



Svenska
Läkaresällskapet

2026 09 10

Dnr 4.1-22298/2026

Socialstyrelsen

socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

Remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälso- och sjukvårdens beredskap

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Svensk Läkaresällskapet (SLS) ställer sig i huvudsak positiv till de föreslagna föreskrifterna och de allmänna råden. Vi bedömer att de etiska utgångspunkterna är väl avvägda och att Socialstyrelsen på ett värdefullt sätt försöker ge vägledning om hälso- och sjukvårdens beredskap.

SLS vill dock ge några kommentarer till texten och anser att vissa delar behöver förtydligas.

Kapitel 2

SLS efterlyser ett förtydligande av vad som avses med medicinsk bedömning. Det bör framgå vilka professioner som kan genomföra sådana bedömningar och hur ansvarsfördelningen ska se ut i verksamheter som bygger på multiprofessionellt arbete. Föreskrifterna betonar vikten av att alla patienter snarast ska få en medicinsk bedömning, men ger begränsad vägledning om hur detta ska omsättas i praktiken.

Begreppet vård som är nödvändig för liv och hälsa är fortsatt svårt att omsätta i vårdens, och då särskilt primärvårdens, vardag. Det skulle vara värdefullt med fler exempel på hur bedömningar ska göras i situationer som rör uppföljning av kroniska sjukdomar, sjukskrivningar, intyg, preventiva insatser och planerade kontroller. Sådana situationer utgör en stor del av primärvårdens verksamhet och kan vara svåra att prioritera vid omställning till kris- eller krigssjukvård.

När det gäller samverkan mellan regioner och kommuner är ansvarsfördelningen i praktiken oklar. Det bör tydliggöras vem som ansvarar för att initiera planering och

samverkan, hur arbetet ska organiseras och hur mindre kommuner med begränsade resurser förväntas delta. Utan sådana förtydliganden finns en risk att utvecklingen går olika snabbt i olika delar av landet.

Kapitel 3.5

I konsekvensutredningen beskrivs att man inte bedömer att det är rimligt att kräva att alla vårdgivare ska upprätthålla vård av viss omfattning i krig och kris.

SLS reagerar på att man undantagit offentligfinansierad privat vård från ett tydligt ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap. Privat vård står för en stor del av svensk hälso- och sjukvård. Inom hälso- och sjukvård utfördes 19 procent av vården av privata utförare, och inom omsorgen cirka 20 procent¹. Så med det argumentet föreslås således en femtedel av den svenska vården undantas helt från ansvaret att bidra med vård vid kris och krig.

SLS efterlyser även ett förtydligande av de praktiska och juridiska förutsättningarna för omfördelning av personal mellan verksamheter och huvudmän, inklusive privata vårdgivare.

Kapitel 3.6

För vissa patientgrupper innebär föreskriften att beredskapsplaneringen behöver tillgodose kontinuitet i vården av patienter med allvarliga kroniska inflammatoriska sjukdomar. Exempelvis kan inte reumatologisk vård betraktas som elektiv vård och kan upphöra vid kris. Prioritering behöver baseras på risken för organpåverkan, bestående funktionsnedsättning eller förtida död vid fördröjd behandling. Det kräver definierade prioriteringsnivåer.

Tidig rehabilitering betraktas idag som en integrerad del av patienters återhämtning i samband med konflikter och katastrofer. När rehabiliteringen påbörjas redan under den akuta fasen kan den bidra till att förebygga komplikationer och påskynda återhämtning.

SLS önskar därför att detta lyfts och integreras i arbetet med att förbereda verksamheter för kris, katastrofer och väpnade konflikter.

SLS vill understryka vikten av att ett tydligt barnrätts- och barnhälsoperspektiv genomsyrar civilförsvaret och beredskapsplaneringen. Barn utgör en särskilt sårbar grupp vid kris och krig och har specifika medicinska, fysiologiska och utvecklingsmässiga behov. Beredskapslager och resursfördelning måste uttryckligen öronmärka och säkra tillgången till pediatrik utrustning. Som exempel för läkemedel till barn kräver ofta särskilda beredningsformer

Många barn tas emot inom såväl offentlig som privat driven primärvård och på privat drivna barnmottagningar med vårdavtal. Under höjd beredskap och krig måste dessa enheter vara sömlöst integrerade i den regionala krigsorganisationen.

¹ enligt SCB:s rapport för 2023

Slutligen saknas särskild uppmärksamhet på den utsatthet som barn och unga befinner sig i en situation av kris där även resurser behöver finnas för att hantera psykologiskt stöd och insatser för barn då familjer splittras.

För Svenska Läkaresällskapet

Catharina Ihre Lundgren
Ordförande

Bilagor

Svensk kirurgisk förening
Föreningen arbets- och miljömedicin
Svensk förening för rehabiliteringsmedicin
Svenska barnläkarföreningen
Svensk förening för allmänmedicin
Svensk reumatologisk förening
Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

Bilaga 1

Föreningen för Arbets- och miljömedicin

Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om hälso- och sjukvårdens beredskap Remissvar Diarienummer 4.1-22298/2026

Utredningen beskriver hälso- och sjukvårdens behov av beredskap för att kunna hantera händelser som allvarligt kan inverka på kommuners och regioners förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda sjukvård. Sådana händelser som beskrivs är klimathändelser, störningar i informations- och kommunikationsteknologi och störningar i el- eller vattenförsörjningen. Andra händelser som beskrivs kan inkludera många skadade vid stora olyckor eller antagonistiska handlingar såsom terrorattentat och militära angrepp. Epidemier, pandemier och andra stora sjukdomsutbrott utgör ytterligare exempel på händelser som medför ett stort antal sjuka. Vid sådana krissituationer i fredstid eller under kris- och krigssituationer ställs sjukvården för svåra utmaningar att tillhandahålla den sjukvård som hälso- och sjukvårdslagen och annan speciallagstiftning föreskriver. Därav infördes nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen respektive hälso- och sjukvårdsförordningen från 1 januari 2026. Bestämmelserna innebär bland annat begränsad vårdskyldighet i kris och krig, ett förtydligande av krav på beredskapsplanering och ett krav på att kommuner och regioner ska hjälpa varandra vid katastroftillstånd.

Utredningen beskriver översiktligt de etiska principer som gäller för prioriteringar i vården vid allvarliga händelser, nämligen människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Vid svåra kriser, katastrofer och krigstillstånd kan man inte förvänta sig att det går att upprätthålla dessa principer som redan i fredstid har utmaningar.

Med anledning av utredningen vill ARM ge förslag till kompletterande uppdrag till Socialstyrelsen för utarbetande av riktlinjer till sjukvården:

1. Socialstyrelsen behöver utarbeta konkreta och etiskt acceptabla riktlinjer för horisontell prioritering mellan olika akuta sjukdomstillstånd vid begränsade sjukvårdsresurser utifrån olika scenarios och förmodad varaktighet av kriserna. Den vårdpersonal som förväntas kunna göra fortlöpande omprövningar och bedömningar i kriser, vid snabbt förändrade omständigheter, kan behöva särskild träning för att klara sina uppgifter eftersom det skiljer sig mycket från att bedöma och planera vård när ordinarie resurser är tillgängliga. Socialstyrelsen behöver även utarbeta riktlinjer för hur fördelningen av resurser och prioritering ska göras mellan primärvård, kommunal sjukvård och sjukhusvård för kostnadseffektivt utnyttjande av tillgängliga vårdresurser. Undanträngningseffekter av resurskrävande vårdåtgärder, för övrig sjukvård, behöver inkluderas i Socialstyrelsens uppdrag för olika konkreta situationer. Detta behövs för att kunna upprätthålla resiliens i sjukvårdssystemet och förmåga till omfallsplanering i olika

scenariobaserade situationer. Hur ska barns sjukvårdsbehov enligt barnkonventionen tillgodoses och prioriteras, gentemot vuxna, när ålder enligt konsekvensutredningen inte utgör en prioriteringsgrund? Andra utsatta gruppers vårdbehov – som personer med funktionsnedsättning, äldre och multisjuka som kan ha kommunalt boende och/eller behov av regelbunden uppföljning i primärvården – behöver finnas med i prioriteringsordningen. Hur förbereder sig Socialstyrelsen för att tillhandahålla en expertfunktion som kan stötta kommuner och regioner med tolkning av definitioner, prioriteringsfrågor och resursfördelning? Erfarenheter från kriget i Ukraina behöver här beaktas.

Sida **2** av **2**

1. Riktlinjer behöver utarbetas för den högspecialiserade sjukvården vid allvarliga kriser, som kan förväntas ha otillräckliga resurser utifrån det stora vårdbehovet, för att därigenom kunna tillgodose en långsiktigt hållbar arbetssituation för aktuella professioner. Vid långvariga kriser behöver beredskapsplaneringen därför omfatta bemanningsplanering, arbetstidsreglering inkl. tid för återhämtning, planering för att kunna klara av fysisk och psykisk arbetsbelastning, risk för smitta, karantänbehov samt tillgång till personlig skyddsutrustning. Erfarenheter från COVID-pandemin 2020 bör systematiskt tillvaratas i detta arbete.

2. Identifiering behöver göras eller kunna avfärdas av eventuellt uppkomna målkonflikter mellan de nu utpekade etiska principerna och bestämmelser i avtal mellan Sverige och NATO respektive det bilaterala avtalet mellan Sverige och USA (Defence Cooperation Agreement). Uppdraget till Socialstyrelsen behöver inkludera vilka internationella vårdresurser som kan behöva rekvireras, hur detta kan göras och hur sjukvårdsledningen, arbetsmiljöreregler, sekretess och ersättningsfrågor ska regleras vid internationella sjukvårdslag aktiva på svenska sjukhus. Hur hanteras språkfrågor och kulturella skillnader ifall svensk vårdpersonal tjänstgör utomlands eller utländsk personal i svensk sjukvård? Vilka behov av tolkresurser kan förutses i kontakten mellan vårdgivare och patienter? Det kan kräva särskilda rutiner för att begränsa dokumentation i journalen, till det allra nödvändigaste, vid svåra belastningar p.g.a. stort antal patienter i olika krissituationer.

3. En särskild punkt som inte har utvecklats i konsekvensutredningen är sjukvårdens behov av beredskap vid klimatrelaterade händelser. Socialstyrelsens riktlinjer behöver därför omfatta prioriteringar vid klimatrelaterade händelser som värmeböljor, översvämningar och mer omfattande bränder. Det kan vid långvariga sådana händelser drabba särskilt sårbara patientgrupper, men även negativt påverka

innemiljön på sjukhusen och därmed arbetsmiljön. Lärdomar behöver tillvaratas från sommarens långvariga värmebölja i Europa.

4. Även om den svenska sjukvården inte önskar frångå de välförankrade principerna för prioritering av sjuka vid begränsade resurser, som beskrivs i konsekvensutredningen, kan det uppstå situationer där sådant ställningstagande blir nödvändigt. Socialstyrelsen behöver därmed utreda konsekvenserna av att övergå till mer utilitaristiska principer där sjukvårds- och räddningspersonal kan behöva ges företräde till vård för att de i sin tur snabbare ska kunna återgå till sina uppdrag och därmed kunna rädda fler liv. Ålder, vissa sjukdomar och samhällsfunktion (typ av arbete, föräldraskap) behöver finnas med i den prioriteringen. Utredningen pekar redan på att skadade soldater, oberoende av stridande sida, inte ska prioriteras före andra sjuka och skadade. Vilka blir konsekvenserna för trovärdigheten och tilltron till sjukvårdssystemet ifall de nuvarande etiska prioriteringsprinciperna frångås och vilka fördelar kan man i så fall uppnå? Om de nuvarande etiska principerna frångås behöver också planer upprättas för hur man hanterar klagomål från patienter som inte anser sig få den vård inom den tid de förväntar sig. Vad kan Sverige förvänta sig ge för sjukvårdsstöd till grannländer och/eller kunna motta från grannländer? Hur kan negativa konsekvenser för vårdkvalitet och klagomål minimeras?

5. Konsekvensutredningen tar bara översiktligt upp privata vårdgivare, varför Socialstyrelsen behöver fördjupa en analys hur det offentliga sjukvårdssystemet ska hantera prioriteringar i relation till hur sådana görs av privata vårdgivare och enligt privata sjukvårdsförsäkringar.

Uppsala 2026-09-04

Styrelsen i ARM genom Martin Tondel ordförande

Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening gällande Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning (SOU 2026:19)

Svensk Kirurgisk Förening står bakom det mesta av det som förslaget innehåller. Vi tycker dock att det är anmärkningsvärt att man undantagit offentligfinansierad privat vård från ett tydligt ansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap. Privat vård står för en stor del av svensk hälso- och sjukvård. Inom hälso- och sjukvård utfördes enligt SCBs rapport för 2023 19 procent av vården av privata utförare, och inom omsorgen cirka 20 procent. Troligen kommer det att öka ytterligare. I konsekvensutredningen punkt 3.5 beskrivs att man inte bedömer att det är rimligt att kräva att alla vårdgivare ska upprätthålla vård av viss omfattning i krig och kris, och med det argumentet föreslås således en femtedel av den svenska vården undantas helt från ansvaret att bidra med vård vid kris och krig. För region Stockholm en mycket stor andel av vården. Vi ser inte att det undantaget är rimligt eller proportionerligt till konsekvenserna utifrån hur svensk sjukvård bedrivs idag. Att undanta en så stor del av vårt offentligfinansierade system från allt ansvar för hälso- och sjukvård vid krig och kris är inte rimligt, och skapar också en obalans i uppdragen mellan offentligt drivna och offentligt finansierade privat drivna verksamheter. Att upprätthålla beredskap är kostsamt, och snedvrider balansen och förutsättningarna mellan privata och offentliga vårdgivare, särskilt där LOV är etablerat. Negativa konsekvenser av detta sågs redan under Covid-19 pandemin, där den offentliga vården hade en otroligt hög belastning, medan privata vårdgivare i vissa fall kunde fortsätta utföra lågprioriterad vård. En långsiktig samverkan som föreslås tolkar vi som till intet förpliktigande.

Således anser vi att samma beredskapsansvar ska gälla för all verksamhet enligt LOV. Det bör också finnas krav att regioner och kommuner vid upphandling enligt LOU ska definiera den privata enhetens uppdrag vid kris och krig samt hur samverkan ska ske när kris eller krig inte pågår, samt att vid särskilda omständigheter mot ersättning kunna utnyttja de personalresurser samt lokaler och utrustning där vården är offentligt finansierad. Vi tror också att de flesta medarbetare och privata företag som utför offentligfinansierad vård vill bidra till en stark beredskap i Sverige.

För Svensk Kirurgisk Förening

Linus Axelsson

Ordförande

Bilaga 3

Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin är glad för att ha blivit tillfrågad om innehållet i Socialstyrelsens Konsekvensutredning - förslag till föreskrifter och allmänna råd om hälso- och sjukvårdens beredskap. Dnr 4.1-22298/2026

Överlag är det som står välskrivet men det saknas ett tydligt klargörande av att rehabilitering utgör en integrerad del av den hälso- och sjukvård som är nödvändig för liv och hälsa vid fredstid såväl vid kris och höjd beredskap. WHO har <https://www.who.int/activities/strengthening-rehabilitation-in-emergencies> tydligt tagit fram behovet av rehabilitering även vid katastrofsituationer <https://www.who.int/publications/i/item/emergency-medical-teams> och <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation/early-rehabilitation-in-conflict-and-disasters>. I Ukraina har kriget medfört ett ökat behov av läkare med kompetens i rehabilitering. 2019 var antalet kring 300 och idag finns det drygt 5 000 läkare med kompetens i rehabilitering (146 enligt deras ordinarie 3 års program och resten med 4 månaders tillägg till annan specialitet på grund av kriget). SFRM har inte tagit ställning till vilka kompetenser den kortare tilläggsutbildningen ger ej heller den ordinarie utbildningen som är kortare än den svenska.

Tidig rehabilitering betraktas idag som en integrerad del av patienters återhämtning i samband med konflikter och katastrofer. När rehabiliteringen påbörjas redan under den akuta vårdfasen kan den bidra till att förebygga komplikationer, påskynda återhämtningen och säkerställa en sammanhängande vårdkedja.

Rehabiliteringspersonal som arbetar med tidig rehabilitering behöver kompetens inom ett brett spektrum av kliniska områden och måste i konflikt- och katastrofsituationer kunna hantera utmaningar såsom stora patientinflöden, begränsad tillgång till utrustning och komplexa kliniska tillstånd. Ukraina visar på inte bara ökade rehabiliteringsbehov på grund av trauma (amputationer, ryggmärgsskador, traumatiska hjärnskador och mulittrauma) men även ökad incidens av strokefall och rehabiliteringsbehov. Situational analysis of acute stroke care in Ukraine: evaluating trends and improving quality.

Föreningen önskar därför att innehållet justeras för att tydliggöra dessa behov som redan idag är otillfredsställande tillgodosedda med stora regionala skillnader i utbud avseende såväl tillgång på rehabiliteringsspecialistser, på slutenvårdsplatser för högspecialiserad rehabilitering, öppenvård och hjälpmedel. Detta lyfts i

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/forslag-nationell-strategi-och-handlingsplan-for-rehabilitering-och-habilitering-2026-5-l-0283/> och måste integreras i arbetet med att förbereda verksamheter för kriser, katastrofer och väpnade konflikter.

För Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin

Remissvar: Beredskap och resursförsörjning – Svensk barnläkarförening

Vi vill understryka vikten av att ett tydligt barnrätts- och barnhälsoperspektiv genomsyrar civilförsvaret och beredskapsplaneringen. Barn utgör en särskilt sårbar grupp vid kris och krig och har specifika medicinska, fysiologiska och utvecklingsmässiga behov.

1. Resursförsörjning

Barn är inte "små vuxna" utan kräver anpassad medicinteknisk utrustning, förbrukningsartiklar och skyddsmaterial i rätt storlekar (från neonatalt till adolescens). Vid bristsituationer och ransonering riskerar barnanpassade resurser att nedprioriteras. Beredskapslager och resursfördelning måste uttryckligen öronmärka och säkra tillgången till pediatrik utrustning.

2. Läkemedelsförsörjning

Läkemedel till barn kräver ofta särskilda beredningsformer (som mixturer, orala lösningar och specifika doseringar). Redan i fredstid förekommer brister på t.ex. flytande antibiotika. Läkemedelsberedskapen måste inkludera barnanpassade formuleringar, licenspreparat samt garantera kapacitet för lokal extemporeberedning vid avbrott i försörjningskedjorna.

3. Barnets första 0–5 år

Barnhälsovårdens (BHV) kontinuitet är avgörande för att följa yngre barns tillväxt, utveckling och psykosociala hälsa. Avbrott i barnhälsovård under kris eller krig medför stor risk för att avvikelser, osynliggjorda missförhållanden eller nutritionsproblem inte upptäcks i tid. Det är nödvändigt att beredskapsplaner prioriterar upprätthållandet av BHV:s kärnuppdrag.

4. Vaccinationer

Det allmänna vaccinationsprogrammet för barn är en kritisk hörnsten i folkhälsa och smittskydd. Avbrott i vaccinationer leder snabbt till att flockimmuniteten sviktar, vilket skapar risk för utbrott av allvarliga och förebyggbara barnsjukdomar (till exempel mässling eller kikhosta). Tydliga riktlinjer krävs för att säkerställa vaccinationer även vid höjd beredskap, evakuering eller kris.

5. Tillstånd som screenas för kan dyka upp senare

Tidig upptäckt via screening (såsom PKU-provtagning på nyfödda) är avgörande för att förhindra bestående skador eller svår sjukdom. Om provtagning, logistik eller analyskedjor brister under en kris riskerar allvarliga medfödda tillstånd att missas i spädbarnsåldern och upptäckas först senare när symtomen manifesterats. Logistikerna kring alla screeningprogram måste göras resilianta för kriser.

6. Primärvård och barnmottagningar med avtal under krig

Många barn tas emot inom såväl offentlig som privat driven primärvård och på privat drivna barnmottagningar med vårdavtal. Under höjd beredskap och krig måste dessa enheter vara sömlöst integrerade i den regionala krigsorganisationen. Avtalen behöver tydliggöra ansvar, finansiering och materialförsörjning så att barn kan erbjuda kontinuerlig, nära och trygg sjukvård oavsett beredskapsläge.

Sammanfattningsvis saknas särskild uppmärksamhet på den utsatthet barn och unga befinner sig i en situation av kris där även resurser behöver finnas för att hantera psykologiskt stöd och insatser för barn då familjer splittras.

Remissvar - Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) ställer sig i huvudsak positiv till de föreslagna föreskrifterna och de allmänna råden. Vi bedömer att de etiska utgångspunkterna är väl avvägda och att Socialstyrelsen på ett värdefullt sätt försöker ge vägledning kring begreppet vård som är nödvändig för liv och hälsa.

SFAM anser dock att vissa delar behöver förtydligas.

Begreppet vård som är nödvändig för liv och hälsa är fortsatt svårt att omsätta i primärvårdens vardag. Det skulle vara värdefullt med fler exempel på hur bedömningar ska göras i situationer som rör uppföljning av kroniska sjukdomar, sjukskrivningar, intyg, preventiva insatser och planerade kontroller. Sådana situationer utgör en stor del av primärvårdens verksamhet och kan vara svåra att prioritera vid omställning till kris- eller krigssjukvård.

Vi efterlyser även ett förtydligande av vad som avses med medicinsk bedömning. Det bör framgå vilka professioner som kan genomföra sådana bedömningar och hur ansvarsfördelningen ska se ut i verksamheter som bygger på multiprofessionellt arbete. Föreskrifterna betonar vikten av att alla patienter snarast ska få en medicinsk bedömning, men ger begränsad vägledning om hur detta ska omsättas i praktiken.

När det gäller samverkan mellan regioner och kommuner är ansvarsfördelningen i praktiken oklar. Det bör tydliggöras vem som ansvarar för att initiera planering och samverkan, hur arbetet ska organiseras och hur mindre kommuner med begränsade resurser förväntas delta. Utan sådana förtydliganden finns en risk att utvecklingen går olika snabbt i olika delar av landet.

SFAM anser också att privata vårdgivares roll behöver beskrivas tydligare. En stor del av svensk primärvård bedrivs i privat regi, och det bör framgå hur dessa aktörer ska involveras i planering, samverkan, personalförsörjning och omställning av verksamheten vid höjd beredskap och krig. Av konsekvensutredningen framgår att privata vårdgivares resurser endast kan omfattas av hjälpinsatser om avtal finns, vilket ytterligare understryker behovet av tydliga nationella förväntningar och strukturer för samverkan.

Slutligen efterlyser SFAM ett förtydligande av de praktiska och juridiska förutsättningarna för omfördelning av personal mellan verksamheter och huvudmän, inklusive privata vårdgivare.

I övrigt har SFAM inga ytterligare synpunkter på förslaget.

Andreas Stomby

Ordförande Svensk Förening för Allmänmedicin

Bilaga 6

Remissvar - Svensk Reumatologisk Förening

För reumatologin innebär föreskriften att beredskapsplaneringen behöver tillgodose kontinuitet i vården av patienter med allvarliga kroniska inflammatoriska sjukdomar.

Reumatologisk vård kan inte generellt betraktas som elektiv vård som kan upphöra vid kris.

Prioritering behöver baseras på risken för organpåverkan, bestående funktionsnedsättning eller förtida död vid fördröjd behandling. Det kräver definierade prioriteringsnivåer, planer för fortsatt tillgång till immunsuppressiva läkemedel och laboratoriediagnostik, alternativa vårdformer (för patienter som idag får infusionbehandlingar) samt rutiner för regional/nationell samverkan vid resursbrist.