

Regionkontoret  
Mattias Wessbergh  
Tfn 018-617 15 33  
E-post mattias.wessbergh@regionUppsala.se

Socialdepartementet

## Remissyttrande avseende Hälso- och sjukvårdens beredskap - struktur för ökad förmåga

### Sammanfattning

Region Uppsala ser i allt väsentligt positivt på de av utredningen presenterade bedömningarna.

Utredningens uppdrag är 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 som syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap.

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.

### Region Uppsala har följande synpunkter:

#### 2.3 Övergripande system saknas

Utredningen visar på behovet om ett system för bättre beredskap och Region Uppsala instämmer i denna bedömning. I och med den återupptagna totalförsvarsplaneringen, pandemin och andra störningar i försörjningskedjorna har fokus ökat på att skapa fungerande beredskap både i vardag, kris och krig. Det har också påbörjats en översyn av bland annat regeringens normgivningskompetens i allvarliga fredstida kriser. Utredningen har valt alternativet att ta fram förslag till bestämmelser för hälso- och sjukvårdens som de bedömer behöver finnas i nuläget.

För det fall att motsvarande sektorsövergripande bestämmelser kommer att införas längre fram menar utredningen att det kan finnas skäl att på nytt överväga om några av de bestämmelser som är specifika för hälso- och sjukvården kan tas bort.

Region Uppsala vill framhålla vikten av att ett framtida system noggrant planeras och i mer detalj utreds vidare och att samtliga berörda aktörer bör bjudas in för fortsatt diskussion om hur ett sådant system på effektivast sätt kan byggas upp. Nuvarande krisberedskapssystem innehåller ett flertal inbyggda svårigheter kring samordning, mandat och ledning, vilket måste klaras ut och tydliggöras om ett framtida system ska kunna fungera i praktiken. Detta kommer att bli särskilt viktigt vid extrema utmaningar som till exempel krig och i det fall både nationell, region och lokal nivå blir involverade. Systemet behöver även behöva kopplas ihop i berörda delar med det civila försvaret och dom statliga planeringsanvisningarna. Det är viktigt att ett framtida system utgår från ett helhetsperspektiv på allvarliga händelser, kriser, katastrofer och krigstillstånd och att utvecklingen med det civila försvaret fortsätter, oavsett vilka begrepp på olyckor och kriser som används.

Region Uppsala anser att även den sjukvårdsregionala samverkan (för Region Uppsalas del inom ramen för Sjukvårdsregion Mellansverige) skulle kunna utvecklas till att få en roll i ett system för samordning och samverkan, såväl inom sjukvårdsregionen som i dialog med statliga myndigheter, SKR samt med regeringen i det fall en händelse har behov av samordning på nationell nivå.

I nuvarande hälso- och sjukvårdssystem utförs en stor andel av vården på primärvårdsnivå och i den nära vården, men även i hemsjukvård inom kommunerna. Även egenvård som bedrivs av patienterna själva blir mer vanlig. För att kunna samordna vårdkedjor utifrån dessa nya förutsättningar krävs att även denna vård tas med i beaktande när ett framtida beredskapssystem och civilt försvar byggs upp.

#### **3.4.1 Allmänt om samordning av verksamheter**

Det är naturligt med samverkan och samordning mellan en rad verksamheter. Det torde dock vara av stor vikt att utpeka ansvarig(a) med bestämmanderätt för inte bara sin verksamhet utan för ex hela sjukvårdskedjan (inklusive kommuner).

#### **3.4.3 Samverkansområden eller beredskapssektorer**

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

Region Uppsala instämmer i bedömningen om att det behövs beredskapssektorer eller motsvarande och poängterar 1177 Vårdguidens viktiga roll i ett sammanhang där eventuella beredskapssektorer tas fram. Den sjukvårdsrådgivning som idag

bedrivs bör betecknas som en samhällsviktig funktion och behöver införlivas i framtida system för krisberedskap och civilt försvar.

### **3.5.3 Smittskydd och hälsohot**

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 lämnat förslag kring statens ansvar för kostnader för inköp av pandemivaccin. Region Uppsala har inga avvikande synpunkter i frågan och noterar att utredningen lyfter fram att hälso- och sjukvård exempelvis i samband med karantän och nya sjukvårdsbehov som uppkommer av klimatförändringar särskilt behöver beakta detta i planeringen av hälso- och sjukvården.

### **4.1.1 Planeringsbestämmelser för hälso- och sjukvård**

Region Uppsala instämmer i utredningens bedömning att regioner och kommuner behöver utveckla sina planeringsförutsättningar och att nuvarande planeringsbestämmelser skulle kunna tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen. Planeringssystemet för totalförsvar bör även omfatta hälso- och sjukvård som utförs av regioner, kommuner och aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen.

Regioner och kommuner kommer dock även inom detta område behöva stöd från statliga myndigheter, exempelvis MSB, i detta utvecklingsarbete. Det är viktigt att det i lagstiftningen framgår att gemensam planering ska göras mellan regioner och kommuner för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja även vid allvarliga händelser, kriser och katastrofer. Samtidigt behöver tydliggöras vilka krav som ska ställas på hälso- och sjukvården inom ramen för totalförsvaret. Utredningen föreslår här att det införs 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. Region Uppsala har ingen avvikande synpunkt kring detta, förutom att det är viktigt att finansieringsprincipen används även fortsättningsvis.

## **5.1 Bestämmelser om planering**

Det krävs ett förtydligande om vad som anses vara ett stort antal skadade eller sjuka. Att regioner och kommuner i sin planering särskilt ska beakta behovet av gemensam planering för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja innebär nya krav och ska därför finansieras enligt den rådande finansieringsprincipen.

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

Planering för många skadade är en uppgift för regioner men det behövs även här ett förtydligande om vad som avses med kort respektive lång sikt.

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

Region Uppsala ser positivt på att kommuner och regioner tydligare ska knytas till totalförsvarsplaneringen dock innebär det nya skyldigheter som kräver finansiering enligt finansieringsprincipen.

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

Utredningen föreslår ett införande av ett beredskapsråd som ska utgöra en bas för samordning inom hälso- och sjukvården i samband med omfattande händelser, katastrofer och krig. Rådet föreslås vara en länk mellan den nationella och regionala planeringen inom hälso- och sjukvården. Det är i detta sammanhang av stor vikt att samtliga berörda aktörer blir medlemmar av ett sådant råd, inklusive SKR. Region Uppsala vill särskilt poängtera att om ett sådant beredskapsråd inrättas behöver även skapas strukturer för operativ samverkan som saknas idag, vilket dock inte behöver lag regleras, utan kan formuleras av ingående medlemmar i ett råd. Även i detta sammanhang kan övervägas en medverkan av Sveriges sex sjukvårdsregioner.

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

Förslaget om skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastrofer innebär ingen förändring i praktiken. Redan idag under normala förhållanden hjälper kommuner och regioner varandra på frivilligbasis och det bör framgå av en bestämmelse i HSL att kommuner och regioner kan fortsätta hjälpa varandra på frivillig grund.

I förslaget har ett undantag och det är att hjälpen kan ges under förutsättning att kommun eller region inte själv är eller inom överskådlig tid kan antas bli hjälpbehövande. Med detta resonemang torde hjälpen inte kunna komma från angränsande kommuner eller regioner eller vid höjd beredskap. I den kommande propositionen behöver det klart framgå att när staten fattar beslut att en kommun eller region ska lämna hjälp vid en katastrof är det en absolut sista utväg när de inte själva kan lösa hjälpbehoven på egen hand. Hur lång är tidshorisonten från en begäran om hjälp till dess att hjälpen finns på plats?

Koppla förslaget till Barbro Holmbergs utredning om civilförsvarsområden för tydligare geografiskt sammanhang, särskilt tydligt då det redan bygger på den samverkan som finns i sjukvårdsregionerna.

Statens roll att stödja bland annat ekonomiskt under och efter en katastrof behöver framgå i propositionen.

### **6.1.1 Förmågan att utöka kapaciteten**

”En rimlig ambitionsnivå är att på sikt sträva mot en fördubbling av vårdplatser jämfört med ett normalläge i fredstid, med en bemanning och läkemedel som finns att tillgå under sådana förhållanden”.

Det torde vara en mer rimlig nivå att sträva efter att få de idag obemannade befintliga vårdplatser bemannade.

#### **6.4 Beroende till privata aktörer**

Regeringen behöver närmare utreda möjligheterna att i lag ställa krav på privata vårdgivare i regioner och kommuner när det gäller att leverera vårdtjänster även i kriser och krig.

#### **7.1.2 Prehospitala förstärkningsgrupper**

Syftet med Ambulanssjukvården är inte som utredningen skriver på sidan 536 att i första hand att transportera sjuka och skadade utan att bedriva vård samt tillse att de sjuka och skadade tex förs till rätt vårdnivå. I en händelse av höjd beredskap är ambulanssjukvårdens möjlighet till förmågehöjning inte tillgodosedd i lagstiftningen eller via budget. Det förekommer helt skilda förutsättningar mellan tex kommunal räddningstjänst och regionernas ambulanssjukvård avseende ekonomiska medel via statliga myndigheter. Dessa ekonomiska ojämlikheter behöver jämnas ut med beaktande av det gap som byggts upp historiskt.

#### **7.3 En nationell sammanställning av förstärkningsresurser**

Nya skyldigheter för regioner att rapportera in förstärkningsresurser kräver finansiering.

#### **8.1.2 Särskilda aspekter på personalförstärkning i höjd beredskap**

För hälso- och sjukvården är detta en viktig mekanism för att öka tillgången på personal.

#### **8.2.10 Internationellt samarbete**

Utredningen konstaterar: ”att de problem som uppstår i förhållande till svensk lagstiftning när utländsk personal ska verka i Sverige i många avseenden är desamma oavsett vilket land personalen kommer från och oavsett om det är en civil eller militär sjukvårdsresurs som kommer hit för att stödja svenska aktörer”

Men sjukvårdspersonal från de nordiska grannländerna (Danmark och Norge) torde knappast stöta på sådana problem, då det är mer formalia att kunna verka i våra länder.

#### **8.3.2 Beredskapskontrakt**

Utredningen ger förslag på att det bör tas fram beredskapskontrakt för att kunna förstärka hälso- och sjukvården med personal men det framgår inte hur personer med beredskapskontrakt ska upprätthålla sin kompetens över tid.

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

Region Uppsala ställer sig positiv till förslaget. Det är dock angeläget att Socialstyrelsens ansvar för att bedriva övningsverksamhet för sektorn förs in som ett löpande uppdrag i myndighetens instruktion. Även Folkhälsomyndighetens instruktion behöver kompletteras med ett löpande uppdrag att bedriva övning avseende smittskydd och pandemiberedskap.

### **10.3 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin**

Region Uppsala är positivt till förslaget dock ser Region Uppsala behov av att staten även ansvarar för inköp av vaccin för epidemier.

#### **11.1.2 Regionernas ansvar för sjuktransporter**

Region Uppsala anser att det behöver sättas en planeringshorisont för vilken förmåga som regionerna skall uppnå. I fredstid så är ansvaret enklare att definiera avseende förmåga medan det vid höjd beredskap är betydligt svårare. Resurser för ett sådant scenario kräver också en helt annan resurstilldelning för att upprätthålla beredskap.

#### **11.1.3 Stöd för prehospitalet akutsjukvård**

Vidare anser Region Uppsala att uppdrag bör ges till Socialstyrelsen att genomföra en samordning av ledningsnivåer och begrepp i samverkan med det arbete som påbörjats inom SKR bland verksamhetsföreträdare i ambulansforum.

Det som på sidan 827 avses med att stödja insatser på distans tillgodoses idag av den gemensamma Sjukvårdens larmcentral för Region Sörmland, Region Uppsala och Region Västmanland i kombination med ambulanschef i beredskap (ACIB).

Region Uppsala delar utredningens uppfattning om att Ambulansföreskriften behöver ses över. Dock behöver inte SOS Alarm ingå i en sådan modellering utan deras uppdrag i denna nivå (ambulansdirigering) görs via avtal med regionerna. Det är viktigt att skilja på det uppdrag SOS Alarm har via 112 avtalet och de avtal de har på kommersiell grund om tex ambulansdirigering.

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

Utredaren konstaterar att gränslös dirigering inte alltid är gränslös utan ofta innebär att den region som äger resursen måste tillfrågas om den kan tas i anspråk av en annan region. Det faktumet lyfts som ett problem. Vi menar att den slutsatsen är felaktig.

Det arbetssättet är detsamma oavsett om det är regioner där ambulansdirigering sker via SOS Alarm eller mellan SOS Alarm och tex de regioner som utför tjänsten i egen regi. Det är ett sätt att säkerställa att resursen används till den patient som behöver den bäst och att inte två regioner samtidigt behöver samma resurs. Förfaringssättet skulle vara detsamma även som sjukvården var statlig så länge inte

en och samma person hade dirigeringsansvar för samtliga ambulanser i Sverige att förfoga över och det är inte praktiskt möjligt.

Utredaren påtalar att det finns olika beslutsstöd för alarmeringsfunktion i Sverige. Det lyfts som ett problem med en risk att det kan innebära att det medför olika bedömningar. Det största faktum som kan medför olika bedömningar är att Sjukvårdens larmcentral i RS, RU och RV har sjuksköterskor som till 100% bedömer och hanterar medicinska nödärenden. För detta är ett beslutsstöd utvecklat. Detta ligger i analogi med hur sjukvården i övrigt bemannar tex 1177.

Hos SOS Alarm så är grunden personer utan formell sjukvårdsutbildning och utan krav på gymnasial utbildning. Förvisso ges intern introduktion men det skiljer i utförandet.

Hela sjukvården är också uppbyggd på att det finns metoder som utvecklas genom att jämföra en ny metod med en gammal existerande. Den mest framgångsrika metoden är den som skall erbjudas patienterna. I det avseendet så finns det visat att det system som Sjukvårdens larmcentral i region Sörmland, Uppsala och Västmanland byggt upp ger bättre precision och därmed bör användas nationellt. Det finns en ganska stor nationell konsensus inom ambulanssjukvården om att det ska vara sjuksköterskor som bedömer vårdärenden som inkommer via nödnumret 112.

### **11.2.3 Behov av samordning av sjuktransporter har funnits länge**

Det finns idag rutiner för att samordna transporter som passerar regiongränser. Det var också ett av incitamenten för att införa det som benämns ”gränslös dirigering”.

Det nämns också att det finns olika larmnummer men larmnumret är 112 i hela Sverige. Det som finns är lokala nummer för tex liggande sjukresa och sjuktransportbeställning. Detta fanns också när SOS Alarm hade ambulansdirigering i hela Sverige.

Region Uppsala anser att det är ett bra förslag att man ska ta fram en modell för hur sjukvården och Försvarmakten ska samverka om sjuktransporter i händelse av höjd beredskap.

Region Uppsala kan inte ställa sig bakom utredningens förslag om att SOS Alarm skulle kunna ges i uppdrag att stå för en lägesöverblick över resurser inom sjukvården. Det behövs initierad sjukvårdskunskap för att kunna tolka och skaffa en lägesbild. Lösningen ligger snarare i att ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna ta fram en lösning som fyller behovet. Det kan tex vara att någon region får ett sådant uppdrag från Socialstyrelsen.

### **11.2.4 Flygtransporter kräver särskild samordning**

Region Uppsala delar bilden av att nationell samordning är eftersträvansvärt och en fråga som är viktig att arbeta med. Däremot finns det i förslaget några hinder som man måste beakta. Förbundsordningen inom SLA skapar idag hinder för andra regioner att bli medlemmar då det krävs att varje medlem har för avsikt att låta

Kommunalförbundet driftsätta en ambulanshelikopter i regionen. Det är inte rimligt eller nödvändigt att alla regioner har en egen ambulanshelikopter och vissa regioner är inte heller intresserade av detta, således saknas incitament för alla regioner att bli medlemmar i kommunalförbundet för ambulanshelikopter. För att åstadkomma en möjlighet för alla regioner att bli medlemmar måste förbundsordningen skrivas om.

Gällande gemensam dirigeringsjänst så är detta redan idag möjligt och har prövats under pandemin då Sjukvårdens larmcentral i region Uppsala dirigerade de nationella resurserna som användes för att transportera patienter under pandemin. För att åstadkomma detta igen krävs dock att man har en regional överenskommelse att avropa de resurser som larmcentralen förfogar över.

Dirigeringsjänsen bör således utgå från sjukvårdens befintliga resurser som har erfarenhet och kontaktnät för att samordna sjukvårdens transportteam och som i sin tur avropar lämpligaste transportresurs för att lösa uppdraget.

Vi avråder därför från att placera dirigeringsjänsen hos transportbolagen i form av kommunalförbund, då dessa till skillnad från sjukvårdens larmcentraler inte är lämpade att definiera patients transportbehov. Dessa definieras bäst av de vårdutförande enheterna.

Ovan resonemang gäller vid normalbelastning i samhället men i ännu högre grad vid omständigheter där resurserna är knappa i förhållande till behovet.

### **11.3.7 Sjukvårdsbehov behöver identifieras tidigt och vårdbehovet bedömas av regionen**

Inom region Sörmland, Uppsala och Västmanland finns en lista framtagen för hur samverkanslarm skall hanteras av SOS Alarm i sin roll som 112 mottagare. Den definierar vilka myndigheter som skall kopplas in på vilka samverkansärenden. Listan är framtagen av representanter från regionerna, polisen, kommunala räddningstjänster i de tre länen samt JRCC. Den löser frågan om samverkan mellan myndigheter vid en händelse som kräver resurser från flera myndigheter och organisationer. Arbetet borde kunna stå modell för en nationell lösning. Modellen löser problemet med att sjukvården anses komma in sent i ärenden som rör sjukvård i oländig terräng och till havs.

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

Begreppet ”i väntan på ambulans” behöver förändras till något som bättre beskriver verksamheten. Det finns andra begrepp som nyttjas både nationellt som internationellt. Grundproblemet till varför kommunal räddningstjänst har så många brandstationer kontra antalet ambulansstationer kommenteras inte. Orsaken står att finna i den gamla Räddningstjänstlagen som stipulerade för hur lång tid det fick gå innan en släckinsats var påbörjad av kommunal räddningstjänst. Några motsvarande nationella mål för ambulanssjukvård har aldrig funnits. Där sätter varje region mål för insatstider vilket gör att det skiljer sig åt mellan regionerna.



Vi stödjer att det vore bra om även statliga myndigheter (statlig räddningstjänst) kan omfattas av avtal liknande det som finns mellan regioner och kommunal räddningstjänst. Stöd ska kunna ges av sjuksköterska på larmcentral vid insatsen.

Det ter sig märkligt att öppna upp för att det kan var aktuellt med att ge fler läkemedel av medicinskt utbildad personal (ingen formell examen) med tanke på att ambulanssjukvårdare (undersköterskor) inte får det.

Vi anser att det vore av godo att belysa hur det skulle fungera om polisen hjälper till på ett sjukvårdsärendet och då också finner ett potentiellt brott. Hur ska de agera då?

Kan konstateras att räddningstjänst inte är en vårdgivare och regionerna torde inte kunna vara vårdgivare för en verksamhet som de själva inte bedriver. I det fortsatta arbetet behöver regeringen närmare bereda detta förslag för att komma till rätta med identifierade oklarheter.

#### **14 Konsekvenser av utredningens förslag**

Region Uppsala delar inte utredningens bedömning att förslagen inte innebär nya krav utan bara förtydligar existerande ansvar som åligger kommuner och regioner i dagsläget. Nya skyldigheter måste finansieras enligt finansieringsprincipen.

##### **14.2 Finansieringsansvaret är otydligt**

Region Uppsala anser att ersättningsbestämmelsen i LEH bör ändras och att arbetet med att få ordning på underfinansieringen av regionernas krisberedskap prioriteras av Regeringskansliet

##### **14.3.1 Bestämmelser om planering**

De nya och ambitionshöjande planeringsbestämmelserna är kostnadsdrivande, eftersom de konkret innebär att kommuner och regioner särskilt ska beakta behovet av att kunna hantera ett stort antal skadade eller sjuka och katastrofer i vården. Detta kommer sammantaget att medföra ett omfattande planeringsarbete. Finansieringsprincipen ska tillämpas.

##### **14.3.2 Ytterligare föreskrifter om planering**

Region Uppsala delar inte utredningens syn på att förslagen inte kommer medföra ökade eller nya kostnader för kommuner och regioner. Finansieringsprincipen ska tillämpas.

##### **14.3.3 Nya och ändrade bemyndiganden**

Om en föreskrift medför ökade kostnader ska finansieringsprincipen tillämpas.

##### **14.3.7 Krav på samverkan och rapportering som grund för hjälpbeslut**

Region Uppsala anser att detta är en ambitionshöjning och därför en förmågeutveckling som är kostnadsdrivande och därför ska finansieringsprincipen tillämpas.

För Region Uppsala

Emilie Orring  
Regionstyrelsens ordförande

Johan von Knorring  
Regiondirektör