



Folkhälsomyndigheten

## Remissyttrande

**Mottagare**

Socialdepartementet  
s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.fs@regeringskansliet.se

**Handläggare**

Enheten för beredskap och  
krishantering  
Mikael Magnusson

**Datum**

2022-06-01

**Vårt ärendenummer**

00969-2022

**Ert ärendenummer**

S2022/01247

# Slutbetänkande – Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)

## Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten har beretts tillfälle att lämna synpunkter på Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Folkhälsomyndigheten tillstyrker utredningens förslag förutom den föreslagna 16 a kap. 8 § HSL som myndigheten avstyrker. Folkhälsomyndigheten lämnar även kommentarer framförallt kring förtydliganden som bör göras i vissa av förslagen.

## Generella kommentarer

Utredningen fick genom tilläggsdirektiv hösten år 2021 ett begränsat uppdrag avseende smittskydd och hälsohot och lyfter fram vissa avgränsade områden inom smittskydd och hälsohot som särskilt behöver beaktas i kommuners och regioners planering av hälso- och sjukvården, t.ex. sjukvård i samband med karantän och nya sjukvårdsbehov som uppkommer av klimatförändringarna. Folkhälsomyndigheten tycker att det är bra att man har lyft fram dessa områden men vill understryka vikten av att smittskyddsperspektivet genomgående även beaktas i det fortsatta arbetet samt i utformningen av förslag rörande hälso- och sjukvårdens beredskap. I många sorters kriser, även sådana som inte är smittspridningshändelser, kan smittskyddsaspekter behöva beaktas. Exempelvis vid kris som påverkar läkemedelsförsörjningen, livsmedel – eller dricksvattenkvalitet eller vid händelser med många skadade som behöver sjukvård.

Den pågående pandemin visar på behovet av en god beredskap och förmåga att kunna hantera och ställa om verksamheter för att möta nya hälsohot oavsett vilket läge som råder nationellt eller globalt. Inte minst smittskyddet är beroende av att såväl hälso- och sjukvård som omsorg kan upprätthållas även om det t.ex.

föreligger ökad efterfrågan av traumavård vid en situation av höjd beredskap. För att undvika en gränsdragningsproblematik mellan hälso- och sjukvårdens arbete och smittskyddsberedskapen behövs en djupare analys av hur dessa områden fortsatt ska samverka med varandra.

Vidare visar den pågående pandemin att, utöver en direkt påverkan på människors hälsa genom sjukdom och dödlighet, påverkas även folkhälsan indirekt vid en stor hälsokris med många sjuka. Det kan exempelvis handla om påverkan av den psykiska hälsan och levnadsvanor på grund av smittskyddsåtgärder, då förutsättningarna för hälsa påverkas genom förändrade livsvillkor och levnadsförhållanden. Konsekvenserna för folkhälsan och på jämlikheten i hälsa kan kvarstå i många år efter att smittspridningen har kontrollerats.

Folkhälsomyndigheten saknar en analys om hur folkhälsan, i bred bemärkelse, och frågan om jämlikhet i hälsa ska/kan beaktas i utformningen av hälso- och sjukvårdens beredskap.

Förslag om uppdrag (s. 237, 402 och 736)

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen inom flera områden får särskilda uppdrag (4.1.7 Uppdrag om erfarenhetsåterföring för planering, 5.2.2 Erfarenhetsåterföring och 9.2 Nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial i katastrofmedicin och krisberedskap behöver tas fram och förvaltas).

Folkhälsomyndigheten vill förtydliga att det i dessa sammanhang är viktigt att smittskydds-, folkhälso- och jämlikhetsperspektiven även beaktas och samverkan med Folkhälsomyndigheten bör ske i dessa frågor.

6.5 Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser (s. 480)

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Totalförsvarets forskningsinstitut ska ta fram rekommendationer om vilken grundläggande förmåga hälso- och sjukvården ska ha och vilken utrustning inklusive personlig skyddsutrustning som bör finnas i alla kommuner och regioner. Vid behov bör även standarder för sådan utrustning fastslås.

Folkhälsomyndigheten anser att även Arbetsmiljöverket bör ingå i detta förslag.

7.2.5 Förstärkningsresurser för laboratorieverksamhet (s.554)

I detta avsnitt skriver utredningen att Folkhälsomyndigheten förfogar över vissa förstärkningsresurser och har bl.a. möjlighet att stödja med laboratorieutrustning för mikrobiologiska analyser vid internationella insatser.

Detta är felaktigt och avser en förmåga som Folkhälsomyndigheten meddelat utredningen att man kan etablera men som myndigheten inte fått i uppdrag att upprätta.

Vidare skriver utredningen i detta avsnitt att Folkhälsomyndigheten har laboratorieresurser som kan hantera farliga smittämnen i säkerhetsnivå klass 3 och 4.

Folkhälsomyndigheten vill förtydliga att smittämnen delas in i riskklasser och inte säkerhetsnivåer.

Vidare föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag av regeringen att genomföra en analys av vilka statliga förstärkningsresurser för laboratorieanalys som behöver finnas och vilken eller vilka aktörer som bör bygga upp dessa. Analysen bör omfatta både kemiska, biologiska och radiologiska analyser och ska enligt utredningen genomföras i samverkan med Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt, Forsvarsmakten samt regionernas laboratorienätverk.

Folkhälsomyndigheten föreslår att samverkan i denna fråga även bör ske med Strålsäkerhetsmyndigheten och Totalförsvarets forskningsinstitut samt att samverkan bör ske även med rättsväsendets myndigheter ifall uppdraget även avser forensiska analyser.

Folkhälsomyndigheten vill även förtydliga att SLIM (som det hänvisas till i förslaget) är ett svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi som bildades av Folkhälsomyndigheten och Sveriges landsting och regioner. Samtliga laboratorier med uppdrag för landets hälso- och sjukvård deltar i nätverket.

### 7.3 En nationell sammanställning av förstärkningsresurser (s.569)

Utredningen föreslår att regionerna bör åläggas en skyldighet att rapportera in vilka förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård de förfogar över, var dessa är placerade och vilken kapacitet de har. Socialstyrelsen ska ansvara för en nationell sammanställning av regionernas förstärkningsresurser för hälso- och sjukvård. Sådana sammanställningar ska även omfatta statliga förstärkningsresurser. Utredningen skriver i detta sammanhang att den särskilt vill framhålla att det finns resurser som är av betydelse för smittskydd och hälsohot och som nära angränsar till behovet av att utföra vård. Utredningen skriver vidare att för sådana resurser som kan finnas vid regioner, Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt samt Totalförsvarets forskningsinstitut behöver sektorn komma överens om vem som bäst förvaltar sådana uppgifter. Det bör dock finnas en allmän kunskap inom beredskapssektorn om vad som finns.

Folkhälsomyndigheten tycker att det är bra att sammanställningen av uppgifter hanteras av en aktör men vill understryka att det finns en gränsdragningsproblematik vad gäller förstärkningsresurser inom hälso- och sjukvården och inom smittskyddet (då det inte finns en skarp gräns mellan preventiva åtgärder i samhället, öppenvård och vård) och att det därför behövs diskuteras vidare tillsammans med berörda aktörer inom flera sektorer.

Folkhälsomyndigheten vill även påpeka att myndigheten idag har det nationella ansvaret för gränsöverskridande hot mot människors hälsa genom att vara utsedd till nationell kontaktpunkt för det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) och inom EU genom (1082/2013/EU) Hälsohotsakten. Folkhälsomyndigheten har även det övergripande nationella ansvaret för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och samordnar smittskyddet på nationell nivå.

#### 7.4.3 Bättre beredskap för insatser utomlands (s.581)

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag av regeringen att ta fram och genomföra särskild utbildning och övning av personal från regioner som kontrakterats för katastrofmedicinska insatser utomlands. Folkhälsomyndigheten vill här lyfta att laboratorieförmåga/kapacitet bör ingå som en del av den svenska beredskapen för internationella insatser och hänvisar till den utredning som Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap tidigare genomfört som svar på ett regeringsuppdrag om svensk förmåga att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser (S2016/03089/FS).

#### 10.3 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin (s.791)

Utredningen föreslår att det införs en ny 7 kap. 4 b § i smittskyddslagen som anger att staten ansvarar för inköp av vaccin som används vid pandemi samt för kostnaderna för sådana inköp. Folkhälsomyndigheten tillstyrker förslaget men anser att vissa frågor behöver ytterligare förtydliganden i det fortsatta arbetet. Detta för att underlätta gränsdragningsfrågor om statens ansvar.

Folkhälsomyndigheten stödjer utredningens tolkning att det är en generell reglering av kostnadsansvaret för pandemivaccin som avses. Myndigheten delar även utredningens bedömning att de nationella vaccinationsprogrammen är av mer långsiktig karaktär och att utredningens förslag därför är en bättre lösning. Myndigheten välkomnar även att statens kostnadsansvar enligt den föreslagna bestämmelsen omfattar vacciner vid en pandemi som kan förhindra svår sjukdom och död (och inte bara vaccin för en influensapandemi).

Folkhälsomyndigheten noterar att den föreslagna 7 kap. 4 b § smittskyddslagen skulle reglera statens ansvar för inköp av dessa vaccin samt för kostnaderna för sådana inköp. Enligt vad som anges i slutbetänkandet (s. 791) ingår det i utredningens uppdrag att lämna förslag på lagreglering av statens ansvar vad gäller försörjningen och finansieringen av vacciner vid influensapandemier. Folkhälsomyndigheten saknar beskrivningar i slutbetänkandet om det är staten eller regionerna som ska stå för kostnaderna och det praktiska arbetet avseende distribution och logistik av de vaccin som köps in. Erfarenheterna från distributionen av covid-19-vaccin som bl.a. krävde olika temperaturer vid förvaring och transport, visar att detta är en mycket omfattande och komplex uppgift. Folkhälsomyndigheten anser därför att det i förarbetena till bestämmelsen tydligt

bör framgå om även distribution och logistik ingår. Detta för att undvika framtida gränsdragningsvårigheter avseende statens ansvar.

Under rubriken ”Vad som ingår i kostnaden för vaccinet beror på godkännandet” finns tydliga skrivningar om kostnaderna för medicintekniska produkter för att kunna administrera vaccinet. Folkhälsomyndigheten förutsätter att med administrering avses tillförsel av läkemedel till kroppen i enlighet med 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Beroende på hur vaccinet levereras kan även andra tillbehör bli aktuella t.ex. särskilda kanyler för att dra upp vaccin för blandning i andra vialer och i vissa fall extra bipacksedlar. Andra kostnader kan avse t.ex. vaccinationskort. Dessa frågor kan hänga samman med frågan ovan rörande distribution och logistik. Myndigheten efterfrågar tydligare skrivningar avseende även dessa kostnader.

Folkhälsomyndigheten vill även särskilt påtala vikten av att det finns beredskapslager med sådana medicintekniska produkter som behövs för administration av läkemedlet då inköp av pandemivaccin inte fyller någon funktion om vaccinen inte kan administreras till avsedda målgrupper i befolkningen.

#### 14.7.1 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin (s. 1005)

Utifrån erfarenheterna från vaccinationsomgångarna för covid-19 samt då den föreslagna bestämmelsen om statens kostnadsansvar för inköp av pandemivaccin är mer omfattande än det tidigare uppdraget om att säkerställa tillgången till vaccin vid en influensapandemi anser Folkhälsomyndigheten att ytterligare tillskott till myndighetens anslag behöver göras. I detta behöver även beaktas om statens ansvar även omfattar distribution och logistik. Se ovan under avsnitt 10.3.

#### 10.4.1 Planering av sjukvård och omsorg vid karantän (s.797)

Utredningen bedömer att regioner och kommuner behöver säkerställa sin förmåga att upprätthålla karantänsverksamhet i enlighet med lagen om internationella hot mot människors hälsa. Regioner och kommuner behöver också ha en planering för hur de ska kunna utföra hälso- och sjukvård och omsorg till människor som befinner sig i karantän eller inom ett avspärrat område.

Folkhälsomyndigheten vill understryka vikten av en god förmåga att upprätthålla karantänsverksamhet och att en djupare analys av denna fråga bör genomföras. Erfarenheter från covid-19 visar att detta är ett område som kan utvecklas.

#### 13.2.1 Vårdprinciper, etik och prioriteringar (s.942)

Folkhälsomyndigheten delar utredningens bedömning att den nationella plattformen för etik och prioritering ska gälla också under fredstida kriser och krig (avsnitt 13.2.1). Folkhälsomyndigheten anser dock att plattformen ska gälla även under katastrof. Om utredningen bedömer att avsteg ska kunna göras från

plattformen under katastrof anser myndigheten att det behöver göras en fördjupad utredning avseende vilka konsekvenser det skulle kunna medföra.

I utredningen används begreppet ”medikolegalt”. Begreppet är ett annat ord för ”rättsmedicin” som i sin tur är ett annat ord för ”forensisk medicin”. Det torde inte vara det som avses, skrivningarna i övrigt leder snarare tankarna till att det som avses är att det ska finnas juridiskt stöd för avsteg i de medicinska regelverken, dvs. ”medicinsk rätt”. Folkhälsomyndigheten föredrar uttrycket ”medicinsk rätt” för att undvika missförstånd.

Folkhälsomyndigheten delar utredningens bedömning att den nationella plattformen för etik och prioritering ska gälla också under fredstida kriser och krig. Det ligger även i linje med det kunskapsstöd som Socialstyrelsen nyligen haft ute på remiss, Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig – Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap. I kunskapsstödet (s. 9) finns en trappa som utgörs av stegen normalläge, kris, katastrof, krig. Folkhälsomyndigheten förstår skrivningarna i slutbetänkandet som att utredningen inte tänker att katastrof är ett ”steg” mellan fredstida kris och krig, utan snarare ett tillstånd som kan inträffa både inom en fredstida kris och inom ett krigstillstånd men att exempelvis krig inte behöver innebära att det också bli ett katastrofläge i t.ex. samtliga kommuner och/eller regioner. Även om några förslag inte lämnas i detta avseende tolkar Folkhälsomyndigheten ändå vissa skrivningar i detta avsnitt så som att utredningen öppnar upp för att det i ett katastrofläge skulle kunna gå att frångå den nationella plattformen för etik och prioriteringar, under förutsättning att det är förankrat i förväg. Folkhälsomyndigheten anser att även i ett katastrofläge ska prioriteringar utgå från den av riksdagen fastställda nationella plattformen i proposition *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Med hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, bl.a. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.<sup>1</sup> Prioriteringar inom vården är av flera slag och sker på olika nivåer. Det kan gälla prioriteringar på statlig nivå, på regions/primärkommunal- och sjukvårdsområdesnivå eller på individnivå. Prioritering i meningen fördelning av resurser till hälso- och sjukvården görs på olika nivåer.<sup>2</sup> Varje gång det fattas ett beslut om resurser av något slag görs en prioritering, ett val. I och med att man beslutar sig för att använda resurserna inom hälso- och sjukvården till något ändamål har man samtidigt avstått från att använda dem till något annat.<sup>3</sup>

Folkhälsomyndigheten fick i maj 2020 uppdrag av regeringen att bl.a. ta fram en vaccinationsplan innefattande en prioriteringsordning avseende vaccination mot sjukdomen covid-19, (S2020/04550/FS [delvis]). I rekommendationerna om

---

<sup>1</sup> 2 kap. 1 § 1 HSL.

<sup>2</sup> Prop. 1996/97:60, s. 29.

<sup>3</sup> Prop. 1996/97:60, s. 11 f.

prioriteringsordning har myndigheten utgått från den nationella plattformen för etik och prioriteringar. Syftet med rekommendationerna har varit och är att först ge skydd till de som har störst risk att bli allvarligt sjuka i covid-19.

Prioriteringsordningen har dock till viss del ifrågasatts och t.ex. har det lyfts synpunkter på att personal inom s.k. samhällsviktiga funktioner borde getts förtur.

Om utredningen bedömer att det i en katastrof ska gå att göra undantag från plattformen anser Folkhälsomyndigheten att det behöver göras en fördjupad utredning avseende konsekvenserna av sådana avsteg.

### 13.3.5 Utredningens bedömningar och förslag (s.960)

Folkhälsomyndigheten avstyrker den föreslagna 16 a kap. 8 § HSL. Enligt förslag i utredningens tidigare delbetänkande En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården, SOU 2021:19, ska hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Även om en sådan bestämmelse införs kan det uppstå en situation, katastrof, där det inte är möjligt att ge behövlig vård till alla. Folkhälsomyndigheten är tveksam till om den nivå som föreskrivs ”hälso- och sjukvård som är möjlig att erbjuda” är förenlig med krigets lagar och med rätten till hälsa. Frågor om prioriteringar vid resursbrist bör som tidigare kommenterats hanteras inom ramen för plattformen för etik och prioriteringar.

Precis som utredningen konstaterar är det mycket svårt att på ett enkelt sätt definiera eller förutse vad som vid en katastrof kan eller inte kan upprätthållas. Myndigheten anser i likhet med utredningen att det inte är rimligt att i alla lägen upprätthålla vårdgarantier, fria vårdval, rätten att välja behandlingsalternativ etc. men ifrågasätter behovet av en så generell undantagsbestämmelse. Såsom förslaget är formulerat framstår det som att det även skulle gå att bortse från t.ex. människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § HSL och de allmänna bestämmelserna i 5 kap. HSL om t.ex. god vård. Folkhälsomyndigheten bedömer att den föreslagna bestämmelsen inte bidrar till att säkerställa den tydlighet om när avsteg får göras som utredningen anser behövs. Tvärtom skapar den mer otydlighet genom sin breda formulering. Det kommer alltid kunna uppstå situationer med nya förutsättningar och därför anser myndigheten i likhet med utredningen att det inte heller är ändamålsenligt med en mer exakt reglering.

Det är möjligt att mer tydlighet om möjliga avsteg skulle kunna gå att lösa på så sätt att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer i samband med beslut om katastroftillstånd, eller i anslutning till detta, skulle kunna meddela vilka undantag från HSL som kan medges, t.ex. avseende vårdgaranti etc. En sådan lösning kräver dock nya överväganden och ändrade skrivningar.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Karin Tegmark Wisell. I den slutliga handläggningen har avdelningscheferna Britta Björkholm, Sara Byfors och biträdande avdelningschefen Ellen Jones samt chefsjuristen Bitte Bråstad deltagit. Enhetschefen Anette Richardson har varit föredragande.

Folkhälsomyndigheten

Anette Richardson