

Rättsavdelningen  
Camilla Damell  
Camilla.damell@socialstyrelsen.se

Regeringskansliet  
Socialdepartementet  
s.remissvar@regeringskansliet.se

## **Socialstyrelsens yttrande över betänkandet – Hälsa- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)**

Socialdepartementets diarienummer: S2022/01247

### **Övergripande synpunkter**

- Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att införa nya planeringsbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som ska ersätta den nuvarande bestämmelsen om regionernas planering för katastrofmedicinsk beredskap och att det införs motsvarande planeringsskyldighet för kommunernas hälso- och sjukvård. Vidare ställer sig myndigheten positiv till att det införs en skyldighet för kommuner och regioner att särskilt beakta behovet av gemensam planering.
- Socialstyrelsen tillstyrker att det i HSL införs en definition av vad som avses med en katastrof i hälso- och sjukvården. Myndigheten avstyrker dock själva definitionen och anser att en katastrof bör definieras som en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra *omedelbar vård* med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna.
- Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att ett sammanhängande planeringssystemet för totalförsvaret måste involvera regioner och kommuner. Utredningen har lämnat förslag till reglering i HSL som innebär att endast hälso- och sjukvården knyts till ett planeringssystem. Myndigheten är tveksam till att det skapas en särreglering för totalförvarsplanering som bara omfattar hälso- och sjukvård och inte de andra områdena inom beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg. Socialstyrelsen anser därför att det i den fortsatta beredningen bör övervägas om inte de föreslagna planeringsbestämmelserna för totalförsvaret lämpar sig bättre för en reglering i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH).

- Socialstyrelsen är positiv till att det skapas en enhetlig, tydlig och sammanhängande struktur för totalförvarsplanering i regioner och kommuner och för de statliga myndigheterna. Utredningens förslag om att inrätta ett beredskapsråd vid Socialstyrelsen kan utgöra en viktig länk mellan den statliga och regionala planeringen för totalförsvarets sjukvård, men även för sjukvårdens beredskap. Socialstyrelsen vill dock betona att det är angeläget att i den fortsatta beredningen beakta den nya strukturen för totalförsvaret som är under uppbyggnad så att den får en enhetlig utformning.
- Socialstyrelsen är positiv till att det införs en lagreglerad skyldighet för regioner och kommuner att lämna hjälp om en region eller kommun drabbats av en katastrof. Vad gäller utredningens förslag om att staten ska besluta om hjälp anser Socialstyrelsen att sådana beslut på nationell nivå bör fattas av regeringen. Ett beslut om hjälp bör fattas med grund i en samlad analys och prioritering av resurser mellan olika områden/sektorer. Varje beredskapsansvarig myndighet bör bidra med beslutsunderlag och ha mandat att samordna hjälpen. Även beslut om att katastroftillstånd råder i region eller kommun bör enligt Socialstyrelsens mening fattas av regeringen. Ett beslut om katastroftillstånd innebär enligt utredningens förslag att undantag från gällande lagbestämmelser medges. Ett sådant beslut bör inte fattas av en myndighet. I likhet med vad myndigheten anfört om problematiken med en särreglering av totalförvarsplanering för hälso- och sjukvård bör även de förslagna bestämmelserna i 16 a kap. 1-7 §§ HSL i den fortsatta beredningen övervägas att regleras i LEH.
- Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att det bör göras en översyn av rapporteringsbestämmelserna i LEH. Vid en sådan översyn bör även de bestämmelser om regioner och kommuners uppgiftsskyldighet avseende totalförvarsplanering och inför beslut om hjälp övervägas att införas i LEH.
- Socialstyrelsen anser att utredningen lämnar viktiga förslag som behövs för att hälso- och sjukvården i Sverige ska vara rustat för att kunna erbjuda befolkningen sjukvård i både fredstida kriser samt vid krig. Det hade dock varit önskvärt om utredningen mer djupgående analyserat tillsynens roll som ett av de viktigaste verktygen i den statliga styrningen. Utredningen har endast i begränsad utsträckning berört ämnet tillsyn och ansvarsutkrävande. Enligt Socialstyrelsen behöver tillsynens roll i hälso- och sjukvårdens beredskap tydliggöras.
- I den fortsatta beredningen behöver utredningens förslag förtydligas i förhållande till de uppgifter som statliga myndigheter får enligt de nya beredskapsförordningar som kommer att träda ikraft 1 oktober 2022. Roller, mandat och samarbete mellan de geografiskt områdesansvariga myndigheterna och beredskapsmyndigheter med sektorsansvar behöver bli tydliggjort.

- Utredningen lämnar flera förslag som innebär utökade och nya uppgifter för Socialstyrelsen. Myndigheten vill i sammanhanget framhålla vikten av att Socialstyrelsen tillförs medel som står i proportion till de utökade och nya uppgifter som åläggs myndigheten.

## Särskilt om vissa förslag

### 5.1 Bestämmelser om planering

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag om att införa nya planeringsbestämmelser i 7 kap. hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som ska ersätta den nuvarande bestämmelsen om regionernas planering för katastrofmedicinsk beredskap och att det införs motsvarande planeringsskyldighet i 11 kap. för kommunernas hälso- och sjukvård. Myndigheten önskar framhålla vikten av att förhållandet mellan planering utifrån smittskyddslagen och hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs. Det är oklart om den föreslagna planeringsbestämmelsen ska omfatta även nödvändiga smittskyddsåtgärder, t.ex. pandemiberedskap.

Vidare ställer sig myndigheten positiv till att det införs en skyldighet för kommuner och regioner att särskilt beakta behovet av gemensam planering. Socialstyrelsen anser dock att det blir ett för snävt fokus i bestämmelsen avseende behovet av planering endast för syftet att uppnå en sammanhängande vårdkedja. Uppgiften för kommuner och regioner bör vara att gemensamt planera så att vård kan prioriteras efter behov både i fredstid och vid krig. När det är brist på personal och andra resurser ställs extra stora krav på att personer får vårdinsatser på lämpligast vårdnivå. För att det ska bli möjligt förutsätts att det finns personal och andra resurser att tillgå för primärvården i kommuner och regioner för dem som är lämpligast att vårda i hemsjukvård i ordinärt boende eller på särskilda boenden för äldre eller i boendeformer för personer med funktionsnedsättning. Exemplet med vårdkedjor pekar på hur sjukhusens beslut påverkar behovet av primärvård och socialtjänstinsatser och det är en aspekt som behöver uppmärksammas i den gemensamma planeringen. Behovet av gemensam planering är dock avsevärt bredare vid sådana händelser som beskrivs i den föreslagna bestämmelsen i 7 kap. 2 § 2 HSL än det som punkten 3 i bestämmelsen omfattar, dvs. vårdkedjor. Socialstyrelsen anser att det inte är ändamålsenligt att begränsa den gemensamma planeringen på så sätt som utredningen har föreslagit och anser därför att den aktuella bestämmelsen behöver omformuleras. Planeringsbestämmelserna ska även innebära att kommuner och regioner vid sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering mellan regionen och kommunerna i regionen för att säkerställa att de samlade resurserna kan användas så optimalt som möjligt utifrån invånarnas behov.

#### *Definition av begreppet katastrof*

Socialstyrelsen tillstyrker att det i HSL införs en definition av vad som avses med en katastrof i hälso- och sjukvården. Myndigheten avstyrker dock själva definitionen och anser att en katastrof istället bör definieras som en situation i hälso- och sjukvården där resurserna är otillräckliga för att utföra *omedelbar*

*vård* med normala kvalitetskrav och där det inte heller är möjligt att inom kort tillföra de nödvändiga resurserna. I Socialstyrelsens termbank definieras en katastrof som en situation där resurserna är otillräckliga i förhållande till de akuta vårdbehoven och att belastningen är så hög att normala kvalitetskrav för medicinsk behandling inte kan upprätthållas, trots att förstärkande åtgärder har vidtagits. Liknande definition har myndigheten använt i det pågående arbetet med att ta fram kunskapsstöd för prioriteringar i katastrofer och krig. I kunskapsstödet är en katastrofsituation nära kopplad till att den högst prioriterade vården (ofta akuta och omedelbara vården) inte kan upprätthållas med normala kvalitetskrav. Socialstyrelsen anser att definitionen av katastrof i hälso- och sjukvården bör bindas till en mer avgränsad vårdverksamhet, så som läget i den akuta vården (omedelbara vården). Även om begreppet *vård som inte kan anstå* har en mer heltäckande ansats, så anser Socialstyrelsen att omedelbar vård är en tillräcklig indikator, som även ger viktiga fördelar. Myndigheten bedömer till exempel att ett mer avgränsat begrepp kommer att kunna leda till en snabbare bedömning av huruvida hälso- och sjukvården befinner sig i ett katastroftillstånd eller inte.

Den otydlighet som råder kring begreppet "*vård som inte kan anstå*" har tidigare lyfts av myndigheten<sup>1</sup> och Socialstyrelsen anser att det finns en risk att införandet av begreppet i den föreslagna bestämmelsen i HSL kommer att försvåra och öka komplexiteten i bedömningen inför ett beslut om katastroftillstånd i hälso- och sjukvården. Så som tidigare meddelats ligger svårigheten och komplexiteten i att i listor ange vilka diagnoser, tillstånd eller åtgärder som omfattas av begreppet. Begreppet har lyfts fram som problematiskt inte minst från ett medicinskt perspektiv, då bedömningen av vilken vård som kan vänta (*anstå*), måste avgöras i det enskilda fallet.

I det fall att regeringen väljer att gå vidare med utredningens definition av katastrof anser Socialstyrelsen att det tydligt behöver framgå av förarbetena att begreppet *vård som inte kan anstå*, i den föreslagna bestämmelsen i HSL, enbart avser begränsning av vårderbjudande i krisberedskapssammanhang. Det måste förtydligas att detta skiljer sig från när begreppet används i andra sammanhang som syftar till vårdbegränsningar för vissa persongrupper t.ex. asylsökande. De nationella prioriteringsprinciper och vägledningar som Socialstyrelsen förväntas ta fram kan inte utgöra vägledning för vårdbegränsningar till vissa persongrupper.

Oavsett vilket begrepp som i slutändan används i den föreslagna bestämmelsen behöver förarbetena innehålla en närmare konkretisering av vilken typ av vård som omfattas inom ramen för definitionen av katastrof.

### ***5.1.1 Ytterligare föreskrifter om planering och särskild larmfunktion***

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att det behövs ytterligare föreskrifter om planering och larmfunktion. Föreskrifterna bör enligt Socialstyrelsens uppfattning beslutas i förordning eftersom dessa innehåller skyldigheter för regioner och kommuner som är lämpliga att besluta om på en högre normeringsnivå än myndighetsföreskrifter. Myndigheten anser att utredningens förslag till förordning i huvudsak är bra, med följande tillägg.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens rapport (2014-2-28): *Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd.*

Enligt förslaget ska endast regionerna åläggas skyldighet att ha en tjänsteman i beredskap (TiB). Socialstyrelsen anser att det är viktigt att även kommunerna åläggs att ha en TiB. En sådan funktion bör rimligtvis finnas även inom ramen för socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens respektive verksamheter.

Socialstyrelsen delar vidare utredningens bedömning om att det inte vore lämpligt att utifrån HSL utvidga den föreslagna förordningens tillämpningsområde till att omfatta även andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. HSL eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Vidare instämmer myndigheten i utredningens bedömning om att sådan planering och åtgärder bör, utöver specifika krav i tillämplig lagstiftning, grundas på de risk- och sårbarhetsanalyser som genomförs utifrån LEH. Förordningen saknar dock en hänvisning till sådana analyser. För att öka tydligheten och kopplingen till planeringen enligt förordningen och annan planering bör en hänvisning till risk- och sårbarhetsanalyser införas i den föreslagna förordningen.

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

Socialstyrelsen delar utredningens bild av att den nuvarande ordningen med planering utifrån totalförsvarets krav är otydlig med avseende på hur dessa krav ska omsättas i regioner och kommuner. Myndigheten är positiv till att de övergripande planeringsanvisningarna som MSB och Försvarsmakten tar fram omsätts och anpassas till sektorsvisa planeringsanvisningar av myndigheterna inom sektorn hälsa, vård och omsorg. Däremot ställer sig Socialstyrelsen tveksam till att det skapas en särreglering för totalförvarsplanering som bara omfattar hälso- och sjukvård och inte de andra områdena inom beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg, så som smittskydd, tandvård och socialtjänst. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att det skapas en enhetlig, tydlig och sammanhängande struktur för totalförvarsplaneringen i regioner och kommuner och för de statliga myndigheterna. Som utredningen framhåller (s. 385) har deras uppdrag varit avgränsat till hälso- och sjukvård, och i händelse av att LEH ses över vad gäller bl.a. bestämmelser av relevans för totalförvarsplaneringen anser utredningen att det bör övervägas om det finns skäl att göra något åt de bestämmelser som utredningen föreslår ska införas i HSL. Socialstyrelsen delar denna bedömning.

Vidare konstaterar Socialstyrelsen att utredningen föreslår att regioner och kommuner, avseende hälso- och sjukvård, får en skyldighet att följa planeringsanvisningarna som staten ska besluta om. Detta krav skiljer sig från förslagen som lämnats av utredningen Struktur för ökad motståndskraft SOU 2021:25, där kommuner och regioner ska "beakta" totalförsvarets krav. Det bör i den fortsatta beredningen analyseras vad dessa olika krav kommer att innebära för regioner och kommuner samt motiveras varför det ska finnas särskilda krav för hälso- och sjukvården som eventuellt inte kommer att gälla för annan samhällsviktig verksamhet.

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att det behöver införas ett tydligt lagstöd för regioner och kommuners skyldighet att lämna de uppgifter som behövs för planering av totalförsvaret. I likhet med vad myndigheten anført ovan

bör även bestämmelser om uppgiftsskyldighet avseende totalförvarsplanering övervägas att införas i LEH istället för i HSL.

Myndigheteten önskar här även framhålla att vi delar utredningens bedömning att en översyn behövs av bestämmelserna i LEH avseende rapportering. En sådan översyn är en förutsättning för att det ska vara tydligt när och till vilka myndigheter regioner, och kommuner, ska rapportera. Likaså är det viktigt att det inom ramen för arbetet med t.ex. lägesbilder, som tas fram på nationell nivå utifrån rapportering från huvudmännen, och krav i föreskrifter om uppgifter som behövs för planering av totalförsvaret sker samordning med syfte att öka kvaliteten i arbetet och minska den administrativa bördan både för huvudmännen och berörda myndigheter.

### ***5.1.3 Nya och ändrade bemyndiganden om viss planering***

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag om att bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 HSL utgår och ett nytt bemyndigande införs som innebär föreskriftsrätt om planering för att hantera händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka samt inför katastrofer. Om det ändrade bemyndigandet införs bör bestämmelsen i 2 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. utgå, i enlighet med utredningens förslag.

Med hänvisning till vad myndigheten anført ovan under 5.1.2 bör det övervägas om utredningens förslag om bemyndigandet avseende planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård bör placeras i LEH istället för HSL. I övrigt vill Socialstyrelsen framhålla att det i utredningen saknas en närmare redogörelse av vad de föreslagna föreskrifterna om planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård ska innehålla (6 kap. 2 § 5 HSL). Detta behöver tydliggöras i relation till beslut om planeringsanvisningar samt föreskrifter om uppgifter som behövs för planering av totalförsvarets hälso- och sjukvård.

### ***5.2.1 Inrättande av ett beredskapsråd***

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att ett beredskapsråd kan utgöra en viktig länk mellan den statliga och regionala planeringen för totalförsvarets sjukvård, men även för sjukvårdens beredskap. Socialstyrelsen vill dock betona att det är angeläget att ett beredskapsråd inte begränsas till enbart hälso- och sjukvård utan omfattar hela beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg, som även omfattar smittskydd, tandvård och socialtjänst. Vidare är det viktigt det skapas en enhetlig, tydlig och sammanhängande struktur för totalförvarsplaneringen i regioner och kommuner och för de statliga myndigheterna. Myndigheten anser därför att det i den fortsatta beredningen är viktigt att beakta den nya strukturen för totalförsvaret så att den får en enhetlig utformning.

### ***5.2.2 Erfarenhetsåterföring***

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att uppgiften om återföring av erfarenheter från övningar och inhämtad kunskap från inträffade händelser i omvärlden (Kamedo-rapporter) skrivs in i Socialstyrelsens instruktion som en löpande uppgift. Utredningens textförslag i utkast till ändring av 8 § första stycket Socialstyrelsens instruktion är dock otydligt i det att begreppet ”omfattande hän-

delser” förs in parallellt med begreppet ”kris och katastrofer”. Socialstyrelsen föreslår i stället följande lydelse: ”Myndigheten ska även analysera nationella och internationella kriser och katastrofer samt ...”

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

#### *Om införandet av bestämmelser om skyldighet att lämna hjälp*

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att det bör införas en skyldighet för regioner och kommuner att lämna hjälp om en region eller kommun drabbats av en katastrof.

Myndigheten tillstyrker utredningens förslag till att skyldigheten att lämna hjälp uttryckligen ska framgå i nya lagbestämmelser, men anser att skyldigheten inte enbart bör begränsas till att omfatta hälso- och sjukvård. Utredningen skriver på s. 412 att skyldigheten att lämna hjälp ska omfatta alla sorters resurser, även resurser som inte används vid själva utförandet av vården som drivmedel, vatten, värmesystem, fläktar och liknande. Vid en katastrof eller i krig kommer sannolikt flera samhällsviktiga verksamheter att vara i behov av samma resurser och det behöver då göras en prioritering av resurser mellan olika verksamheter. Vidare har de föreslagna bestämmelserna en förhållandevis generisk utformning såtillvida att de inte specificerar vilken typ av hjälp som ska lämnas och kan därmed innebära olika typer av såväl hjälpbehov som hjälpinsatser. Det som indikerar att det handlar om insatser inom ramen för hälso- och sjukvården är placeringen i HSL. En sådan reglering om skyldighet att lämna hjälp synes lämpligen kunna tas in samlat oavsett vilken sektor det handlar om, förslagsvis i LEH. Enligt myndighetens mening skulle en lagteknisk ordning av det slag som utredningen föreslår riskera att försvåra förståelsen för det övergripande arbetet med hjälpinsatser vid en katastrof i regioner och kommuner.

I fråga om formuleringen av 1 § bör enligt Socialstyrelsen paragrafen utformas så att det uttryckligen framgår att andra kommuner och regioner är skyldiga att *skyndsamt* lämna hjälp. Socialstyrelsen bedömer vidare, i likhet med tidigare kommentarer (se avsnitt 5.1), att ”vård som inte kan anstå” bör ersättas med begreppet ”omedelbar vård”.

#### *Om beslut om hjälp och katastroftillstånd*

Vad gäller utredningens förslag om att staten ska besluta om hjälp anser Socialstyrelsen att sådana beslut på nationell nivå bör fattas av regeringen. En katastrof innebär att hjälpinsatser kan behövas inom olika områden/sektorer, inte enbart inom ramen för hälso- och sjukvård. En bedömning om regioners och kommuners behov av hjälp samt övriga regioners och kommuners förmågor att bistå innebär oftast att flera olika delar av samhällets funktioner behöver beaktas. Varje beredskapsansvarig myndighet bör bidra med beslutsunderlag och ha mandat att samordna hjälpen, men ett beslut om hjälp behöver rimligen fattas med grund i en samlad analys och prioriteringar av de insatser som behövs inom flera olika områden och därefter ta hänsyn till vilka regioner eller kommuner som kan anses bäst möta uppkomna behov. Socialstyrelsen önskar även här lyfta problematiken

i fråga om hur föreslagna bestämmelser ska förhålla sig till LEH och annan lagstiftning som träder in vid höjd beredskap och krig.

Även beslut om att katastroftillstånd råder i region eller kommun bör enligt Socialstyrelsens mening fattas av regeringen. Ett beslut om katastroftillstånd innebär enligt utredningens förslag i 8 § att undantag från gällande lagbestämmelser medges. Ett sådant beslut bör inte fattas av en myndighet. Mot bakgrund av ovan nämnda bör även beslut om katastroftillstånd enligt föreslagna 7 § beslutas av regeringen, i likhet med beslut om hjälp.

#### *Behovet av lägesbilder*

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att det behövs bestämmelser som ställer krav på adekvata underlag, bl.a. lägesbilder, för att kunna besluta och samordna hjälpinsatser. En central förutsättning för beslut om hjälp är att det finns uppdaterade lägesbilder och annat underlag. Myndigheten anser dock att bestämmelser om skyldighet avseende händelsestyrd rapportering för lägesbilder, i likhet med vad som tidigare anförts, bör övervägas att införas i LEH. Det finns fördelar med att samla bestämmelser om regioner och kommuner rapporteringsskyldigheter i en och samma lag. (se vidare 5.3.3)

#### **5.3.3 Underlag för föreskrifter om uppgifter som kommuner och regioner ska lämna**

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag om att Socialstyrelsen bör tillsammans med Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten samt med kommuner och regioner ta fram närmare underlag för vilken information som behöver framgå av händelsestyrd rapportering för lägesbilder. Enligt Socialstyrelsen bör dock ett uppdrag till nämnda myndigheter vara en del av det arbete som innebär en översyn av rapporteringsbestämmelserna i LEH (se utredningens bedömning i avsnitt 4.3.2). Socialstyrelsen instämmer i utredningens beskrivning att lägesbilder grundas på rapportering av uppgifter. Utredningen lämnar också förslag om att kommuner och regioner ska lämna de uppgifter som behövs för beslut om hjälp. Utredningen lämnar även förslag på skyldighet för regioner och kommuner att lämna uppgifter för planeringen av totalförsvarets hälso- och sjukvård. Det bör dock noteras att dessa rapporteringskrav i enlighet med utredningens förslag avgränsas till hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och kommer därför inte omfatta t.ex. smittskydd enligt smittskyddslagen och kommunernas omsorg enligt socialtjänstlagen och LSS. Därtill har utredningen bedömt att det i LEH bör göras tydligt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas för att fullgöra rapporteringskrav.

Enligt Socialstyrelsen finns skäl att beakta förslagen om uppgiftsskyldighet som lämnas i denna utredning som en del av den övergripande analys som behöver göras avseende i vilka situationer det behöver finnas lägesbilder, vilka rapporteringsskyldigheter som ska ligga till grund för dessa lägesbilder, till vilka myndigheter regioner och kommuner ska rapportera samt vilka bemyndiganden som finns alternativt bör införas som grund till föreskrifter om vilka uppgifter som kommuner och regioner ska lämna.



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

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att myndigheten tillsammans med Folkhälso-myndigheten, Försvarmakten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Totalförsvarets forskningsinstitut ska ta fram rekommendationer om vilken grundläggande förmåga hälso- och sjukvården behöver ha för att kunna verka i CBRN-miljö och hantera CBRN-skador och vilken utrustning som bör finnas i alla kommuner och regioner. Om det finns behov av gemensamma standarder för viss utrustning bör sådana fastställas av myndigheterna. Utöver de nämnda myndigheterna bör även Arbetsmiljöverket involveras i arbetet med att ta fram rekommendationer i de delar som handlar om personlig skyddsutrustning.

För att underlätta detta arbete är det nödvändigt att Socialstyrelsens roll inom B-området förtydligas.

### **6.6.2 Blodgivning och hållbarhet**

Socialstyrelsen ställer sig positivt till förslaget att Försvarmakten och Socialstyrelsen tillsammans med regionerna ska ta fram förslag till hur och av vem som frystorkad plasma ska produceras, användas, lagras och omsättas i vardagen.

Myndigheten delar också utredningens bedömning om behovet av forskning för att öka kunskapsläget kring hur användandet av blod och blodkomponenter kan optimeras och att sådan forskning bör kunna stimuleras genom utlysning inom ramen för den forskning inom katastrofmedicin som myndigheten finansierar.

### **7.1.2 Prehospitala förstärkningsgrupper**

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att alla regioner bör ha prehospitala förstärkningsgrupper som vid behov kan förstärka ambulanssjukvården i situationer med många samtidigt skadade. Förutom egna prehospitala förstärkningsgrupper bör regionen genom avtal med andra aktörer t.ex.

räddningstjänsten kunna säkerställa ytterligare förmåga att omhänderta personer i situationer med många samtidigt skadade.

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att Socialstyrelsen, för att nå en likartad grundläggande förmåga till omhändertagande i hela landet, bör ta fram nationella rekommendationer om vilken förstärkningsutrustning som minst ska finnas i regionerna.

### **7.2.7. Prioritering av statliga verksamheter**

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att regeringen behöver förbereda en ordning som möjliggör en prioritering av statliga resurser mellan olika verksamheter i situation då samhällets resurser inte räcker till. Socialstyrelsen önskar framhålla att en sådan prioriteringsordning behöver även inkludera de verksamheter som regioner och kommuner ansvarar för. Se vidare avsnitt 5.3 om beslut om hjälp.

### **8.2.8 Pensionärer, studenter och personal från andra aktörer**

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att pensionerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal i andra anställningar än offentlig hälso- och sjukvård samt

studenter kan utgöra ett värdefullt tillskott i situationer när tillgången på personal är en gränssättande faktor. Ett effektivt utnyttjande av sådana resurser kräver planering.

Myndigheten instämmer i utredningens bedömning att möjligheten att använda studenter under utbildning behöver utredas. En sådan utredning bör dock inte begränsas till enbart studenter utan det behövs tas ett helhetsgrepp om behörighetsfrågor i fredstida kriser, höjd beredskap och krig. Ett behörighetsregelverk som ska gälla i sådana särskilda situationer skulle skapa bättre förutsättningar i den planering av personalförsörjning som regioner och kommuner ska göra. I en sådan översyn bör 5 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ses över för att utvidga möjligheterna att i kris eller krig kunna använda studenter under utbildning

När det gäller särskilt förordnande för icke legitimerade läkare vill Socialstyrelsen särskilt kommentera att denna möjlighet finns kvar och alltså inte har försvunnit i och den nya läkarutbildningen. Socialstyrelsen har också tagit fram en ny föreskrift för särskilt förordnande (HSLF-FS 2022:20) som börjar gälla 1 februari 2023.

### **8.3.2 Beredskapskontrakt**

Socialstyrelsen instämmer i utredningens bedömning att det i första hand är arbetsmarknadens parter som bör ta fram beredskapskontrakt och SKR som arbetsgivarorganisation för kommuner och regioner har en tydlig roll i detta arbete. Att Socialstyrelsen kan ha en roll i detta arbete är dock mer tveksamt.

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

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att uppdraget att tillhandahålla nationella utbildnings- och övningsuppgifter skrivs in i Socialstyrelsens instruktion som ett löpande uppdrag. I utredningens förslag till ändring av 9 § första stycket 3 Socialstyrelsens instruktion hänvisas till sådan beredskap som avses i 16 a kap. hälso- och sjukvårdslagen. I detta kapitel finns endast bestämmelser om skyldighet att lämna hjälp och beslut om katastroftillstånd. Hänvisningen borde snarare vara till sådan beredskap som avses i 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.

## **9.4 Forskning och kunskapscentrum**

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att det ska inrättas ett särskilt forskningsanslag för katastrofmedicin. Myndigheten instämmer i att inriktningen på forskningen behöver beslutas nationellt utifrån hälso- och sjukvårdens och totalförsvarets behov och att Socialstyrelsen är en lämplig myndighet att besluta om sådana satsningar. Däremot anser Socialstyrelsen att det finns andra myndigheter som är bättre lämpade att utlysa forskningsmedel.

Socialstyrelsen vill även lyfta att det, i samband med att ett forskningsanslag inrättas, finns behov av att se över om nivån på anslaget behöver höjas, och att det finns behov av medel till andra kunskapshöjande åtgärder än forskning.

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag om att det bör inrättas ett katastrofmedicinskt råd med ledande företrädare för den katastrofmedicinska expertisen. Som utredningen beskriver bör det katastrofmedicinska rådet fungera som expertstöd till myndigheten i frågor av betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens beredskap.

Socialstyrelsen konstaterar att utredningen inte lämnat något förslag på finansiering av inrättande av ett sådant råd. Medel för detta bör avsättas.

### ***11.1.3 Stöd för prehospita akutsjukvård***

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att det finns skäl att införa särskild reglering avseende organisationen av den prehospitala akutsjukvården. Som utredningen konstaterar är den prehospitala vården ett område där det finns stora fördelar med en nationell enhetlighet. Sådan enhetlighet är grunden för att olika aktörer ska kunna samverka effektivt. Det måste vara tydligt för alla aktörer vilka roller som finns, vem man ska kontakta och vilka mandat dessa funktioner har.

En reglering med särskilda krav på regionens organisation menar Socialstyrelsen behöver ha en grundläggande reglering i hälso- och sjukvårdslagen. Därutöver kan det införas bestämmelser med föreskriftsrätt för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Socialstyrelsen föreslår att 7 kap. 6 § HSL ses över så att det framgår att regionen förutom sjuktransporter ska ha en ändamålsenlig organisation för prehospita akutsjukvård och larmfunktion. I samband med det bör regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer få meddela föreskrifter om särskilda funktioner som behövs i den prehospitala akutsjukvården, särskilda krav för sjuktransporter samt larmfunktion.

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

Socialstyrelsen instämmer i utredningens bedömning att det behöver tas ett samlat nationellt grepp om samordningen av sjuktransporter, både på land, vatten och i luften. Det finns idag i Sverige inget nationellt sammanhållet system där någon bär övergripande ansvar för att koordinera, dirigera och prioritera transportresurser på nationell basis. Socialstyrelsen hade gärna sett att utredningen lämnat ett alternativt förslag på system som säkerställer att Sverige får ett sammanhållet nationellt transportsystem för flyg- och luftburen ambulans samt vägambulans, där hänsyn kan tas till nationella behov utan att staten behöver ta över ansvaret för sjuktransporterna. Ett sådant förslag skulle kunna hämta inspiration från systemet med nationell högspecialiserad vård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

## **11.4 Sjukvårdsinsatser på internationellt vatten**

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att sjukvårdsinsatser på internationellt vatten där ansvaret för sjöräddningen ankommer på svenska myndigheter

lämpligast säkerställs genom att staten ingår avtal med ett antal regioner. Myndigheten är dock tveksam till om förslaget att det ska vara Socialstyrelsen som tecknar avtalen och betalar ersättning till regionerna är det mest ändamålsenliga. Som utredningen beskriver är det Sjöfartsverket som kan bedöma hur många och vilka regioner som behöver delta utifrån sjöräddningsverksamhetens behov. Enligt utredningen behöver avtalen också kompletteras med ytterligare överenskommelser mellan berörda regioner och Sjöfartsverket. Därutöver ska regioner och Sjöfartsverket rapportera in underlag till Socialstyrelsen för utbetalning av ersättning. Socialstyrelsen anser att en annan ordning bör övervägas, t.ex. att Sjöfartsverket ingår avtal med regionerna och att Socialstyrelsen bidrar med expertstöd och samordning i arbetet, i likhet med vad som föreslås under kap. 11.5.

Socialstyrelsen instämmer i utredningens förslag om bibehållet vårdgivaransvar för regionerna och kostnadsersättning från staten till regionerna för kostnader som är förenade med sjukvårdsinsatser vid sjöräddningsinsatser på internationellt vatten.

### **11.5 Överenskommelser om formerna för samverkan bör tas fram**

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag om att Sjöfartsverket och Polismyndigheten, i egenskap av statliga myndigheter och ensamma aktörer inom sitt ansvarsområde, tar initiativ till att ingå överenskommelser om samverkan avseende hantering av hälso- och sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg och fjällräddningsinsatser. Socialstyrelsen bör, som utredningen anför, kunna utgöra ett stöd för regionerna vid framtagande av sådana överenskommelser genom att verka för viss nationell samordning kring formerna för samverkan mellan räddningstjänst och hälso- och sjukvården.

### **11.6 Möjlighet för regioner att ingå IVPA-avtal med både kommunal och statlig räddningstjänst**

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att det i HSL införs en bestämmelse om att regioner med bibehållet huvudmannaskap och vårdgivaransvar får ingå avtal med statlig och kommunal räddningstjänst om att utföra vård i väntan på sjuktransport. Genom bestämmelsen finns det därmed ett tydligt lagstöd för att ingå sådana avtal och att regionen har kvar vårdgivaransvaret för alla vårdåtgärder som räddningstjänstpersonal utför med stöd av avtal. Att regionen har kvar vårdgivaransvaret innebär bland annat att regionen måste säkerställa att den personal som ska utföra åtgärderna har den kunskap och kompetens som krävs för att personalen ska uppfylla de krav som följer av bl.a. 6 kap. PSL.

När det gäller ordalydelsen ”vård i väntan på sjuktransport” vill myndigheten poängtera vikten av att bestämmelsen inte begränsar möjligheten att i avtalen även inkludera vård som behövs fram tills regionens personal inom den prehospitala akutsjukvård, ambulanssjukvården eller på akutsjukhusen kan ta över. Vid t.ex. sjö- och fjällräddning kan räddningstjänstpersonalen behöva utföra viss vård inför och under transport till farbar väg där regionens prehospitala akutsjukvård kan ta över. Vad Socialstyrelsen förstår var det inte utredningens avsikt att

bestämmelsen skulle begränsas till bara i väntan på sjuktransport. Vad som avses med "vård i väntan på sjuktransport" bör tydligt framgå av förarbetena.

Socialstyrelsen tillstyrker vidare att det i den föreslagna bestämmelsen 15 kap. 2 § införs krav på att det av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för uppdrag. Myndigheten delar också utredningens uppfattning att det är av stor vikt att det av IVPA-avtalen tydligt framgår vilka villkor som gäller för uppdraget och att närmare bestämmelser om innehållet i avtalen kan regleras i Socialstyrelsens föreskrifter. I det fortsatta lagstiftningsarbetet kan det finnas behov av att normgivningbemyndigandet för reglering av IVPA-avtalen tydliggörs.

Regionerna kan även ha behov av att ingå avtal med andra aktörer som kan bistå regionerna med att utföra viss hälso- och sjukvård i väntan på sjuktransport eller till regionens prehospitala akutsjukvård kan ta över. Aktörer som inte är vårdgivare och där det inte heller är rimligt att de åläggs ett vårdgivaransvar. Det handlar i dessa fall inte om att överlämna driften till en privat vårdgivare utan om att kunna utföra vissa begränsade sjukvårdsuppgifter. Socialstyrelsen anser därför att det bör övervägas att införa en motsvarande bestämmelse om att regionen med bibehållet vårdgivaransvar får sluta avtal om IVPA med andra aktörer.

Socialstyrelsen vill även framföra att det även kan finnas behov för regionen att ingå avtal med kommunen om att hemsjukvården ska kunna utföra viss prehospital akutsjukvård som regionen ansvarar för. För att möjliggöra sådana avtal bedömer Socialstyrelsen att det behöver regleras i HSL.

### ***11.6.3 När räddningstjänstorganisation utför vård behöver regleringar för hälso- och sjukvården beaktas***

Socialstyrelsen anser att det bör göras ett tillägg i 1 kap. 4 § PSL, så att det tydligt framgår att räddningstjänstpersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför hälso- och sjukvård enligt IVPA-avtal. På motsvarande sätt som den föreslagna bestämmelsen i HSL förtydligat att regionen har vårdgivaransvaret bör det i PSL förtydligas när räddningstjänstpersonalen är hälso- och sjukvårdspersonal. När räddningstjänstpersonal utför hälso- och sjukvård enligt IVPA-avtal sker detta självständigt utan närvaro av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vad Socialstyrelsens erfara är innebörden och tillämpningen av biträdandepunkten för många oklar i sådana situationer. Att vara hälso- och sjukvårdspersonal innebär att man får ett särskilt ansvar och det är viktigt att den som utför en arbetsuppgift vet vilket ansvar man har. För att undanröja denna osäkerhet anser Socialstyrelsen att det bör övervägas att göra ett tillägg i 1 kap. 4 § PSL, så det framgår att personal i statlig och kommunal räddningstjänst är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför hälso- och sjukvårdsåtgärder enligt IVPA-avtal.

Samma behov av tydlighet gäller för Försvarmaktens sjukvårdare när de utför sjukvårdsåtgärder på stridsfältet, se vidare under kap. 12.1.

## **12.1 Sjukvårdares möjlighet att bedriva vård och hantera läkemedel**

Socialstyrelsen delar inte utredningens bedömning att det utan tydligt lagstöd kan hävdas att Försvarsmaktens sjukvårdare tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen när de utför hälso- och sjukvårdsåtgärder utanför en vårdinrättning. Av samma skäl som myndigheten framfört gällande personal inom räddningstjänsten som utför hälso- och sjukvård enligt IVPA-avtal bör det, om man anser att sjukvårdare inom Försvarsmakten i vissa situationer ska anses vara hälso- och sjukvårdspersonal, införas en punkt i 1 kap. 4 § PSL så att det tydligt framgår när sådan personal är hälso- och sjukvårdspersonal.

Som utredningen beskriver finns möjlighet att utvidga behörigheten att ge läkemedel genom ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSFL-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. En förutsättning är dock att läkemedelshanteringen sker inom hälso- och sjukvården och av hälso- och sjukvårdspersonal. Läkemedelshantering utanför hälso- och sjukvården omfattas inte av ovan nämnda föreskrift.

Att kunna säkerställa patientsäkerheten är en viktig utgångspunkt om en utvidgad behörighet ska införas. Enligt 7 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen ska den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen på ett betryggande sätt förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel som han eller hon har hand om. Socialstyrelsen kan meddela ytterligare föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen vid hantering av läkemedel. Det är därför av vikt att det tydligt framgår av 1 kap. 4 § PSL när personal inom Försvarsmakten är hälso- och sjukvårdspersonal.

## **12.4 Försvarsmakten behöver kunna få uppgift om var skadade eller avliden personal finns**

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om ändring i 6 kap. 15 § 1 PSL som innebär en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att under höjd beredskap lämna uppgifter till Försvarsmakten om någon vistas på en sjukvårdsinrättning.

### ***13.2.1 Vårdprinciper, etik och prioriteringar***

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att den etiska plattformen för prioriteringar ska gälla såväl i fredstida kriser som i krig. Myndigheten vill betona att det alltså inte råder några ”särskilda” etiska principer för prioriteringar i kris och krig.

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning om behovet att ta fram vårdstandarder för hur vården ska bedrivas vid kris eller krig. Men som utredningen påpekar bör etiken vara densamma för de olika situationerna även om lösningarna och resurshanteringen kan se olika ut beroende på vad som orsakat krisen.

Vidare utgår utredningens definition av katastrof från begreppet vård som inte kan anstå, som i en sådan situation inte längre kan upprätthållas. Eftersom problematiken runt begreppet vård som inte kan anstå kvarstår (se Socialstyrelsens kommentar till förslag 5.1), följer att även föreslagen övergång till en katastrofmedicinskt anpassad standard för vården riskerar att bli problematisk.

### ***13.3.5 Utredningens bedömningar och förslag***

Socialstyrelsen instämmer i utredningens beskrivning att alla skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagen eller annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet inte kommer att kunna uppfyllas vid en katastrof. Vid katastroftillstånd är det rimligt att anta att vården kommer att sakna vissa förutsättningar för att uppfylla bestämmelser i gällande lagstiftning. Det innebär dock inte att det är motiverat att regioner och kommuner på förhand ska få en sådan långtgående rätt att åsidosätta åligganden som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Vilka regler som kommuner och regioner inte har kunnat efterleva i en katastrof samt huruvida det beror på omständigheter som de inte har kunnat råda över är något som lämpligen bör vara föremål för en bedömning i efterhand genom den statliga tillsynen.

Vidare är myndigheten tveksam till den mycket generella utformningen av den föreslagna bestämmelsen som innebär en begränsning av regioners och kommuners skyldigheter att erbjuda vård. Utredningens förslag innebär en ordning där katastroftillstånd inträder efter att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer beslutar att katastroftillstånd gäller i den drabbade kommunen eller regionen. Genom ett beslut fattat av regering eller myndighet aktualiseras sedan en generell undantagsbestämmelse (8 §) i HSL som innebär att övriga bestämmelser i samma lag ska efterlevas endast om det möjligt. Frågan är om beslutet om katastroftillstånd kan liknas vid ett bemyndigande att meddela undantag från lag. Det som behöver analyseras vidare är följaktligen om den föreslagna ordningen i praktiken innebär en alltför vittgående delegation av riksdagens normgivningsmakt. Socialstyrelsen är dock positiv till att det införs en bestämmelse som tydligt anger när normala kvalitetskrav får sänkas i hälso- och sjukvården. Att det inte alltid är möjligt att inom hälso- och sjukvården upprätthålla normala kvalitetskrav vid katastrofer framgår redan av utredningens föreslagna definition i 2 kap. 8 § HSL. Det är därför oklart varför utredningen föreslår att normala kvalitetskrav ska kunna sänkas först efter beslut om katastroftillstånd har fattats.

Beslut om detta yttrande har fattats av generaldirektören Olivia Wigzell. I den slutliga handläggningen har avdelningscheferna Natalia Borg, Tomas Hedlund, Mona Heurgren, Urban Lindberg, Thomas Lindén, Jenny Rehnman, Zara Warglo, Pär Ödman och enhetschefen Emil Bergschöld deltagit. Juristen Camilla Damell har varit föredragande.

SOCIALSTYRELSEN

Olivia Wigzell

Camilla Damell