



2022-06-15

Socialdepartementet

s.fs@regeringskansliet.se

s.remissvar@regeringskansliet.se

Remissvar Hälsa- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga SOU 2022:06 (S2022/01247)

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.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskaps slutbetänkande *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga* (SOU 2022:06). SLS har tidigare lämat svar på utredningens delbetänkande *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23) och *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19).

I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar *allmänmedicin, arbets- och miljömedicin, basal och klinisk farmakologi, hygien, klinisk kemi* och *rättspsykiatri*; SLS sektion för *akutsjukvård*; samt SLS kommitté för *eHälsa*. Flera av dessa belyser omfattande delar av betänkandet i sina svar och lämnar både översiktliga och specialitetsspecifika synpunkter till regeringen. Det gäller inte minst

- *Akutsjukvård* – som representerar specialistutbildade läkare i akutsjukvård, dvs. den del av läkarkåren med hög kompetens inom katastrofmedicin både genom driftansvar och på organisatorisk nivå. De bär även den kliniska kompetensen om triagering, prioritering och akut differentialdiagnostik och behandling av patienter inom det svenska sjukvårdssystemet
- *Arbets- och miljömedicin* – som representerar specialistutbildade läkare i arbets- och miljömedicin och företagshälsovård samt tilläggspecialiteten arbetsmedicin
- *Basal och klinisk farmakologi* – som representerar specialistutbildade läkare och andra som är intresserade av farmakologi, klinisk farmakologi och närliggande ämnen.

Samtliga svar från SLS föreningar och kommittéer bifogas i sin helhet. SLS bifogar även vårt remissyttrande över *Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig – kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap* som Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram och som vi menar även har bäring på detta betänkande.

Allmänt om betänkandet

SLS välkomnar slutbetänkandet SOU 2022:6 om hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har haft i uppdrag 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. Enligt SLS har utredningen gjort ett mycket förtjänstfullt arbete kring detta uppdrag. Delbetänkandena liksom slutbetänkandet innehåller många genomtänkta förslag som sammantaget kommer att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser både i fredstid och under höjd beredskap.

SLS vill samtidigt understryka vikten av en fortsatt tydlig roll för den professionella autonomin inom krisberedskapen. Flertalet tidigare statliga utredningar, såsom Effektiv vård (SOU 2016:2) och Styrning för en mer jämlik vård (SOU 2019:42), har konstaterat att den professionella autonomin fått allt mindre utrymme i hälso- och sjukvården och att en omfattande detaljstyrning motverkar motivation, initiativ till utveckling och förbättring, effektiva processer och systemtänkande. I början av covid-19 pandemin var det emellertid utrymmet för initiativ på golvet och en minskad administration som möjliggjorde den snabba omställningen av Sveriges hela sjukvårdssystem på kort tid. Kliniskt verksamma läkare och ledningsgrupper i involverade vårdenheter som akutmottagningar, intensivvård och primärvård kunde fort anpassa sina arbetssätt till den nya situationen, då medarbetarna på dessa enheter har bäst kännedom om sina flöden och sin verksamhet. Att invänta övergripande ledningsbeslut eller regionala/nationella riktlinjer var inte möjligt eller försvarbart med hänsyn till det akuta behovet. Även om det nu helt riktigt etableras stabila samverkansstrukturer, handlingsplaner och riktlinjer inom ramen för en ökad krisberedskap, anser SLS att den professionella autonomin är en av de viktigaste komponenterna för att tillvara kunskapen hos yrkesutövare i den kliniska verksamheten på bästa och snabbaste sätt i kristider. Professionell autonomi har visats ge anpassningsförmåga, flexibilitet och maximerad kapacitet/effektivitet inom sjukvårdssystemet.

SLS vill även påpekat att covid-19-pandemin gjort det tydligt att hygien och smittskydd inom vård och omsorg behöver stärkas för framtida krisberedskap. Smittspridning inom vård och omsorg har varit ett stort problem under pandemin då nästan hälften av alla dödsfall i covid-19 har inträffat bland personer som har stödsatser inom vård och omsorg. Nuvarande organisation av smittskyddet med samordning av Folkhälsomyndigheten saknar skrivelser om att samordna vårdhygien och smittskydd i vården och omsorgen. I praktiken skulle detta kunna förbättras om Folkhälsomyndigheten i sina instruktioner fick uppdraget att samordna det medicinska området Vårdhygien som varje enskild vårdgivare ska ha tillgång till idag.

Synpunkter på förslagen

Nedan följer SLS synpunkter på bedömningar och förslag under respektive kapitel.

Kapitel 4 Utmaningar i hälso- och sjukvården i kris och krig

4.1 Allmänna utgångspunkter beträffande planering av hälso- och sjukvård

SLS vill understryka vikten av att jävssituationer och otillbörlig påverkan beaktas så att inte partsintressen styr offentliga beslut. Vi kan inte se att rutiner för jävshantering diskuterats tillräckligt i utredningen. Riskerna för otillbörlig påverkan och ineffektiv upphandling ökar vid kris- och krigssituationer. Detta är i synnerhet en risk vid upphandling av vacciner och läkemedel och kräver därför vetenskaplig kompetens och kunnande kring produktion och upphandling för att säkerställa sakliga beslut och upphandlingar. **SLS anser** också att när kritiska samhällsfunktioner såsom distribution av för hälso- och sjukvården nödvändiga varor och tjänster placeras på privaträttsliga subjekt, måste allmänhetens rätt till insyn och den offentliga tillsynen garanteras genom författning eller avtal.

4.1.6 Planeringsunderlag på hälso- och sjukvårdsområdet

Analys av risker och sårbarhet underlättas av tillgång till expertis inom analys och modellering som ofta finns inom akademiska institutioner och klinisk forskning. Utredningen påpekar mycket klokt att ”vid upphandling av vacciner och läkemedel krävs därför vetenskaplig kompetens och kunnande kring produktion och upphandling för att säkerställa sakliga beslut och upphandlingar.” **Enligt SLS** behöver dock nationella myndigheter och regioner förstärka sin kompetens inom dessa områden med exempelvis farmaceutisk, klinisk farmakologisk och farmakoterapeutisk kunskap.

4.2.4 Behovet av ytterligare bestämmelser avseende planering för samverkan och ledning samt larmfunktioner

Utredningen påpekar att ”Regeringen har gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie för hur myndigheten ska kunna tillhandahålla en nationell digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister.” **Enligt SLS** borde kvalitetsregister egentligen bildas utifrån strukturerade data i

journalssystemen. Därför krävs vidare insatser med en nationell digital infrastruktur för att lösa frågan kring rapporter till olika kvalitetsregister.

Kapitel 5 Planering, ledning och samverkan vid fredstida kriser och krig

5.1 Bestämmelser om planering

SLS delar utredningens bedömning om behovet av att begreppet katastrof ska förtydligas/definieras i HSL. **SLS är dock tveksamt** till den definition som föreslås. "Vård som inte kan anstå" är ett notoriskt svårångat begrepp som ingen hittills lyckats tydliggöra. "Normala kvalitetskrav" är också ett begrepp som aldrig klarlagts till sin innebörd. Utredningen skriver även att "... Händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, katastrofer samt andra händelser som allvarligt kan inverka på kommunens eller regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård." Hur stora katastrofer är det egentligen som avses? Får huvudmännen då göra avsteg från HSL? Vilka avsteg i så fall? Hur länge? Vem ger mandatet att dessa avsteg ska träda i kraft? SLS vill även poängtera att andra driftsstörningar eller samhällssituationer utöver kraftigt ökade patienttillströmningar kan påverka hälso- och sjukvårdens förmåga att leverera vård.

5.2 Andra bestämmer av betydelse för bl.a. planering

Utredningen påpekar förtjänstfullt att staten delat upp hälso- och sjukvårdsfrågor på flera myndigheter, vilket är ett stort problem. **SLS tillstyrker** därför förslaget om att inrätta ett Beredskapsråd med generaldirektören vid Socialstyrelsen som ordförande. Vi föreslår vidare att ett antal representanter med vetenskaplig kompetens och internationella kontakter från universitet och högskolor ingår i rådet. Eventuellt kan det ske genom att Beredskapsrådet till sig knyter ett speciellt vetenskapligt råd med obunden expertis för att säkerställa en helhetssyn i besluten. SLS skulle kunna bistå med ett sådant oberende råd med hög vetenskaplig kompetens. Tidigt i covid-19-pandemin bildade SLS en "covid-19 grupp" bestående av höga representanter för de mest berörda läkarspecialiteterna för kunskapsöverföring och analys av åtgärder för att kunna hantera pandemin. En sådan grupp skulle enkelt kunna omvandlas till ett oberoende vetenskapligt råd att knyta till Beredskapsrådet.

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

SLS tillstyrker förslaget om bestämmelser som ålägger regioner och kommuner att bistå varandra i händelse av kris eller katastrof.

Kapitel 6 Förmåga att möta ökade och särskilda behov

SLS delar överlag utredningens analys och bedömningar i detta kapitel. Dock har vi synpunkter och kommentarer under några av avsnitten.

6.1 Förmåga att möta plötsligt ökade kapacitetsbehov

Masskador och traumatiska händelser i form av olyckor eller krig framhävs särskilt av utredningen som händelser som kan utsätta hälso- och sjukvårdssystemet för påfrestningar. **SLS önskar dock påpeka** att flera andra typer av påfrestande händelser behöver inventeras och rapporteras, såsom översvämningar, nukleära/kemiska händelser och epidemier. Även vid dessa händelser måste det vara möjligt att öka kapaciteten vad gäller exempelvis antalet vårdplatser. **SLS vill även påpeka** att det inte är möjligt att bygga "surge capacity" i ett redan överbelastat sjukvårdssystem – steget går då direkt från normal drift till en uttalad eller outtalad katastrofnivå vilket inte är rimligt eller hållbart. Som utredningen nämner behövs surge capacity vid hastigt uppkomna påfrestningar i sjukvårdssystemet. En förutsättning för att detta ska vara genomförbart är att sjukvården i normal drift har en överkapacitet vilket inte är fallet i dag.

6.3 1177 Vårdguiden

SLS vill betona vikten av en gemensam nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården ur ett beredskapsperspektiv. En central myndighet, i första hand Socialstyrelsen, bör ges i uppdrag att dels planera för en sådan digital nationell infrastruktur, dels utveckla ett regelverk om hur hälso- och sjukvårdens nationella digitala infrastruktur bör utvecklas, förvaltas och medicinskt/tekniskt ledas och hur e-tjänster ska upphandlas för högsta datasäkerhet och skydd mot till exempel cyberangrepp. Utredningen påpekar mycket tänkvärt att hälso- och sjukvårdens digitala infrastruktur är splittrad och

att ansvaret för denna är regional utan nationellt regelverk. Fördelar och nackdelar med centraliserade och decentraliserade serverstrukturer måste kartläggas och vägas mot varandra.

SLS anser även att oavsett hur mycket kapaciteten i digitala system utvecklas måste en katastrofberedskap ta hänsyn till vad som sker när dessa inte finns tillgängliga alls och säkerställa att alla invånare, även under en katastrof, har samma möjlighet att komma i kontakt med sjukvårdssystemet. Infrastruktur som 1177 beroende av att användaren har tillgång till tjänsterna, är kapabel att använda dem och att de är intakta. Det finns även grupper och individer i samhället som inte har tillgång till eller möjlighet att använda denna teknologi. Dessutom är risken stor att inte bara kommunikation utan även autentiseringar som BankID upphör att fungera vid en katastrof. Därför måste information och råd om tillgänglig hälso- och sjukvård vara enkel att nå på andra vägar exempelvis via radio.

SLS vill också uppmana regeringen att redan idag beakta behovet av stärkt finansiering av Sveriges farmakologiska kunskapsstöd inom hälso- och sjukvårdsområdet för att säkerställa tillgång också i krissituationer. För mer information kring detta vill vi särskilt hänvisa till svaret från **Basal och klinisk farmakologi**.

6.4 Beroende av privata vårdaktörer

SLS delar utredningens bedömning att de privata aktörernas roll under höjd beredskap behöver förtydligas och regleras. Vi anser precis som utredningen att upphandlingsmyndighetens stöd inte räcker då avtalen måste regleras på detaljnivå.

6.5 Sjukvårdens förmåga att hantera CBRN-händelser

SLS delar utredningens bedömning om vikten av CBRN-beredskap och att konkreta rekommendationer för regioner och kommuner bör tas fram. Vi vill belysa att krav även bör ställas på utbildning och samverkan inom berörda verksamheter vilket i dag ofta saknas. Vid implementeringen av sådana rekommendationer skulle de arbets- och miljömedicinska klinikerna kunna spela en roll bland annat med tanke på kunskap om yrkeshygieniska mätningar, skyddsutrustning och gällande regler om arbetarskydd som kan bli aktuella att följa för sjukvårdsanställda.

SLS vill även påpeka att det i sjukhusens och regionernas beredskapsorganisationer finns särskilda personer med ansvar och utbildning för CBRN-hot (hot med kemiska, biologiska, radiologiska eller nukleära ämnen). Vid större oförutsedda händelser kan den kapaciteten snabbt behöva utökas. De arbets- och miljömedicinska klinikerna skulle kunna utgöra en sådan medicinsk resurs för kommuner, länsstyrelser med sin kompetens inom klimatförändringar, större bränder, kemiska och radionukleära katastrofer till exempel genom att inbjudas till utformandet av aktörsgemensamma strategier och samverkanskonferenser i övningar. För mer synpunkter och kommentarer kring detta avsnitt vill vi särskilt hänvisa till svaret från **Arbets- och miljömedicin**.

Kapitel 7 Förstärkningsresurser och internationella samarbeten

7.1 Förstärkningsresurser i regioner och kommuner

SLS delar överlag utredningens bedömningar under detta avsnitt. För viktiga synpunkter och kommentarer i övrigt vill vi särskilt hänvisa till svaren från **Arbets- och miljömedicin, Akutsjukvård** respektive **Basal och klinisk farmakologi**.

7.2 Nationella möjligheter att förstärka hälso- och sjukvårdens förmåga

SLS välkomnar förtydligande kring hur Socialstyrelsen expertgrupper kan användas, men ser också avsaknad av bland annat akutsjukvårdskompetens inom flera relevanta grupper. Även i detta avsnitt vill vi hänvisa till svaren från **Arbets- och miljömedicin, Akutsjukvård** respektive **Basal och klinisk farmakologi** för mer utförliga synpunkter och kommentarer.

7.2.5 Förstärkningsresurser för laborieverksamhet

I förslaget påpekas att ”Analysen bör omfatta både kemiska, biologiska och radiologiska analyser...” alltså mer än de mikrobiologiska analyser som betänkandet tar upp. **Enligt SLS** bör man här tydliggöra att det måste involvera alla berörda laborieanalyser. För närvarande finns ett glapp

mellan skrivningarna i *SOSFS 2013:22 Katastrofmedicinsk beredskap*, som tar upp krissituationer, och i *SOU 2022:6* som tar upp krigssituationer. På kliniskt kemiska laboratorier utförs analyser som behövs tillsammans med de mikrobiologiska analyserna för att få en helhetsbild i den medicinska utredningen.

SLS anser Folkhälsomyndigheten bör uppmärksammas på att de arbets- och miljömedicinska klinikerna har laboratorier för provtagning och analys av luft-, vatten- och blodprover med specialisering för vidare tolkning som exponering och eventuell hälsorisk. Detta eftersom utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag av regeringen att genomföra en analys av vilka förstärkningsresurser för laboratorieanalys (kemiska, biologiska, radiologiska) som behöver finnas och vilken eller vilka aktörer som bör bygga upp dessa. **SLS föreslår** också att i Folkhälsomyndigheten uppdrag ska ingå att kartlägga i vilken mån vetenskapliga institutioner vid universitet och olika institut (inklusive RISE) besitter analytisk kompetens som omfattar kemiska, biologiska och radiologiska analyser liksom molekylärbiologisk analyskapacitet.

7.5.4 FN och dess fackorgan WHO

Världshälsoorganisationen WHO har stor betydelse för tillgång till expertis, kunskaper och kontakter vid olika kriser. **SLS vill understryka** vikten av att svenska institutioner, universitet och experter i högre grad än i dag adjungeras av WHO.

Kapitel 8 Personalförstärkning

8.1 Personaltillgången i totalförsvaret

SLS delar utredningens bedömning att bemanning i sjukvården vid förhöjd beredskap eller kris är ett betydande problem, då det i dag saknas kapacitet att öka bemanningen inom hälso- och sjukvården. **SLS välkomnar** en utredning av möjligheten till placering utifrån totalförsvarsplikt/civilplikt, men detta måste göras utifrån att även Forsvarsmakten krigsplacerar sjukvårdspersonal vilket innebär bortfall i den civila sjukvården.

8.2 Metoder för att öka personalresurser

SLS anser att man bör fokusera på hur ökad effektivitet i sjukvårdssystemet kan åstadkommas vid förhöjd beredskap och kris liksom vid normalläge. Detta eftersom utbildning av vårdpersonal är en långsam process. Att som utredningen beskriver snabbutbilda frivilliga till enklare sysslor kan bara delvis öka personalkapaciteten. Som redan nämnts saknar svensk sjukvård i dag de marginaler som behövs för att kunna ha "surge capacity", där de personella resurserna är särskilt kritiska. **SLS vill även betona** att specialistläkare i akutsjukvård har en nyckelroll vid akut omhändertagande i händelse av kris eller förhöjd beredskap utifrån deras breda kompetens och vana att arbeta på sjukhus samt under fältmässiga förhållanden prehospitalt, och de utgör därför en viktig resurs. För mer synpunkter och kommentarer kring detta vill vi hänvisa till bland annat svaret från **Akutsjukvård**.

8.3 Förslag för en bättre personalförsörjning för hälso- och sjukvården i fredstida kriser och krig

SLS vill betona vikten av att tydliggöra sjukvårdshuvudmännens skyldighet att planera bemanning även för kris och höjd beredskap.

Kapitel 9 Forskning, utbildning och övning

9.1 Flera aktörer har ansvar för utbildning och övning för fredstida kriser, höjd beredskap och krig

SLS delar utredningens bedömning att kommunernas och regionernas ansvar bör utsträckas till att omfatta även utbildning och övning för situationer med förhöjd beredskap. Vidare anser SLS att utbildnings- och övningsinsatser tydligt behöver målsättas, då erfarenheten tydligt visar att utbildning och övning ofta prioriteras bort i redan pressade verksamheter. Exempelvis bör man således föreskriva att övning i vissa funktioner exempelvis ska med viss regelbundenhet och även normera en minsta acceptabel omfattning.

9.2 Ett nationellt samordnat utbildnings- och övningsmaterial i katastrofmedicin och krisberedskap behöver tas fram och förvaltas

SLS delar utredningens bedömning att det finns ett behov av en nationell norm för övning och utbildning inom katastrofberedskap. Även om Socialstyrelsen har ansvar för framtagning av den nationella planen, är vi av uppfattningen att det löpande arbetet med planen bör ske under medverkan av representanter för de berörda verksamheterna samt expertis inom de olika delområden som kommer ifråga. SLS ser vidare att den viktigaste funktionen för en nationell plan är att normera kravnivåer för olika verksamheters beredskap och funktioner, snarare än att ange detaljerade lösningar. Med nödvändighet kommer lösningar att behöva skilja sig exempelvis mellan glesbefolkade områden och storstadsregioner. För att säkerställa att de regionala/kommunala lösningarna lever upp till de normerade nivåerna behöver man också beakta behovet av en löpande tillsynsverksamhet.

9.2.3 Det finns etablerade strukturer för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård

SLS anser att katastrofmedicin bör omfattas av etablerade strukturer för kunskapsstyrning. Samtidigt ser vi att det på flera ställen i betänkandet tycks finnas en semantisk sammanblandning mellan katastrofmedicin, som främst är ett akademiskt forskningsfält och inte en medicinskt specialitet, och medicinsk krisberedskap, som behöver genomsyra alla kommunala och regionala verksamheter som har vård- och omsorgsuppdrag. Medicinsk krisberedskap är större än fältet katastrofmedicin, och vi tycker att det är olyckligt att alltför snävt fokusera på detta begrepp, även om termen rent språkligt är tilltalande i detta sammanhang. Det ligger även i linje med de övergripande juridiska förhållandena som reglerar beredskap för krig/kris i Sverige. För mer synpunkter och kommentater kring detta hänvisar vi till svaret från **Akutsjukvård**.

9.3 Katastrofmedicin ska ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grundutbildning

SLS är positivt till en ökad undervisning i katastrofmedicin i grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor. Vi menar dock att det är olyckligt att begränsa undervisningen till det förhållandevis snäva begreppet katastrofmedicin och att utredningens förslag bör nyanseras. I stället bör förslaget formuleras som att "kunskap om sjukvårdens beredskap vid kris/katastrofer och krig bör utgöra ett återkommande inslag i läkares och sjuksköterskors grundutbildning, och att beredskapsaspekten exempelvis bör belysas i alla kurser som på något sätt rör ämnen, företeelser eller kliniska verksamheter som kan komma att beröras vid kris/krig".

9.4 Forskning och kunskapscentrum

SLS tillstyrker att särskilda forskningsmedel för katastrofmedicin ställs till Socialstyrelsens förfogande liksom att ett katastrofmedicinskt råd inrättas vid Socialstyrelsen där ledande företrädare för katastrofmedicin finns representerade. Vi anser dock, i enlighet med vår kommentar till kapitel 9.3, att det är olyckligt att utgå från det akademiska ämnet katastrofmedicin som avgränsning. De särskilda forskningsanslagen bör vara fleråriga och att den totala medelsramen måste vara substantiell för att man ska kunna bygga upp långsiktiga strukturer för tillämpad forskning i ämnet. I syfte att säkra kvaliteten på ansökningarna, bör en riktad satsning med särskilda forskningsmedel enligt detta förslag införas på prov under exempelvis tre år för att därefter utvärderas. Enligt SLS är det också önskvärt att Socialstyrelsens katastrofmedicinska råd har god vetenskaplig kompetens inom relevanta ämnen och områden genom representanter från universitets- och högskolevärlden. Socialstyrelsen bör även överväga att inrätta en tjänst som vetenskapligt råd kring läkemedel och läkemedelsförsörjning i kriser på grund av områdets centrala betydelse och svårigheter även i framtiden med brutna globala värdkedjor.

SLS anser vidare att det behöver utlysas forskningsanslag med inriktning på beredskap och prognostiska verktyg avseende antal akut och kroniskt sjuka inför beslut om kostnad-nyttoanalys av olika konsekvenslindrande åtgärder. Såväl den kliniska som den prognostiska forskningen är avgörande för att upprätthålla den beredskap som behövs i sjukvårdsorganisationen vid en större oförutsedd händelse.

För mer synpunkter och kommentater kring detta avsnitt hänvisar vi till svaren från **Akutsjukvård**, **Arbets- och miljömedicin** respektive **Basal och klinisk farmakologi**.

Kapitel 10 Smittskydd och hälsohot

10.3 Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin

SLS tillstyrker att Smittskyddslagen anger att staten ansvarar för inköp av vaccin och kostnaderna för detta. Enligt SLS bör dock statens och de offentliga myndigheters kompetens kring upphandling av läkemedel och vaccin stärkas. Det krävs hög vetenskaplig kompetens kring läkemedel och vaccin och kunskaper kring upphandling, produktion och marknadsföring liksom en hög grad av integritet och etisk medvetenhet hos samtliga inblandade parter.

10.4 Särskilda förmågor för att möta hälsohot

SLS anser att utredningen under detta avsnitt inte tillräckligt beaktat perspektiven kring störning av viktig infrastruktur såsom vatten, el, livsmedel och globala produktions- och leveranskedjor av sjukvårdsmaterial eller för vården annan viktig utrustning.

Kapitel 11 Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och samverkan med räddningstjänst

11.1 Regionernas ansvar för prehospitala sjukvårdsinsatser och sjuktransporter

SLS välkomnar en översyn av föreskrifterna för den prehospitala akutsjukvården som regionerna utför men menar att översynen borde ligga inom ramen för den utredning som just nu pågår om prehospital vård på Socialstyrelsen.

11.2 Prioritering, dirigering och samverkan kring transporter

SLS saknar förslag för en förnyad översyn av den nationella alarmeringsfunktionen eftersom dess funktion är kritisk vid kris eller förhöjd beredskap. Konstruktionen där den nationella alarmeringsfunktionen är förlagd till ett bolag innebär att alarmeringsfunktionen inte är en aktör i offentlig förvaltning. Som påpekas i utredningen saknas ramverk för denna typ av verksamhet vilket bidrar till otydlighet och försvårar insyn. **SLS välkomnar** förslag om en utredning av ökad samordning av luftburna transporter inom Sverige, då helikoptrar och flygplan kan ha överlappande funktion vid uppdrag. Det är tydligt att det kommunala självstyret och avsaknaden av nationell styrning kring framförallt luftburna patienttransporter medför ineffektivitet och leder till ojämlik vård, särskilt då det saknas nationella standarder för vården vid luftburna patienttransporter.

11.3 Hälso- och sjukvårdens samverkan med räddningstjänst

Utredningen påtalar den mångfald av aktörer som är involverade i räddningsinsatser, där dessutom många av de personer som räddningsinsatserna berör har behov av sjukvård. **SLS saknar** dock förslag om behovet av nationella riktlinjer för det medicinska omhändertagandet vid räddningsinsatser liksom vid prehospital akutsjukvård i anslutning till ambulansvård.

Kapitel 13 Författningsberedskap

13.2.1 Vårdprinciper, etik och prioriteringar

Under detta avsnitt anges bland annat att ...*Eventuella avsteg i arbetssätt förutsätter att en katastrof inträffat, först då kan det ges mandat att övergå till en katastrofmedicinskt anpassad standard för vården.* **SLS vill här särskilt understryka** att Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram kunskapsstöd för sjukvårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig långt innan detta betänkande lämnades.

SLS anser att om det ska stipuleras en förändrad eller ny prioriteringsetisk plattform vid sidan om eller som komplement till den gällande, så är det något som bör föregås av en bred diskussion i samhället och med professionerna och som slutligen bör beslutas av Sveriges riksdag. Detta bör definitivt inte ske genom en serie spretiga uppdrag till olika aktörer utan i en väl strukturerad och samordnad process. **SLS hänvisar i övrigt till vårt yttrande över Socialstyrelsens förslag till kunskapsstöd** som vi lämnade in till Socialstyrelsen den 29 april i år: [sls-remissvar-med-bilaga-dme.pdf](#)

Kapitel 14 Konsekvenser av utredningens förslag

14.5.1 Förstärkningsresurser för laboratorieanalys

I den föreslagna utredningen som återfinns på s.998-999 används de generella begreppen laboratorieresurser och laboratoriefrågor. **SLS vill understryka vikten av** att man i de fortsatta uppdragen beaktar inte enbart mikrobiologiska analyser, utan även angränsande laboratorieanalyser inom andra kliniska laboratediscipliner i syfte att få en heltäckande bild av behoven av laboratorieanalyser.

Övrigt

Enligt SLS är det av stor vikt att en ökad förmåga vid beredskap inkluderar rättspsykiatriska patienter. Det gäller personer som genomgår rättspsykiatrisk utredning vid Rättsmedicinalverket, intagna vid Kriminalvården som erhåller psykiatrisk vård, och den grupp på omkring 1 800 patienter som erhåller rättspsykiatrisk vård vid regionernas rättspsykiatriska vårdenheter. Det bör finnas lagstöd och en planering kring hur dessa patienter kan förflyttas och få vård även vid särskilda händelser.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Karin Pukk Härenstam
ordförande SLS delegation för medicinsk
kvalitet

Bilagor:

Remissvar från

SLS medlemsföreningar

- allmänmedicin
- arbets- och miljömedicin
- basal och klinisk farmakologi
- hygien
- klinisk kemi
- rättspsykiatri

SLS sektion för akutsjukvård

SLS kommitté för eHälsa

Samt SLS remissyttrande över *Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig – kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap* (Socialstyrelsen 2022).