

Totalförsvarets hälso- och sjukvård i Sverige, med nordiska och tyska jämförelser 2025–2032

Texten bygger på propositioner, utredningar, myndighetsrapporter och utländska planverk. Läget som beskrivs är hösten 2026.

1. Inledning

Efter kalla kriget avvecklades den svenska krigssjukvården i en takt som nu är svår att förstå. Lager såldes ut. Krigssjukhus stängdes. Planer för masskadeutfall blev hyllvärmare. Kvar blev en katastrofmedicinsk beredskap avsedd för olyckor, attentat och översvämningar. Den dög så länge ingen räknade med strid på svenskt territorium. Efter 2014, och på allvar efter den ryska invasionen av Ukraina 2022, räckte den inte längre.

Totalförvarsplaneringen kom tillbaka 2015. Sedan dess har tempot ökat, särskilt efter Natointrädet 2024 och sedan de nya beredskapsreglerna i hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 januari 2026. Utgångsläget är ändå sämre än i flera grannländer. Vårdplatstalen hör till de lägsta i OECD. Organisationen är utspridd på 21 regioner. Personalbristen är redan i fred en daglig begränsning. Försvarsberedningen har sagt att den viktigaste sjukvårdsförmågan i krig är att uthålligt kunna öka antalet platser, främst för akutkirurgi och intensivvård. Den förmågan finns till stor del bara på papper.

Texten försöker samla hur den svenska totalförvarssjukvården är tänkt att fungera, vilka reformer som rullats ut eller fortfarande bereds, och hur upplägget står sig mot Finland, Norge, Danmark och Tyskland. Jag håller mig på den civila sidan. Försvarsmaktens egen sjukvård kommer in bara där den möter den civila kedjan: evakuering, vårdlandsstöd, gemensam planering. Det här är en genomgång av källor, inte en räkning av faktiska salar och IVA-platser ute i regionerna.

En del av det som nu diskuteras som om det redan vore på plats är det inte. Civilplikt i vården är en inriktning, inte en färdig kår. Tysklands Gesundheitssicherstellungsgesetz är under beredning. Norge har haft ny hälsoberedskapslag på remiss. Jag skiljer därför på gällande rätt, fattade beslut och sådant som fortfarande bara är förslag.

2. Begrepp

Totalförsvaret är det Sverige behöver för att kunna möta krig. Det rymmer både det militära och det civila. Sjukvården räknas till det civila, men försvaret klarar sig inte utan den. Redan SOU 1978:83 *Sjukvården i krig* beskrev totalförsvarets

hälso- och sjukvård som summan av den civila vården, Försvarmaktens sjukvårdstjänst och dåtidens civilförsvaret. Definitionen fungerar fortfarande. Civilförsvaret som egen organisation är däremot borta. Uppgifterna ligger nu hos regioner, kommuner och ett knippe statliga myndigheter.

Länge bars planeringen av ordet katastrofmedicinsk beredskap. I SOSFS 2013:22 handlar det om att kunna bedriva vård så att följderna av en allvarlig händelse begränsas. I praktiken används stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge. Tjänsteman i beredskap aktiverar regional särskild sjukvårdsledning. Upplägget är beprövat vid en bussolycka. Det är sämre prövat mot det Försvarsberedningen talar om: strider i Sverige under flera veckor.

Två engelska uttryck har fått fäste därför att svenskan saknar riktigt träffande motsvarigheter. *Surge capacity* är förmågan att snabbt och under tid öka volymen. Finlands *comprehensive security* är ett grepp där myndigheter, företag, föreningar och vanliga människor tillsammans bär de funktioner samhället inte klarar sig utan. Civil-militär samverkan är det svenska ordet för ungefär samma sak, fast snävare: mest myndigheter och Försvarmakten.

I krig väger triage tyngre, och på ett annat sätt. Den civila katastrofmedicinen försöker rädda så många som möjligt med det som finns i stunden. Militärt tillkommer att få tillbaka den som kan strida igen, och att ta emot sårade från allierade. Regeringen har slagit fast att den etiska plattformen – människovärde, behov och solidaritet, kostnadseffektivitet – ska gälla även vid katastroftillstånd. Samtidigt talar den nya lydelsen i hälso- och sjukvårdslagen om vård som är nödvändig för liv och hälsa. Det är en inskränkt skyldighet. När allt inte längre går att göra måste något väljas bort. Den konflikten försvinner inte för att man hittar ett snyggare begrepp.

Andra ord återkommer så ofta att de nästan slutar betyda något om man inte preciserar dem. Masskadeutfall är den händelse planeringen kretsar kring. Medicinsk evakuering sträcker sig från ambulansen till flyg ut ur landet. Vårdlandsstöd, Host Nation Support, är Natos krav på att ett medlemsland ska kunna ta emot, understödja och i förekommande fall vårda allierade förband. Beredskapssjukhus och reservsjukhus är det fysiska svaret på att kapaciteten måste kunna växa. Orden är gamla. Det nya är att de återigen måste fyllas med lokaler, folk och materiel.

3. Historisk bakgrund

Under kalla kriget fanns lager, övade kedjor och en ganska konkret föreställning om att det civila samhället skulle bära en stor del av skadeutfallet. Genom proposition 1980/81:57 flyttades ledningen av sjukvården i krig från länsstyrelserna till sjukvårdshuvudmännen, då landstingen. Det var konsekvent:

den som redan drev sjukhusen fick också planera dem. Det som gick förlorat var den överblick länsstyrelsen haft.

Avvecklingen efter 1990 gick fort. Beredskapslager såldes eller blev för gamla. Krigssjukhusen försvann. Höjd beredskap blev något man nämnde i en bisats. Samtidigt slimmades den fredstida vården. Färre platser, tunnare lager, leveranser i sista stund. Det passade en säkerhetspolitisk bedömning där väpnat angrepp mot Sverige räknades som osannolikt. När planeringen återupptogs 2015 räckte det därför inte att blåsa damm av pärmarna. Mycket av det fysiska var borta.

Sedan dess har det kommit i vågor. Först insikten att civilt försvar inte kunde fortsätta som restpost. Efter 2022 ett tätt flöde av uppdrag, pengar och lagförslag. Proposition 2024/25:34 satte nya mål för det civila försvaret 2025–2030. Proposition 2024/25:167, beslutad enligt betänkande 2025/26:SoU6, blev vårdens egen reform. Med Natointrädet 2024 räcker det inte längre att räkna på den egna befolkningen och de egna förbanden.

Kvar finns minne: övningar, frivilliga, äldre utredningar, människor som fortfarande vet hur det en gång var tänkt. Det som inte finns kvar är byggnaderna och lagren. En nedlagd vårdplats kommer inte tillbaka för att riksdagen klubbar en paragraf. En sjuksköterska som lämnat yrket kommer inte tillbaka bara för att civilplikt nämns i ett pressmeddelande. Planering kan återupptas på ett år. Förmåga tar längre tid.

4. Sveriges organisation i dag

Ansvar är utspritt. Regionerna är huvudmän för den regionala vården. Kommunerna har den kommunala hälso- och sjukvården och merparten av omsorgen. Så är det också i kris och krig. Staten styr med lag, statsbidrag, föreskrifter och sektorsansvar. Den som öppnar salen, sätter personal på IVA och kör ambulansen är likväl regionen.

Socialstyrelsen är sektorsansvarig för beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg. Dit har de tunga uppdragen om civilplikt, masskadetriage och lagerhållning lagts. Den 1 januari 2026 bytte MSB namn till Myndigheten för civilt försvar. Namnet markerar rollen som toppnod: leda, inrikta, samordna. Myndigheten ska få sektorerna att dra åt samma håll. Den ska inte själv driva sjukhus.

Försvarsmaktens sjukvård sitter i Försvarsmedicincentrum i Göteborg, med rötter tillbaka till Arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse 1906. Därifrån leds de stora övningarna. Sjukvårdsövning 25 i Västervik samlade ungefär 400 anställda och 300 frivilliga statister. Året därpå övades i Norrtälje. Man tränar patientflöden. Man ser också, ganska snabbt, var det kärvar när civila och militära staber ska arbeta i samma rum.

Länsstyrelserna har det geografiska områdesansvaret. SKR är motpart i överenskommelser. Privata vårdgivare utgör i en del regioner en påtaglig del av kapaciteten, vilket komplicerar krigsplacering och ordergång. Svenska Röda Korset och andra frivilligorganisationer har påpekat att de inte kan kallas in som reserv när det offentliga redan är fullt. Ska de användas måste de övas och ges en plats i planerna innan något händer.

Fördelen med konstruktionen är uppenbar för den som sett ett sjukhus inifrån. Den som känner flaskhalsarna i fred känner dem också under höjd beredskap. Nackdelen syns så fort flera regioner drabbas samtidigt, eller så fort sårade allierade ska fördelas över landet. Då behövs en nationell bild av var det finns plats, och någon som kan flytta patienter dit. De nya reglerna om hjälp mellan regioner vid katastroftillstånd är tänkta att täcka det hålet. De förutsätter att lägesbilden faktiskt finns.

5. Lagstiftning och styrning

Regelverket är hopsatt av flera lagar. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är basen. LEH (2006:544) styr kommuners och regioners arbete vid extraordinära händelser och höjd beredskap. Patientsäkerhetslagen (2010:659) rör personalens skyldigheter. Därutöver smittskyddslagen, lagen om utrymning och inkvartering och lagen (1994:1809) om totalförsvarspikt. Plikten gäller värnplikt, civilplikt och allmän tjänstepikt för alla mellan 16 och 70 år.

Det som nu märks i verksamheten är proposition 2024/25:167. Ändringarna trädde i kraft den 1 januari 2026, utom lagerhållningen som slår till den 1 januari 2027. Kommuner och regioner ska planera för katastroftillstånd och för händelser med många skadade eller sjuka. Under fredstida kris och höjd beredskap är skyldigheten inskränkt till vård nödvändig för liv och hälsa. De ska skyndsamt hjälpa andra huvudmän där det råder katastroftillstånd, med reservationer när den egna förmågan är lika hårt ansatt. Personal ska under höjd beredskap på begäran tala om för Försvarsmakten om någon som är tjänstgöringsskyldig där ligger inne.

Lagerkravet är det som tydligast bryter med just-in-time. Regeringen får föreskriva vad som ska finnas och hur mycket. Redan före ikraftträdandet har staten och SKR kommit överens om förbrukningsmateriel och skyddsutrustning: omkring 850 miljoner kronor i november 2024, särskilt mot intensivvård, och mer än 700 miljoner i december 2025 för att bygga lager inför 2027. Statsbidraget enligt förordning 2023:489 var 448 miljoner 2025 och 500 miljoner 2026. SSIK, Sjukvårdens säkerhet i kris och krig, ska hålla igång el, värme, vatten och tele i sjukhusfastigheterna. Siffrorna avser olika saker. De 54 miljonerna som 2023 öronmärktes för driftsäkerhet är inte samma påse som det bredare civilförsvarsanslaget för vården, som samma år låg kring 1,2 miljarder.

Civilplikten är det andra redskapet. Socialstyrelsen lämnade sitt förslag den 27 november 2025. Huvudspåret, ambitionsnivå A, siktar på ungefär 10 800 krigsplacerade efter fem år: 7 500 sjukvårdare (även prehospitalt), 2 600 sjuksköterskor, 300 läkare och 400 undersköterskor. Mönstring för sjukvårdare kan tidigast komma igång våren 2028, längre grundutbildning hösten 2028 eller 2029, beroende på när regeringen sätter ner foten. De som redan är utbildade men lämnat vården ska kunna tas i anspråk utan ny mönstring. I juni 2026 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta förberedelserna, nu också med tandvården i blick. Björn Eriksson har kallat civilplikt en yttersta åtgärd. Den tar inte över regionernas skyldighet att krigsplacera dem de redan anställer.

Staten skärper alltså kraven, skjuter till pengar och tar iplikten, men lämnar huvudmannaskapet kvar. Om det bär beror mindre på hur paragraferna är formulerade än på om regionerna får folk, tid och rum att göra det lagen nu kräver.

6. Förmåga och utmaningar

Vårdplatser och intensivvård

Enligt OECD, återgivet i Läkarförbundets rapport *Vårdplatsbristen* (2024), hade Sverige 2022 1,9 vårdplatser per 1 000 invånare. Europeiska OECD-länder låg i snitt på 4,4. Talen flyttar sig med år och mätmetod; för 2015 har 2,4 förekommit. Riktningen är likväl densamma. Intensivvården är också tunn internationellt sett. Mot den bakgrunden ska dubbleringsmålet läsas. I *Kraftsamling* (Ds 2023:34) står fortfarande det antagande som först formulerades i *Motståndskraft*: strider i Sverige under flera veckor kan ge 20 000 till 30 000 döda och skadade, civila och soldater. Regionerna ska kunna dubblera de fysiska platserna jämfört med fred, med den bemanning och den materiel som då går att uppbåda. I de hårdast drabbade delarna av landet blir behovet större än en fördubbling.

Målet beskriver inte läget i dag. För att komma dit behövs salar som kan ställas om, utrustning som inte redan används, läkemedel och förbrukningsvaror i lager, blod, syrgas, sterilt gods – och personal som håller längre än ett dygn. Beredskapssjukhus och reservsjukhus nämns ofta. Offentligt går det fortfarande trögt att få fram hur många platser det rör sig om, var de ligger och hur fort de kan öppnas.

Personal

Bristen på folk begränsar vården redan nu. Socialstyrelsens planeringsstöd har år efter år visat underskott på sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och vissa läkargrupper. I krig försvinner en del till Försvarsmakten. Andra måste ta hand om anhöriga. En del arbetsplatser kan vara slagna eller utan el. Civilplikten ska

utbilda nya sjukvårdare och hämta tillbaka dem som lämnat. Den första veckan hjälper den inte. Utbildning tar tid. 10 800 personer kring 2032 är ett tillskott. Det är inte basbemanningen.

Katastrofmedicin är ingen egen läkarspecialitet. Regionerna ska i stället se till att personalen kan det basala. I ett litet land är det begripligt. Det förutsätter att kunskapen övas, inte att den en gång lästes in på en kurs.

Försörjning, blod och transporter

Att lagerhållning nu skrivs in i lagen är ett brott mot linjen efter 1990. Kvar står de svåra frågorna: hur mycket, var, och vem som bär kostnaden när datumen går ut. Blodet är en egen svag punkt. Systemet vilar på frivilliga givare och regional organisation. I krig stiger behovet medan givare kan vara evakuerade, inkallade eller själva skadade. En utredning om blod och plasma med större statligt ansvar har aviserats. Transporter och evakuering kräver farbara vägar, bränsle, samband och en ordning för vem som åker först när civila patienter och militära evakueringar konkurrerar om samma fordon. Det går inte att öva i stuprör.

Ledning

Det som återkommit efter Sjukvårdsövning 25 och 26 är sällan operationslamporna. Det är mandat. Vem beslutar vad, i vilket skede? På organisationsskissen ser samverkan prydlig ut. När det brådskar uppstår frågor om civilbefolkning mot förband, om sekretess, om vilken lägesbild som gäller och om regionens katastrofledning kan tvingas in under en militär operationsplan. Rapporten *Utgångspunkter för civil-militär samverkan inom totalförsvarets hälso- och sjukvård och tandvård*, som Socialstyrelsen och Försvarsmakten gav ut i april 2025, är en början. Den stänger inte frågorna.

7. Nato och internationella krav

I Warszawa 2016 antog Nato sju baskrav för civil motståndskraft. Ett av dem gäller masskadeutfall och störande hälsokriser: de civila systemen ska hålla. CIMIC Centre of Excellence har fyllt på med personal, kirurgisk kapacitet, transporter och register över vad den civila vården faktiskt klarar. Det är ingen operationsorder. Det räcker för att den svenska platsbristen ska bli en sak för allierade, inte bara för Socialdepartementet.

Värdlandsstödsavtalet skrevs under redan i september 2014. Medlemskapet gjorde det skarpare. Sverige kan behöva ta emot, skicka vidare och vårda sårade från andras förband. Försvarsberedningen har dessutom påpekat att svensk personal kan skadas utanför landet. Kedjan slutar varken vid regiongränsen eller vid den egna befolkningen.

Interoperabilitet är mer än radio. Journaler, blodgrupper, läkemedelslistor, triageskalor, evakueringskoder. En tysk eller norsk skadad som kommer in på ett svenskt sjukhus ska kunna tas om hand utan att kedjan stannar. Det övas inte färdigt i en nationell pärm.

8. Jämförelser

Finland

Finland blir ofta referensen, ibland så ofta att jämförelsen slätas ut. Landet släppte aldrig totalförsvaret. *Security Strategy for Society*, senast uppdaterad 2025, slår fast att myndigheter, näringsliv, organisationer och medborgare tillsammans bär de vitala funktionerna. Läkemedelsberedskapen är lagstadgad.

Försörjningsberedskapscentralen håller strategiska lager via pooler, bland dem en hälsovårdspool. Sedan 2023 sköter 21 välfärdsområden både primärvård, specialistvård, socialtjänst och räddning, samordnade i fem områden med beredskapscentrum. Finland är också värd för ett EU-finansierat rescEU-lager med läkemedel och materiel för masskadehändelser.

Det intressanta är inte att finländarna per automatik har fler vårdplatser. Det är att beredskapen sitter i institutionerna. Obligatoriska lager, en statlig försörjningsaktör, en vana vid att totalförsvaret finns även i fred. När NESAs i mars 2020 släppte masker och skyddsutrustning syntes värdet av sådant som redan stod på hyllan. Lärdomen är enkel att skriva. Den är dyr att skaffa i efterhand.

Norge

Norge blåste liv i totalförsvaret 2016. Helseberedskapsloven från 2000 ger departementet särskilda fullmakter i krig och vid svåra fredstida lägen. Forsvarets sanitet håller den strategiska civil-militära tråden och leder tillsammans med Helsedirektoratet ett samverkansutskott. En ny nationell plan, *Å verne om liv og helse*, har tagits fram efter Meld. St. 5 (2023–2024) och Totalberedskapsmeldingen. Förslag till omarbetad helseberedskapslov har varit ute på remiss. Under Cold Response och Totalforsvarsåret 2026 övade bland andra Universitetssykehuset Nord-Norge evakuering med tåg, båt, buss och militära ambulanser, och militär förstärkning av civila sjukhus.

Också Norge avvecklade efter kalla kriget. Återtagandet började tidigare än i Sverige, och den militära sjukvården har en tydligare samordningsroll mot den civila sidan. Övningarna med blandade transportslag säger en del om norra Sverige, där avstånden är långa och vägarna lätta att slå ut.

Danmark

Länge var Danmark det nordiska land som saknade ett samlat totalberedskab. I februari 2026 lade regeringen fram ett nytt, med en akutpakke på 1,2 miljarder danska kronor. Av dem gick 295 miljoner till sundhed: nödström så att sjukhus ska kunna hålla nästan normal drift i minst ett dygn, och ett mobilt medicinskt mottagningscenter. Beredskapen är uppdelad i sygehus, præhospital insats och läkemedel. Regionernas AMK är den operativa ledningen, med en ingång.

Två saker syns. Det går att säga högt att man ligger efter. En akutpåse är likväl inte samma sak som uthållig förmåga. Ström i 24 timmar är en tröskel. Den danska idén om en tydlig operativ ingång är däremot värd att titta på. Svensk regional ledning är övad. Det som släpar är omfördelningen över landet.

Tyskland

Den federala uppdelningen gör jämförelsen knölig. Delstaterna sköter Katastrophenschutz. Förbundet sköter Zivilschutz i spännings- och försvarsfall, med stöd i ZSKG. BBK samordnar det hälsorelaterade befolkningsskyddet. Rahmenrichtlinie Gesamtverteidigung från den 5 juni 2024 uppmanade delstaterna att tillsammans med Bundeswehr planera vården i försvarsfall, räkna på personal och materiel och peka ut tillfälliga behandlingsplatser.

Sanitetstjänsten räknar med 300 till 1 000 patienter per dygn i ett förbundsfall. Siffran har upprepats av Generalarzt Johannes Backus och Generaloberstabsarzt Ralf Hoffmann. Den avser militära patienter. Den ska inte läggas rakt mot de svenska 20 000–30 000 över flera veckor. Fem Bundeswehrkrankenhäuser tar i fred även civila. Fördelningen av patienter är tänkt att gå via regionala nav. Förbundshälsoministeriet har förberett ett Gesundheitssicherstellungsgesetz: gemensam lägesbild, tydligare ansvar, möjlighet att använda civila strukturer för försvarsändamål. Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte och IPPNW har varnat för att civilbefolkningen kan bli andrahandsärendande och för att militär triage inte är densamma som den katastrofmedicinska.

Den tyska debatten är nyttig just för att den är öppen. I Sverige har konflikten mellan civila och militära behov ännu inte formulerats lika rakt. Vårdlandsstödet gör den svår att undvika.

Två sätt att styra

Finland, och delvis Norge, lutar åt att staten håller lager och lägesbild. Sverige och Tyskland, av skilda skäl, lutar åt att den som äger vården i fred också äger den i krig. Danmark försöker komma ikapp utan att riva regionerna. Ingen variant är ren. Centrala lager ger överblick och kan bli tröga. Lokal drift ger kunskap om

huset och sämre omfördelning. Sveriges linje just nu är att behålla regionerna och täcka upp med skarpare lag, statsbidrag och en tydligare statlig nod. Det fungerar bara om någon faktiskt vet var platserna finns, och om hjälp över regiongränsen blir mer än en paragraf.

9. Covid-19

Coronakommissionen skrev i SOU 2022:10 att Sverige borde ha agerat hårdare tidigt och att regeringen borde ha tagit ledningen tydligare. Beredskapen – materiel, organisation, rätt – måste stärkas. Det som blev synligt var sådant den äldre krigsplaneringen en gång räknat med: att lager tar slut, att skyddsutrustning inte går att handla fram över en natt, att 21 regioner inte samordnar sig av sig själva.

Sektorsansvaret från oktober 2022 är ett svar på det. Det är också 2024/25:167. I Finland blev NESAs lager ett exempel på vad lagstadgad beredskap kan betyda. I Tyskland pekar man på hur intensivvården samordnades och hur folk snabbutbildades, och använder det som förebild för civil-militärt arbete i försvarsfall. Den svenska erfarenheten är mer splittrad. Systemet höll, men på marginalen och med stora regionala skillnader. Ett virus är dessutom en annan motståndare än granater. Pandemin tränade uthållighet och omställning av salar. Den tränade inte mottagande av tusentals traumafall medan el, data och vägar slås ut.

Det är lätt att tro att nästa påfrestning liknar den förra. Krigsskadade kräver kirurgi, blod, evakuering och skyddade lokaler. Munskyddslager räcker inte. Det vore likväl slöseri att slänga det som faktiskt byggdes: vanan vid lägesbild, erfarenheten av att snabbutbilda, och en politisk acceptans för att beredskap kostar även de år den inte används.

10. Diskussion och slutsatser

På tio år har Sverige gått från en i stort sett avvecklad krigssjukvård till den högsta reformtakten sedan kalla kriget. Lagen är skarpare. Pengar har kommit, om än små i förhållande till regionernas vanliga vårdanslag. Civilplikt är på väg in. Övningarna är större. Nato gör att frågan inte längre kan avfärdas som intern slimmning.

Svagheter sitter i strukturen. En vård med 1,9 platser per tusen invånare dubbleras inte med ett cirkulär. Den personal som saknas i fred saknas också i krig, då med större frånvaro. Den decentraliserade modellen kräver en nationell bild och en omfördelning som fortfarande byggs. Vem som leder vad mellan region, Myndigheten för civilt försvar, Socialstyrelsen och Försvarsmakten är

beskrivet. Det är inte tillräckligt provat när tempot är högt. Ovanpå det ligger värdlandsstödet: att vårda allierade utan att den egna befolkningen blir rester.

Grannarna ger inga recept. De ger riktmärken. Finlands lagstadgade lager och statliga försörjningsaktör är det närmaste en europeisk standard som finns. Norges övningar och evakueringskedjor går att använda. Danmarks sena start påminner om att ett paket i budgeten inte ersätter år av underhåll. Tysklands bråk om vems behov som går först är en diskussion Sverige har framför sig.

Under 2026 handlar det om att de nya bestämmelserna ska synas i regionernas planer, inte bara i författningssamlingen. De 500 miljonerna i statsbidrag behöver gå till ledning, folk och masskadehantering. Civil och militär ledning måste övas tills det är klart vem som beslutar när regionens katastrofläge möter en operationsplan.

2027–2029 ska lagren finnas enligt det nya kravet. Mönstring och utbildning med civilplikt ska komma igång. Dubbleringsbar plats- och IVA-kapacitet måste börja synas i siffror, inte bara i målformuleringar. Utan beredskaps- och reservsjukhus förblir dubbleringen räkneövning. Mot 2030–2032 ska de ungefär 10 800 civilpliktsplacerade finnas, och värdlandsstöd ska sitta i den ordinarie regionala planeringen.

Tre saker bör räcka för att ändra kurs. Om platserna per tusen invånare fortsätter under 1,9 hjälper inte fler beredskapsparagrafer. Om personalbristen enligt Socialstyrelsens planeringsstöd förvärras måste styrning och öronmärkta pengar skärpas. Om övningarna om och om igen visar att ingen vet vem som leder duger det inte med en ny samverkansöverenskommelse. Då behövs mandat som fungerar när klockan går.

Det är lätt att tala om totalförsvarets sjukvård som en separat gren. Det är den inte. Kirurgen som ska ta emot krigsskadade är densamma som i dag ringer runt efter platser. Undersköterskan som ska bemanna en uppställd sal är densamma som redan tar extra pass. Att bygga upp krigssjukvården igen är därför inte ett sidospår. Det visar om den svenska vården ens i grunden har den reserv ett samhälle behöver den dag oron blir krig.

/Staffan Scherloff

11. Källförteckning

- Bundesministerium der Verteidigung / Bundeswehr. Uppgifter om sanitetstjänstens planering för 300–1 000 patienter per dygn i förbundsfall. Bundeswehr.de och offentliga uttalanden av Generalarzt Johannes Backus och Generaloberstabsarzt Ralf Hoffmann.

- CIMIC Centre of Excellence. Underlag till Natos baskrav om civil motståndskraft, bland annat personal, kirurgisk kapacitet och transporter.
- Försvarsberedningen. *Motståndskraft. Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025*. Ds 2017:66.
- Försvarsberedningen. *Kraftsamling*. Ds 2023:34, 19 december 2023.
- Försvarsdepartementet. *Skärpt läge – aktuell lägesbild i totalförsvaret och omvärlden*. Ds 2026:12.
- Nato. *Commitment to Enhance Resilience*. Warszawatoppmötet, juli 2016. Seven Baseline Requirements.
- OECD. *Health at a Glance 2023*. Vårdplatser per 1 000 invånare.
- Proposition 1980/81:57. Om ledningen av hälso- och sjukvården i krig.
- Proposition 2024/25:34. *Totalförsvaret 2025–2030*.
- Proposition 2024/25:167. *Hälso- och sjukvårdens beredskap*. Beslutad enligt bet. 2025/26:SoU6, rskr. 2025/26:44. SFS 2025:1399.
- Regeringen. Pressmeddelanden och presentationsbilder om civilplikt i vården, 13 mars 2025 och 2 juni 2026.
- Regeringen.dk. *Danmark skal have et totalberedskab*, 20 februari 2026, inklusive akutpakke 1,2 md DKK.
- Regeringen.no. Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa*; Totalberedskapsmeldingen Meld. St. 9 (2024–2025); *Nasjonal helseberedskapsplan*, reviderad 2025.
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.
- SFS 2006:544. Lag om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag.
- SFS 1994:1809. Lag om totalförsvarsplikt.
- Socialstyrelsen. SOSFS 2013:22. Katastrofmedicinsk beredskap.
- Socialstyrelsen. Förslag om civilplikt i hälso- och sjukvården, 27 november 2025, inklusive pressmeddelande och rapport 2025-11-9930.
- Socialstyrelsen och Försvarsmakten. *Utgångspunkter för civil-militär samverkan inom totalförsvarets hälso- och sjukvård och tandvård*. Artikelnummer 2025-4-9507, april 2025.
- SOU 1978:83. *Sjukvården i krig*.
- SOU 2020:23. *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret*.
- SOU 2021:19. En analys av den statliga livsmedelskedjan och annan försörjningsberedskap (jfr pandemilärdomar).
- SOU 2022:10. *Sverige under pandemin*. Coronakommissionens slutbetänkande.
- Sveriges läkarförbund. *Vårdplatsbristen*, 2024.
- Myndigheten för civilt försvar. Namnbyte och uppdrag från 1 januari 2026; årsredovisning 2025.
- Säkerhetsstrategi för det finländska samhället / *Security Strategy for Society*, uppdatering 2025; Huoltovarmuuskeskus (NESA).

- Rahmenrichtlinie Gesamtverteidigung, 5 juni 2024; Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG).

Anmärkning om källkritik

Flera reformer är under införande. Civilplikt i vården, den tyska säkerställandelagen och den norska lagrevisionen ska inte läsas som färdig rätt. Siffran 20 000–30 000 är ett planeringsantagande över flera veckor, inte ett dygnstal. De tyska 300–1 000 per dygn avser militära patienter i förbundsfall. Vårdplatstal ska alltid anges med år och källa. Finansieringsposter avser olika saker och ska inte summeras okritiskt. Debattinlägg från intresseorganisationer är partsinlagor.