Regionrådsberedningen

SKRIVELSE
2022-06-01

RS 2022-0277

Regionstyrelsen

Yttrande över slutbetänkande Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)

Föredragande regionråd: Irene Svenonius och Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har remitterat ärendet slutbetänkande Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6), till Region Stockholm för yttrande.

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande till Socialdepartementet, över slutbetänkandet Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6).

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Regionrådsberedningens motivering

Region Stockholm har ombetts yttra sig över slutbetänkandet Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6). Det är viktigt att stärka Sveriges beredskap att hantera extraordinära händelser av olika slag och även krig. Regionrådsberedningen instämmer i regiondirektörens föreslagna yttrande över slutbetänkandet.

Region Stockholm ser i grunden positivt på utredningens förslag. Däremot uppfattar Region Stockholm oklarheter om finansieringsansvaret, liksom otydligheter avseende ansvarsgränser, som kan riskera att leda till att beredskapshöjande åtgärder inte kommer att realiseras till sin fulla potential. Region Stockholm ställer sig tveksam till att Socialstyrelsen föreslås att genom ett beredskapsråd tilldelas en roll som kan komma att uppfattas som eller bli operativ i händelse av kris. Principiellt bör sjukvård så långt möjligt vid kris ledas i samma upparbetade linjestruktur som vid normaltillstånd. Detta är en viktig erfarenhet från Region Stockholms hantering av covid-pandemin.

De långsiktiga ekonomiska förutsättningarna behöver tydliggöras då ett flertal av de åtgärder som kan vara aktuella innebär ett långsiktigt finansiellt och verksamhetsmässigt åtagande. Region Stockholm efterlyser

också tydligare anvisningar för exempelvis hur regioner och kommuner ska samverka.

Beslutsunderlag

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande
2. Slutbetänkandet Hälso- och Sjukvårdens beredskap struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6).
3. Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande den 24 mars 2022
4. Stockholms läns sjukvårdsområdes yttrande den 19 april 2022
5. Karolinska Universitetssjukhusets yttrande 26 april 2022

Irene Svenonius Anna Starbrink

Regionledningskontoret
Gertrud Ocklin

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-19

RS 2022-0277

Regionstyrelsen

Yttrande över slutbetänkande Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)

Regionledningskontorets förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande till Socialdepartementet, över slutbetänkandet Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6).

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Sammanfattning

Socialdepartementet har remitterat ärendet slutbetänkande Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6), till Region Stockholm för yttrande.

Utredningen omfattar hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Utredningens förslag syftar alla till att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningen föreslår att det ska inrättas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller region drabbas av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att bistå med hjälpinsatser. Vidare föreslår utredningen att möjligheter till personalförstärkning genom att nyttja befintlig personal effektivare, att tillförsel av personella resurser utifrån ska realiseras och att ett beredskapsråd inrättas vid Socialstyrelsen. Förmågan att mobilisera materiella resurser vid kris ska förstärkas, och att ingående analyser av frågor som rör hälso- och sjukvård i samband med Sveriges internationella samarbeten genomförs. Utredningen menar vidare att det behöver säkerställas att det finns högisoleringsenheter i Sverige, samt att ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor.

Region Stockholm ser i grunden positivt till utredningens förslag. Däremot uppfattar Region Stockholm oklarheter om finansieringsansvaret liksom

otydligheter avseende ansvarsgränser som kan riskera att leda till att beredskapshöjande åtgärder inte kommer att realiseras till sin fulla potential. Region Stockholm ställer sig tveksam till att Socialstyrelsen föreslås att genom ett beredskapsråd tilldelas en roll som kan komma att uppfattas som eller bli operativ i händelse av kris. Principiellt bör sjukvård så långt möjligt vid kris ledas i samma upparbetade linjestruktur som vid normaltillstånd. Detta är en viktig erfarenhet från Region Stockholms hantering av covid-pandemin.

De långsiktiga ekonomiska förutsättningarna behöver enligt Region Stockholm tydliggöras då ett flertal av de åtgärder som kan vara aktuella innebär ett långsiktigt finansiellt och verksamhetsmässigt åtagande. Därtill ser Region Stockholm ett behov i det fortsatta utredningsarbetet av ett förtydligande av nya begrepp såsom ”vård som inte kan anstå”. Region Stockholm efterlyser också tydligare anvisningar för exempelvis hur regioner och kommuner ska samverka.

Bakgrund
Socialdepartementet har remitterat ärendet slutbetänkande Hälso- och Sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6), till Region Stockholm för yttrande.

Utredningen 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 ska 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 avseende 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 d.v.s. också 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 vid fredstida kriser och i krig ska ha kapacitet att

utföra sådan vård som inte kan anstå. Denna bestämmelse är ännu inte genomförd.

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 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.

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 ska 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.

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 behövs en tydlig samverkan på högre nivå, mellan ledande befattningshavare. Socialstyrelsen föreslås därmed 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. Rådet kan också utgöra en plattform för samverkan under en händelse.

Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer
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 bistå med hjälpinsatser. En kommun eller region ska inte vara skyldig att bistå med hjälpinsatser 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 bistå med hjälpinsatser 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.

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 av sjukvårdsprodukter i händelse av kris.

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.

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 därmed 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 genomförs ingående analyser av de många olika frågor som rör hälso- och sjukvård i samband med Sveriges internationella samarbeten.

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.

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 enligt direktiven fortfarande i uppdrag att lämna förslag till en författningsreglering av statens ansvar för kostnader för inköp av pandemivaccin. Utredningen lämnar därmed 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.

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 vid kris och i krig.

Konsekvenser av utredningens förslag
Utredningens förslag syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap och innebär därmed i vissa delar ökade kostnader. Dessa kostnader behöver, enligt utredningen, 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.

De samlade kostnaderna för förslagen i detta slutbetänkande beräknas enligt utredningen 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 2026–203.

Sjukvårdens samlade beredskap eller förmåga för fredstida kriser eller krig byggs inte enbart genom detta utredningsförslag. En bättre beredskap i hälso- och sjukvården kommer kosta betydligt mer än det ovan angivna beloppet. Utredningen har tidigare presenterat ett förslag för en stärkt försörjningsberedskap som är 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 kostnader som behöver finansieras inom ramen för de principer som redan råder, vilket innebär att t.ex. kommuner och regioner ska finansiera åtgärder som kommer av deras skyldigheter att upprätthålla vård också 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.

Intern remisshantering
Hälso- och sjukvårdsnämnden, Karolinska Universitetssjukhuset och Stockholms läns sjukvårdsområde har beretts möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer sig i stort positivt till utredningsförslaget men betonar särskilt att det finansiella förutsättningarna måste utvecklas och förtydligas.

Karolinska Universitetssjukhuset ställer sig i stort positivt till utredningsförslaget, välkomnar förslag om att införa katastrofmedicin inom grundutbildning för läkare och sjuksköterskor, men betonar därtill särskilt betydelsen av universitetssjukhusen roll i civilförsvaret

Stockholms läns sjukvårdsområde anser att utredningsförslaget i stort är bra men lyfter bland annat fram att de lagstadgade området psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård inte får glömmas bort avseende vård som inte kan anstå.

Region Stockholms yttrande

Övergripande synpunkter

Region Stockholm ser positivt på flera förslag i utredningen. Region Stockholms bedömning är att förslagen kommer att bidra till stärkt beredskap inom hälso- och sjukvården. Utredningen fokuserar på det statliga ansvaret samtidigt som kommuner och regioner svarar för hälso- och sjukvården i hela hotskalan. Ett sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret behöver komma på plats. Den finansiella uppdelningen med regionernas ansvar att planera och hantera fredstida händelser och statens ansvar att finansiera och planera civilförsvaret bidrar till gränsproblematik. Gällande förslaget om planeringsanvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård går det i nuläget inte att bedöma konsekvenserna av detta. Region Stockholm anser att det behövs en fördjupad utredning där den rättsliga grunden och innebörden av ett sådant mandat tydliggörs liksom vad de skulle kunna komma att avse. Härtill behöver finansieringsfrågan belysas.

Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att om en kommun eller region drabbas av en katastrof är andra kommuner och regioner skyldiga att bistå med hjälpinsatser, vilket Region Stockholm ställer sig positiv till. Det är viktigt med så tydliga anvisningar som möjligt för hur denna samverkan ska

realiseras. Region Stockholm ser det som nödvändigt att det finns tydliga och konkretiserade beskrivningar av de olika myndigheternas respektive roller.

I hälso- och sjukvårdslagen föreslås begreppet ”vård som inte kan anstå” införas. Frågan om behövlig vård berörs i slutbetänkandet på ett antal ställen men en konkretisering av vad som avses förefaller fattas. Detta behöver förtydligas.

Region Stockholm anser att den föreslagna bestämmelsen i HSL om att om en kommun eller en region drabbats av en katastrof i hälso- och sjukvården ska andra kommuner och regioner vara skyldiga att lämna hjälp, behöver föregås av en bestämmelse i HSL där det tydligt och enkelt framgår att kommuner och regioner på frivillig grund kan hjälpa varandra.

Region Stockholm konstaterar att utredningen på en översiktlig nivå beskrivit olika sätt som regionerna har agerat för att öka kapaciteten inom hälso- och sjukvården under pandemin. Flertalet av de bedömningar som utredningen gör handlar om frågor som ligger inom det kommunala självstyret. Region Stockholm kommenterar därför enbart de delar av utredningen som berör statliga insatser och förändringar.

Region Stockholm önskar lyfta fram det lagstadgade området psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård som svårligen kan anstå. Dessa vårdformer behöver ges uppmärksamhet i planeringsarbete på regional- och kommunal nivå.

Synpunkter mer i detalj

Samhällets krisberedskap
Region Stockholm stödjer utredningens påtalande avseende behovet att tillskapa enhetlig begreppsanvändning och terminologi i relation till hälso- och sjukvårdens kris- och katastrofberedskap. (Sida 87)

Krisberedskap kan delas in i olika nivåer
Region Stockholm anser att det är viktigt att tydliggöra hur ett införande av en högre regional nivå mellan de regionala och nationella för höjd beredskap skulle påverka om den inrättas utifrån utredningen civilt försvar, utifrån att regioner inte har ett geografiskt områdesansvar däremot ett verksamhetsansvar. (Sida 90)

Utmaningar för hälso- och sjukvården i kris och krig

Region Stockholm anser att utredningen om civilt försvar har betydelse gällande de förslag som denna utredning beskriver. Vid denna tidpunkt är det oklart om och hur de olika förslagen kommer att genomföras, vilket leder till att det gör svårare för denna utredning att utforma förslag. (Sida 184)

Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering
Region Stockholm anser att mycket skyndsamt ge Socialstyrelsen och Försvarsmakten i uppdrag att analysera det moderna krigets effekter vad gäller skadepanoraman och volymer av skadade. (Sida 237)

Planeringsanvisningar för totalförsvaret
Region Stockholm vitsordar 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. (Sida 250)

Region Stockholm anser att en utveckling gällande god lägesuppfattning och syftet med arbetet med scenarier bör tydliggöras.

Den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten och samordning av sjukvården i totalförsvaret.
Region Stockholm anser att det är av största betydelse att den militära och civila sjukvården vet vad de kan förvänta sig av varandra. Det framkommer i utredningen att grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten i höjd beredskap och krig åstadkoms genom den nationella planeringsprocessen för totalförsvaret vilket är avgörande. (Sida 308)

Vilka krav bör ställas på rapportering.
Region Stockholm anser att det är viktigt att klargöra hur rapportering ska ske och att det sker en rapportering från regioner till Försvarsmakten då regionerna i dag saknar skyldighet att rapportera till Försvarsmakten vid höjd beredskap. (Sid 318)

Finansiering av hälso- och sjukvårdens beredskap
Varje oklarhet om finansieringsansvaret och ansvarsgränser riskerar att leda till att beredskapshöjande åtgärder inte kommer att genomföras. Därtill är det viktigt att de långsiktiga ekonomiska förutsättningarna tydliggörs eftersom många av de åtgärder som kan vara aktuella innebär ett långsiktigt finansiellt och verksamhetsmässigt åtagande. Vid åtgärder som kan genomföras under ett enstaka år är det viktigt att statens finansiering tydliggörs före budgetåret. (Sida 346)

Planering, ledning och samverkan vid fredstida kriser och krig
Region Stockholm anser att det är oklart hur katastroftillstånd ska beslutas/avslutas. Det bör tydliggöras vem som bestämmer samt en struktur för hur detta ska genomföras.

Region Stockholm stödjer förslaget avseende ny definition och planeringsbestämmelser, men saknar psykologiskt och socialt stöd. Definition på ”katastrof” behöver förtydligas så att det framgår att det är en katastrof i hälso- och sjukvården. Det behöver härtill vara kongruent utifrån lagstiftning, författningar och förordningar oavsett organisation och institution. (s. 363 i utredningen)

Region Stockholm önskar att krav avseende robust infrastruktur förtydligas ytterligare. Robusthet som avser värme, el, vatten med mera behöver kunna bedömas och säkerställas genom framtagna kriterier och planer, exempelvis ta stöd i bedömning utifrån MSB framtagna dokument ”det robusta sjukhuset” där värdering och gradering sker genom klassificering guld-silver-brons. (s. 378)

Planering av krisstöd
Region Stockholm anser att det är bra att samverkan belyses, men det är oklart om det är kommunens ansvar att samverkan och samordning sker.

Region Stockholm anser att det saknas beskrivning av att planera för riskbedömning samt proaktiv uppföljning av drabbade för att minimera risk för ohälsa på sikt.

Region Stockholm anser att det behöver förtydligas vad kommunens ansvar innebär avseende samordningen med andra krisstödsaktörer och vad kommunens ansvar är när det gäller intermediär fas och långtidsfas för att en helhetssyn på den drabbade människan. (s. 374–376)

Region Stockholm anser att det behöver förtydligas hur samordningen av de krisdrabbade ska ske mellan kommun samt frivilliga organisationer och hälso- och sjukvård för att säkerställa vårdbehov som enligt HSL ska tillgodoses av regioner. (s.375)

Förmåga att möta plötsligt ökade kapaciteten
Region Stockholm anser att det utifrån våra erfarenheter är svårt med samordning och tillgång till hela sjukvårdssystemets resurser (exempelvis privata vårdgivares medarbetare); åtminstone vid långvariga kriser. Socialstyrelsens prioriteringsdokument blir svårt att tillämpa om man

endast är hänvisad till egenägda vårdresurser i stället för hela det skattefinansierade vårdsystem, vilket även berörs i kapitel 6.4. (s. 446)

Region Stockholm välkomnar en nationell samsyn kring hur plötsligt ökad kapacitet ska konstrueras, definieras och användas. Dessutom utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som omfattar vårdbehov, fördelning av vårdresurser och rationalisering (optimering) av utnyttjandet vid kris och krig.

Robust verksamhet
Region Stockholm önskar påtala att sjukhusens förmåga även är beroende av dess förmåga att kunna inneha omsättningslager, lokaler, som rymmer material utöver det som finns dimensionerat utifrån JIT (just-in-time) principen. Ökade behov utifrån lager, förråd och lokalyta föreligger och behöver kravställas framgent vid byggnadsplanering hälso- och sjukvård. (s. 449)

Sjukvårdens beroende av informations- och kommunikationssystem samt digitalisering
Region Stockholm stödjer utredningens bedömning avseende tydlighet med hjälp av föreskrifter i relation till informationssäkerhet för samhällsviktiga digitala tjänster. (s.450)

Robust sjukhusbyggnad
Region Stockholm delar utredningens bedömning avseende driftsäkerhet. Driftsäkerheten är essentiell för verksamheterna inom hälso- och sjukvård. Behov av standardisering och klassificering vårdbyggnader föreligger vilket skulle stödja verksamheternas planering vid händelser. Region Stockholm hänvisar till MSB standard för robust sjukhusbyggnad som riktmärke för fastighetsplanering i relation till vårdbyggnader och klassificeringssystemet guld-silver-brons. Behovet av kongruent klassificeringssystem, ex MSB, är viktigt för prioritering byggnader och byggnationer. (s. 458)

Region Stockholm anser att det är viktigt att tydliggöra / kravställa att det framgår tydligt att det är regionernas planering och organisation för att omhänderta ett stort antal skadade och sjuka, vid katastrofer och civilt försvar som ligger till grund för vilken nivå av robusthet olika sjukhus och vårdcentraler ska ha i kris och krig.

Vårdguiden
Region Stockholm anser att det är svårt för 1177 på telefon i en annan region att med god kvalitet i tjänsten svara för till exempel Region Stockholms

räkning. Vårdstrukturerna ser annorlunda i olika regioner vilket gör det svårt att ge bra hänvisningar i en region som man inte jobbar i till vardags. Vid stor belastning behöver det finnas redundans som med tillräckligt hög kvalitet kan fortsätta att ge råd och hänvisningar så att rätt patient kommer till rätt vård i rätt tid, eller får adekvata egenvårdsråd. Överbryggande lösningar med chatt och autotriage behöver utvecklas för att öka effektivitet och kapacitet. (s. 460)

Prehospitala förstärkningsgrupper
Region Stockholm anser att det är önskvärt att vidga begreppet kring den prehospitala beredskapen till att omfatta fler typer av scenarion, exempelvis en hög belastning på den prehospitala verksamheten som inte kan härröras till en enskild händelse. (Sida 533)

Pandemin har visat att beredskapen inte alltid ankommer på en särskild händelse med trauma och stort skadeutfall. Det kan lika gärna handla om flera händelser eller en samhällspåverkan, som exempelvis en pandemi, som ger en ökad belastning på hela eller delar av sjukvårdssystemet och får helt andra konsekvenser än ett masskadescenario.

Socialstyrelsens nationella förstärkningsresurs för traumavård
Region Stockholm anser att Socialstyrelsen bör säkerställa att dessa personer som ingår i förstärkningsresursen inte har operativa uppgifter i sin region vid en kris. (Sida 523)

Förstärkningsresurser för sjuktransporter
Region Stockholm stödjer att det behövs en nationell samordning av transporter. (Sida 558)

Utmaningar med nuvarande beredskap
Region Stockholm instämmer med utredningens bedömning att nuvarande beredskap inte svarar upp till de krav som ställs och att ett antal utmaningar behöver lösas.

Personalförstärkning
Region Stockholm anser att det saknas ett medarbetar- och chefsperspektiv utifrån kunskap om egenreaktioner och behov av stöd efter särskilt allvarliga och påfrestande händelser/katastrof-händelser. Ett viktigt led i att förebygga ohälsa hos sjukvårdspersonal är att informera och utbilda dessa gällande naturliga reaktioner vid svåra påfrestningar för såväl patienter, anhöriga/närstående som för sjukvårdspersonal. (Sida 627)

Metoder för att öka personalresurser
Region Stockholm delar inte utredningens bedömning att parterna bör ta fram beredskapskontrakt för att säkra tillgången på personal i händelse av kris. En sådan insats bedöms skapa en onödig administration och höga kostnader utan att säkerställa att adekvat kompetens finns vid olika kriser. Bedömningen är också att det skulle vara svårt att utforma ett beredskapskontrakt på ett sådant sätt att det blir attraktivt för den person det berör och dess ordinarie arbetsgivare. Region Stockholm anser emellertid att det föreligger ett behov av fortsatt utredning avseende möjligheterna för en sjukvårdshuvudman att styra resurser även hos privata vårdgivare.

Många privata aktörer bland annat inom hälso- och sjukvården uppfyller viktiga funktioner som i händelse av fredstida kris och höjd beredskap kan vara svåra att upprätthålla enbart via frivilliga avtal. Region Stockholm efterlyser därför inte bara återinförande av civilplikt utan även en utredning som tittar på möjligheterna att via lag ålägga personal hos privata aktörer att utföra arbetsuppgifter åt offentliga aktörer i händelse av vissa fredstida kriser. Region Stockholm bedömer inte att beredskapskontrakt skulle vara tillräckligt för att lösa utmaningarna. (Sida 645)

Region Stockholm delar utredningens bedömning om att en god bemanning och kapacitet i normalläge är en förutsättning för att kunna utöka kapaciteten vid kris. En förutsättning för det är dock att staten tillser att hälso- och sjukvårdsutbildningarna utformas och dimensioneras utifrån regionernas behov.

Pensionärer, studenter och personal från andra aktörer
Internationellt samarbete
Region Stockholm är positiv till utredningens förslag om översyn av författningar som reglerar studenters och utländsk vårdpersonals möjlighet att arbeta inom hälso- och sjukvården vid en kris. (Sida 669)

Beredskapskontrakt
Region Stockholm bedömer inte att beredskapskontrakt är en framkomlig väg för att lösa behoven, se skrivning ovan. (Sida 705)

Andra förslag som har övervägts
Som framgår ovan instämmer Region Stockholm i behovet att återinföra civilplikten. (Sida 710)

Ansvar för utbildning och övning finns på olika nivåer
Region Stockholm anser att i likhet med att regionerna har ett utpekat ansvar för utbildning och övning enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), bör även kommunerna ges ett sådant ansvar. (Sida 716–717)

Region Stockholm anser att MSB:s ansvar och roll behöver förtydligas och stärkas i förhållande till de andra myndigheterna. (Sida 719–720)

Det saknas kvalitetssäkrat nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial
Region Stockholm anser att det finns goda anledningar till att återinföra nationellt sammanhålla utbildningar och övningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. (Sida 738–739)

Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning
Region Stockholm instämmer med utredarens förslag att katastrofmedicin ska införas som en obligatorisk del i sjuksköterske- och läkarutbildningarna. Det bör övervägas om fler hälso- och sjukvårdsutbildningar ska omfattas av att katastrofmedicin införs som en obligatorisk del. (Sida 745–749)

Högisoleringsenheternas uppdrag behöver formaliseras
Processen för nationellt högspecialiserad vård är mycket viktig, och bör påskyndas, för att säkerställa svensk beredskap att hantera högsmittsamma patienter. (Sida 786)

Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin
Region Stockholm ställer sig bakom ett statligt ansvar för finansiering och inköp av pandemivaccin. (Sida 792)

Utredningens förslag
Region Stockholm stödjer utredningens syn på att regleringen i smittskyddslagen bör ske som en ny 7 kap. 4 b § och inte kopplas samman med nationellt vaccinationsprogram i 2 kap. 3d §, 3e § eller med kraven på minskad risk för smittspridning enligt 7 kap. 1–2 §§. (Sida 796)

Regionernas ansvar för sjuktransporter
Region Stockholm anser att en generellt stor tyngd ges på att ambulanssjukvård är en transportverksamhet och inte en vårdverksamhet. Det är en förlegad syn på verksamheten som mest speglar att gällande författningar och lagstiftningar inte hängt med i vårdens utveckling och

senaste 10–15 åren. Stycket lyfter dock en viktig aspekt att ambulanssjukvård är den vård som bedrivs i eller i anslutning till ambulansen, vilket också är en aspekt att beakta när vi talar om det prehospitala uppdraget. (Sida 813)

Stöd för prehospital akutsjukvård
Region Stockholm instämmer i att Socialstyrelsens föreskrifter bör ses över i sin helhet för att passa in i hur den prehospitala vården ser ut i dag. Stycket bör nämna det arbete som pågår hos Socialstyrelsen med att se över författningen SOSFS 2009:10. (Sida 822)

Prioritering, dirigering och samverkan kring transporter
Region Stockholm instämmer i bedömningen. Region Stockholm arbetar idag efter denna modell och erfarenheterna från pandemivågorna visar tydligt på samordningsvinsterna i en tät organisation för de vägburna resurserna och prioritering- och dirigeringstjänsten. (Sida 832)

Alarmering, prioritering och dirigering
Region Stockholm delar uppfattning av utredningens beskrivning av SOS Alarms tjänster och brister. (Sida 833)

Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten
Region Stockholm anser att förslaget att staten skall ersätta regionerna för insatser i samverkan med Sjöfartsverkets verksamhet är korrekt. Detta är viktigt då det nu verkar åligga regionerna att utrusta statliga helikoptrar med komplicerad och dyr medicinteknisk utrustning samt utbilda personal för uppdraget. (Sida 872)

Allmänt om vårdkvalitet och patientsäkerhet
Region Stockholm anser att även patientsäkerhetslagen ska vara med i uppräkningen av lagar. (Sid 940)

Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen
Region Stockholm instämmer med att krav ska kunna ställas i förhållande till situationen och att prioriteringar och kvalitetsnivå kan behöva ses över vid kris. Förväntningar kan annars bli omöjliga att leva upp till. (Sida 956). Region Stockholm saknar beskrivning av hur patientsäkerhetslagen påverkas av förstärkningsläge. (Sid 957)

Region Stockholm saknar en beskrivning av risker och konsekvenser då regeringen eller utsedd ska kunna ta beslut om katastroftillstånd. Risk finns även att hamna i konflikt med ansvars- och närhetsprincipen. (Sid 964)

Utredningens bedömningar och förslag
Region Stockholm anser att den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta att katastroftillstånd gäller, i den drabbade regionen, har tydligt mandat och förmåga till beslutsfattande. (Sid 960 – 968)

Kostnader för brister i dagens beredskap
Region Stockholm anser att det är viktigt att särskilja på de kostnader som faller på region, kommun respektive staten. (Sida 968)

Finansieringsförslaget är otydligt
Vad beträffar ändrat finansieringsansvar bör detta finansiera av staten genom först och främst de generella statsbidragen som utgör en permanent finansiering av mer permanenta åtaganden. (Sida 974

Forskning, utbildning och övning
Region Stockholm stödjer förslaget att Socialstyrelsen uppdras att tillsammans med ett flertal referensgrupper ta fram och fastställa en övergripande utbildningsplan med utbildningsmål för katastrofmedicin. Genom detta säkerställs likartad omfattning och samstämmighet av innehåll i utbildningen. Dock inskränks lärosätenas frihet att själva styra över sina kursplaner, men då katastrofmedicin är av särskilt nationellt intresse anser förvaltningen att det kan vara motiverat. (Sida 1001–1003)

Smittskydd och hälsohot
Region Stockholm anser att det är viktigt att påskynda Socialstyrelsens utredning av utredningens tre kvarvarande områden; att analysera var förmågan att hantera och omhänderta högsmittsamma patienter, att rättsligt reglera statens ansvar för försörjning och finansiering av vacciner vid influensapandemier samt analys om det finns ytterligare särskilda förmågor inom området smittskydd och hälsohot. Det tredje området för analys avsåg om det finns ytterligare särskilda förmågor inom området smittskydd och hälsohot får inte heller något förslag från utredningen, men pekar ändå på behov av att bättre planera för karantänsättning. (Sida 1004)

Sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst
Region Stockholm anser att nationell utbildningssamordning och plan kommer att underlätta samverkan nationellt och är ett bra stöd för regionerna. Samverkan med andra aktörer så som räddningstjänst är nödvändigt i samverkan på större olyckor och katastrofer. (Sida 1006)

Särskilt om utformandet av enskilda lagförslag

Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)
Region Stockholm anser att det är bra att det tydliggörs i smittskyddslagen att staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för dessa.

Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen
Region Stockholm stödjer föreslagna tillägg i högskoleförordningens examensbeskrivning för läkarexamen och för sjuksköterskeexamen. (Sida 55)

Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen
Region Stockholm ställer sig positivt till att Socialstyrelsen ska 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. (Sida 58)

Region Stockholm ifrågasätter det nödvändiga i att Socialstyrelsen har mandat och 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.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet innebär ekonomiska konsekvenser som inte tydligt nog klargörs i utredningen

Carina Lundberg Uudelepp
Regiondirektör

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag
1. Slutbetänkandet Hälso- och Sjukvårdens beredskap struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6).
2. Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande den 24 mars 2022
3. Stockholms läns sjukvårdsområdes yttrande den 19 april 2022
4. Karolinska Universitetssjukhusets yttrande 26 april 2022

Beslutsexpediering

1. Socialdepartementet

Godkänd av Carina Lundberg Uudelepp, 2022-05-19

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.

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde
Nämnd

Utdrag
PROTOKOLL 2/2022
Sammanträdesdatum
2022-04-12

Justerat tisdagen den 12 april 2022

Protokollet anslogs onsdagen den 13 april 2022

Justerare: Barbro Naroskyin Bo Svedberg

---

§ 10
Yttrande över remiss Slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)
SLSO 2022-0859, RS 2022-0277

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde beslutade

att avge yttrande över remiss Slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6) enligt tjänsteutlåtandet, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Vid protokollet
Annika Jerhamre, nämndsekreterare

Utdragsbestyrkande

.....
Annika Jerhamre, nämndsekreterare

Yttrande över remiss Slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har av Rotel II – Hälso- och sjukvårds-, innovations- och kulturroteln getts möjlighet att avge yttrande över slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga. (SOU 2022:6).

Ärendet

Regeringen beslutade i augusti 2018 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. Ärendet utgörs av Socialdepartementets slutbetänkande som är ett resultat av arbetet. Från Region Stockholm har Magnus Thyberg avdelningschef Hälso- och sjukvårdsförvaltningen deltagit i roll som expert. I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

SLSO har som en av Region Stockholms remissinstanser, tagit del av slutbetänkandet och dess förslag. Yttrande av remissen ska inkomma till regionledningskontoret senast 24 april inför fortsatt hantering och beredning av ärendet. Region Stockholm ska till Socialdepartementet inkommit med yttrande senast 10 juni 2022.

I slutbetänkandet redovisas ett antal förslag till lag om ändring som direkt rör hälso- och sjukvårdsverksamhet i, smittskyddslagen (2004:168), förslag till lag om ändring i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, patientsäkerhetslagen (2010:659), i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt förslag till förordning om viss planering av hälso- och sjukvård och om tjänsteman i beredskap.

Kommuner och regioner har idag stor frihet att själva bestämma hur de vill organisera sig och hur de vill bedriva sina verksamheter. 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 rådande 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.

I slutbetänkandet föreslås att 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. Dock kan 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. Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som ska få besluta om hjälp.

Kommuner och regioner som lämnat hjälp med stöd av bestämmelserna ska ha rätt till skälig ersättning för hjälpen och ersättningen ska betalas av den kommun eller region som fått hjälpen.

Förvaltningens motivering och yttrande

SLSO har tagit del av remissen och förvaltningen ser positivt på flera förslag i slutbetänkandet och belyser kort följande;

Metodiken i utredning är bra med genomgångar av olika problemområden samt bra beskrivning av de olika myndigheternas roller och deras eventuella framtida möjligheter att samverka. Dock är det viktigt med så tydliga anvisningar som möjligt för hur tex regioner och kommuner skall samverka.

Att det i utredningen lyfts kring samverkan med privata aktörer inom olika områden, samt att upphandlings- och avtalsarbete berörs är tydliggörande eftersom aspekten samverkan och ansvar i katastrof- och krigstids-sammanhang sannolikt är eftersatt i dessa sammanhang nu.

SLSO ser nödvändigheter med att det finns tydliga och konkretiserade beskrivningar av de olika myndigheternas roller. Likaså är det bra med förtydliganden om Socialstyrelsens roll vid katastrofer och hur beslut och ansvarsfördelning ska gå till. Hela framställningen av dessa aspekter skulle kanske kunna vinna i tydlighet om det fanns någon sammanfattning, exempelvis layout, kanske i tabellform av olika myndigheters roll.

Frågan om behövlig vård berörs i slutbetänkandet på ett antal ställen men SLSO har inte kunnat finna något mer konkretiserat i vad som avses.

SLSO önskar i sammanhanget lyfta det lagstadgade området psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård som svårligen kan anstå, hur logistiska och försörjningsmässiga krav kan hanteras till exempel i krigstid eller vid en större katastrof. Dessa vårdformer bör ges uppmärksamhet i planeringsarbetet på regional- och kommunal nivå, att ta fram en gemensam plan.

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att avge yttrande över remiss Slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6) enligt ovanstående, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Karin Persson
Tf. Sjukvårdsdirektör

Mikael Lindgren Ebenholtz
Administrativ direktör

Från:	Sara Östberg
Till:	RLK Funk Registrator
Ärende:	HSN Yttrande över remiss kring slutbetänkandet om hälso-och sjukvårdens beredskap RS 2022-0277
Datum:	den 25 april 2022 16:24:10
Bilagor:	HSN Yttrande över remiss kring slutbetänkandet om hälso-och sjukvårdens beredskap.pdf

Hej,

Översänder yttrande från HSN till RS i ärende RS 2022-0277.

Vänliga hälsningar
Sara

Sara Östberg
Nämndsekreterare
Styrning och stöd, kanslienheten

Tel: 08-123 137 98
Mobil: 072-468 97 98
E-post: sara.ostberg@regionstockholm.se

Region Stockholm
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Box 30017, 104 25 Stockholm
Besöksadress: Lindhagensgatan 98
08-123 132 00
www.regionstockholm.se

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Patientsäkerhet och beredskap
Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, EKMB
Birgitta Almgren

DELEGATIONSBESLUT
2022-04-19

Beslutande Anna Starbrink

Föredragande Anders Ahlsson

Hänvisning Beslutet har fattats med stöd av 1.1 i delegationsordningen, HSN 2020–1299.

Beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens yttrande över remiss slutbetänkande Hälso-och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU2022:6) som nämndens yttrande och överlämnar det till regionstyrelsen.

Bakgrund
Region Stockholm har mottagit remiss från Socialdepartementet angående Hälso-och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6). I remissen ligger att Socialdepartementet vill ha synpunkter på förslagen i slutbetänkandet. Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande utgör underlag till regionstyrelsens remissvar till Socialdepartementet.

Överväganden
Nämndens bedömning är att förslagen kommer att bidra till stärkt beredskap inom hälso-och sjukvården. Utredningen är omfattande och ger en tydlig riktning med många förslag.

I Hälso- och sjukvårdslagen införs begreppet vård som inte kan anstå. Vissa delar behöver dock förtydligas, vilket framgår av yttrandet.

Utredningen omfattar hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Förslag är att ett nytt definierat begrepp katastrof införs.

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, vilket nämnden ställer sig positiv till.

Utredningen föreslår möjligheter till personalförstärkning genom att nyttja befintlig personal effektivare och att försöka tillföra resurser utifrån samt

att ämnet katastrofmedicin ska införs i grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor. Vissa delar behöver dock förtydligas, vilket framgår av yttrandet.

Nämnden ser oklarheter om finansieringsansvaret och ansvarsgränser som riskerar att leda till att beredskapshöjande åtgärder inte kommer att genomföras. De långsiktiga ekonomiska förutsättningarna behöver därför tydliggörs eftersom många av de åtgärder som kan vara aktuella innebär ett långsiktigt finansiellt och verksamhetsmässigt åtagande.

I yttrandet framgår synpunkter på mer detaljerad nivå.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet innebär sannolikt konsekvenser för ekonomi, vilket kommenteras i yttrandet.

Konsekvenser för patientsäkerhet
De delar som berör patientsäkerheten har kommenterats i yttrandet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Beslutet innebär inga konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Beslutet innebär inga konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Beslutet innebär rapporteringskrav till statliga myndigheter, vilket kan öka de administrativa konsekvenserna för vårdgivarna.

Beslutas på hälso- och sjukvårdsnämndens vägnar

Anna Starbrink

Yttrande Slutbetänkande Hälso-och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU2022:6)

DEL 1

1 Författningsförslag

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

Sida 41
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är bra att det tydliggörs i smittskyddslagen att staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för dessa.

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

Sida 49, 1–2§
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det finns risk för olika tolkningar av ”avsevärt sämre”. I lagen bör tydliggöras vem som bestämmer.

Sida 50, 7§
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är oklart om hur katastroftillstånd ska beslutas/avslutas, mycket bedömningar. Det bör tydliggöras vem som bestämmer samt en struktur för detta ska genomföras.

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

Sid 52, 1–4§
Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderar att aktuellt förslag till förordning delas upp utifrån område. Två separata förordningar – en för generell planering Regioner och Kommuner vid särskild händelse och en med fokus på roll tjänsteman i beredskap.

1.8 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen

Sida 55
Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer föreslagna tillägg i högskoleförordningens examensbeskrivning för läkarexamen.

Sida 57
Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer föreslagna tillägg i högskoleförordningens examensbeskrivning för sjuksköterskeexamen.

Region Stockholm
Box 6909
102 39 Stockholm

Telefon: 08-123 132 00
E-post: registrator.hsf@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 11 B.

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

Sida 58
Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer sig positivt till att Socialstyrelsen ska 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.

Hälso- och sjukvårdsnämnden samtycker till att Socialstyrelsen har mandat och 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.

Sida 59, §9
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det viktigt att 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 Allmänt om Allmänt om staten, kommuner, regioner och hälso-och sjukvård

3. 2 Samhällets krisberedskap

Sida 87
Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer utredningens påtalande avseende behovet att tillskapa enhetlig begreppsanvändning och terminologi i relation till hälso- och sjukvårdens kris- och katastrofberedskap.

3.2.2 Krisberedskap kan delas in i olika nivåer

Sida 90
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är viktigt att tydliggöra hur ett införande av en högre regional nivå mellan de regionala och nationella för höjd beredskap skulle påverka om den inrättas utifrån utredningen civilt försvar, utifrån att regioner inte har ett geografiskt områdesansvar däremot ett verksamhetsansvar.

Sida 107–108
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är viktigt att SKR inför en säkerhetsorganisation i sin verksamhet för att kunna delta i totalförsvarsplaneringen enligt lag. 1982:1004.

4 Utmaningar för hälso- och sjukvården i kris och krig

Sida 184

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att utredningen om civilt försvar har betydelse gällande de förslag som denna utredning beskriver. Förslagen om beredskapssektorer samt om en ny högre regional nivå och inrättandet av civilområdeschefer är av särskild betydelse. Vid denna tidpunkt är det oklart om och hur de olika förslagen kommer att genomföras, vilket leder till att det gör svårare för denna utredning att utforma förslag.

4.1.7 Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering

Sida 237

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att mycket skyndsamt ge Socialstyrelsen och Försvarsmakten i uppdrag att analysera det moderna krigets effekter vad gäller skadepanoraman och volymer av skadade

4.1.8 Planeringsanvisningar för totalförsvaret

Sida 250

Hälso- och sjukvårdsnämnden samtycker till 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.

4.2.5 En aktuell uppfattning av läget utgör grunden för beslut

Sida 290

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att en utveckling gällande god lägesuppfattning och syftet med arbetet med scenarier bör tydliggöras.

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

Sida 308

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är av största betydelse att den militära och civila sjukvården vet vad de kan förvänta sig av varandra. Det framkommer i utredningen att grunden för den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten i höjd beredskap och krig åstadkoms genom den nationella planeringsprocessen för totalförsvaret vilket är avgörande.

4.3.2. Vilka krav bör ställas på rapportering.

Sid 318

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är viktigt att klargöra hur rapportering ska ske och att det sker en rapportering från regioner till Försvarsmakten då regionerna i dag saknar skyldighet att rapportera till Försvarsmakten vid höjd beredskap.

4.5 Finansiering av hälso- och sjukvårdens beredskap

Sida 346

Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer utredningens bedömning. Varje oklarhet om finansieringsansvaret och ansvarsgränser riskerar att leda till att beredskapshöjande åtgärder inte kommer att genomföras. Därtill är det viktigt att de långsiktiga ekonomiska förutsättningarna tydliggörs eftersom många av de åtgärder som kan vara aktuella innebär ett långsiktigt finansiellt och verksamhetsmässigt åtagande. Vid åtgärder som kan genomföras under ett enstaka år är det viktigt att statens finansiering tydliggörs före budgetåret.

5 Planering, ledning och samverkan vid fredstida kriser och krig

Sida 363

Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer förslaget avseende ny definition och planeringsbestämmelser, men saknar psykologiskt och socialt stöd. Definition katastrof bör vara kongruent utifrån lagstiftning, författningar och förordningar oavsett organisation och institution.

5.1.1. Ytterligare föreskrifter om planering och särskild larmfunktion

Sid 369

Hälso- och sjukvårdsnämnden delar utredningens bedömning om föreskrift för planering och särskild larmfunktion, men önskar understryka vikten av tydlighet avseende beslutande organ och mandat. Utöver samverkan bör följsamhet i relation till framtagna strukturer och roller vid händelser betonas i föreskrift.

Sid 378

Hälso- och sjukvårdsnämnden önskar att krav avseende robust infrastruktur förtydligas ytterligare. Robusthet som avser värme, el, vatten med mera behöver kunna bedömas och säkerställas genom framtagna kriterier och planer, exempelvis ta stöd i bedömning utifrån MSB framtagna dokument ”det robusta sjukhuset” där värdering och gradering sker genom klassificering guld-silver-brons.

Planering av krisstöd

Sida 374–376

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är bra att samverkan belyses, men det är oklart om det är kommunens ansvar att samverkan och samordning sker.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det saknas beskrivning av att planera för riskbedömning samt proaktiv uppföljning av drabbade för att minimera risk för ohälsa på sikt.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det behöver förtydligas vad kommunens ansvar innebär avseende samordningen med andra krisstödsaktörer och vad kommunens ansvar är när det gäller intermediär fas och långtidsfas för att en helhetssyn på den drabbade människan.

Sida 375
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är av största vikt att kommunens krisstödspersonal gör en riskbedömning för att identifiera vilka drabbade som behöver följas upp.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det behöver förtydligas hur samordningen av de krisdrabbade ska ske mellan kommun samt frivilliga organisationer och hälso- och sjukvård för att säkerställa vårdbehov som enligt HSL ska tillgodoses av regioner.

Sid 376
Hälso- och sjukvårdsnämnden delar uppfattningen att det är viktigt att beskriva skillnaden mellan vad kommunen, frivilliga och Hälso- & sjukvården erbjuder för typ av psykologiskt och socialt stöd samt vilken typ av uppföljning som respektive aktör ansvarar för.

Hälso- och sjukvårdsnämnden uppfattar benämningen allmänt kamratstöd som stöd mellan arbetskamrater.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att texten ”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” bör kompletteras med text från HSL 2 § Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det är trots allt ganska få som får psykiatriska besvär efter svåra händelser men det varierar beroende på typ av händelse där händelser såsom våld, krig, terror genererar mer psykisk ohälsa än händelser som tex naturkatastrofer.

DEL 2

6 Förmåga att möta ökade och särskilda behov

6.1 Förmåga att möta plötsligt ökade kapaciteten

Sida 446
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det utifrån våra erfarenheter är svårt med samordning och tillgång till hela sjukvårdssystemets resurser (exempelvis privata vårdgivares medarbetare); åtminstone vid långvariga kriser. Socialstyrelsens prioriteringsdokument blir också svårt att tillämpa

om man endast är hänvisad till egenägda vårdresurser i stället för hela det skattefinansierade vårdsystem, vilket även berörs i kapitel 6.4.

Hälso- och sjukvårdsnämnden välkomnar en nationell samsyn kring hur plötsligt ökad kapacitet ska konstrueras, definieras och användas. Dessutom utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som omfattar vårdbehov, fördelning av vårdresurser och rationalisering (optimering) av utnyttjandet vid kris och krig.

6.2. Robust verksamhet

Sid 449

Hälso- och sjukvårdsnämnden önskar påtala att sjukhusens förmåga även är beroende av dess förmåga att kunna inneha omsättningslager, lokaler, som rymmer material utöver det som finns dimensionerat utifrån JIT (just-in-time) principen. Ökade behov utifrån lager, förråd och lokalyta föreligger och behöver kravställas framgent vid byggnadsplanering hälso- och sjukvård.

6.2.1. Sjukvårdens beroende av informations- och kommunikationssystem samt digitalisering

Sid 450

Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer utredningens bedömning avseende tydlighet med hjälp av föreskrifter i relation till informationssäkerhet för samhällsviktiga digitala tjänster. Som utredning påpekar, med syfte att kunna peka ut viktiga områden för vårdgivare att ha riskanalyserat och tillsett åtgärdsplaner samt reservrutiner.

6.2.3. Robust sjukhusbyggnad

Sid 458

Hälso- och sjukvårdsnämnden delar utredningens bedömning avseende driftsäkerhet. Driftsäkerheten är essentiell för verksamheterna inom hälso- och sjukvård. Behov av standardisering och klassificering vårdbyggnader föreligger vilket skulle stödja verksamheternas planering vid händelser. Hälso- och sjukvårdsnämnden hänvisar till MSB standard för robust sjukhusbyggnad som riktmärke för fastighetsplanering i relation till vårdbyggnader och klassificeringssystemet guld-silver-brons. Behovet av kongruent klassificeringssystem, ex MSB, är viktigt för prioritering byggnader och byggnationer.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är viktigt att tydliggöra / kravställa att det framgår tydligt att det är regionernas planering och organisation för att omhänderta ett stort antal skadade och sjuka, vid

katastrofer och civilt försvar som ligger till grund för vilken nivå av robusthet olika sjukhus och vårdcentraler ska ha i kris och krig.

6.3 1177 Vårdguiden
Sida 460
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är svårt för 1177 på telefon i en annan region att med god kvalitet i tjänsten svara för till exempel Region Stockholms räkning. Vårdstrukturerna ser annorlunda i olika regioner vilket gör det svårt att ge bra hänvisningar i en region som man inte jobbar i till vardags. Vid stor belastning behöver det finnas redundans som med tillräckligt hög kvalitet kan fortsätta att ge råd och hänvisningar så att rätt patient kommer till rätt vård i rätt tid, eller får adekvata egenvårdsråd. Överbryggande lösningar med chatt och autotriage behöver utvecklas för att öka effektivitet och kapacitet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det finns stora samordningsmöjligheter med till exempel SOS alarm som har avtalet för prioritering och dirigering av den prehospitala vården i många regioner. Många av de som ringer 112 får bättre hjälp av 1177. En och annan som ringer 1177 behöver hjälp av 112.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det finns ett behov av krav på svarstider till 1177, så att de som ringer får svar i rimlig tid. I dagsläget slutar 1177 på telefon fungera vid hög belastning. De flesta som ringer får inte svar och lägger i stället på luren. Det har inte gått att öka kapaciteten i systemet i samband med den senaste vågen av covid, inte heller under de tidigare vågorna har 1177 på telefon kunnat möte efterfrågan, vilket givit konsekvenser i hela systemet.

6.5.1 Ansvarsfördelning inom CBRN(E)-området
Sida 485
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det inte alltid kan anses att en CBRN-händelse är att betrakta som extraordinär. Region Stockholm hanterar varje vecka mindre eller större händelse med farliga ämnen och har aldrig haft en extraordinär händelse i Stockholm.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att regionalt identifiera vilka CBRN-händelser som kan inträffa är inte rimligt. Troligen kan det variera mellan regioner beroende på industrier, transporter, hotbild mm. De flesta olyckor eller medvetna händelser kan ske över hela landet. Ett underlag borde komma från statlig myndighet för att sedan anpassas till särskilda risker i regionen.

6.5.2 Hälso- och sjukvård vid CBRN-händelser

Sida 489
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att med hjälp av särskilda fördelningsnycklar för CBRN-händelser Kan patienter med kombinationsskador fördelas, till exempel traumaskada och exponering för kemikalier som kräver fullständig personsanering, till de sjukhus som har tillgång till saneringsenhet. Principen för att triagera dessa patienter följer dock inte de etablerade triagesystemen i Sverige. FOI har tagit fram en triagmodell för C-händelser som kanske bör nämnas och rekommenderas i texten

Sida 490 + 538 (kap 7.1.2)
På flera ställen tas NUSAR (Nationella förstärkningsresursen Urban Sök och Räddning) -kompetens upp. Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det behövs sjukvårdsresurser som kan delta i en parallell sjukvårdsinsats till en sådan räddningsinsats. Sådan personal måste ha rätt utbildning och utrustning för att verka i denna miljö. Det bör förtydligas att det är ett ansvar för regionen samt vilken myndighet som kravställer utbildning och utrustning för detta. Det kan inte vara upp till varje region att själva bygga en NUSAR förmåga för sjukvården.

Sida 493
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att här borde också Region Stockholms CBRNE-ledningsenhet nämnas eftersom Region Skånes kemambulans nämns. Förslag på text är: Region Stockholm har tre dedikerade prehospitala ledningsenheter för att leda sjukvårdsledningsinsatser vid särskild händelse. En av dessa har ett särskilt ansvar gällande farliga ämnen. Den ledningsenhet som har ett förstärkt uppdrag inom området CBRNE-händelser, ska larmas till alla händelser med farliga ämnen eller där hot om sådant föreligger. Sjukvårdsledaren har, förutom kompetens i prehospital sjukvårdsledning, fördjupade kunskaper kring de specifika utmaningar och risker som föreligger vid en CBRNE-händelse. Den medicinskt ansvarige ska fatta korrekta medicinska inriktningsbeslut avseende medicinsk behandling och sanering. CBRNE-enheten medför specifik utrustning och läkemedel för CBRNE.

6.6.4 Blodverksamhet behöver upprätthållas

Sida 509
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det som står i kap 6.6.4 sid 509 sista raden är felaktigt -Region Stockholm kallade inte in blodgivare vid attentatet på Drottninggatan. Precis som vid tidigare attentat 9/11, Bataclan

Paris så strömmade blodgivare till och blodverksamheternas viktigaste uppgift har varit att på bästa sätt kommunicera att blod finns till de som behöver och att be blodgivare inte blockera sjukhus och telefoner och "störa" annat arbete.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det finns ett behov av beredskapslager avseende tomma blodpåsar, reagens till exempelvis blodgrupperingar och virustester, vilket berörts i tidigare utredning ”En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården”. Det nu ses i Ukraina är inte brist på blodgivare utan brist på material och det kommer med största sannolikhet vara lika i Sverige om vi skulle bli angripet.

6.7 Hantering av avlidna

s 525

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att i händelse av större olycka, krig, kris med mera och med ett befarat stort antal avlidna finns det ett behov av tranportkistor och bisättningssäckar, varför det finns därför behov av nationell samordning.

Utifrån erfarenheter av arbetet under pandemin i Region Stockholm kan konstateras att det var relativt enkelt, med hjälp av upparbetade kontakter, att utöka bårhuskapaciteten och på så sätt få tillgång till extra kylrum. Dessa kylrum var förstås inte utrustade som ett komplett bårhus. Förvaringen av avlidna skedde på uppmonterade hyllor i stället för kylfack som i bårhus men den tillfälliga lösningen fungerade utmärkt. Problemet som uppstod var att eftersom kylfack saknades behövdes en typ av enklare kista, en transportkista. Ganska lång tid ägnades åt att hitta en leverantör av transportkistor. Även bisättningssäckar finns behov av att tillgå om kroppar blir illa tilltygade som en följd av exempelvis terrorattentat eller krig.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att omhändertagande av avlidna (döda kroppar) måste beakta psykologiska aspekter och göras på ett respektfullt sätt, för att inte försvåra återhämtningen för de efterlevande samt beakta kulturella skillnader och önskemål från olika religioner eftersom det har stor betydelse för återhämtning för de efterlevande. Ett omhändertagande utan respekt kan vara en sekundär stressor för de efterlevande. Dessutom kan det finnas rättsmedicinska aspekter som i sig kräver särskild planering och samordning, särskilt vid antagonistiska händelser.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att i den detaljerade planeringen bör nämnas att barn och ungdomsperspektivet behöver nämnas tydligare i

samband med att närstående/vårdnadshavare dör. Förtydliga gärna och ta hänsyn till barn- och ungdomars behov vilket behöver finnas med i inriktning och samordning av ett stort antal avlidna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att i den detaljerade planeringen bör nämnas hur personal som fått hantera ett stort antal avlidna omhändertas behöver beaktas, eftersom det är ett extra påfrestande arbete.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser effektiv samverkan med strukturerad och samordnad information och kommunikation omkring händelsen och respekt mot de avlidna behöver beaktas eftersom det har stor betydelse för de efterlevande och är en grundläggande princip.

7 Förstärkningsresurser och internationella samarbeten

7.1.2 Prehospitala förstärkningsgrupper

Sida 533

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är önskvärt att vidga begreppet kring den prehospitala beredskapen till att omfatta fler typer av scenarion, exempelvis en hög belastning på den prehospitala verksamheten som inte kan härröras till en enskild händelse.

Pandemin har visat att beredskapen inte alltid ankommer på en särskild händelse med trauma och stort skadeutfall. Det kan lika gärna handla om flera händelser eller en samhällspåverkan, som exempelvis en pandemi, som ger en ökad belastning på hela eller delar av sjukvårdssystemet och får helt andra konsekvenser än ett masskadescenario.

Sida 535

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att prehospital vård inte enbart är liktydigt med ambulanssjukvård. Alla regioner har skapat sina egna organisationer, och i Region Stockholm finns differentiering av den prehospitala verksamheten till att motsvara det vård- och transportbehov som finns i regionen. Det är därför för snäv definition att ambulanssjukvård enbart är en transportorganisation.

Sida 537–538

Hälso- och sjukvårdsnämnden stöder rekommendationen att det krävs extra resurser med bland annat prehospitalt utbildad personal hälso- och sjukvårdspersonal samt skadeplatsutrustning. För att kunna tillföra extra personalresurser behöver dessa utbildas och övas samt vara tillgängliga.

7.1.3 Krisstöd

Sida 540
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att även om den drabbade inte har en kraftig stressreaktion efter en allvarlig händelse så är det av stor betydelse att krisstödspersonal genomför en riskbedömning för att kunna bedöma behovet av proaktiv uppföljning och därmed minimera risk för ohälsa på sikt.

Sida 542
Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår att normala reaktioner ersätts med naturliga och vanliga reaktioner.

Sid 545
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är bra med ett stödcentrum men kan vara svårt i större städer att få människor att resa till endast ett center. Det kan ibland vara svårt att ta sig fram. Det kan finnas behov att etablera flera sådan center för att underlätta för drabbade. Tillgängligheten är betydelsefull.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att en viktig del i en insats är krishanteringssystemets förmåga att samordna all kriskommunikation samt krisstöd. Det kommer att ha stor betydelse för hur människor kommer att bete sig, var de kommer att söka stöd, vem de kommer att ringa med mera.

7.2.4 Socialstyrelsens nationella förstärkningsresurs för traumavård

Sida 523
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att Socialstyrelsen bör säkerställa att dessa personer som ingår i förstärkningsresursen inte har operativa uppgifter i sin region vid en kris.

7.2.6 Förstärkningsresurser för sjuktransporter

558
Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer att det behövs en nationell samordning av transporter.

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

7.4.2 Utmaningar med nuvarande beredskap

Hälso- och sjukvårdsnämnden instämmer med utredningens bedömning att nuvarande beredskap inte svara r upp till de kravs som ställs och att ett antal utmaningar behöver lösas.

8. Personalförstärkning

Sida 627

Hälso- och sjukvårdsnämnden vill understryka att likväl att förstärka personal så är det viktigt att bibehålla personal. Det saknas ett medarbetar- och chefsperspektiv utifrån kunskap om egenreaktioner och behov av stöd efter särskilt allvarliga och påfrestande händelser/katastrof-händelser. Ett viktigt led i att förebygga ohälsa hos sjukvårdspersonal är att informera och utbilda dessa gällande naturliga reaktioner vid svåra påfrestningar för såväl patienter, anhöriga/närstående som för sjukvårdspersonal.

8.2 Metoder för att öka personalresurser

Sida 645

Hälso- och sjukvårdsnämnden konstaterar att utredningen på en översiktlig nivå beskrivit olika sätt som regionerna har agerat för att öka kapaciteten inom hälso- och sjukvården under pandemin. Flertalet av de bedömningar som utredningen gör handlar om frågor som ligger inom det kommunala självstyret. Hälso- och sjukvårdsnämnden kommenterar därför enbart de delar av utredningen som berör statliga insatser och förändringar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden delar utredningens bedömning om att en god bemanning och kapacitet i normalläge är en förutsättning för att kunna utöka kapaciteten vid kris. En förutsättning för det är dock att staten tillser att hälso- och sjukvårdsutbildningarna utformas och dimensioneras utifrån regionernas behov. Det är också angeläget att staten slutar med korta riktade statsbidrag som stör den långsiktiga utvecklingen av verksamheten och skapar en omfattande administration.

8.2.8 Pensionärer, studenter och personal från andra aktörer
8.2.10 Internationellt samarbete

Sida 669, 677

Hälso- och sjukvårdsnämnden är positiv till utredningens förslag om översyn av författningar som reglerar studenters och utländsk vårdpersonals möjlighet att arbeta inom hälso- och sjukvården vid en kris.

8.3.2 Beredskapskontrakt

Sida 705

Hälso- och sjukvårdsnämnden delar inte utredningens bedömning att parterna bör ta fram beredskapskontrakt för att säkra tillgången på personal i händelse av kris. En sådan insats bedöms skapa en enorm administration och höga kostnader utan att säkerställa att adekvat kompetens finns vid olika kriser. Bedömningen är också att det skulle vara

svårt att utforma ett beredskapskontrakt på ett sådant sätt att det blir attraktivt för den person det berör och dess ordinarie arbetsgivare. Hälso- och sjukvårdsnämnden bedömning är att medarbetare hos andra arbetsgivare som önskade arbeta i hälso- och sjukvården under pandemin till största del fick tillstånd av sina arbetsgivare att göra det.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att med tanke på svårigheten att få personal kan man möjligen efterlysa vidare utredning om tjänsteplikt för vårdpersonal och kanske även hur vårdföretag utan avtal med regionen kan åläggas någon form av tjänsteplikt i samband med vissa fredstida kriser och höjd beredskap. I utredningen nämnds förslag på beredskapskontrakt men är det tillräckligt?

8.3.3 Andra förslag som har övervägts

Sida 710

Region Stockholm ser att frågan om utökad tjänsteplikt borde ha utretts närmare. I händelse av att en mer ingående utredning kommer fram till att tjänsteplikten inte bör utökas bör alternativa lagändringar ses över. Frågor som bör övervägas är möjligheten att inskränka viss rätt till lagstadgad ledighet vid krisläge i fredstid. En översyn om möjligheten att ge hälso- och sjukvårdshuvudmännen i uppdrag att kunna arbetsleda personal hos privata utförare som arbetar på uppdrag av regionen bör ske. Dagens lagstiftning skapar onödiga begränsningar för möjligheten att använda den samlade kapaciteten inom hälso- och sjukvården vid krisläge.

9 Forskning, utbildning och övning

9.1.1 Ansvar för utbildning och övning finns på olika nivåer

Sida 716–717

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att precis som regionerna har ett utpekat ansvar för utbildning och övning enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), så kan det vara rimligt att kommunerna också ges ett sådant ansvar, att det skrivs in i Hälso- och sjukvårdslagen, detta beaktat deras omfattande hälso- och sjukvårdsansvar.

Av utredningen framgår att samverkansövningar med hälso- och sjukvårdsperspektiv mellan kommuner och regioner sällan förekommer. Det framgår också att specifika utbildningar och övningar för kommunerna kopplat till hälso- och sjukvårdsfrågor idag saknas. Detta trots att lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, stipulerar att kommuner ska ansvara för att förtroendevalda och anställd personal får utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att om staten vill ge frågan ytterligare tyngd och förbättra möjligheterna till utbildning och övning i kommunerna och den samverkan som behöver ske med regioner, kan det kanske vara bra att också ställa detta krav på kommunerna även i Hälso- och sjukvårdslagen. Det skulle kunna gynna och underlätta regionernas eget arbete i dessa frågor, i samverkan med kommunerna, om den andra huvudmannen, i större utsträckning än vad som nu förefaller vara fallet tillser att specifika utbildningar och övningar i kommunerna kopplat till hälso- och sjukvårdsfrågor genomförs.

Sida 719–720
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att MSB:s ansvar och roll behöver förtydligas och stärkas i förhållande till de andra myndigheterna - någon myndighet bör i större utsträckning ta ansvar för helheten, och detaljerna för att underlätta regionernas och kommunernas arbete med utbildning och övning, samt förbättra hälso- och sjukvårdens beredskap.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att en tydligare ansvarsfördelning mellan myndigheterna i frågor om hälso- och sjukvårdens beredskap är mycket viktig för att på ett adekvat sätt kunna hantera frågorna – både i fredstid men framför allt vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Av remissen framgår att det finns en otydlighet kring MSB:s ansvar i förhållande till andra myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, åtminstone redovisas en mycket komplex bild över ett system med överlappande ansvarsförhållanden. I remissen står det att ”Av instruktionen kan man sluta sig till att MSB:s ansvar tar vid där andra myndigheters ansvar slutar. Detta är på sätt och vis en utmanande skrivning som kräver god insikt i vilket ansvar andra myndigheter har”. Det står också att ”Myndigheten, MSB (vår anmärkning) ansvarar för att utbildning och övningar kommer till stånd inom myndigheternas ansvarsområde.”

I fredstid kan det vara tillräckligt komplicerat att driva frågor om utbildning och övning inom katastrofmedicin samt smitta och hälsohot om flera myndigheter har egna överlappande ansvarsområden för detta. Vid fredstid och höjd beredskap, när samhället är under en större stress, finns det sannolikt skäl att tro att det försvåras ytterligare.

9.2.1 Det saknas kvalitetssäkrat nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial

Sida 738–739

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det finns goda anledningar till att återinföra nationellt sammanhålla utbildningar och övningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningen redovisar att Socialstyrelsen fram till och med 2013 tillhandahöll nationella utbildningar i katastrofmedicin som vände sig till regionerna. I syfte att säkerställa enhetlighet och god kvalitet på utbildningar som rör katastrofsituationer och minska variationen på den kunskap som finns hos regionerna i frågorna - vilket i utredningen uttrycks som ett problem - förefaller detta vara en resolut väg framåt.

En nationellt sammanhållen plan som utredningen föreslår, som stödjer kommuner, regioner och andra vårdgivare i den utbildning som behövs för att klara hälso- och sjukvårdens uppgifter vid händelser med många svårt skadade eller sjuka och vid katastrofsituationer, kan vara en del av eller ett komplement till återinförandet av nationellt sammanhållna utbildningar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att de pågående omvärldshändelserna i vårt närområde, också med emfas styrker behovet av att staten behöver agera än mer robust i dessa frågor - nationellt samordnade utbildningar kan vara det rätta verktyget.

9.3 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning

Sida 745–749

Hälso- och sjukvårdsnämnden instämmer med utredarens förslag att katastrofmedicin ska införas som en obligatorisk del i sjuksköterske- och läkarutbildningarna. Idag ingår det som obligatorisk del i vissa specialistsjuksköterskeprogram. Det bör övervägas om fler hälso- och sjukvårdsutbildningar ska omfattas av att katastrofmedicin införs som en obligatorisk del.

10 Smittskydd och hälsohot

10.2.4 Högisoleringsenheternas uppdrag behöver formaliseras

Sida 786

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att utredningen lämnar arbetet men att sy ihop ett ”nationellt” ansvar för högisolerad vård till Socialstyrelsen. I andra hand pekar man på att en struktur bör skapas utifrån överenskommelser mellan regionerna. Arbetet med att få till ett samlat arbete med högisoleringsvård har pågått flera år. Kanske behöver Utredningen tydligare poängtera nödvändigheten av att processen för nationellt högspecialiserad vård är mycket viktigt, och bör påskyndas, för att säkerställa svensk beredskap att hantera högsmittsamma patienter

10.2.3 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin

Sida 792

Hälso- och sjukvårdsnämnden kan sälla sig till Utredningens tolkning att det är en generell reglering av kostnadsansvaret för pandemivaccin då det blir otydligt och onödigt komplicerat om inköp av pandemivaccin ska särskiljas beroende på vilken pandemi det gäller.

Utredningen skriver i 10.3.1 att ”*De skäl som gör sig gällande för att staten bör ansvara för kostnaderna för inköp av pandemivaccin gäller oavsett vilken sorts pandemi det är fråga om. Utredningen har därför tolkat uppdraget som att det är en generell reglering av kostnadsansvaret för pandemivaccin som vi har att lämna förslag till.*”

10.3.1 Utredningens tolkning av direktiven

Sida 795

Hälso- och sjukvårdsnämnden att det blir mer oklart om Utredningen har kvar definitionen av uppdraget från sida 792 i slutsatsen på Sida 795. På sida 795 verkar tolkningen igen alltså bli att man ska särskilja pandemivaccin från influensavaccin. Enligt regionen borde förslaget koncentreras på, oavsett vilken sorts pandemi det är, att staten ansvaras för uppköp av pandemivaccin så länge den aktuella pandemin kräver vaccin och att detta ansvar upphör först när pandemin är avblåst av WHO.

På sida 795 skriver dock Utredningen att ”*Om ett vaccin mot en pandemisk sjukdom i ett längre perspektiv bör erbjudas till hela eller delar av befolkningen, likt t.ex. influensavaccin, anser utredningen att det bör hanteras på samma sätt alternativt som ett allmänt eller särskilt vaccinationsprogram.*”

10.3.3 Utredningens förslag

Sida 796

Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer utredningens syn på att regleringen i smittskyddslagen bör ske som en ny 7 kap. 4 b § och inte kopplas samman med nationellt vaccinationsprogram i 2 kap. 3d §, 3e § eller med kraven på minskad risk för smittspridning enligt 7 kap. 1–2 §§.

Sida 795

Hälso- och sjukvårdsnämnden undrar vilka övriga vaccin som utredningen avser med att ”*Regionerna har kvar ordinarie kostnadsansvar för övriga vacciner som kan behöva ges med stöd av smittskyddslagen inom ramen för ordinarie hälso- och sjukvård.*” Meningen är dock oklar.

10.4.1 Planering av sjukvård och omsorg vid karantän

Sida 797

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är oklart vad utredningen vill säga med 10.4.1 ”*Regioner och kommuner behöver säkerställa sin förmåga att upprätthålla karantänsverksamhet i enlighet med lagen om internationella hot mot människors hälsa*.” Nu är det ju bara smittskyddsläkare som kan ta karantänsbeslut och inte kommunerna. Däremot har ju kommunerna ett ansvar för de som vistas i kommunerna enligt socialtjänstlagen. Smittskyddsläkaren i Region Stockholm ser däremot problem när det gäller karantänsbostäder. Arlanda flygplats är ett vändkors där en stor del av Sveriges befolkning mellanlandar och alltså kan bli aktuella för karantän. Smittskyddsläkaren anser därför att karantänsbostäder borde vara ett nationellt ansvar och inte ett regionalt ansvar. Vården på flygplats eller i karantänsbostäder är däremot en annan sak och är regionens ansvar.

11 Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

11.1.1 Prehospital sjukvård och prehospital akutsjukvård

Sida 812

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det spelar stor roll vilken kompetens personalen har av att arbeta i komplicerade vårdmiljöer under svåra omständigheter.

11.1.2 Regionernas ansvar för sjuktransporter

Sida 813

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att en generellt stor tyngd ges på att ambulanssjukvård är en transportverksamhet och inte en vårdverksamhet. Det är en förlegad syn på verksamheten som mest speglar att gällande författningar och lagstiftningar inte hängt med i vårdens utveckling och senaste 10–15 åren. Stycket lyfter dock en viktig aspekt att ambulanssjukvård är den vård som bedrivs i eller i anslutning till ambulansen, vilket också är en aspekt att beakta när vi talar om det prehospitala uppdraget.

11.1.3 Stöd för prehospital akutsjukvård

Sida 822

Hälso- och sjukvårdsnämnden instämmer i att Social styrelsens föreskrifter bör ses över i sin helhet för att passa in i hur den prehospitala vården ser ut

i dag. Stycket bör nämna det arbete som pågår hos Socialstyrelsen med att se över författningen SOSFS 2009:10.

11.2 Prioritering, dirigering och samverkan kring transporter
Sida 832
Hälso- och sjukvårdsnämnden instämmer i bedömningen. Region Stockholm arbetar idag efter denna modell och erfarenheterna från pandemivågorna visar tydligt på samordningsvinsterna i en tät organisation för de vägburna resurserna och prioritering- och dirigeringstjänsten.

11.2.1 Alarmering, prioritering och dirigering
Sida 833
Hälso- och sjukvårdsnämnden delar uppfattning av utredningens beskrivning av SOS Alarms tjänster och brister.

11.2.5 Avsaknad av nationella standarder för sjuktransporter försvårar samverkan
Sida 853
Hälso- och sjukvårdsnämnden saknar SIS Standard SS-EN 1789:2020 för vägburen ambulans som är en europeisk standard för hur fordon och bårsystem skall vara utformade. Det finns samordningsvinster med gemensamma normer, men dessa får inte hindra utveckling av den prehospitala vården.

11.4 Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten
Sida 872
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att förslaget att staten skall ersätta regionerna för insatser i samverkan med Sjöfartsverkets verksamhet är korrekt. Detta är viktigt då det nu verkar åligga regionerna att utrusta statliga helikoptrar med komplicerad och dyr medicinteknisk utrustning samt utbilda personal för uppdraget.

12 Försvarsmaktens hälso- och sjukvård
Sid 916
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att även föreskriften revideras så att ambulanssjukvårdare får bereda och administrera vissa läkemedel även i fredstid.

13 Författningsberedskap
13.2 Allmänt om vårdkvalitet och patientsäkerhet
Sid 940

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att även patientsäkerhetslagen ska vara med i uppräkningen av lagar.

13.2.1. Vårdprinciper, etik och prioriteringar

Sid 942
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att remissversionen; Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig, kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap blir starkt rådande.

13.3 Bestämmelser för hälso- och sjukvården som kan vara svåra eller olämpliga att upprätthålla vid en katastrof

13.3.2 Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

Sid 955
Hälso- och sjukvårdsnämnden kan konstatera att Vårdgarantin inte fungerar ens i normaldrift.

Sida 956
Hälso- och sjukvårdsnämnden instämmer med att krav ska kunna ställas i förhållande till situationen och att prioriteringar och kvalitetsnivå kan behöva ses över vid kris. Förväntningar kan annars bli omöjliga att leva upp till.

Sid 957
Hälso- och sjukvårdsnämnden saknar beskrivning av hur patientsäkerhetslagen påverkas av förstärkningsläge.

Sid 964
Hälso- och sjukvårdsnämnden saknar en beskrivning av risker och konsekvenser då regeringen eller utsedd ska kunna ta beslut om katastroftillstånd. Risk finns även att hamna i konflikt med ansvars/närhetsprincipen.

13.3.5 Utredningens bedömningar och förslag

Sid 960 – 968
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta att katastroftillstånd gäller i den drabbade regionen har tydligt mandat och förmåga till beslutsfattande.

14 Konsekvenser av utredningens förslag

14.1 Kostnader för brister i dagens beredskap

Sida 968

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är viktigt att särskilja på de kostnader som faller på region, kommun respektive staten.

14.2 Finansieringsförslaget är otydligt
Sida 974
Hälso- och sjukvårdsnämnden delar i huvudsak utredningens slutsatser. Vad beträffar ändrat finansieringsansvar bör detta finansiera av staten genom först och främst de generella statsbidragen som utgör en permanent finansiering av mer permanenta åtaganden.

14.6 Forskning, utbildning och övning
Sida 1001–1003
Hälso- och sjukvårdsnämnden vill påtala att examensmålen för berörda utbildningar redan idag är omfattande i relation till utbildningarnas längd. För sjuksköterskeutbildningen förväntas också andra förslag på nya och justerade examensmål från den pågående utredningen om utbildning som leder till sjuksköterske- respektive barnmorskeexamen. För den nya sex-åriga läkarutbildningen kommer också flera nya delar in som tidigare ingått i allmäntjänstgöringen (AT). Om katastrofmedicin införs som en obligatorisk del av utbildningarna behöver examensmålen i övrigt anpassas för att rymma det nya momentet. Om examensmålen ständigt utökas utan sådan anpassning finns en påtaglig risk att studenternas lärande inom centrala områden blir alltför ytligt med lägre kunskapsnivå och beredskap för yrket som följd.

Hälso- och sjukvårdsnämnden stödjer förslaget att Socialstyrelsen uppdras att tillsammans med ett flertal referensgrupper ta fram och fastställa en övergripande utbildningsplan med utbildningsmål för katastrofmedicin. Genom detta säkerställs likartad omfattning och samstämmighet av innehåll i utbildningen. Dock inskränks lärosätenas frihet att själva styra över sina kursplaner, men då katastrofmedicin är av särskilt nationellt intresse anser förvaltningen att det kan vara motiverat.

14.7 Smittskydd och hälsohot
Sida 1004
Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det är viktigt att påskynda Socialstyrelsens utredning av utredningens tre kvarvarande områden; att analysera var förmågan att hantera och omhänderta högsmittsamma patienter, att rättsligt reglera statens ansvar för försörjning och finansiering av vacciner vid influensapandemier samt analys om det finns ytterligare särskilda förmågor inom området smittskydd och hälsohot.

Det tredje området för analys avsåg om det finns ytterligare särskilda förmågor inom området smittskydd och hälsohot får inte heller något förslag från utredningen, men pekar ändå på behov av bättre planera för karantänsättning. Skulle detta uppdrag ha kunnat adresseras Folkhälsomyndigheten i samarbete med de regioner som har karantänshamnar/flygplatser?

14.8 Sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

Sida 1006

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att nationell utbildningssamordning och plan kommer att underlätta samverkan nationellt och är ett bra stöd för regionerna. Samverkan med andra aktörer så som räddningstjänst är nödvändigt i samverkan på större olyckor och katastrofer.

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

2022-04-26

Dnr K 2022-2901
RS 2022-0277

Regionledningskontoret
Registraturen
Box 22550
104 22 Stockholm

Remissyttrande avseende Slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)

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). Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska) har givit remissyttranden till dessa.

Slutbetänkandet syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap och kompletterar de tidigare delbetänkandena.

Karolinska Universitetssjukhuset tillstyrker slutbetänkandets huvudinriktningar.

Generella synpunkter och kommentarer

Utredningen fokuserar på det statliga ansvaret samtidigt som kommuner och regioner svarar för hälso- och sjukvården i hela hotskalan. Ett sammanhängande planeringssystem för totalförsvaret behöver komma på plats. Den finansiella uppdelningen med regionens ansvar att planera och hantera fredstida händelser och statens ansvar att finansiera och planera civilförsvaret bidrar till gränsproblematik. Ett tydliggörande av det statliga ansvaret med tillhörande planeringsanvisningar och kopplade medel välkomnas. I plan- och budgetberedningen måste regionerna aktivt medverka för att samtidigt och därtill säkerställa planeringsförutsättningarna i rimlig tid för hälso- och sjukvårdens aktörer.

En strukturell uppdelning inom dels beredskapssektorsansvaret och dess samverkan och samordning inom hälso- och sjukvården, dels genom civilområden (motsvarande sjukvårdens universitetssjukvårdsindelning) inom totalförsvaret, såsom föreslagits i Struktur för ökad motståndskraft SOU 2021:25 välkomnas. Detta skulle bidra till att tydliggöra universitetssjukhusens roll inklusive rollen för regioner med universitetssjukhus inom civilförsvaret.

Kompetensuppbyggnad, forskning, utbildning och övning inom katastrofmedicin, krisberedskap och sjukvård i totalförsvaret är områden som behöver öka i omfattning och är naturliga uppgifter för universitetssjukvården att bidraga med.
Även inom utredning och kunskapsåterföring av allvarliga händelser har

universitetssjukvården och de professionella nätverken en betydande roll i lärande och utveckling inom katastrofmedicin. Den tidigare strukturen med Kamedo-rapporter under Socialstyrelsens ledning var exempel på detta.

Särskilda synpunkter

Del 1
4 Utmaningar för hälso- och sjukvården i kris och krig
Sida 184
Karolinska välkomnar och ser värdet av en högre regional nivå (= sjukvårdsregioner med universitetssjukhus).

4.1.6 Planeringsunderlag på hälso- och sjukvårdsområdet
Sida 236
Karolinska ser att risk- och sårbarhetsanalyser, som idag endast omfattar extraordinära händelser i fredstid, behöver kompletteras med alla händelser som allvarligt försämrar förmågan att upprätthålla hälso- och sjukvård. En enhetlig metod användbar på ner på sjukhus- och verksamhetsnivå behöver tas fram.

4.1.7 Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering
Sida 237
Karolinska önskar se ett skyndsamt uppdrag att analysera det pågående kriget i Ukrainas effekter avseende skadepanoraman och volymer av skadade.

4.2.6 Den civila sjukvårdens stöd till Försvarsmakten och samordning av sjukvården i totalförsvaret
Sida 308
Karolinska ser behov av konkretisering för att tydliggöra förväntningarna på sjukvårdens aktörer. Den nationella planeringsprocessen för totalförsvaret behöver omfamna detta tillsammans med den regionala planeringen inför förhöjd beredskap.

5.2.2 Erfarenhetsåterföring
Sida 402
Karolinska anser att Socialstyrelsens arbete med katastrofmedicinska observationsstudier (Kamedo-rapporter) bör återupptas. Återföringen till vårdverksamheterna kan bland annat säkras genom bland annat akademiska kunskapscentra och involvering av ”key opinion leaders” inom professionen. Rollen beredskapsöverläkare bör övervägas inom varje region som kunskapsbärare och kunskapsspridare.

Del 2
6.1 Förmåga att möta plötsligt ökande kapacitetsbehov
Sida 447-449
Karolinska ser att vid längre perioder med masskadeutfall behöver vården ställas om. Det är oklart om en fördubbling av vårdplatser jämfört med normalläge är en rimlig ambitionsnivå. Det står dock klart att kompetens från privata vårdgivare med kompetens inom anestesi, kirurgi och ortopedi behöver förstärka den offentliga sjukvården i civilförsvaret. Under

innevarande år med pandemi och halka klarade inte den offentliga vården det frakturkirurgiska skadepanoramat under flera veckor. En planering eller reglering av denna resursförstärkning behöver komma på plats.

6.2.1 Sjukvårdens beroende av informations- och kommunikationssystem samt digitalisering
Sida 453
Karolinska ser ett behov av förtydligande och vägledning av tillämpningen av "lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster", NIS-lagen.

6.2.2 Programmet sjukvårdens säkerhet i kris och krig
Sida 457
Karolinska ser ett omgående behov av att planera för säker vård i krig. Då den civila sjukvården ska bistå med den avancerade sjukvården till Försvarsmakten kommer troligen civila och militärer vårdas i samma miljöer. Det aktuella kriget i Ukraina respekterar inte att undanta sjukvårdsinrättningar som mål för krigsföringen. Regeringen behöver omgående initiera arbetet.

6.2.3 Robusta sjukhusbyggnaden
Sida 458
Karolinska anser att vårdbyggnader som avses användas skarpt under förhöjd beredskap ska planeras för och utvecklas mot guld eller minst silver-nivån i klassificeringssystemet från MSB i vägledningen "Den robusta sjukhusbyggnaden – en vägledning för driftsäkra sjukhusbyggnader" från 2021.

6.6.4 Blodverksamhet behöver upprätthållas
Sida 508
Karolinska anser att det behöver finnas beredskapslager på blodpåsar, reagens etc. Bristen i Ukraina och Sveriges begränsade förmåga att bistå manar sannolikt till åtgärd kopplat till kommentar 4.1.7.

7.2.6 Förstärkningsresurser för sjuktransporter
Sida 558
Karolinska välkomnar, i tillägg till diskussionen om ambulansflyg, Trafikverkets slutrapport om beredskapsflygplatser och ser därutöver värdet av helkopterlandningsplaster vid samtliga akutsjukhus.

9.1.1 Ansvar för utbildning och övning finns på flera nivåer
Sida 718
Karolinska anser att nationellt utbildningscurriculum bör omfatta hela hotskalan inom katastrofmedicinsk utbildning och övning.

9.1.2 Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal inom katastrofmedicin och krisberedskap idag
9.3 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildningar
Sida 725-749

Karolinska anser att utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal behöver breddas och i huvudsak baseras på nationellt curriculum. Ämnet finns idag som fristående kurser, men är inte längre obligatoriskt i vare sig grundutbildning eller vidareutbildning för läkare och endast en del i utbildningen för specialistsjuksköterskor inom anestesi- och ambulanssjukvård. Socialstyrelsen bör tillsammans med flera referensgrupper inom universitet och universitetssjukvårdenheter fastställa en övergripande utbildningsplan.
Utredarens förslag att katastrofmedicin ska vara en obligatorisk del av sjuksköterske- och läkarprogrammen tillstyrks.

9.4 Forskning och kunskapscentrum
Sida 750
Karolinska anser att de av regeringen avdelade forskningsanslag inom katastrofmedicin ska vara sökbara i konkurrens och bedömas av ett katastrofmedicinskt vetenskapligt råd.

14.2 Finansieringsförslaget är otydligt
Sida 974
Karolinska delar utredningens slutsatser och ser att de statliga finansieringsbidragen behöver ske inom de generella statsbidragen för permanent finansiering av permanenta åtaganden. Regionernas tillkommande finansiering för krisberedskap behöver sammanflätas i uppdragen till vårdgivarna.

Beslut om detta yttrande har fattats av sjukhusdirektören på delegation av styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset. Yttrandet har föredragits av chefläkare Tomas Movin och samråd har skett med jurist Elin Callerfelt.

Beslutat dag som ovan

Björn Zoëga
Sjukhusdirektör