

2022-06-10

Gem 2022/0045

Till  
Socialdepartementet

## Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (dnr S2022/01247)

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss och vill framföra följande synpunkter.

### Sammanfattning

Vi i Läkarförbundet är positiva till en utveckling där Sverige gemensamt tar ett större ansvar vid krig och kris. Detta gäller vid planering, på utförandestadiet och hur vi utbildar framtidens läkare som kan få ansvar för människor som drabbas av katastrofer både här hemma och i vår omvärld. Regioner och kommuner måste garantera ett grundläggande stöd till varandra när kriget eller krisen kommer, under ledning och samordning av staten för en enhetlig reaktion mot det som hotar vår tillvaro. Nationell samordning är av stor betydelse, inte minst för försörjningsberedskap, kompetensförsörjning och fortbildning.

Sveriges läkarförbund vill betona en tillit till den medicinska professionen och att professionen är representerad när krisberedskapen planeras.

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

Läkarförbundet ställer sig positiv till förslaget. Vi önskar dock en komplettering avseende kommuners och regioners plan för samverkan och planering 3§ punkt 1:

Nuvarande lydelse ”Av planen ska särskilt framgå 1. hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och hur verksamheter ska samordnas”

Föreslagen lydelse: ”Av planen ska särskilt framgå 1. hur samverkan ska ske med aktörer på lokal, regional, nationell och, i relevanta fall, internationell nivå och hur verksamheter ska samordnas.

Motiv till ändringsförslaget: Vissa regioners sjukvårdsförvaltningar innefattar idag även internationella uppdrag varför även den delen av verksamheten behöver beaktas i planeringen av hälso- och sjukvård vid händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt katastrofer.

### 3.3 Totalförsvaret

Läkarförbundet ställer sig bakom att det krävs resurser för samordning och planering av totalförsvaret, men detta bör kunna genomföras inom befintliga förvaltnings- och myndighetsstrukturer.

Enligt utredningen bör totalförsvaret “under minst tre månader kunna hantera en säkerhetspolitisk kris i Europa och Sveriges närområde som innebär allvarliga störningar i samhällets funktioner samt krig under del av denna tid”. Läkarförbundet stödjer ett sådant beredskapsåtagande men finner det sannolikt att scenarier av denna typ varar betydligt längre än tre månader. Gränsen bör förlängas till 6–12 månader.

Vårdsystemet är redan idag ineffektivt och fallerar med avseende på tillgänglighet för patienterna (se Socialstyrelsens “Öppna jämförelser 2020”). En ökad motståndskraft över tid, där resurserna kommer så många som möjligt till del, kräver en ökad andel generalistsjukvård (primärvård och akutläkarbaserad akutsjukvård). Sverige har en låg andel vård baserad på generalister och en förhållandevis stor andel sjukhuscentrerad specialistvård.

Ur ett totalförsvarsperspektiv kan vården inte vara så slimmad som idag. Sverige behöver så många vårdplatser att det finns marginaler i vardagen och möjlighet att skala upp i kris. Över tid bör beläggningsgraden vara max 85 procent.

### 3.5 Hälso- och sjukvårdsområdet

Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) och Styrning för en mer jämlik vård (SOU 2019:42) har konstaterat att den professionella autonomin tar allt mindre plats i dagens vårdsystem och detaljstyrning blockerar inte sällan effektiva processer och motverkar systemtänkande. I början av covid-19 pandemin var det just den professionella autonomin som möjliggjorde den snabba omställningen av Sveriges vårdssystem.

Kliniskt verksamma läkare och ledningsgrupper inom akutmottagningar, intensivvården och primärvården anpassade under pandemin sitt arbetssätt. Dessa enheter har själva den bästa kännedomen om sina flöden och sin verksamhet. Att invänta detaljstyrning, förvaltning eller andra regionala samt nationella riktlinjer var inte möjligt eller försvarbart, med hänsyn till det akuta behovet. Även om det nu etableras mer konkreta handlingsplaner och riktlinjer inom ramen för en ökad krisberedskap, anser Läkarförbundet att den professionella autonomin är en av de viktigaste delarna i kristider. Den gör att kunskapen hos yrkesutövare i frontlinjen

kan tas till vara på bästa och snabbaste sätt. Detta leder till ökad resiliens, flexibilitet och maximerad kapacitet och effektivitet i sjukvårdssystemet.

Läkarförbundet välkomnar en fortsatt tydlig roll för den professionella autonomin inom krisberedskapen.

## **5.1 Bestämmelser om planering och 10.4 Särskilda förmågor för att möta hälsohot**

Driftsstörningar eller andra samhällssituationer kan kraftigt påverka vårdens förmåga att leverera vård, även om patienttillströmningen inte ökar. Utredningen beaktar förvisso väderfenomen och infektionsmässiga risker relaterat till klimatförändringar, men perspektivet kring störning av viktig infrastruktur såsom vatten, el, livsmedel och globala produktions- och leveranskedjor av sjukvårdsmaterial eller för vården annan viktig utrustning, behöver beaktas ytterligare.

### **5.1.2 Skyldighet att följa planeringsanvisningar, vidta åtgärder och lämna uppgifter avseende totalförsvaret**

Läkarförbundet anser att vården måste fungera under mer enhetliga och förberedda former vid händelsen av krig eller kris. Vi instämmer därför med utredningen att det bör vara en skyldighet för kommuner och regioner att lämna uppgifter som behövs för planeringen av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

## **5.3 Skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer i vården**

Läkarförbundet delar utredningens mening att kommuner och regioner ska ställas inför en lagstadgad skyldighet att hjälpa varandra vid katastrofer i vården. Frivillig basis bör vara den första rådande ordningen vid händelse av kris eller krig, men staten ska kunna beordra ett större ansvarstagande. Ett sådant system behöver säkerställa att regionerna inte undanhåller information i sin rapportering för att kunna slippa undvara resurser.

Det vore rimligt att staten har möjlighet att beordra stöd även vid humanitära kriser eller miljökatastrofer, som riskerar att drabba enskilda kommuner eller regioner. Detta bör särskilt gälla vid händelse av katastrof längs gränsen mot våra grannländer.

Det bör också tydliggöras att privata aktörer kan tvingas att hjälpa till vid katastrofer.

## **6.1 Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov**

Möjligheten att skapa motståndskraft i ett sjukvårdssystem bygger på att de grundläggande funktionerna upprätthålls när det utsätts för påfrestningar. Masskador och traumatiska händelser i form av olyckor eller krig är en typ som framhävs tydligt av utredarna.

Läkarförbundet vill dock påpeka att flera andra händelser skapar olika typer av påfrestningar i sjukvårdssystemet. Dit hör översvämningar, nukleära/kemiska händelser och epidemier. Dessa och bör utredas och rapporteras enskilt.

Så som utredarna nämner är ett av målen att skapa en kraftsamling av resurser, s.k. surge capacity. En förutsättning för detta är att sjukvårdssystemet i normal drift har en buffert. Så långt som möjligt bör normal drift och normala prioriteringar upprätthållas vid påfrestningar, med en ökning av personalstyrkan och de tillgängliga vårdplatserna. Att bygga förmåga till kraftsamling i ett redan överbelastat sjukvårdssystem är inte möjligt.

Behoven kommer att skilja sig åt mellan regioner och det är viktigt att inte enbart nationella händelser möjliggör resurser till lokal/regional eskalering.

### **6.3 1177 Vårdguiden**

Sveriges läkarförbund välkomnar att utredningen framhäver vikten av att planera för avbrott i digital infrastruktur och användandet av denna vid påfrestningar. En katastrofberedskap måste dock ta hänsyn till vad som sker när de digitala systemen inte alls är tillgängliga. Hur ska man då säkerställa att alla invånare har samma möjlighet att komma i kontakt med sjukvårdssystemet? Det är hög risk att inte bara kommunikation utan även autentisering som 1177 är beroende av, upphör att fungera. Det finns även grupper och individer i samhället som inte har tillgång till eller möjlighet att använda denna teknologi.

När telefoni och digitala kontaktvägar till hälso- och sjukvården försämras kommer personer att söka sig direkt till alla typer av sjukvårdsinrättningar, framför allt akutmottagningar på sjukhus. Råd och information om tillgänglig hälso- och sjukvård måste gå att ta del av även genom mycket enkla medel, t ex information via radio.

### **6.4 Beroenden till privata aktörer**

Sveriges läkarförbund välkomnar att utredarna lyfter fram att de privata aktörernas roll under höjd beredskap behöver förtydligas och regleras. Även privata vårdgivare ger i stor utsträckning avancerad vård som slutenvård och kirurgi. Hur dessa resurser kan fördelas i kris och krig behöver i detalj klargöras.

### **6.5 Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser**

Läkarförbundet välkomnar att CBRN-beredskapen lyfts fram och att konkreta rekommendationer för regioner och kommuner tas fram. Vi vill belysa att krav även bör ställas på utbildning och samverkan inom berörda verksamheter.

### **7.1 Förstärkningsresurser i regioner och kommuner**

Läkarförbundet vill lyfta fram två punkter, som vi anser behöver betonas särskilt:

1. Beredskapsarbetet måste ta sin utgångspunkt i vilka förmågor vi som nation anser att våra sjukvårdsorganisationer som helhet bör besitta i ett givet ögonblick. Detta gäller exempelvis frågor om lagerhållning av material, där vi nu ser en snabb återgång till just in time-leveranser på många håll trots de färskas erfarenheterna från pandemin, liksom för personalförsörjning, samarbete med angränsande delar av samhället etc.

Det är positivt att ett nationellt arbete påbörjats kring Sveriges försörjningsberedskap. Det måste skyndsamt upprättas beredskapslager av grundläggande förnödenheter för hälso- och sjukvården, exempelvis i form av förbrukningsprodukter och grundläggande läkemedel.

Läkarförbundet anser att denna lagerhållning bör ske decentraliserat hos vårdgivarna, för att minska sårbarhet vid påverkade leveranskedjor, och för att tydliggöra de enskilda verksamheternas ansvar och engagemang i frågan.

På samma vis anser Läkarförbundet att det behöver utarbetas en modell för hur den redan i dagsläget hårt ansträngda sjukhusbaserade vården ska kunna avlastas i händelse av en långvarig ökning av belastning till följd av en kris. Detta behöver formuleras i mycket konkreta termer, exempelvis genom tvingande ansvar för kommunerna att bistå med att skapa ett visst antal beredskapsplatser för enklare dygnsvård i anslutning till särskilda boenden eller liknande verksamheter.

Pandemin har tydligt visat att hårda prioriteringar, snarare än tillskapande av nya resurser, har varit ett av vårdens främsta verktyg för att möta ett hastigt ökat inflöde av svårt sjuka patienter. Vid en framtida allvarlig kris kommer det vara mycket svårt att öka sjukvårdens personella resurser i en sådan omfattning att det kan kompensera för de ökade behoven. Snarare bör utgångspunkten vara att vi kommer ha något mindre personal som är disponibel, och att den personalens uppgifter behöver prioriteras mycket noggrant.

2. Läkarförbundet delar bedömningen att kunskaperna om arbete på skadeställen behöver stärkas i sjukvårdsorganisationerna. Det behövs ett förtydligande om detta i lag eller föreskrift för att få till stånd utbildningar och övningar.

## **7.2 Nationella möjligheter att förstärka hälso- och sjukvårdens förmåga**

Läkarförbundet välkomnar ett förtydligande kring hur Socialstyrelsens expertgrupper kan användas. Det saknas akutsjukvårdskompetens inom flera expertgrupper.

Utredningen gör bedömningen att den nationella förmågan till medicinsk evakuering behöver ses över av myndigheterna. Läkarförbundet vill understryka att det, eftersom Svenska Nationella Ambulansflyget är avvecklat, är angeläget att skyndsamt utreda luftburen evakueringsmöjlighet från utlandet och KSA:s (Kommunalförbundet svenskt ambulansflyg) möjligheter att bistå vid kortare flygningar. Läkarförbundet välkomnar att rutiner tas fram om hur regioner kan samverka med Försvarsmakten och Sjöfartsverket avseende deras transportresurser.

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

Sveriges läkarförbund tillstyrker utredningens förslag/bedömning gällande stödstyrkor till katastrofområden utomlands. Läkarförbundet vill dock tillägga att det är viktigt med medicinsk professionell representation i arbetet med implementering av lagen, i framtagande av villkor för beredskapsorganisation för stödstyrka samt i associerade utbildningsaktiviteter.

För den läkare som vill göra en utlandsinsats för en annan uppdragsgivare än sin ordinarie arbetsgivare, bör möjligheterna till tjänstledighet förbättras. Det är då också viktigt att åtgärda ev. negativa effekter på försäkringsskydd och tjänstepension.

## 8:2 Metoder för att öka personalresurser

Utredningen fastslår att en god grundbemanning är centralt för att kunna öka sjukvårdens insatser i krig och civila kriser. Sveriges läkarförbund håller med och vill understryka att en viktig faktor i att sjukvården kan upprätthålla en god grundbemanning är ett gott ledarskap med hög medicinsk kompetens. Att som utredningen beskriver snabbutbilda frivilliga till enklare sysslor, kan bara delvis öka personalkapaciteten.

## 8:3 och 8:4 Förslag för en bättre personalförsörjning för hälso-och sjukvården i fredstida kriser och krig

Sveriges läkarförbund bifaller förslaget om särskilda beredskapskontrakt och vill understryka att en viktig faktor i tillskapande av sådana kontrakt, är medverkan av företrädare för Läkarförbundet och ett ledarskap med hög medicinsk kompetens.

### 9.1.1 Ansvar för utbildning och övning finns på olika nivåer

Utbildnings- och övningsinsatser prioriteras ofta bort i redan pressade verksamheter. Läkarförbundet anser att regionernas ansvar för den kontinuerliga fortbildningen inom området behöver förtydligas i lag eller föreskrift.

## 9.2 Nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial i katastrofmedicin behöver tas fram och förvaltas

Läkarförbundet delar bedömningen att det finns ett behov av en nationellt sammanhållen plan för övning och utbildning inom katastrofberedskap. Det är mycket viktigt att arbetet med planen sker under medverkan av representanter för de berörda verksamheterna samt expertis inom de olika delområden som kommer i fråga. Den viktigaste funktionen för en nationell plan är att normera kravnivåer för olika verksamheters beredskap och funktioner, inte att ange detaljerade lösningar. För att säkerställa att de regionala/kommunala lösningarna lever upp till de normerade nivåerna behövs en löpande tillsynsverksamhet.

### 9.2.3 Det finns etablerade strukturer för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård

På flera ställen i betänkandet tycks det finnas en semantisk sammanblandning mellan katastrofmedicin, som främst är ett akademiskt forskningsfält och inte en medicinsk specialitet, och den krisberedskap som behöver genomsyra alla kommunala och regionala verksamheter som har vård- och omsorgsuppdrag.

Krisberedskap inom vården är större än fältet katastrofmedicin. Detta ligger även i linje med de övergripande juridiska förhållandena som reglerar beredskap för krig/kris i Sverige, dvs att en aktör som i fredstid ansvarar för en funktion även ansvarar för denna funktion vid krig/kris. Det är följaktligen ologiskt att begränsa frågor som rör den generella beredskapen inom vården till ett så snävt begrepp som katastrofmedicin. Snarare tycker vi att termerna "sjukvårdsberedskap" eller "hälso- och sjukvårdens beredskap" bör användas.

### 9.3 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning

Punkten om att införa katastrofmedicin som del i grundutbildningen ser vi som positiv, men det mål i examensordningen som utredningen föreslår<sup>1</sup> kan behöva justeras eftersom det är orimligt att direkt efter läkarexamen kunna bedöma hela grupper av patienter.

Det är bra att utredningen föreslår att Socialstyrelsen får ansvar för att konkretisera utbildnings- och övningsplaner samt att bibehålla dessa inom prioriterade områden. Läkarförbundet förutsätter att ett sådant prioriterat område är beredskap för CBRN-incidenter i kärnkraftslänen.

Förslaget om att stärka kunskap om katastrofmedicin och sjukvårdens beredskap i läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen behöver nyanseras och förtydligas. Nivåindelning av kunskaperna på grundnivå respektive avancerad nivå inom specialistutbildningarna både för läkare och sjuksköterskor bör göras. De föreslagna examinationsnivåerna på grundnivå är mycket högt ställda.

Även här är det olyckligt att begränsa sig till begreppet katastrofmedicin. I stället bör detta formuleras som att kunskap om sjukvårdens beredskap vid kris/katastrofer och krig bör utgöra ett återkommande inslag i läkares och sjuksköterskors grundutbildning, och att beredskapsaspekten exempelvis bör belysas i alla kurser som på något sätt rör ämnen, företeelser eller kliniska verksamheter som kan komma att beröras vid kris/krig. Detta ligger i linje med det aktuella kunskapsläget på området, som tydligt visar att återkommande

---

<sup>1</sup> Utredningens förslag till nytt mål i examensordningen är "studenten ska visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd liksom att initialt prioritera och behandla tillstånd under katastrof och masskadesituationer, samt visa förmåga att tjänstgöra i sjukvårdsorganisationen för katastrof och masskadesituationer", SOU 2022:06, s 749.



träning/övning och tillvänjning till ett tänkande som rör beredskap har betydligt större effekt än isolerade, koncentrerade inslag.

Att göra denna förändring av kunskapsmålen för grundutbildningen ska vara obligatorisk och det behöver finnas ett slutdatum för implementeringen. Nationell samordning av förändringar i grundutbildningen är av stor vikt, liksom regelbunden utvärdering.

#### **9.4 Forskning och kunskapscentrum**

Läkarförbundet delar bedömningen att forskning inom området är angelägen. Vi anser dock, i enlighet med vår kommentar till kapitel 9.3, att det är olyckligt att utgå från det akademiska ämnet katastrofmedicin som avgränsning. Forskning som rör vårdens förmåga att hantera kris/katastrofer och krig bör rymmas som en naturlig del av forskningen även inom andra discipliner, och vi tror att detta förhållandevis enkelt stimuleras genom att uppdra åt statliga forskningsråd att göra riktade utlysningar av forskningsmedel för forskning som rör kris/katastrof/krig även inom övriga medicinska discipliner.

Satsningar med en liknande grundtanke finns redan i dagsläget, exempelvis Vetenskapsrådets utlysningar för att minska användningen av försöksdjur i medicinsk forskning, där forskare oavsett akademisk hemvist kan söka medel under förutsättning att syftet är att reducera användningen av försöksdjur. På samma sätt bör exempelvis Vetenskapsrådet kunna ges i uppdrag att göra breda utlysningar som möjliggör finansiering av relevanta projekt inom åtskilliga medicinska domäner och främst utgående från en vetenskaplig bedömning av projektens kvalitet och relevans. Vi vill också framhäva vikten av att stödja internationella forskningssamarbeten då forskning om katastrofer med all tydlighet är global. Att vikta mycket fokus mot lokal och nationell forskning riskerar att försvåra möjligheten till internationellt utbyte och lärdomar.

#### **11.2 Prioritering, dirigering och samverkan kring transporter**

Alarmeringsfunktionen är kritisk vid kris eller förhöjd beredskap. Dagens konstruktion, där den nationella alarmeringsfunktionen är förlagd till ett bolag, innebär att alarmeringsfunktionen inte är en aktör i offentlig förvaltning, att offentlighetsprincipen inte gäller och att samverkan försvåras. Läkarförbundet vill se en förnyad översyn av den nationella alarmeringsfunktionen.

Läkarförbundet välkomnar förslaget att tillsätta en utredning av ökad samordning av luftburna transporter inom Sverige, då helikoptrar och flygplan kan ha överlappande funktion vid uppdrag. Det är tydligt att det kommunala självstyret och avsaknaden av nationell styrning kring framför allt luftburna patienttransporter är ineffektiv och leder till ojämlig vård, särskilt då det saknas nationella standarder för vården vid luftburna patienttransporter.



### 11.3 Hälso- och sjukvårdens samverkan med räddningstjänst

Läkarförbundet anser att det behövs nationella standarder för det medicinska omhändertagandet vid räddningsinsatser, liksom vid prehospital akutsjukvård i anslutning till ambulans.

## 13 Författningsberedskap

Utredningen föreslår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna besluta att katastroftillstånd gäller i en drabbad kommun eller region.

Läkarförbundet tillstyrker förslaget så länge biståndet till andra regioner/kommuner inte på ett allvarligt sätt inverkar menligt på den givande regionens/kommunens egen förmåga att ge vård. Det är viktigt att läkare med kompetens på området är med och gör dessa bedömningar.

Läkarförbundet instämmer med utredningen om att den grundläggande etiken är densamma i katastrof och krig, även om förutsättningarna att bedriva vård kommer att vara annorlunda.

### 14.6.3 Forskning och kunskapscentrum

Utredningen skriver att Socialstyrelsen ska behålla ett starkt inflytande över styrningen av forskningen om katastrofmedicin. Läkarförbundet anser att det för denna forsknings trovärdighet och kvalitetssäkring är avgörande att även den bedöms och värderas enligt rådande praxis för medicinsk vetenskaplig forskning.

Med vänliga hälsningar

*Sofia Rydgren Stale*  
Avsändarens titel/avdelning  
Sveriges läkarförbund

*Therese Wallqvister*  
Utredare  
Avdelningen för politik och profession

therese.wallqvister@slf.se  
Telefon 08-790 0000