudmännen och privata vårdgivare, behöver myndigheterna hitta strukturer för att kunna driva totalförsvarsplaneringen inom sektorn. Sådan planering behöver omfatta statliga myndigheter, kommuner och regioner. Den behöver även kunna involvera privata aktörer.

Tidigare utredningsförslag

Utredningen om sjukvården i krig föreslog år 1978 inrättandet av en central sjukvårdsberedning.[31] Beslut på central nivå i ärenden som rörde mer än en gren av totalförsvarets hälso- och sjukvård föreslogs kunna fattas, för respektive myndighet, av bemyndigade representanter i anknytning till formaliserade överläggningar inom en central sjukvårdsberedning.[32] Beredningen föreslogs bestå av representanter för Socialstyrelsen, ÖB, civilförsvarsstyrelsen[33], Överstyrelsen för ekonomiskt försvar[34] och Apoteksbolaget AB[35].

[28] Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2021), *Handlingskraft – handlingsplan för att främja och utveckla en sammanhängande planering för totalförsvaret 2021–2025*, (dnr FM2021-17683:2, MSB2020-I 6261-3), s. 26.
[29] A.a., s 8.
[30] A.a., s. 28.
[31] Sjukvården i krig (SOU 1978:83), s. 24.
[32] A.a., s. 18.
[33] Civilförsvarsstyrelsen upphörde 1986 då myndigheten sammanslogs med Statens brandnämnd och dess uppgifter övertogs av det nyinrättade Statens räddningsverk. Räddningsverkets uppgifter har sedan övertagits av Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap.
[34] Överstyrelsen för ekonomiskt försvar (ÖEF) upphörde 1986 och uppgifterna övertogs av Överstyrelsen för civil beredskap (ÖCB). ÖCB lades ner 2002 och uppgifterna övertogs av Krisberedskapsmyndigheten. Krisberedskapsmyndighetens uppgifter har sedan övertagits av Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap.
[35] Apoteksbolaget AB heter idag Apoteket AB.

Regeringen gjorde tvärtemot utredningen bedömningen att någon särskild beredning inte behövdes då det åligger de berörda myndigheterna att samverka utan att något formellt organ inrättas.[36] Någon särskilt beslutad sjukvårdsberedning behövdes därför inte. Däremot uttryckte regeringen att den förutsatte inrättandet av det till Socialstyrelsen knutna beredskapsrådet som enligt regeringen borde kunna fungera även i krig.[37] Vad utredningen erfar är det oklart huruvida ett beredskapsråd någonsin inrättades vid Socialstyrelsen, vilka som i så fall ingick och vad rådet hade för uppgift. Det finns i vilket fall inget sådant råd i dag. Utredningen kan inte finna uttryck för att de dåvarande landstingen eller landstingsförbundet skulle vara en del av vare sig den centrala sjukvårdsberedningen eller beredskapsrådet utan det handlade om en statlig samordning och styrning. Det kan vidare konstateras att det i samma betänkande diskuterades en central landstingskommunal sjukvårdsledning och att bedömdes att i det fall en sådan skulle inrättas var den lämpligaste kandidaten dåvarande landstingsförbundet. Utredningen avfärdade dock detta med argumentet att det i så fall skulle kräva att förbundet fick en myndighetsställning.[38]

Närmare om behovet av samverkan för totalförsvarets behov

I krig är totalförsvar all samhällsverksamhet som ska bedrivas. Försvarsmaktens huvudsakliga uppgift på hälso- och sjukvårdsområdet i krig är att ta hand om skadade på stridsfältet.[39] Försvarsmakten har därför ett stort behov av stöd från den civila hälso- och sjukvården för att ta hand om skadade i krig bortanför stridsfältet.[40] Detta ställer krav både på sjukvårdens dimensionering och förmåga inte minst vad gäller kirurgi och eftervård, men även på förmåga till samverkan för att uppnå samordning.

För att Försvarsmaktens behov av civil hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses behöver samverkan ske mellan Försvarsmakten och hälso- och sjukvårdsaktörerna både i ett före perspektiv (planering och övning) och under en väpnad konflikt (genomförande) då stridshandlingar pågår. Sådan samverkan behöver ske på flera olika nivåer.

[36] Proposition om hälso- och sjukvården i krig m.m. (prop. 1980/81:57), s. 20.
[37] A.a.
[38] Sjukvården i krig (SOU 1978:83), 98.
[39] Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30), s. 108–109.
[40] A.a., s. 123.

Målet med samverkan inom totalförsvarets hälso- och sjukvård är att uppnå samordning som innebär att Försvarsmakten får det stöd som behövs samtidigt som den civila sjukvården upprätthåller så mycket av den ordinarie verksamheten som möjligt, med fokus på vård som inte kan anstå. För att en sådan samordning ska uppnås behöver kommuner och regioner agera tillsammans. Tillsammans inkluderar i detta avseende även privata aktörer och statliga myndigheter. Ingen kommun eller region kan ensamt tillgodose Försvarsmaktens behov och kravet på att upprätthålla sådan vård som inte kan anstå. Detta blir under sådana svåra förhållanden en nationell uppgift. Samtidigt kan det förväntas att olika delar av Sverige drabbas olika.

En kommun som behöver utrymmas t.ex. med anledning av att det där bedrivs eller kommer bedrivas väpnad strid behöver flytta med de patienter som vårdas i hemmet eller personer som bor på särskilda boenden. Även den vårdpersonal som arbetar i en kommun eller region kan behöva följa med flyktingströmmen för att kunna stödja t.ex. hälso- och sjukvården eller socialtjänsten i den mottagande kommunen. Det senare framgår av de bestämmelser om att kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning är skyldiga att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen.[41] De kommuner eller regioner som får ta emot personer är också skyldiga att tillhandahålla vård enligt HSL.[42] En region som har sjukhus på lämpligt avstånd ifrån ett stridsområde kommer samtidigt sannolikt behöva ställa om detta till att ta hand om ett stort antal traumafall vilket gör att de både behöver hjälp med personal och avlastning av annan vård. En del av sjukhusets personal kan dessutom vara bosatt i en angränsande kommun som utrymts enligt ovan. Detta innebär en utmaning i att göra avvägningar av vilken personal som ska kvarstanna och hur detta ska ske samt vilken personal som ska följa med flyktingströmmen. I dessa processer riskerar också familjer att splittras eller barn behöva evakueras där föräldrarna behöver finnas kvar på sina arbeten. Detta ställer mycket stora krav på samhällets förmåga att tillgodose trygga förhållanden för dessa barn.

Även om lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap endast gäller i höjd beredskap kan det inte uteslutas att frågor om utrymning och inkvartering kan bli aktuella även

[41] 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.
[42] 2 kap. 4 § i ovan nämnda författning.

av andra orsaker, t.ex. omfattande naturkatastrofer. Kommuners och regioners skyldigheter avseende hälso- och sjukvård och omsorg framgår då av HSL och socialtjänstlagen (2001:453).

Det är uppenbart att kommuner och regioner inte kan genomföra eller lösa uppgifter kopplat till totalförsvar eller andra situationer då utrymning krävs enskilt. Allt detta måste planeras och för att så ska kunna ske behöver kommuner, regioner och staten få rätt förutsättningar och ingångsvärden.

Behovet av samverkan för fredstida behov

Även om utgångspunkten för ett beredskapsråd i stora delar är planeringsprocessen för totalförsvaret, så skulle det enligt utredningen också fylla en viktig funktion vad avser planeringen av beredskap då höjd beredskap inte råder. Som framgått finns det stora beroende mellan förmågan att hantera situationer med många skadade eller sjuka samt katastrofer och totalförsvarets behov. De statliga myndigheterna har här en viktig roll att stödja kommuner och regioner. Genom att det kan klaras ut vilket behov av stöd från statliga myndigheter som kommuner och regioner ser utifrån t.ex. regionala risk- och sårbarheter och planeringen enligt HSL bidrar det till att de statliga myndigheterna kan genomföra sin planering. Socialstyrelsen ansvar också för internationella hjälpbehov.

Rådet kan också fungera som en plattform för att diskutera och redovisa dimensionering av åtgärder samt de slutsatser som statliga myndigheter dragit av nationella risk- och sårbarhetsanalyser och som har betydelse för hälso- och sjukvården. Även slutsatser och bedömningar utifrån analyser av inträffade händelser och större övningar som är av betydelse för beslutsfattare inom sektorn är relevanta att diskutera (se även avsnitt 5.2.2 nedan). Det kan röra slutsatser som innebär behov av åtgärder där det krävs finansiering och särskilda beslut i t.ex. en kommun eller region.

Ett förslag om beredkapssektorer

Utredningen om civilt försvar har föreslagit inrättandet av beredskapssektorer som ersättning till dagens samverkansområden. Vår utredning stödjer förslaget (se avsnitt 3.4.3). Beredskapssektorn för

hälsa, vård och omsorg föreslås omfatta E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen där Socialstyrelsen förslås vara sektorsansvarig myndighet. Sektorerna ska ha betydelse både för att utveckla och upprätthålla ett starkt civilt försvar och en effektiv fredstida krisberedskap. Utredningen om civilt försvar konstaterar samtidigt att stora delar av den samhällsviktiga verksamhet som bär upp de viktiga samhällsfunktionerna bedrivs av andra aktörer än staten. Kommuner, regioner, näringsliv och frivilligorganisationer har avgörande betydelse för att det civila försvaret och den fredstida krisberedskapen ska fungera.[43] Utredningen om civilt försvar lämnade aldrig några tydliga svar kring hur dessa aktörer ska knytas till sektorn. Är det gäller hälso- och sjukvård samt omsorg är det av största vikt att det finns en tydlig ordning hur dessa aktörer knyts till beredskapssektorn. Det är därför enligt utredningen naturligt att beredskapssektorn utgör en central del i den samverkan som ovan diskuteras.

Försvarsmakten eller MSB har med något enstaka undantag inte föreslagit att ingå i beredskapssektorerna.[44] Utredningen föreslår dock att sektorerna ska samverka med varandra och MSB föreslås stödja arbetet.[45]

Ett förslag om ett nationellt råd

Utredningen om civilt försvar har även föreslagit inrättande av ett centralt beredskapsråd. Enligt förslaget bör regeringen ge MSB i uppdrag att bilda och upprätthålla ett centralt beredskapsråd i vilket företrädare för myndighetsledningarna för de sektorsansvariga myndigheterna för beredskapssektorerna och civilområdescheferna bör ingå. Andra företrädare för viktiga myndigheter och organisationer inom totalförsvaret eller inom krisberedskapen ska kunna adjungeras och vid behov delta i rådet. Det centrala beredskapsrådet föreslås ledas av MSB:s generaldirektör och Överbefälhavaren gemensamt.[46]

Det är för utredningen uppenbart att 310 kommuner och regioner på ett effektivt sätt knappast kan adjungeras och delta i detta råd samtidigt som ett antal andra representanter för andra aktörer. Det

[43] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 210.
[44] A.a., s. 217.
[45] A.a., s. 272.
[46] A.a., s. 425 ff.

förefaller därför vara av vikt att de föreslagna beredskapssektorerna på ett effektivt sätt kan fånga upp aktörerna inom respektive sektor.

Det behövs en tydlig samverkansstruktur som respekterar det kommunala och regionala självstyret

Det är för utredningen tydligt att det i händelse av bl.a. situationer med många svårt skadade eller sjuka eller annan stor fredstida påfrestning på hälso- och sjukvården eller omsorgen samt i krig behöver finnas en tydlig nationell samordning av hälso- och sjukvården och omsorgen. All verksamhet blir dock mer effektiv om den kan planeras och förberedas. Sådant gemensamt planerings och förberedelsearbete utgör då en god grund för att under en händelse nå samordning. En stor poäng med att samverka i planeringen är därför att uppnå förmåga kunna ge stöd och uppnå samordning under en händelse. I ett förberedelsearbete och i förmågebyggande behöver därför en dialog ske mellan relevanta statliga myndigheter och sjukvårdshuvudmännen. I förlängningen behöver detta även omfatta berörda privata aktörer.

Ett nationellt råd skulle enligt utredningen kunna utgöra ett sådant forum där berörda sjukvårdsmyndigheter, huvudmännen och Försvarsmakten samlas för planering. En sådan förankring på chefsnivå skapar en större förståelse för vad som behöver uppnås.

Ett beredskapsråd eller ett totalförsvarsråd

Som konstaterades inledningsvis har statens stöd och involvering i hälso- och sjukvårdens beredskap till stor del tidigare utgått ifrån totalförsvarets behov. På samma sätt finns i dag ett stort behov av att samordna den kommunala och regionala verksamheten med den statliga utifrån totalförsvarets behov. Frågan uppstår då om det behövs en samverkansstruktur enbart för totalförsvarets behov eller om det även behövs för den fredstida beredskapen inom hälso- och sjukvården.

Som framgår av flera av de förslag som utredningen om civilt försvar lämnar är den statliga styrningen vagare i fred än i höjd beredskap och krig. I fred bygger den svenska modellen på samverkan mellan alla olika aktörer och att dessa tar det ansvar som de genom olika rättsliga regleringar har fått. Samtidigt framgår av nästan alla de för-

slag som utredningen om civilt försvar lämnar att de berör både krisberedskap och totalförsvar, även om omfattningen eller mandatet skiljer sig åt. Detta gäller t.ex. både för förslaget om civilområdeschefer och beredskapssektorer. Som framgått tidigare har regeringen tydligt uttalat att krisberedskapen och totalförsvaret ska vara ömsesidigt förstärkande. Det verkar därför märkligt att skilja på dessa frågor då många av de förmågor som tas fram för civilt försvar kan ha betydelse även för att kunna hantera utmanande fredstida situationer. Likaså kan investeringar i en god krisberedskap och förmåga att hantera situationer med många skadade eller sjuka att ha betydelse för totalförsvaret. Det verkar därför mycket olämpligt att skilja på dessa frågor även då man överväger ett råd för samverkan och samordning inom hälso- och sjukvårdens beredskap.

Vilka ska delta och på vilken nivå ska rådet hållas

Som framgått ovan är det lämpligt att ett beredskapsråd utgår ifrån de myndigheter som föreslås ingå i beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg och kommuner och regioner. Rådet syftar till att lösa uppgifter som ankommer på det allmänna och utgör ett led i den offentliga förvaltningen. Det är därför utredningens uppfattning att det är statliga myndigheter och kommuner och regioner som ska delta i rådet. I den mån rådet så finner behövligt och lämpligt kan andra aktörer, t.ex. näringslivsaktörer eller bransch- och intresseorganisationer adjungeras men inte som ersättning för de offentliga aktörerna. Utöver myndigheterna i den föreslagna sektorn anser utredningen att Försvarsmakten är en central aktör som utförare av hälso- och sjukvård i krig. MSB har till utredningen framfört att de ser ett behov av att delta i forumet eftersom det ofta finns en koppling till andra sektorer. Likaså menar länsstyrelserna att de och/eller framtida civilområdeschefer bör vara representerade. Utredningen anser att de i första hand bör vara ett råd inom sektorn hälso- och sjukvård som bl.a. har att hantera avvägningar mellan civil och militär sjukvård och inte civilt och militärt försvar eller sektorsövergripande prioriteringar. Rådet syftar också till att hantera frågor som särskilt rör interaktionen mellan staten och kommuner och regioner inom hälso- och sjukvårdsområdet, både vad avser krisberedskap och civilt försvar.

Att hälso- och sjukvården har beroenden till andra sektorer är självklart och samverkan mellan sektorer uppmuntras enligt de förslag som Utredningen om civilt försvar har lämnat. Likaså finns det naturligtvis ett stort behov av att genomföra en planering på regional eller högre regional nivå både vad avser hälso- och sjukvård och sektorsövergripande. Att MSB och länsstyrelser eller civilområdeschefer med automatik ska delta i alla olika sektorers möten ser utredningen inte som en självklarhet. Att hantera 21 regioner och 290 kommuner i ett och samma råd är redan det en utmaning. Om rådet anser att det finns behov ser dock utredningen inget hinder mot att t.ex. MSB och civilområdeschefer adjungeras.

Som tidigare beskrivits finns redan i dag ett antal olika samverkansforum både inom ramen för SKR:s verksamhet och mellan kommuner och regioner och statliga myndigheter. De samverkansforum som i dag finns mellan kommuner och regioner och statliga myndigheter är på en lägre tjänstemannanivå. Det kan konstateras att ledande tjänstemän eller politiker i kommuner eller regioner inte ingår i något system med en tydlig koppling till processerna kring samhällets krisberedskap, de bevakningsansvariga myndigheterna eller den föreslagna sektorn hälsa, vård och omsorg. Dessa samverkar i dag endast inom ramen för SKR.

I den av Försvarsmakten och MSB föreslagna planeringsprocessen beskrivs flera olika mötesforum på olika nivåer varav det högsta är totalförsvarets chefsmöte. I detta deltar generaldirektörerna. Det är utredningens uppfattning att det bör vara på samma sätt när det gäller ett sektorsbaserat råd dvs. det bör ytterst vara ledande företrädare för myndigheter och kommuner och regioner som deltar. Detta utesluter inte att det arrangeras andra förberedande möten på lägre nivå. Utredningen tror att det finns många goda skäl till att ledande företrädare för kommuner och regioner samverkar mer med de statliga myndigheterna. Detta ökar förståelsen för behoven inom krisberedskapen och totalförsvaret ur ett nationellt perspektiv hos de som har mandat att fatta beslut eller har nära till den politiska ledningen i kommuner och regioner. Dialogen kan också skapa förutsättningar för att öka de statliga myndigheternas förståelse för regionala och lokala utmaningar och behov. Det är utredningens uppfattning att en sådan tydlig koppling skulle stärka arbetet med att uppnå en god beredskap. Sådan samverkan behöver även omfatta de ledande befattningshavarna.

Genom en kontinuerlig dialog mellan de bevakningsansvariga myndigheterna i sektorn, Försvarsmakten samt ledande företrädare för kommuner och regioner åstadkoms en möjlighet att dela information om totalförsvarsprocessen, pågående arbeten, övergripande förmågor och behov inom krisberedskap och totalförsvar av betydelse för hälso- och sjukvården. Ett sådant forum bör även kunna hantera viss säkerhetsskyddsklassad information om sådana behov finns. Genom att tydligare knyta ledande befattningshavare till planeringsprocessen och sektorn skapas också en grund för ett gott samarbete och fungerande strukturer i genomförandefasen.

Inrättandet av ett beredskapsråd innebär inte att all annan samverkan eller nätverkande kommer, ska eller bör upphöra. Det finns stora fördelar med att kommuner och regioner kan samverka på olika sätt inom ramen för sina intressen. Likaså krävs med stor sannolikhet andra former av samverkansformer gentemot de statliga myndigheterna på den lägre tjänstemannanivån som i större grad hanterar detaljerade frågeställningar. Sådana detaljer hanteras i dag bl.a. i samverkansforumet kring katastrofmedicinsk beredskap. Arbetet i detta forum skulle antagligen kunna utföras effektivare om det också fanns en tydlig förankring till högre tjänstemän. I dag måste respektive beredskapssamordnare eller tjänsteman i beredskap med stöd av beredskapschef eller motsvarande driva den processen på hemmaplan gentemot kommun- eller regionledningen. Eftersom det inte sker samlat är sannolikheten stor för att genomslaget och effekterna blir olika i olika kommunerna och regioner. Att samla ledande befattningshavare för gemensamma diskussioner borde därför underlätta arbetet även på andra nivåer och skapa bättre förutsättningar för att frågorna hanteras mer likartat i olika kommuner och regioner.

Samlad bedömning

I dag deltar kommunernas och regionernas chefer i många fall i olika nätverk kopplade till SKR. För att Socialstyrelsen de övriga hälso- och sjukvårdsmyndigheterna ska kunna delta i den nationella processen kring totalförsvar och beredskap och uttrycka hälso- och sjukvården samt omsorgens behov i det nationella arbetet är det viktigt att de även har en tydlig dialog med ledande chefer i kommuner och regioner. För att de statliga myndigheterna ska kunna lämna rätt stöd till

kommuner och regioner inom ramen för den fredstida krisberedskapen behövs också en dialog. Det finns således behov av att knyta de statliga, kommunala och regionala delarna av förvaltning närmare varandra i planeringsprocessen. Om en sådan dialog inte säkerställts redan på planeringsstadiet bedöms det inte finnas tillräckliga förutsättningarna att få en fungerande samordning mellan stat och kommuner och regioner under pågående händelser.

Utredningen menar att ett beredskapsråd vid Socialstyrelsen, där ledande företrädare för kommuner och regioner ges möjlighet att delta tillsammans med E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Försvarsmakten, kan utgöra en plattform för de diskussioner som behöver förekomma mellan kommuner, regioner och de berörda statliga myndigheterna avseende hälso- och sjukvårdsfrågor för planering av krisberedskap och totalförsvar. Den av Försvarsmakten och MSB föreslagna planeringsprocessen delas in i olika samverkansmöten på olika nivåer där det avslutande mötet utgörs av de bevakningsansvariga myndigheternas generaldirektörer (Totalförsvarets chefsmöte). Utredningen menar att även ett beredskapsråd för hälso- och sjukvård bör ledas av Socialstyrelsens generaldirektör och att kommuner och regioner i rådet kommer att representeras av hälso- och sjukvårdsdirektörer, regiondirektörer och kommundirektörer eller sådana direktörer som har mandat att representera flera kommuner. En sådan sammansättning av beredskapsrådet skulle ge en god grund för att kommuner och regioners deltagare i rådet skulle ha de mandat som krävs för att de statliga myndigheterna ska kunna få de underlag som behövs för att uttrycka hälso- och sjukvårdens behov i den statliga processen. Om aktörerna så önskar kan möten för beredning på lägre nivå genomföras även om detta inte föreslås regleras.

Genom att beredskapsrådet etableras redan innan en händelse inträffar bedömer utredningen att det även bör kunna utgöra ett samverkansforum i situationer med stora påfrestningar på hälso- och sjukvården i en eller flera regioner där behov av hjälp mellan regioner aktualiseras. Sådana situationer beskrivs närmare i avsnitt 5.3 nedan.

Avslutningsvis kan konstateras att rådet också torde kunna fylla en viktig funktion för samverkan för det fall den föreslagna beredskapssektorn för hälsa, vård och omsorg införs i enlighet med de förslag som lämnats av utredningen om civilt försvar.[47]

[47] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 215 ff.

En utmaning då samverkan ska ske med landets samtliga kommuner är det stora antalet. Detta är inte ett nytt problem och således inte ett problem som är unik för inrättandet av ett beredskapsråd. Utredningens bedömning är att kommunernas representation vid beredskapsrådet inte som regel lämpligen bör utgöras av samtliga kommuner utan av ett mindre antal kommuner. Såvitt utredningen kan se har kommunerna redan etablerat olika sätt att gemensamt lösa representation i liknande situationer. Kommunerna bör således kunna lösa också denna fråga om representation.

5.2.2 Erfarenhetsåterföring

Förslag: Det ska införas bestämmelser i Socialstyrelsens instruktion som innebär att myndigheten inom ramen för ansvaret för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin, och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde även ska analysera omfattande händelser nationellt och internationellt samt sammanställa slutsatser från större övningar. Myndigheten ska vidare sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer i syfte att möjliggöra utveckling av beredskapen.

Socialstyrelsen har sedan år 1988 haft i uppdrag att utvärdera de medicinska insatserna vid stora olyckor eller katastrofer runt om i världen genom katastrofmedicinska obervatörsstudier (Kamedo). Resultatet har publicerats i Kamedo-rapporter sedan 1960-talet. Utredningen har i avsnitt 4.1.7 beskrivit behovet av att permanenta Socialstyrelsens uppdrag samt att på ett tydligare sätt än i dag sprida erfarenheter från dessa utvärderingar i syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens beredskap. Det saknas i dag enligt utredningen en aktiv kunskapsspridning av centrala lärdomar från dessa rapporter. Utredningen menar att det, eftersom Sverige är förskonat från många mer allvarliga stora olyckor och katastrofer, finns stor anledning att ta lärdom från händelser i andra länder. Sådana slutsatser kan också ha betydelse för insatser enligt lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Om rapporterna ska fylla en funktion behöver slutsatserna och erfarenheterna från rapporterna omsättas i praktiken inom den svenska hälso- och sjukvården. För att detta ska

ske behöver myndigheten enligt utredningen ta ett större ansvar för att aktivt sprida denna kunskap.

Utredningen bedömer också att det är av vikt att Socialstyrelsen på ett tydligare sätt än i dag utvärderar större övningar, t.ex. Barents Rescue eller övning Tyko, som har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap och sammanställer erfarenheter från dessa. Socialstyrelsen bör härvidlag ta ett tydligare ansvar för att aktivt föra ut dessa slutsatser på samma sätt som för utvärderingarna av händelser ovan.

De erfarenheter som identifieras i utvärderingarna ovan kan vara av betydelse dels för hur man bör vidta specifika medicinska åtgärder, hur man bör organisera eller dimensionera sin beredskap. Beroende på slutsats behöver denna återföras till olika målgrupper. Det kan innebära behov av att anpassa utbildning för olika medicinska professioner, se över föreskrifter eller för ut budskap till ledande befattningshavare i sjukvården som kan påverka att nödvändiga beslut tas, exempelvis i det ovan redovisade beredskapsrådet.

Uppgifter som en myndighet genomför över tid bör framgå av myndighetens instruktion. Bakgrunden till den nuvarande 8 § i Socialstyrelsens instruktion finns närmare beskriven i avsnitt 9.4. Bestämmelsen har sin grund i behovet av att permanenta satsningar på katastrofmedicinsk forskning och inrättandet av särskilda kunskapscentrum och tar inte specifikt sikte på de aktiviteter som här ovan redovisats. Det kan också konstateras att myndighetens arbete med återföring av erfarenheter från t.ex. Kamedo-rapporter och övningar inte skett i den omfattning som utredningen anser behövs för att utveckla hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningen anser därför att det är motiverat att förtydliga bestämmelsen i 8 § för att tydliggöra behovet av att även analysera omfattande händelser nationellt och internationellt samt sammanställa slutsatser från större övningar. Myndigheten ska vidare sprida dessa erfarenheter till berörda aktörer i syfte att möjliggöra utveckling av beredskapen.

5.3 Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården

Förslag: Det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof ska andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Kommuner och regioner ska trots vad nu sagts vara skyldiga att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Vidare ska det införas bestämmelser som innebär följande. En kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den som har att besluta om hjälpen. Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska få besluta om hjälp. Beslut om hjälp ska grunda sig på en samlad bedömning av omständigheterna varvid sådan hjälp som kan ordnas genom staten särskilt ska beaktas. Beslut om att hjälp ska lämnas får fattas om det kan antas att en hjälpbehövande kommun eller region saknar förutsättningar att ordna tillräcklig hjälp på egen hand. Beslut om hjälp behöver gälla omedelbart och ska inte kunna överklagas.

Det ska vidare införas en skyldighet för regioner, kommuner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på anmodan av den som får besluta om hjälp, dvs. på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Kommuner och regioner ska också lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Uppgifterna ska lämnas till den som har att besluta om hjälp.

Vidare ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp. Kommuner och regioner som efter hjälpbeslut har lämnat hjälp ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen och ersättningen ska betalas av den kommun eller region som har fått hjälp.

Slutligen förslås att 3 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ska ändras så att det som sägs i den lagen inte ska gälla om annat följer av elberedskapslagen eller av 16 a kap.

hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och att det i 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap införs ett nytt andra stycke som innebär att vad som sägs i första stycket inte ska gälla om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

5.3.1 Kortfattat om bakgrunden till utredningens förslag

Utredningens uppdrag är att så långt möjligt säkerställa förutsättningarna för en fungerande hälso- och sjukvård i kris och krig. Statens, kommunernas och regionernas ansvar och roller i det svenska systemet, krisberedskap och totalförsvar inkluderat, behöver vara tydliga och anpassade efter vad som är nödvändigt med anledning av bl.a. det internationella säkerhetsläget och försörjningsfrågor m.m. Frågor om hjälpbehov behandlas närmare i avsnitt 4.4.1.

Kommuner och regioner har ansvaret att erbjuda befolkningen god hälso- och sjukvård och nödvändiga vårdresurser måste således finnas i kommuner och regioner. Kommuner och regioner har som huvudregel att var för sig tillse att befolkningens vårdbehov tillgodoses och de har inte ansvar för andra kommuners eller regioners resursbrister. Ingen kommun eller region är överordnad någon annan kommun eller region. De har inget ansvar för ledning av andra kommuner och regioner och kan inte säkerställa samordning av vård eller vårdhjälp sinsemellan annat än på frivillig grund.

Vid en katastrof i vården uppkommer omedelbart en allvarlig fara för människors liv och hälsa. Med katastrof avser utredningen i en situation i hälso- och sjukvården då resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna. Definition motsvarar väl hur begreppet katastrof används inom hälso- och sjukvård i både Sverige och internationellt. Vad som är en katastrof inom hälso-och sjukvård kan sannolikt inte heller vara detsamma som på något annat område anses vara en katastrof.

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

till Sverige, nationella försörjningsåtgärder och statens ansvar för planering och samordning av civilt och militärt försvar måste beaktas i situationer då läget i hela eller delar av samhället, t.ex. hälso- och sjukvården, är synnerligen ansträngt och det finns behov av samordning av resurser nationellt.

Skulle en kommun eller region hamna i en katastrofsituation torde det från ett medborgerligt och ett allmänt samhälleligt perspektiv vara i det närmaste självklart att staten, en annan kommun eller region försöker ge hjälp. Effektiva hjälpinsatser kräver samordning av statliga, regionala och kommunala insatser. Om flera delar av det allmänna kan lämna hjälp, bör hjälpen lämnas av den eller de aktörer som sammantaget har bäst förutsättningar att göra det.

Kommuner och regioner kan på frivillig grund ge hjälp till varandra och detta sker också regelmässigt om det är möjligt utan alltför stora olägenheter på kort sikt för den egna verksamheten. Det finns i nuläget inget som talar för att kommuner och regioner kommer att vara mindre hjälpbenägna i framtiden. Det kan dock inte uteslutas att kommuner och regioner inte lämnar varandra hjälp trots att det finns utrymme för det. Resurser som en kommun eller region kan undvara men som de för säkerhets skull väljer att behålla för att kunna ge vård ifall läget skulle förvärras, kommer inte till användning där den för tillfället behövs för att skydda liv och hälsa.

Att neka en svårt sjuk patient i t.ex. en region den vård som denne behöver för att säkerställa att det ska finnas resurser ifall det blir nödvändigt att ge vård till en lika svårt sjuk patient i framtiden är knappast en godtagbar ordning. Det rimmar också mycket illa med 3 kap. 1 § HSL som anger att *målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården*.

Det finns även med beaktande av det kommunala självstyret således mycket starka skäl för förslag som motverkar uppkomst av en katastrof i vården eller som i det värsta fallet mildrar effekterna av en sådan katastrof. För att skydda människors liv och hälsa bör det därför så långt möjligt säkerställas att det i hela landet även under fredstida kriser och vid krig går att utföra vård som inte kan anstå.

Den lämpligaste ordningen för hjälp att undvika eller mildra katastrofsituationer i hälso- och sjukvården är att kommuner och regio-

ner själva, på frivillig grund, löser uppkomna hjälpbehov. När en kommun eller region inte längre på frivillig grund kan få nödvändig hjälp att utföra vård som inte kan anstå måste det dock finnas en ordning som säkerställer att kommuner och regioner som bör ge hjälp också gör det och att hjälpen kan samordnas också med hjälpinsatser från staten. Det kan konstateras att det i dag saknas bestämmelser som gör det möjligt att effektivt samordna hjälpinsatser med staten och att det inte finns någon lagstadgad allmän skyldighet för kommuner och regioner att i fredstid hjälpa andra kommuner och regioner med vård som inte kan anstå. Sådana bestämmelser bör införas.

Skyldigheter för kommuner och regioner att hjälpa varandra

Förslag till bestämmelser om hjälp bör utformas för att bättre möta det som brukar beskrivas som gråzonsproblematik. Avseende tillämpningen av bestämmelserna om hjälp saknar det avgörande betydelse vad som orsakat en katastrof eller om katastrofen inträffar i fred, höjd beredskap eller krig.

Om en kommun eller region inte kan utföra hälso- och sjukvård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav, bör andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör efter anmälan om hjälpbehov från en kommun eller region få besluta om hjälp. Ett sådant beslut ska inte som regel få medföra att en hjälplämnande kommun eller region själv blir hjälpbehövande. Om det endast är någon eller några kommuner eller regioner som befinner sig i ett mycket utsatt läge, kan andra kommuner och regioner sannolikt också många gånger lämna hjälp utan att själva bli hjälpbehövande.

I händelse av en katastrof vore det dock både märkligt och direkt olämpligt, att inte också försöka utjämna förutsättningarna för vård mellan kommuner och regioner i de fall det finns kommuner och regioner som har det, jämförelsevis, avsevärt bättre än en andra kommuner eller regioner. Det handlar således inte om att utjämna annat än mycket stora skillnader.

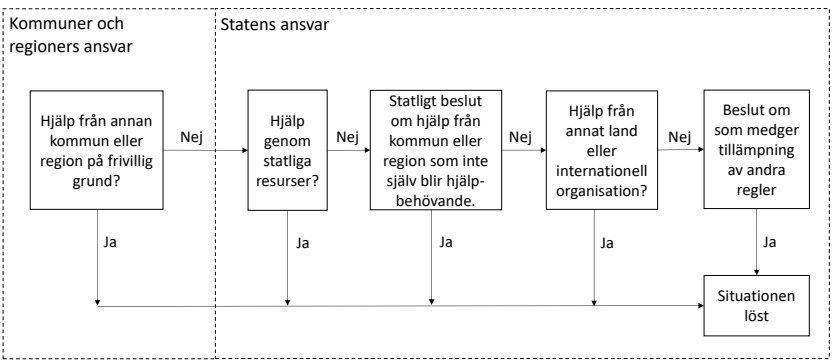
Det bör införas bestämmelser som resulterar i en form av vårdutjämningssystem som vid en katastrof skapar bättre förutsättningar för en mer jämlik vård i land och för upprätthållandet av behovsprincipen. En sådan ordning behövs inte minst för det fall landet skulle

hamna i krig och skadeutfallen kan närma sig flera tiotusentals skadade, men även för det fall ovanligt stora mängder mycket svårt sjuka patienter behöver vård. Om det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande, bör en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Det bör också införas bestämmelser som innebär att en kommun eller region som har lämnat hjälp, ska ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

En grundförutsättning för att det ska vara möjligt att prioritera och fördela bl.a. resurser som krävs för vård i Sverige vid bristsituationer i vardagen, fredstida kriser och krig, är att det finns kunskap om vilka resurser det går att förfoga över. För prioritering och fördelning av resurser krävs utöver vad som ovan sagts särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar så att konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats kan värderas rätt. För att kunna besluta om hjälp är det nödvändigt att ha tillgång till ett adekvat beslutsunderlag. Det bör införas bestämmelser som säkerställer att det finns ledningsmandat för samordning av hjälpbehov och beslutsunderlag som gör det möjligt att besluta om hjälp och bedöma om det finns behov att begära hjälp från andra länder eller en internationell organisation.

Figur 5.1 Beslutsprocess för hjälp



5.3.2 Närmare om utredningens förslag

I det följande utvecklas ovan angivna förslag närmare. I avsnitt 14.11.2 redovisas bedömningar av förslagens proportionalitet och alternativ till den reglering som föreslås nedan. Utredningens slutsatser där är att det inte finns andra mindre ingripande regleringsalternativ eller andra lösningar som på samma sätt skulle säkerställa de bestämmelser som utredningen nu föreslår. Vidare anser utredningen att förslagen nedan inte medför en inskränkning i det kommunala självstyret som går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranleder inskränkningen. Förslagen bedöms således förenliga med 14 kap. 3 § regeringsformen.

Bestämmelserna om hjälp bör föras in i HSL

Enligt vad som redan tidigare framhållits är de utredningsdirektiv som gäller för denna utredning avgränsade till hälso- och sjukvårdens område. I en situation där många olika utredningar har lämnat och även kan förmodas komma lämna förslag av som rör förslag som denna utredning lämnar, är det svårt att veta hur olika lagförslag bäst ska utformas och i vilka lagar som föreslagna bestämmelser lämpligen bör placeras.

Undantag från lokaliseringsprincipen beträffande hälso- och sjukvårdsverksamhet i andra sammanhang har inte konsekvent skett genom reglering i HSL. Genom lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ges bl.a. möjlighet för landstingen att som tjänsteexport ge t.ex. hälso- och sjukvård utomlands. Landsting får även bedriva hälso- och sjukvård utomlands i enlighet med lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands. Det har från SKR flera gånger framhållits att det vore bättre om de särskilda bestämmelser som gäller för kommuner och regioners krisberedskap och för deras uppgifter som rör höjd beredskap borde skapas två olika lagar, en för regioner och en för kommuner. Utredningen kan se att det finns skäl att göra en översyn av LEH för att skapa större tydlighet, inte minst vad gäller statlig ersättning, men även göra andra lämpliga anpassningar av bestämmelser om bl.a. rapporteringsskyldighet. Det är dock inte utredningens sak att föreslå sådana ändringar och det framstår inte heller som givet att det finns skäl för olika lagar.

De bestämmelser som finns i dag om bistånd mellan kommuner och regioner finns som beskrivits i 4 kap. LEH. Tidigare fanns en motsvarande bestämmelse om bistånd i HSL men regeringen ansåg att den var onödig och bestämmelsen utmönstrades därför ur HSL.

Det förefaller inte som naturligt att föra in en särskild bestämmelse i LEH kring skyldigheter om att lämna hjälp (bistånd) som endast avser hälso- och sjukvårdsområdet. Det bedöms inte heller lämpligt om det i LEH skulle föras in många olika sektorsspecifika bestämmelser eftersom LEH till sin natur är mer allmänt inriktad. Med många sektorsspecifika bestämmelser om exempelvis hjälp skulle LEH ganska snart att förlora sin generella karaktär.

Utredningen att bestämmelser om hjälp lämpligen bör föras in i ett nytt kapitel i HSL, direkt efter det nuvarande 16 kap. som rör samverkan mellan huvudmännen. En sådan lösning skulle möjligen också delvis lösa några av de oklarheter som många kommuner och regioner upplever i dag med bestämmelserna i LEH.

Skyldighet att lämna hjälp för att undvika eller mildra en vårdkatastrof

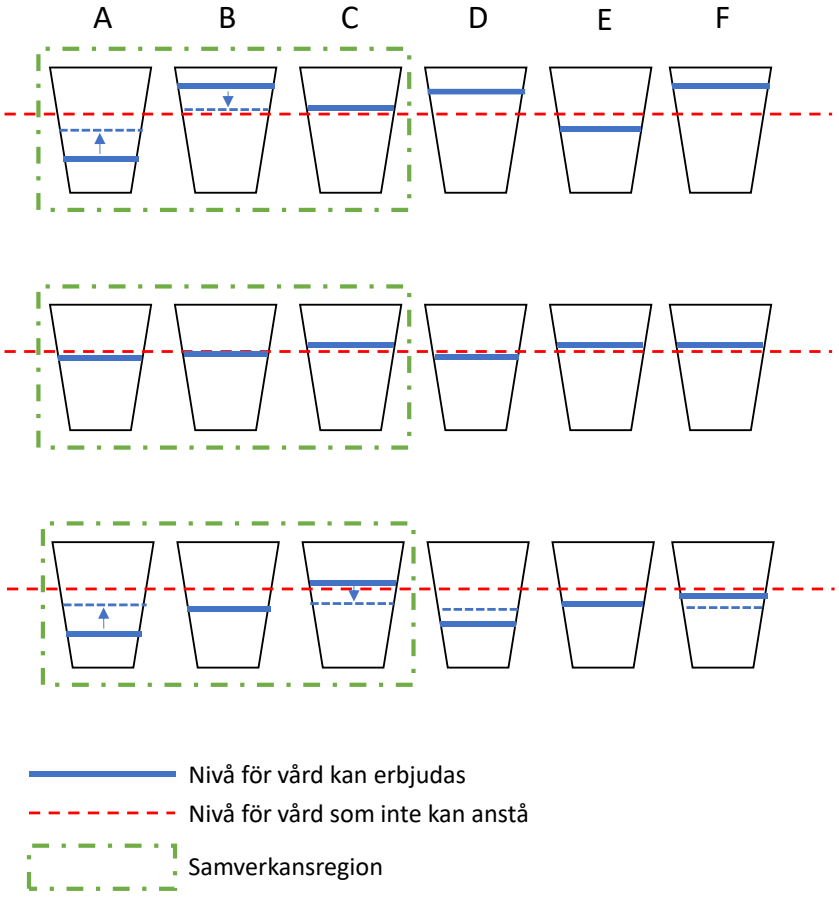
Utredningen anser att det i HSL bör införas bestämmelser som innebär att om en kommun eller region drabbas av en katastrof så ska andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. Med katastrof avser utredningen i detta betänkande en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra den vård som inte kan anstå med normala kvalitetskrav och det inte heller inom kort går att tillföra de nödvändiga resurserna.

Nämnda skyldighet att lämna hjälp ska som regel endast gälla under förutsättning att en kommun eller region inte själv är eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande. Skälen för rekvisitet överskådlig tid redovisas nedan (se under rubriken Bedömningar av hjälpbehov och beslut om hjälp).

Det är mindre sannolikt att samtliga kommuner och regioner samtidigt kommer att hamna i en katastrofsituation, men det kan inträffa. En region kan således vara i en katastrofsituation utan att andra regioner är det. Det kan dock även vid en katastrof förekomma avsevärda variationer i olika kommuner och regioners förutsättningar att ge vård. Förhållandena kan åskådliggöras genom följande enkla ”vattenglasmodell”:

Figur 5.2 Vattenglasmodellen

Första raden avser situationer där en kommun eller region kan hjälpa en annan kommun eller region utan att själva bli hjälpbehövande. Andra raden avser en situation där skillnaderna mellan kommunernas och regionernas förmåga är så liten att ingen kan anses kunna hjälpa någon. Den tredje raden avser en situation där en kommun eller region kan lämna hjälp men själv blir hjälpbehövande. En sådan situation kräver ett beslut om katastroftillstånd (se 13.3.1)



Utredningens anser att det i HSL bör införas bestämmelser för en sådan ovan beskriven situation. För det fall det inte finns någon kommun eller region som kan lämna hjälp enligt de inledningsvis föreslagna bestämmelserna, ska en kommun eller region ändå vara skyldig att hjälpa andra kommuner eller regioner som har *avsevärt* sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå. Bestämmelse syftar inte till att helt försöka utjämna varje skillnad mellan olika kommuner och regioner, endast stora skillnader ska kunna utjämnas.

Bedömningar av om det finns avsevärda skillnader kommer att ha sin utgångspunkt i de lägesbilder som kommuner och regioner ska lämna. För jämlikhet i vården behöver det finnas nationellt överenskomna kriterier för vård som inte kan anstå och inom vilken medicinskt motiverad tid vården behöver ges för förväntat utfall och undvikande av men. Nationella prioriteringsprinciper behövs vid mycket omfattande eller utdragna tillstånd av resursbrist för att bedöma olika patientgruppers vårdbehov i relation till andras, samt för att avgöra vilka alternativa behandlingsmetoder som bör användas eller vilka anpassningar av målsättning för exempelvis handläggningstider som kan behöva göras. Det är inte möjligt att ange annat än mer allmänna utgångspunkter för bedömningar av vad som utgör en avsevärd skillnad. Det måste vid bedömningar av om det finns avsevärda skillnader i förutsättningarna att ge vård beaktas att olika patientgrupper kan ha skilda vårdbehov. Bedömningar måste därför göras med utgångspunkt i hur stora skillnader som kvarstår mellan *patientgrupper som har motsvarande vårdbehov* efter att nödvändig omställning av vårdutbudet och bästa möjliga resursmobilisering gjorts. Prioriteringsordningar av olika patientgrupper måste också beaktas. Det får i övrigt lämnas åt regeringen, eller den myndighet som regeringen har bestämt ska besluta om hjälp, att bedöma vad som kan anses utgöra en avsevärd skillnad.

Den hjälp som kan krävas kan vara av olika karaktär. Hjälp kan bestå av att patienter t.ex. flyttas till en annan kommun eller region för vård. En annan möjlighet är att en kommun, en region, eller staten kan skicka de resurser som krävs för vården till den hjälpbehövande kommunen eller regionen. Sådana resurser kan till exempel utgöras av förstärkningsenheter dvs. grupper med tillhörande utrustning, personal, sjukvårdsprodukter eller annan utrustning. Det kan också krävas sjuktransporter, drivmedel, vatten, värmesystem, fläktar och andra liknande resurser som inte används vid själva utförandet

av vården. Skyldighet att lämna hjälp omfattar alla sorters resurser som behövs för att utföra vård som inte kan anstå, men kan aldrig avse andra resurser än de som en kommun eller region kan förfoga över.

Mot ovanstående bakgrund föreslår utredningen således att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof ska andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp. En kommun eller region ska inte vara skyldig att lämna hjälp om den själv har drabbats av en katastrof eller inom överskådlig tid kan antas bli drabbad av en sådan. Kommuner och regioner ska trots vad som nu sagts vara skyldiga att lämna hjälp till andra kommuner eller regioner som har avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå.

Anmälan av hjälpbehov och samverkan

En viktig utgångspunkt för de bestämmelser om hjälp som utredningen nu föreslår är att kommuner och regioner så långt möjligt på frivillig grund ska lösa uppkomna hjälpbehov. De ovan föreslagna bestämmelserna om hjälp förutsätter att en kommun eller region kan vända sig till staten för att, om det är möjligt, få behövlig hjälp som inte kan ordnas på frivillig grund. Ett statligt organ måste således ges till uppgift att besluta om hjälp.

Det bör ligga på en hjälpbehövande kommun eller region att anmäla hjälpbehov. Vid vissa händelser kan det mycket snabbt stå klart för en kommun eller region att det kommer att behövas hjälp. I andra fall kan det vara mer oklart om det kommer att uppkomma ett hjälpbehov, men det finns en risk för att hjälp kan behövas.

Utredningen anser att en kommun eller region ska göra anmälan om hjälpbehov så snart det finns risk för att ett sådant behov kan uppkomma. Givetvis ska ett redan konstaterat hjälpbehov anmälas omgående. På samma sätt som enligt gällande bestämmelser om hjälp mellan kommuner och regioner i 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, i det följande förkortad LEH, bör det vara regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, som beslutar om hjälp.

När en anmälan om eventuellt hjälpbehov gjorts behöver den som får besluta om hjälp (regeringen eller den myndighet som regeringen bestämt) skapa en första bild av problemen och vilka kommuner,

regioner eller statliga aktörer som kan vara lämpliga hjälplämnare. Samverkansgruppen bör endast bestå av de parter som bedöms vara berörda.

Samverkansgruppens sammansättning måste således anpassas efter situationen och det innebär att sammansättningen av gruppen kan ändras över tid. Det bedöms som osannolikt att en situation skulle kräva aktiv samtidig samverkan med samtliga landets kommuner och regioner. Även kommuner, regioner och statliga myndigheter som inte deltar aktivt i en samverka behöver dock information om läget och vad som framkommer vid samverkan. Om tekniken medger det kan detta ordnas genom att aktörer som inte aktivt samverkar får delta genom medhörning. Andra lösningar är också möjliga.

Den som har att besluta om hjälp bör snarast möjligt initiera samverkan med berörda kommuner och regioner. Samverka behöver också ske med andra statliga aktörer som har ansvar för frågor av betydelse för att kunna lösa de problem som kan leda till hjälpbehov eller som är av betydelse för att kunna tillgodose hjälpbehov, t.ex. statliga aktörer med ansvar för frisläppande av statliga resurser såsom sjukvårdsprodukter samt länsstyrelser eller eventuellt Civilområdeschefer som har kunskaper om regionala förhållanden som kan påverka möjligheterna att ge hjälp. Det bör säkerställas samverkan kommer tillstånd och det bör därför finnas en skyldighet att delta i samverkan på anmodan av den som har att besluta om hjälp.

När det finns förutsättningar det inledande skedet av samverkan syfta till att underlätta kommuners och regioners arbete med att lösa uppkomna problem på frivillig grund. Genom samverkan kommer det sannolikt bli allt tydligare för alla inblandade vilka hjälpbehov som faktiskt föreligger. Det blir då också enklare att ytterligare avgränsa och precisera hjälpbehoven. Genom samverkan kommer det också stå klart om hjälp kommer att kunna lämnas på frivillig grund.

Hjälp syftar till att en kommun eller region ska kunna utföra vård som inte kan anstå, i ett första skede med upprätthållande av normala kvalitetskrav, och det är de viktigt att påminna om att hantering av hjälpbehov har en direkt koppling till den tid inom vilket det ur medicinsk synpunkt är nödvändigt att utföra vården. Det finns därför inte utrymme att dra frågor om hjälpbehov i långbänk. I situationer då ett hjälpbehov ännu inte har uppkommit finns sannolikt mer tid att samverka kring lösningar, men när ett hjälpbehov väl uppkommit kommer det att krävas skyndsamma beslut.

Den som har att besluta om hjälp, dvs. regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt, kan följa utvecklingen av en situation och det finns då möjlighet att värdera förutsättningarna för hjälp och vidta förberedande åtgärder om situationen inte kan lösas på frivillig grund. Inte minst är detta viktigt om resursläget bedöms vara så ansträngt att det finns risk för att ingen kommun eller region bedöms kunna lämna hjälp utan att själv bli hjälpbehövande.

En generellt tillämplig bestämmelse om samverkan finns i 8 § förvaltningslagen (2017:900). Denna bestämmelse gäller för all förvaltningsverksamhet hos såväl förvaltningsmyndigheter som domstolar och skulle möjligen räcka för den samverkan som krävs för beslut om hjälp. Det är dock något oklart om så är fallet vad gäller kommuner och regioners medverkan och det vore tydligare om en bestämmelse om samverkansskyldighet kopplades direkt till bestämmelserna om hjälp.

Mot ovanstående bakgrund föreslår utredningen att det i HSL införs en bestämmelse som innebär att den kommun eller region som behöver eller kan komma att behöva hjälp av andra kommuner eller regioner ska anmäla detta till den som får besluta om hjälp. Vidare föreslås att det införs en bestämmelse som innebär att det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska få besluta om hjälp. Det föreslås också en bestämmelse som innebär en utrycklig skyldighet för regioner, kommuner och statliga myndigheter att samverka i frågor om hjälpbehov på anmodan av den som har att besluta om hjälp, dvs. på anmodan av regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt.

Nödvändigt beslutsunderlag

Beslut om hjälp kan i vissa fall behöva fattas mycket skyndsamt. Det är därför viktigt att den som ska besluta om hjälp och att beslutsfattare i kommuner och regioner snabbt kunna överblicka situationen och skapa sig en tillräckligt god lägesuppfattning för att fatta nödvändiga beslut. Uppgifterna syftar således till att ge olika beslutsfattare i staten, kommuner och regioner en god nationell lägesuppfattning. Det måste vara möjligt för kommuner, regioner och staten att dela *samma* lägesbild. Frågor om sekretess avhandlas nedan.

Det krävs således tillgång till beslutsunderlag med relevanta uppgifter om exempelvis vissa fastställda kapacitetsgränser samt hur förhållandet mellan vårdresurser och vårdbelastning är och utvecklas. Utredningen föreslår därför att det i HSL införs bestämmelser om uppgiftsskyldighet som innebär att kommuner och regioner är skyldiga att lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Uppgifterna ska lämnas till den som har att besluta om hjälp, dvs. regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt. Vidare föreslås bestämmelser enligt vilka regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas.

Det bör uppmärksammas att skyldigheten att lämna uppgifter ska kunna fullgöras i princip omedelbart. Detta kräver att kommuner och regioner löpande kan uppdatera uppgifterna så att de är aktuella. Sådana krav på uppdatering torde redan vara helt nödvändiga att ställa i kommuner och regioner så att deras beslutsfattare snabbt kan hantera kritiska situationer i sin egen verksamhet på ett sätt så att de fullgör skyldigheten att erbjuda vård och undvika situationer där de blir hjälpbehövande.

Att löpande elektroniskt uppdatera och rapportera vissa uppgifter om kapacitet såsom vårdplatsbeläggning eller lagernivåer[48] behöver inte vara en mödosam eller tung arbetsprocess inte ens om det sker dagligen. I synnerhet inte om uppdatering sker i ett välanpassat och driftsäkert it-system och det finns möjlighet till en säker överföring av uppgifter mellan olika aktörer. Det bedöms dock inte nödvändigt att exempelvis göra löpande analyser och bedömningar av framtida utveckling; vissa uppgifter behöver sannolikt endast lämnas i situationer då läget blir kritiskt. Till skillnad från uppdatering av vissa kapacitetsuppgifter bedöms arbetet med att göra analyser och bedömningar av framtida utveckling vara krävande och krav om hög rapporteringsfrekvens för sådana uppgifter bedöms medföra mycket arbete och kostnader. Krav på rapporteringsfrekvens av uppgifter måste således anpassas med beaktande av detta. Förskrifter om rapporteringsfrekvens bedöms kunna meddelas med stöd av föreskrifter som kan meddelas med stöd av det bemyndigande utredningen föreslår nedan.

[48] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 f.

Vilken statlig myndighet som kan besluta om hjälp

Enligt utredningens bedömning vore det lämpligast att Socialstyrelsen beslutar om hjälp. Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst. Socialstyrelsen har bl.a. ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Socialstyrelsen är också bevakningsansvarig myndighet och har även ett ansvar att samordna och övervaka planeringen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. På regeringens uppdrag ska Socialstyrelsen samordna förberedelserna för försörjningen av läkemedel inför höjd beredskap, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap och inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar. Med stöd av sådana regeringsuppdrag beredskapslagrar Socialstyrelsen redan vissa läkemedel och vissa övriga sjukvårdsprodukter. Enligt de förslag som denna utredning tidigare lämnat förslås dessutom att Socialstyrelsen bör få ansvaret att i samverkan med övriga berörda aktörer upprätta och vidmakthålla en förvaltning för vilka sjukvårdsprodukter som behöver omfattas av försörjningsberedskapen på hälso- och sjukvårdsområdet för fredstida kriser och krig.[49] Socialstyrelsen föreslås också vara sektorsansvarig myndighet för beredskapssektorn Hälsa, vård och omsorg.[50]

För närvarande är det länsstyrelserna som beslutar om hjälp med stöd av de bestämmelser om bistånd mellan kommuner och regioner som finns i 4 kap. 2 § LEH.[51] Flera länsstyrelser har för utredningen framhållit att de inte anser sig ha tillräckliga sakkunskaper för att besluta om hjälp som avser hälso- och sjukvård. Enligt tidigare nämnt förslag från Utredningen om civilt försvar ska civilområdescheferna under höjd beredskap besluta om utnyttjande av vårdplatser, förflyttning av personal, patienter och förnödenheter samt i övrigt besluta om de civila hälso- och sjukvårdsresurserna inom civilområdet. Sådana beslut får fattas efter hörande av Socialstyrelsen.

[49] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 620 f.
[50] Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25), s. 237 f.
[51] 9 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

För prioritering och fördelning av vårdresurser krävs som redan anförts särskilda kunskaper om hur bl.a. hälso- och sjukvården fungerar och även insikter i rent medicinska frågor annars går det inte att rätt värdera konsekvenserna av en utebliven eller beviljad hjälpinsats. Sådana kunskaper finns inte i tillräcklig grad hos länsstyrelserna och kommer knappast heller att finnas hos civilområdeschefer. Socialstyrelsen bedöms ha de särskilda kunskaper och insikter som krävs för beslut om hjälp. Även om en Civilområdeschef skulle kunna tänkas fatta beslut på sätt som ovan beskrivits skulle alla system som krävs för detta arbete behöva finnas hos Socialstyrelsen och allt arbete, även samverkan skulle också behöva utföras av Socialstyrelsen. Det framstår då också som lämpligt att Socialstyrelsen fattar beslut om hjälp. En annan ordning framstår som konstlad. Utredningen om civilt försvar har inte föreslagit något motsvarande mandat för civilområdeschefen att besluta om fördelning av resurser inom andra områden än hälso- och sjukvård. Vår utredning anser inte att det finns skäl att lämna ett mandat för omfördelning av resurser till civilområdeschefen specifikt avseende hälso- och sjukvårdsresurser. Vi anser därför att detta förslag från Utredningen om civilt försvar inte bör genomföras.

Beslut om hjälp

En förutsättning för hjälp bör vara att den hjälpbehövande kommunen eller regionen först har uttömt de egna möjligheterna att lösa situationen. Om de återstående åtgärder som en kommun eller region kan vidta inte bedöms räcka för att lösa en situation, kan hjälp dock lämnas.

En annan given förutsättning för beslut om det ska lämnas hjälp är att det framstår som sannolikt att beslutet kan effektueras. Det kan inte minst vid krig finnas stora svårigheter att transportera patienter eller resurser mellan vårdgivare i olika delar av landet. Men även i fredstid kan de särskilda krav som gäller för transporter av vissa produkter, t.ex. krav på kylförvaring, också medföra problem att flytta resurser. Även om det kan finnas fördelar med att en hjälplämnare ligger geografiskt nära den som behöver hjälp är det inte alltid möjligt eller lämpligt att de kommuner eller regioner som ligger närmast svarar för hjälpen.

Det finns med anledning av det ovan anförda även skäl att framhålla att det i vissa fall också framstår som olämpligt att besluta om hjälp även om hjälpbeslut kan effektueras. Beslutad hjälp blir ineffektiv om hjälpbehovet redan har upphört när ett beslutet kan effektueras. Sådana situationer bedöms främst uppkomma vid mycket snabbt övergående hjälpbehov såsom exempelvis då det vid t.ex. en olycksplats tar tid att föra skadade till ett sjukhus för fortsatt vård. När en kommun eller region inom mycket kort tid själv kan ordna nödvändiga resurser är det inte fråga om en katastrof som bör medföra hjälp.

Vid bedömningar av hjälpbehov bör statens möjligheter att ge hjälp särskilt beaktas. Här kan exempelvis sådana lager med t.ex. sjukvårdsprodukter som staten förfogar över vara av intresse.[52]

Beslutsmyndigheten bör tidigt underrätta regeringen och andra myndigheter med ansvar för frisläppande av statliga resurser som kan behöva kopplas in i hanteringen av kommuners eller regioners hjälpbehov. Samverkan bör också ske enligt vad som ovan redovisats. Genom beslutsunderlagen, som bl.a. består i sådana uppgifter som lämnas vid samverkan mellan beslutsmyndigheten och andra berörda aktörer, torde det som regel vara möjligt att ha en god överblick över nuläget. Enligt det inledande förslaget om skyldighet att lämna hjälp är en kommun eller region endast skyldig att lämna hjälp under förutsättning att den inte själv blir eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande.

En av de stora utmaningarna med hjälpbeslut är att det i vissa fall inte ens med stöd av goda prognosverktyg går att utesluta avvikelser mellan prognos och verkligt utfall som i vissa fall kan vara stora. Beroende på det allmänna läget i Sverige och internationellt kan det vara mer eller mindre svårt att förutse vad som kommer att ske framöver.

Om landet befinner sig i krig eller i en omfattande gråzonsproblematik är det nödvändigt att räkna med att det kommer att inträffa oförutsedda händelser som påverkar förutsättningar att lämna eller ta emot hjälp. Det kan givetvis inte heller uteslutas att det även vid mindre svåra samhällsstörningar kan inträffar händelser som påverkar hjälpförutsättningarna, exempelvis kan en brand medföra att patienter måste evakueras från ett sjukhus eller att lagerhållna sjukvårdsprodukter blir obrukbara. Det är dock inte möjligt att göra be-

[52] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19).

dömningar om hjälp med beaktande av sådana osäkerhetsfaktorer som finns även i vardagen.

Vid höjd beredskap, men även vid gråzonsproblematik innan beredskapen har höjts, kan dock beslutsmyndigheten ha information, exempelvis från Försvarsmakten eller från Säkerhetspolisen, som inte kan delges andra på grund av sekretess, men som ger bättre förutsättningar att bedöma vad som kan komma att ske i landet framöver. Sådan information får värderas och vägas in vid beslut om hjälp.

Det finns mot ovanstående bakgrund ett påtagligt behov av att på lämpliga vis avgränsa beslut om hjälp i tiden för att så långt möjligt undvika att nya omständigheter medför att ett beslut om hjälp inte leder till avsett resultat exempelvis genom att en hjälplämnande kommun eller region själv blir hjälpbehövande. Vad som ovan anförts utgör också utgångspunkt för den inledningsvis föreslagna bestämmelsen om hjälp som innebär skyldighet att lämna hjälp endast gäller under förutsättning att en kommun eller region inte själv blir eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande.

Att slå fast en exakt gräns för ett hjälpbesluts avgränsning i tiden är knappast möjligt, utan denna gräns måste avgöras med hänsyn till rådande omständigheter. Allmänt kan sägas att det i situationer med omfattande störningar i samhället, såsom vid gråzonsproblematik eller vid krig, många gånger endast är möjligt att göra bedömningar utifrån korta tidshorisonter. I andra situationer kan möjligheterna att bedöma framtiden variera men sannolikt kommer det i många fall vara möjligt att göra bedömningar som sträcker sig över en något längre tid.

Beslut om hjälp måste givetvis också utformas och avgränsas så att det är tydligt vad hjälpen ska bestå av. Om det finns flera möjliga alternativ till hjälp måste övervägas vilket av alternativen som med hänsyn till omständigheterna är lämpligast. Många gånger kan det vara att fråga om det är lämpligast att flytta sjuka patienter från en hjälpbehövande kommun eller region eller om resurserna som behövs för att vårda patienter ska föras till en hjälpbehövande kommun eller region.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts föreslår utredningen lagbestämmelser i HSL som innebär att beslut om hjälp ska grunda sig en samlad bedömning av omständigheterna. Hjälp som en hjälpbehövande kommun eller region kan få genom staten ska dock särskilt beaktas.

Anmälan om behov av stöd från andra stater och internationella organisationer

Om Socialstyrelsen ska besluta om hjälp måste det också ankomma på Socialstyrelsen att till regeringen eller en annan statlig myndighet med relevant ansvar, anmäla att situationen i vården är sådan att det kan finnas skäl att begära hjälp från andra stater eller internationella organisationer. Anmälan ska ske så snart det finns skäl för det och så snart det finns risk för att de samlade resurserna i landet inte längre kommer att räcka för att säkerställa vård som inte kan anstå. Givetvis måste anmälan göras omedelbar om resurserna redan visat sig otillräckliga. Regeringen bör med stöd av 8 kap. 7 § 2 RF meddela föreskrifter om sådan anmälan.

Ytterligare föreskrifter om uppgifter i anmälan om hjälpbehov

Föreskrifter som närmare anger när och på vilket sätt anmälan ska göras och vilka uppgifter en anmälan ska innehålla bedöms nödvändiga. Förslag om att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp till regeringen eller den myndighet som regeringen har bestämt har lämnats ovan. Det behövs också föreskrifter som anger vilka uppgifter som ska lämnas, hur ofta uppgifter ska lämnas och hur uppgifterna ska lämnas. Det kan vidare finnas skäl att föreskriva om exempelvis bedömningar av om en kommun eller region ska anses ha avsevärt sämre förutsättningar att utföra vård som inte kan anstå än andra kommuner eller regioner. Det kan heller inte uteslutas att det behövs även andra föreskrifter.

En del av de föreskrifter som kan behövas torde kunna meddelas av regeringen med stöd av 8 kap. 7 § 1 RF och regeringen kan då också med stöd av 8 kap. 11 § RF bemyndiga en myndighet under regeringen att meddela sådana föreskrifter. Det bedöms dock som tveksamt om samtliga föreskrifter som kan vara nödvändiga för beslut om hjälp kan meddelas som verkställighetsföreskrifter. Utredningen föreslår därför att det införs ett bemyndigande i HSL som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp. Det ska med stöd av detta bemyndigande vara möjligt att meddela föreskrifter som ovan nämnts.

Arbetet med att meddela förskrifter som anger vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna måste föregås av en analys av bl.a. vilka uppgifter som behövs för en ändamålsenlig lägesbild. Analyserna bör även beakta vilket behov av uppgifter i lägesbilderna som andra statliga myndigheter har. I 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH finns bestämmelser om rapporteringsskyldighet som avser vissa åtgärder som vidtagits och hur åtgärderna påverkat krisberedskapsläget, lägesrapporter och information om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärderna samt beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen.

Lägesbilder för beslut om hjälp bedöms i stor utsträckning även kunna fylla de behov av rapportering som ska ske enligt LEH. Lämpligen samordnas skyldigheten att lämna uppgifter enligt de nu förslagna bestämmelserna och bestämmelserna i 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH så att kommuner och regioner får en sammanhållen och väl avvägd uppgifts-/rapporteringsskyldighet. På det viset kan onödiga kostnader undvikas.

Ersättning för lämnad hjälp

På samma sätt som enligt nu gällande bestämmelser om ersättning för lämnad hjälp i 4 kap. 1 § LEH, bör kommuner och regioner som lämnar hjälp enligt de av denna utredning ovan föreslagna bestämmelserna, ha rätt till skälig ersättning. Ersättningen bör betalas av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

Det föreslås därför att det i lag införs bestämmelser som innebär att den kommun eller region som har lämnat hjälp ska ha rätt till skälig ersättning av den kommun eller region som har tagit emot hjälpen.

Vad gäller ersättningen så torde en skälighetsbedömning i flertalet fall medföra att de verkliga kostnaderna för hjälpen ersätts. I enstaka fall kan det dock inte uteslutas att hjälp lämnats på ett sådant sätt att det medfört oskäligt höga kostnader. Vad som är skäligt får avgöras utifrån en helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet.

Mellan regionerna finns redan olika avtal med bl.a. tillhörande prislistor som gäller i de fall en person får vård utanför sin hemregion. Riksavtalet för utomlänsvård är sannolikt det mest kända av dessa

avtal, men det finns också andra avtal. Riksavtalet reglerar bland mycket annat även vägambulanser, helikoptrar och ambulansflyg. Regioner och kommuner kan således, med utgångspunkt från bl.a. de olika existerande avtal, på förhand träffa överenskommelser om hur skälig ersättning enligt denna lag ska bestämmas. En sådan ordning ökar förutsägbarheten och innebär också att risken för tvister vid domstol om ersättningar i stort kan elimineras.

Frågor om sekretess

Uppgifter om bl.a. förmåga och tillgänglig kapacitet i hälso- och sjukvården kan vara skyddsvärd av flera anledningar och behöver därför kunna skyddas av sekretess. Bestämmelser om sekretess i det offentligas verksamhet finns i offentlighets- och sekretesslagen (2004:900), nedan förkortad OSL. Uppgifter om förmåga som kommuner och regioner lämnar i lägesbilder skulle kunna omfattas av sekretess med stöd av 18 kap. 13 § OSL. Enligt denna bestämmelse omfattas uppgifter av sekretess när de förekommer i en myndighets verksamhet som består i risk- och sårbarhetsanalyser avseende fredstida krissituationer, planering och förberedelser inför sådana situationer eller hantering av sådana situationer, om det kan antas att det allmännas möjligheter att förebygga och hantera fredstida kriser motverkas om uppgiften röjs.

Uppgifterna i lägesbilden om kapaciteten i sjukvården kan också omfattas av sekretess till skydd för Sveriges säkerhet. Enligt 15 kap. 2 § OSL gäller sekretess för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs.

Tidigare förslag om uppgiftsskyldighet för sjukvårdsprodukter

Utredningen har i delbetänkandet *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* lämnat förslag som möjliggör att Läkemedelsverket kan upprätta och förvalta en samlad nationell lägesbild över tillgång, lokalisering och förbrukning av läkemedel och medicintek-

niska produkter i Sverige.[53] För en sådan lägesbild föreslog utredningen en skyldighet i lag för vissa aktörer att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten som kan föras vidare till Läkemedelsverket. Utredningen konstaterade då att det är nödvändigt att en samlad nationell prioritering omfattar all hälso- och sjukvård och att ansvaret för uppbyggnad och förvaltning av en samlad nationell lägesbild bör ligga på staten. Utredningen lyfte vidare fram att system för att skapa en nationell lägesbild av tillgången till produkter i landet ställer krav på ett systematiskt informationssäkerhetsarbete och att överföring av uppgifter från många aktörer som sammanställs nationellt medför att alla parter måste ha samma höga säkerhetsnivå för att skapa tillit till arbetet. Vilken information som behöver delas med berörda kommuner, regioner och statliga myndigheter och hur detaljerad den behöver vara varierar utifrån situationens karaktär och de olika aktörernas roller.[54]

Vissa uppgifter från en sådan lägesbild som Läkemedelsverket upprättar behöver kunna lämnas till Socialstyrelsen för att Socialstyrelsen ska kunna beakta dem vid en sammanvägd lägesbild över förmågan och kapaciteten i hälso- och sjukvården och för att samordna försörjningsberedskapen. Redogörelse för Läkemedelsverkets möjligheter att dela uppgifter med bl.a. Socialstyrelsen finns ovan nämnda betänkande.

Befintliga sekretessbestämmelser bedöms tillräckliga

De uppgifter som Socialstyrelsen samlar in i lägesbilderna bör kunna skyddas av sekretess utifrån olika perspektiv. Bestämmelser om sekretess bör däremot inte hindra att kommuner eller regioner själva får del av uppgifterna eller att andra berörda statliga myndigheter kan få del information som är nödvändig för att de ska kunna utföra sin verksamhet.

Utredningen bedömer att sådana uppgifter som kommuner och regioner lämnar till Socialstyrelsen som underlag för en nationell lägesbild bör omfattas av sekretess enligt 18 kap. 13 § OSL eftersom de har samlats in eller producerats inom ramen för statens, kommuners och regioners analys-, planerings- eller förberedelseverksamhet

[53] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 789 ff.
[54] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 813 ff.

avseende fredstida kriser. Uppgifterna kan omfattas av sekretess både hos kommuner och regioner som har samlat in och producerat dem och hos Socialstyrelsen och ev. andra berörda myndigheter som har fått dem överlämnade till sig. Sekretessen följer med en uppgift som har samlats in eller producerats i den angivna verksamheten när en sådan uppgift lämnas till en annan myndighet. Om en uppgift som omfattas av sekretessbestämmelsen lämnas till en annan myndighet ska således även den mottagande myndigheten tillämpa sekretessbestämmelsen på uppgiften.[55] Sekretessen gäller såväl för uppgifter som avser förberedelser inför fredstida krissituationer som för uppgifter som uppkommer vid hanteringen av sådana krissituationer.[56]

I den mån lägesbilderna innehåller uppgifter om enskilds affärs- och driftsförhållanden kan de också omfattas av sekretess med stöd av 30 kap. 23 § OSL. De kan då sekretessbeläggas hos Socialstyrelsen, länsstyrelserna och MSB med stöd av 9 § offentlighet- och sekretessförordningen (2009:64) i kombination med punkten 31 i bilagan till förordningen om det kan anses vara uppföljnings- och stödverksamhet hos dessa myndigheter i frågor som rör förberedelser enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap eller enligt motsvarande äldre föreskrifter. Hos Socialstyrelsen kan uppgifterna också omfattas av sekretess enligt 30 kap. 23 § OSL med stöd av punkten 123 i bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen, om uppgifterna kan hänföras till utredning och planering enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvar och höjd beredskap.

Uppgifter som lämnas som underlag för lägesbild kan också omfattas av sekretess med stöd av 15 kap. 2 § OSL om det avser att skydda uppgifter i totalförsvarsplaneringen. Det ställer krav både på att de tekniska system som lägesbilderna lämnas i uppfyller kraven för sådan verksamhet och på att de personer som hanterar uppgifterna har behörighet att hantera sådana uppgifter.

För att kommuner och regioner, i egenskap av sjukvårdshuvudmän, ska kunna ha förutsättningar att planera sin verksamhet, samverka och hjälpa varandra behöver de, i en begränsad krets, kunna få ta del av detaljerade uppgifter om läget i en region eller kommun, eller

[55] Vårt framtida försvar (prop. 2004/05:5), s. 263.
[56] Några frågor om sekretess och tillgång till register (prop. 2008/09:152), s. 45.

på nationell nivå. Om uppgifterna är sekretessbelagda med stöd av 18 kap. 13 § OSL eller 15 kap. 2 § OSL följer sekretessen med uppgifterna när de lämnas mellan myndigheter. Eftersom det finns sekretessbestämmelser som skyddar uppgifter som kommuner och regioner lämnar till Socialstyrelsen, och sekretessen följer med när uppgifterna lämnas vidare till andra berörda myndigheter, bedömer utredningen att det inte finns behov av ytterligare sekretessbestämmelser.

Behandling av personuppgifter

Den största andelen uppgifter som kan komma att behöva lämnas med anledning av uppgiftsskyldigheten ovan är inte knutna till en person utan till aggregerade resurser i en kommun eller region, t.ex. belagda och vakanta vårdplatser. Det får dock förmodas att det i liten utsträckning kommer att förekomma personuppgifter, exempelvis uppgifter om kontaktpersoner eller uppgiftslämnare som kan knytas till en enskild person. Det kan inte heller helt uteslutas att det kan komma att lämnas uppgifter från vårdgivare som kommuner eller regioner har avtal med som är enmansföretag.

De rättsliga regleringar som bedöms aktuella att tillämpa vid behandling av sådana personuppgifter är Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), förkortad EU:s dataskyddsförordning, samt lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten ska den vara förenlig med de grundläggande principerna i bl.a. artikel 5 i dataskyddsförordningen. Av dessa principer följer bl.a. att personuppgifter får behandlas enbart för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål samt att det inte är tillåtet att behandla fler personuppgifter än nödvändigt med hänsyn till dessa ändamål. Utredningen bedömer att det endast är ett fåtal personuppgifter som eventuellt kommer att behandlas vid inrapporteringen av lägesbilder. Lägesbildsrapporteringen sker med stöd av den nu föreslagna bestämmelsen i HSL och samlas in för uttryckligt angivna och berättigade ändamål, nämligen att skapa lägesbilder över hälso- och sjukvårdens kapacitet

i Sverige som underlag för att besluta om hjälp till kommuner och regioner som har hamnat i en situation där de inte längre kan erbjuda de människor som vistas där vård som inte kan anstå. Personuppgiftsbehandling är laglig bl.a. om den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen. Den som anges som kontaktperson för en verksamhet i hälso- och sjukvården måste anses ha samtyckt till att en sådan uppgift lämnas till andra myndigheter. Det finns därmed samtycke och laglig grund för personuppgiftsbehandlingen enligt artikel 6 i dataskyddsförordningen.

Utredningen anser därför att det är förenligt med dataskyddsförordningens bestämmelser att utföra sådan nödvändig personuppgiftsbehandling som kan vara aktuell med anledning av hantering av uppgifter till lägesbilder. Mot den bakgrunden och eftersom den personuppgiftsbehandling som kan vara nödvändig bedöms vara av liten omfattning och inte innefatta känsliga personuppgifter är utredningens bedömning att det saknas skäl att införa särskilda bestämmelser om personuppgiftsbehandling i HSL för insamling av uppgifter till grund för lägesbilder i hälso- och sjukvården.

Tillsyn och ansvarsutkrävande

Av patientsäkerhetslagen (2010:659), i det följande förkortad PSL, framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, i det följande förkortad IVO. Även om det inte varit särskilt vanligt förekommande så bedriver IVO även viss tillsyn av sjukvårdshuvudmän. Beslut om fördelning av patienter, fördelning av vårdresurser och inriktning av arbete är som regel en av hälso- och sjukvård enligt HSL och PSL. IVO har inom ramen för sin tillsyn möjligheter att vidta olika åtgärder mot bl.a. vårdgivare och mot hälso- och sjukvårdspersonal (se 7 kap. 23–30 §§ PSL).

Det kan konstateras att det finns olika möjligheter till ansvarsutkrävande om beslutsfattare i kommunala eller regionala organ eller verksamheter missköter sina uppdrag. Beroende på beslutsfattare och omständigheter kan t.ex. straffbestämmelser, tillsynsbestämmelser och bestämmelser som ger möjlighet till vitesföreläggande eller arbetsrättsliga sanktioner, riktas mot den som brutit mot en bestämmelse. Även i de fall en beslutsfattare inte följer bestämmelser som av

legalitetsskäl inte ansetts lämpliga att sanktionera finns utrymme att vidta vissa arbetsrättsliga sanktioner.

Om det rör sig om beslut av politiska organ kommer det dock många gånger endast vara möjligt att utkräva politiskt ansvar. Det är förstås mycket viktigt att ansvar kan utkrävas i vissa situationer.

I en situation där staten ingriper i det kommunala självstyret genom att beslut som innebär att vårdresurser som finns i en kommun eller region ska nyttjas för andra kommuner eller regioners behov kan det inte bli fråga om att utkräva ansvar hos hjälplämnande kommuner eller regioner för de följder som detta beslut får. I detta fall aktualiseras i stället frågan om ansvarsutkrävande av regeringen eller den statliga myndighet som har fattat beslut om hjälp, eller i vissa fall kanske också ansvar för beslut om inte har fattats.

Det kan visserligen anföras vissa skäl för förslag som skulle utsträcka IVO:s tillsyn till att omfatta en statlig myndighet som ska besluta om hjälp. IVO har redan tillsyn av andra statliga aktörer exempelvis Statens institutionsstyrelse och Kriminalvårdens hälso- och sjukvård, men att låta sådan tillsyn omfatta regeringen kan det aldrig blir fråga om. En statlig myndighet som beslutar om hjälp kommer dock inte själv att utföra någon vård. Det som händer ute i hälso- och sjukvården före och efter ett statligt beslut är dock något som det ska utövas tillsyn över enligt bestämmelserna i PSL.

Av (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän framgår bl.a. att statliga och kommunala myndigheter, tjänstemän och andra befattningshavare vid dessa myndigheter står under ombudsmännens tillsyn. Hur en ombudsman avgör ärenden och vilka åtgärder som de kan vidta framgår av lagen. Av samma lag framgår också att ombudsmännens tillsyn inte omfattar bl.a. regeringen eller statsråd. När det gäller kontroll och ansvarsutkrävande av regeringen aktualiseras främst en av riksdagens viktigaste uppgifter, nämligen att kontrollera hur bl.a. regeringen sköter sitt arbete. Om riksdagen inte har förtroende för statsministern eller en minister kan riksdagen tvinga regeringen eller ministern att avgå genom att besluta om en misstroendeförklaring.

Sammantaget bedöms det inte krävas ytterligare bestämmelser om tillsyn eller ansvar än de som redan finns i gällande rätt.

Bestämmelserna tillämpning vid kris och krig

Det bör framhållas att de förslag som lämnats ovan innebär att det saknar betydelse vilken eller vilka händelser som medför hjälpbehov.

För bestämmelsens tillämpning saknar det betydelse om situationen uppkommer under fredstid eller vid krig. En sådan ordning bedöms bättre kunna möta det som brukar beskrivas som gråzonsproblematik.

Förhållandet till annan lagstiftning

De ovan föreslagna bestämmelserna ska som tidigare framhållits tillämpas under såväl fred som vid krig. Enligt vad som tidigare redovisats finns bestämmelser i 4 kap 2 § LEH som innebär att om en kommun eller en region har en för totalförsvaret viktig uppgift och denna blir oskäligt betungande till följd av krigsskada eller andra utomordentliga förhållanden som orsakats av krig eller krigsfara, är andra kommuner och regioner skyldiga att lämna hjälp. Omfattningen av hjälpen beslutas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Av 9 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap framgår att omfattningen av hjälpen enligt 4 kap. 2 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap beslutas av länsstyrelsen i det län där den kommun eller den region som ska lämna hjälpen ligger. Kommuner eller regioner som har fått hjälp med personal, ska svara för personalens avlöning och andra anställningsförmåner.

Bestämmelserna i 4 kap 2 § LEH bör inte tillämpas i de fall de av denna utredning nu föreslagna bestämmelser om hjälp är tillämpbara dvs. för sådan hjälp som avser hälso- och sjukvårdsbehov. Det föreslås därför att det i lag införs bestämmelser som klargör detta förhållande. Det får till konsekvens att länsstyrelserna inte längre har i uppgift att besluta om omfattningen av hjälp mellan kommuner och regioner avseende hälso- och sjukvård.

Bestämmelserna i 4 kap. 1 § LEH, som ger kommuner och regioner befogenheter att lämna hjälp till kommuner eller regioner som har drabbats av en extraordinär händelse i fredstid, ska alltjämt gälla

oförändrat. Det kommer således även fortsättningsvis vara möjligt att lämna hjälp till bl.a. enskilda och hjälp för att tillgodose behov inom hälso- och sjukvård.

Vidare bör beaktas att kommuner och regioner som befolkningen lämnar på grund av utrymning enligt 2 kap. 5 § lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap är skyldiga att i skälig omfattning lämna hjälp till de kommuner och regioner som i större omfattning får ta emot befolkningen. Bestämmelsen motsvarar enligt vad som anges i förarbetena 8 kap. 12 § den upphävda lagen om civilt försvar. Sistnämnda lag ersatte då den infördes civilförsvarslagen (1960:74), lagen (1964:63) om kommunal beredskap, lagen (1981:1216) om kyrklig beredskap, m.fl. lagar. Enligt vad som framgår av förarbetena avser de överväganden som ligger till grund för bestämmelsen primärkommuner och inte regioner.[57]

Av 6 § förordning (2006:639) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap följer att kommuner eller regioner som enligt 2 kap. 5 § lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap har fått hjälp med personal ska svara för personalens avlöning och andra anställningsförmåner. Det är något oklart med vilket stöd denna föreskrift, som medför en skyldighet för en hjälpmottagande kommun att svara för vissa kostnader, har beslutats. Det framgår inte heller av föreskriften vad som gäller för annan hjälp. Oavsett detta finns inte någon bestämmelse i lagen som anger att hjälplämnande kommuner har rätt till ersättning för hjälp som lämnas eller att en kommun som får hjälp ska ersätta några kostnader för hjälpen. Det finns inte heller föreskrifter som närmare anger hur hjälpen ska bestämmas eller, likt bestämmelserna i 4 kap. 2 § LEH, sätter en statlig myndighet att besluta om hjälp. Det kan således finnas skäl att överväga olika förtydliganden vad gäller hjälp som ska lämnas vid utrymning.

Enligt utredningens bedömning är de bestämmelser om hjälp under alla förhållanden tillräckliga för att så långt möjligt säkerställa hjälp som krävs för hälso- och sjukvårdens behov, även vid en utrymningssituation. När de bestämmelser om hjälp som utredningen ovan föreslår är tillämpliga, dvs. i de fall hjälpen avser att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov, finns inte skäl att tillämpa bestämmelserna i

[57] Kungl. Maj.ts proposition till riksdagen med förslag till lag om kommunal beredskap m.m. (prop. 1964:4), s. 35 f.

2 kap. 5 § lagen om lagen om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap.

Det föreslås därför att det i lag införs bestämmelser som klargör detta förhållande. Detta kan ske genom att 1 kap. 3 § LEH ändras och får följande lydelse: Vad som sägs i denna lag gäller inte om annat följer av elberedskapslagen eller av bestämmelserna i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vidare föreslås att det införs en nytt andra stycke i 2 kap. 5 § bestämmelse i lagen (2006:546) om utrymning och inkvartering m.m. under höjd beredskap som innebär det att vad som sägs i första stycket inte ska gälla om annat följer av 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Slutligen bör beaktas att förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19 innehåller bestämmelser av visst intresse. Socialstyrelsen får enligt 4 §, med hänsyn till behovet inom en särskild del av landet eller inom en viss verksamhetsgren inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, besluta att en region eller kommun ska överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial till en eller flera andra regioner eller kommuner. Före beslutet ska Socialstyrelsen inhämta synpunkter från berörda regioner och kommuner. Socialstyrelsens beslut får inte överklagas. Om de förslag om hjälp som denna utredning lämnar genomförs torde det inte längre finnas behov av att tillämpa den nyss nämnda 4 § i förordningen såvitt avser hälso- och sjukvård. Eftersom det är en förordningsbestämmelse kan regeringen genomföra lämpliga anpassningar av densamma.

Frågor om överklagande

De skyldigheter att lämna hjälp som utredningen föreslår ovan riktar sig mot kommuner och regioner och inte mot enskilda. Hjälpen kommer endast att kunna bestå av personal och andra resurser som en kommun eller region kan förfoga över. Enligt utredningens bedömning kommer besluten om hjälp inte att röra några civila rättigheter och det finns därför inte tvingande skäl för en ordning som medger att besluten kan överklagas. Att det skulle kunna tänkas uppkomma frågor i samband med att en kommun eller region vill ianspråkta vårdresurser som finns hos en privat aktör eller en anställd ändrar

inte denna bedömning. Det kan konstateras att bl.a. frågor mellan t.ex. en kommun och en privat aktör, exempelvis om ett förfogandes förenlighet med ett avtal, kan prövas av en domstol. På samma sätt kan t.ex. arbetsrättsliga tvister prövas i domstol.

Beslut om hjälp behöver kunna effektueras omgående och det bedöms därför även olämpligt att införa en ordning där besluten får överklagas. Beslut om hjälp enligt 4 kap. 2 § LEH torde inte få överklagas även om det inte uttryckligen framgår av lagen att det förhåller sig så. Ett beslut som inte får överklagas får omedelbart laga kraft och kan verkställas så snart adressaten och den som ska svara för verkställigheten har underrättats om beslutet.

På motsvarande sätt som gjorts i förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19, där det uttryckligen anges att Socialstyrelsens beslut om att en region eller kommun ska överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial till en eller flera andra regioner eller kommuner inte får överklagas, bör det införas en lagbestämmelse enligt vilken beslut om hjälp enligt de förslag som utredningen ovan föreslagit, inte får överklagas. Utredningen föreslår därför att en sådan bestämmelse införs i HSL.

Hur förslagen förhåller sig till av utredningen tidigare lämnade lagförslag

Denna utredning har också lämnat lagförslag (ny 6 kap. 2 § 3 HSL) som innebär att regeringen ska få meddela förskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser eller om det vid fredstida kriser finns behov av andra nationellt samordnade åtgärder till skydd för enskildas hälsa.[58] De förslag som utredningen lämnar i detta kapitel innebär i praktiken att det tidigare lämnade förslaget faller.

[58] En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19), s. 290 ff.

5.3.3 Underlag för föreskrifter om uppgifter som kommuner och regioner ska lämna

Förslag: Socialstyren bör tillsammans med Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten samt med kommuner och regioner ta fram närmare underlag för vilken information som behöver framgå av händelsestyrd rapportering för lägesbilder. I detta arbete behöver de behov av lägesbilder som andra statliga myndigheter och regeringen har beaktas. Arbetets genomförande bör ske i enlighet med vad som anges i särskilda regeringsuppdrag till berörda myndigheter.

I avsnitt 4.2.5 behandlas olika frågor om lägesbilder. Som framgått ovan är lägesbilder av stor betydelse för lägesuppfattning och beslutsfattande. Lägesbilder bygger på rapportering av uppgifter och utredningen lämnar ovan förslag om att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp till den som får besluta om hjälp, dvs. till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för beslut om hjälp.

Arbetet med att meddela förskrifter som behövs för beslut om hjälp behöver bl.a. föregås av en analys av vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna för en ändamålsenlig lägesbild. Analyserna bör även beakta vilket behov av uppgifter i lägesbilderna som andra statliga myndigheter och regeringen har.

I 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH finns bestämmelser om rapporteringsskyldighet som avser vissa åtgärder som vidtagits och hur åtgärderna påverkat krisberedskapsläget, lägesrapporter och information om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärderna samt beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i kommunen respektive regionen. Lägesbilder för beslut om hjälp torde även kunna fylla de behov av rapportering som ska ske enligt LEH. Lämpligen samordnas skyldigheten att lämna uppgifter enligt de nu förslagna bestämmelserna och bestämmelserna i 2 kap. 9 § och 3 kap. 5 § LEH så att kommuner och regioner får en sammanhållen och väl avvägd uppgifts/rapporteringsskyldighet. På det viset kan onödiga kostnader undvikas.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten tillsammans med kommuner och regioner ska ta fram närmare underlag för vilken information som behöver framgå av lägesbilder som ska ligga till grund för beslut om hjälp. I detta arbete behöver även beaktas de behov av lägesbilder som andra statlig myndigheter och regeringen har.

5.4 Kommuner och regioners roll i totalförsvarsplaneringen

Kommuner och regioner har helt avgörande betydelse för totalförsvaret. Som utredningen konstaterat i avsnitt 4.1.8 omfattar den nu föreslagna planeringsmodellen som Försvarsmakten och MSB tagit fram inte kommuner och regioner. Det finns därmed inget system för att fånga upp vilken förmåga som finns i hälso- och sjukvården och som kommande försvarsbeslut kan bygga på och det finns inte heller något sätt att ställa krav på hälso- och sjukvården att uppnå viss förmåga.

Även om det inte är en uppgift för denna utredning att ta fram ett fungerande system för totalförsvarsplanering som involverar kommuner och regioner måste utredningen för att kunna lösa sitt uppdrag föreslå lösningar som innebär att åtminstone hälso- och sjukvården knyts an till ett system. Som konstaterats utförs den absoluta majoriteten av den sjukvård som bedrivs i Sverige av, eller på uppdrag av, kommuner och regioner. Ett totalförsvar som bara inkluderar statliga aktörer innebär därmed i praktiken nästan ingen sjukvård alls. Ett sådant system ger inte befolkningen tillgång till den vård som krävs. Inte heller kommer Försvarsmaktens behov av stöd från den civila hälso- och sjukvården att kunna lösas.

Utredningen har genom ett flertal olika förslag försökt skapa ramverk för en fungerande totalförsvarsplanering som även inkluderar den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. I det följande är vår ambition att försöka klargöra hur dessa förslag samspelar.

Skyldighet att följa planeringsanvisningar

I avsnitt 5.1.2 ovan har utredningen föreslagit att det ska införas bestämmelser i lag som innebär att kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de särskilda åtgärder för sådan hälso- och sjukvård som staten har bestämt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om sådana planeringsanvisningar och särskilda åtgärder. Kommuner och regioner ska också vara skyldiga att på begäran av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

Utredningen bedömer att förslaget möjliggör för staten att delge de dimensionerande krav som krävs för att för att kommuner och regioner ska kunna genomföra konkret planering. Enligt förslaget ska regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer få besluta om sådana anvisningar. Förslaget innebär därmed att planeringanvisningarna kan inriktas på de särskilda behov som finns inom hälso- och sjukvårdssektorn och utgöra en precisering av de övergripande anvisningar som tagits fram av främst Försvarsmakten och MSB. Att utredningens förslag i denna del endast avser hälso- och sjukvård hindrar givetvis inte motsvarande lösningar på problemet för övriga sektorer.

Planeringsanvisningar inriktade på hälso- och sjukvården, framtagna av t.ex. Socialstyrelsen i samarbete med E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten och Läkemedelsverket behöver ges en geografisk, volymmässig och tidsmässig dimension. Av planeringsanvisningar behöver således exempelvis bl.a. framgå hur många skadade som kan förväntas och hur de kan antas vara fördelade över olika regioner i Sverige. Detta måste sättas i relation till under vilken tidsperiod som dessa skador förväntas uppstå. Det behöver framgå om en region alltid förväntas ta emot de primärt skadade, alltid har en stödjande roll i eftervård eller för personalförstärkning, eller om en region i olika scenarier kan ha både den ena och den andra av dessa roller. Detta blir avgörande för planeringen. En övergripande uppgift att regionerna gemensamt ska kunna ta hand om si eller så många svårt skadade och döda utan att mer precist ange i vilket geografiskt område eller under vilken tidsperiod ger enligt utredningen

inte tillräcklig information för att kunna genomföra den planering som krävs.

Att kommuner och regioner också ska vara skyldiga att på begäran av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård skapar förutsättningar för att till den nationella planeringssnurran föra in information om vilken förmåga och vilka behov som finns i kommuner och regioners hälso- och sjukvård. Planeringssnurran som föreslagits av Försvarsmakten och MSB är cyklisk vilket innebär att den också syftar till att utvärdera eller fånga upp förmåga inför varje försvarsbeslut. Denna förmåga kan då ställas i relation till de mål som statsmakterna sätter upp för totalförsvaret och gapet mellan förmåga och behov utgör de satsningar som behöver göras inför kommande försvarsbeslutsperioder. Dessa behov kan då knytas till den statliga budgetprocessen.

Att kommuner och regioner rapporterar sådana uppgifter som behövs är således centralt eftersom staten utifrån detta ska besluta om finansiering för kommande satsningar och åtgärder. Och utan sådan finansiering kommer det inte att bli någon beredskap att tala om.

Ett beredskapsråd

Utredningen föreslår i avsnitt 5.2.1 att Socialstyrelsen ska inrätta ett beredskapsråd till vilket ledande befattningshavare i kommuner och regioner samt E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket samt Försvarsmakten inbjuds.

Det är utredningens tanke att rådet ska utgöra en viktig länk mellan den statliga och regionala planeringen för totalförsvarets sjukvård, men även för sjukvårdens krisberedskap. Även om det är staten som sätter ramarna för totalförsvarsplaneringen genom att ange dimensionerande krav och tillhandahålla finansiering för sådana åtgärder som kommer av krigets krav är det viktigt att det finns ett forum där de bevakningsansvariga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet kan möta ledande befattningshavare i kommuner och regioner. Ett sådant forum ger möjlighet till dialog kring kommuner och regioners behov och förutsättningar utifrån totalförsvarsplaneringen. Det ger möjlighet för kommuner och regioner att framföra synpunkter som behöver tas med och beaktas i den statliga planeringscykeln in-

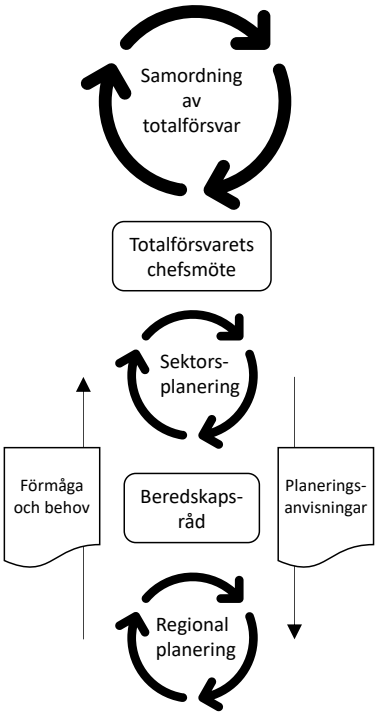
för den statliga budgetprocessen. Det ger också möjligheter för staten att diskutera de dimensionerande planeringsanvisningarna och inhämta viktig information. Genom beredskapsrådet och ovan angivna uppgiftsskyldighet anser utredningen att det skapas grundläggande förutsättningar för de bevakningsansvariga myndigheterna ska kunna uttrycka hälso- och sjukvårdens behov i den statliga planeringsprocessen.

Ett sammanhängande planeringssystem för totalförsvarets sjukvård

I figur 5.2 nedan illustreras hur den lokala och regionala planeringen för hälso- och sjukvården i en kommun eller region, genom utredningens förslag, förhåller sig till den statliga sektorns planering. Beredskapsrådet utgör det forum där de två processerna möts. Motsvarande sektorsövergripande forum för de statliga myndigheterna är, utifrån Försvarsmaktens och MSB:s planeringsmodell, totalförsvarets chefsmöte.

Den statliga processen föds med uppgifter om förmåga och behov utifrån den av utredningen föreslagna uppgiftsskyldigheten för kommuner och regioner. Uppgifterna tas om hand av myndigheterna i hälso- och sjukvårdssektorn, bearbetas och diskuteras i beredskapsrådet. Resultatet förs därefter in i den sektorsövergripande processen. Resultatet av den övergripande processen dvs. budgetunderlag och övergripande planeringsanvisningar framtagna av MSB och Försvarsmakten återförs till hälso- och sjukvårdsmyndigheterna som bearbetar detta till sektorsvisa planeringsansvisningar i dialog med beredskapsrådet. De fastställda planeringsanvisningarna inklusive finansiering blir genom utredningens förslag styrande för planeringen.

Figur 5.3 Totalförsvarsplanering



I figur 5.3 illustreras samma process som ovan men på ett sätt som tydligare visar att den process utredningen föreslår för sektorn hälso- och sjukvård också, genom anpassning av relevanta regelverk, kan användas även för andra sektorer. Därmed skulle den ovanstående modellen kunna utgöra grunden för ett större system.

Utredningen om civilt försvar har som tidigare beskrivits lämnat förslag på inrättande av beredskapssektorer och civilområden. Dessa strukturer är för närvarande inte beslutade. I den nedanstående illustrationen utgörs sektorn hälso- och sjukvård av den föreslagna beredskapssektorn för hälsa, vård och omsorg. Vad utredningen kan se krävs egentligen inte några särskilda beslut om en beredskapssektor för att det ovanstående förslagen ska fungera, myndigheterna har ändå sina uppdrag som bevakningsansvariga myndigheter och ska enlig gällande rätt samverka i frågor av betydelse, inrättandet av en sektor skulle dock sannolikt underlätta genom att det med ett sådant kan skapas ett tydligt ramverk.

I illustrationen nedan redovisas det av utredningen om civilt försvar föreslagna civilområdet genom funktionen civilområdeschef. Exakt vilken funktion civilområdeschefen ska eller kan ha i planeringsprocessen har utredningen inte gått in på. Utredningen bedömer att om de sektorsvisa statliga planeringsanvisningarna bearbetas av aktörerna på en framtida högre regional nivå så bör det inte utgöra ett problem för det beskrivna systemet så länge inte nya krav eller väsentliga ändringar införs i anvisningarna. Enligt utredningens förslag kommer den dimensionerande kravbilden och finansieringen från nationell nivå, det är därmed inte möjligt att på lägre nivåer t.ex. tillföra krav som också innebär utökade kostnader eller att sänka den kravställda dimensioneringen. Det kan nämnas att sektorsvisa planeringsanvisningar i det tidigare planeringssystemet för totalförsvaret remitterades av Socialstyrelsen före fastställande. Detta gav de dåvarande civilbefälhavarna och regionerna möjlighet att komma med synpunkter på innehållet innan de fastställdes. Utredningen anser att en motsvarande ordning kan vara en god idé att återinföra.

Genom de förslag som utredningen lämnar i 5.1 ska det vara möjligt att meddela de föreskrifter som behövs för att även den högre regionala nivån och dess roll ska kunna inordnas i systemet.

Om beslut fattas om att införa civilområden och civilområdeschefer möjliggör det i framtiden dialog med Försvarsmakten där det militära och civila försvaret kan företrädas av två aktörer med samma geografiska ansvar. Detta har betydelse både ur ett planeringsperspektiv och under en händelse. Det ska dock särskilt noteras att en civilområdeschef aldrig kan företräda kommuner och regioner i frågor där det inte finns stöd i gällande rätt. För närvarande uppfattar utredningen att civilområdeschefen blir ytterligare en nivå eller plattform där aktörerna i det civila försvaret samlas för att genom samverkan försöka uppnå samordning både i ett före och under-perspektiv.

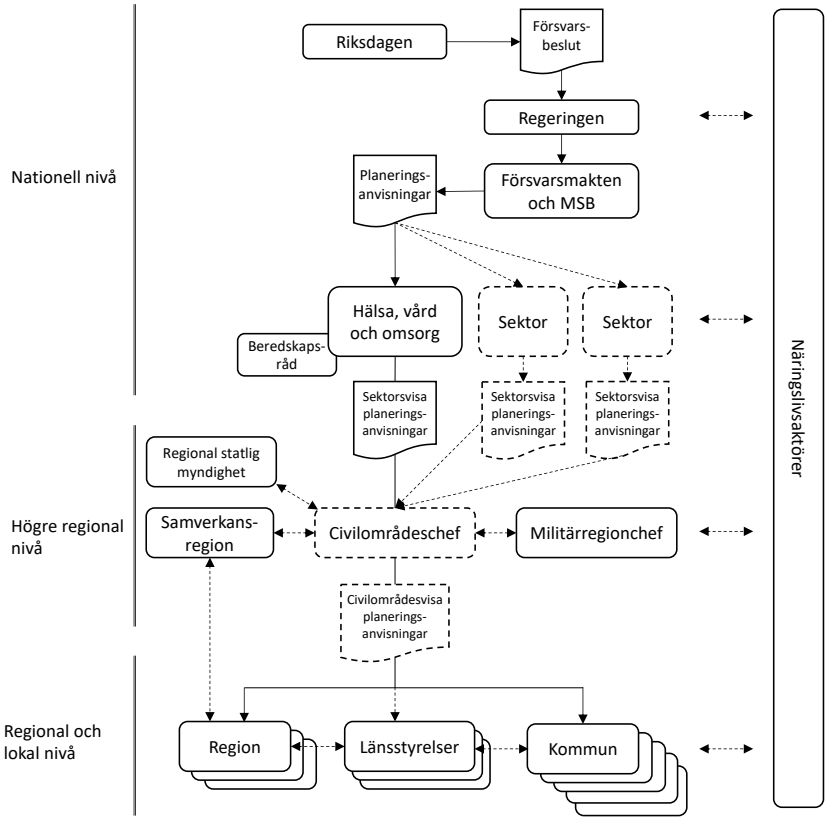
Länsstyrelserna saknar enligt utredningen en tydligt uttryckt roll inför höjd beredskap, t.ex. i planeringssystemet för totalförsvar. Bestämmelser om länsstyrelsens uppgifter vid höjd beredskap och i krig finns i förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap, förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion och i förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. Av dessa förordningar framgår att länsstyrelserna är geografiskt områdesansvariga på regional nivå och att länsstyrelsernas uppgifter i

stort innebär att de på olika sätt ska verka för att samordning uppnås mellan aktörerna inom det geografiska området i kriser och vid höjd beredskap. Genom förslag från utredningen om civilt försvar ska det råd som i dag finns vid länsstyrelserna för krisberedskap och skydd mot olyckor utökas till att även omfatta höjd beredskap. Det framgår inte av bestämmelsen vilka uppgifter rådet ska ha men man kan av betänkandet utläsa att det är tänkt att det ska kunna bidra t.ex. vid planering.

Utredningen ser att länsstyrelserna, oavsett vad som händer med civilområdescheferna och deras roll i planeringen, sannolikt fortsatt behöver ha en funktion vad avser tillhandahållande av olika forum som behövs för att aktörer på en lägre regional nivå ska kunna utbyta information av betydelse för planeringen, dvs. forum där länsstyrelserna kan verka för att totalförsvarsplaneringen får en samordnad inriktning. Utredningen anser dock att det finns skäl att tydligare uttrycka vilken roll som länsstyrelserna ska ha i ett före-perspektiv och att de uppgifter som länsstyrelserna ska ha. exempelvis beträffande planering, tydligt bör anges i ovan nämnda förordningar.

Avslutningsvis kan det konstateras att det i hela processen behöver finnas en dialog med näringslivet, på alla nivåer och i flera forum. Mer om förhållandet till privata aktörer framgår bl.a. i avsnitt 6.4.

Figur 5.4 Ett system för totalförsvarsplanering på nationell, högre regional, regional och lokal nivå som inbegriper kommuner och regioner



Statens offentliga utredningar 2022

Kronologisk förteckning

1. Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. Ju.
2. En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. S.
4. Minska gapet. Åtgärder för jämställda livsinkomster. A.
5. Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. Ku.
6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. S.

Statens offentliga utredningar 2022

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Minska gapet. Åtgärder för minskade livsinkomster. [4]

Justitiedepartementet

Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. [1]

En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. [2]

Kulturdepartementet

Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. [5]

Socialdepartementet

Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. [3]

Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. [6]