



2022-06-15

Socialdepartementet

s.fs@regeringskansliet.se

s.remissvar@regeringskansliet.se

Remissvar Hälso- 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 *rättpsykiatri*; 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 tilläggsspecialiteten 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

Analyser 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

journalsystemen. 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 svårfångat 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 läkerspecialiteterna 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 laboratorieverksamhet

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 laboratorieanalyser. 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 Försvarsmakten 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 snabbtutbilda 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 vårdkedjor.

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).

Hej!

SFAM har tagit del av (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap och finner slutsatser och förslag rimliga. Vi har inga ytterligare kommentarer.

Med vänlig hälsning,

Annika Larsson
Specialistläkare i allmänmedicin
Viceordförande SFAM

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Box 503, 114 11 Stockholm

Telefon: 0739-46 50 72

Epost: annika.larsson@sfam.se

www.sfam.se www.facebook.com/sfamsverige twitter.com/sfamsverige

Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga

Slutbetänkande av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap – SOU 2022:6

Remissvar från medlemsföreningen ARM.

Utbildning

Medlemsföreningen ARM delar utredningens slutsatser att forskning, utbildning och övning inom katastrofmedicin, krisberedskap och sjukvård i totalförsvaret behöver öka i omfattning för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera situationer med många skadade eller sjuka vid katastrofer (sid 34, 203, 485, 654, 657). Utredningen föreslår att ämnet katastrofmedicin ska införas i grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor. Med utökad utbildning i katastrofmedicin skulle läkarstudenter kunna utgöra en sådan resurs i ett katastrofläge som det omtalas under punkten 8.2.8 (sid 669). ARM stödjer därför utredningens förslag att ändra i examensordningen i högskoleförordningen för dessa professioner (sid 745). Hösten 2021 var den första antagningen till det nystartade 6-åriga läkarprogrammet där den sista terminen (T12) kommer utgöras av färdighetsexamination. Ytterligare ett sätt att säkerställa att kunskapen i katastrofmedicin har tillräcklig nivå vore ifall Socialstyrelsen påtalar detta till lärosätena för implementering i kursplanerna.

Forskning

ARM välkomnar förslaget att inrätta ett särskilt forskningsanslag för katastrofmedicin. Inriktningen på forskningen behöver beslutas nationellt utifrån hälso- och sjukvårdens och totalförsvarets behov. ARM anser att det även 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 (sid 750). Såväl den kliniska som den prognostiska forskningen är avgörande för att upprätthålla den akademiska beredskap som behövs i sjukvårdsorganisationen vid en större oförutsedd händelse. Utgångspunkten för katastrofmedicinska insatser enligt utredningen är den nationella plattformen för etik och prioriteringar i hälso- och sjukvården (sid 952). Utredningen pekar på att det vid fredstida kriser med stora skadeutfall förutsätter att det redan i förväg finns definierade etiska riktlinjer och etablerade handlingsplaner för hur vård vid ökade behov och bristande resurser ska kunna erbjudas (sid 946). Det som saknas är etiska riktlinjer för forskning i händelse av katastrofer. Forskningsresultaten om hanteringen av liksom antalet sjukdomsfall efter coronapandemin samt Tjernobyl- och Fukushima-olyckorna visar tydligt på att den kunskapen inte hade kunnat uppnås på annat sätt än att ta tillfället i akt att samla in forskningsmaterial för senare analys. Detta gäller i synnerhet exponeringsdata i form av provtagning (i människa, mark, luft och livsmedel), men även

enkätdata över påverkan på livsstilen och inställning och hantering av den personliga risken. En grupp behöver därför tillsättas kan utforma etiska forskningsriktlinjer som kan tillämpas i en katastrofsituation samt att avsätta resurser som fonderas och snabbt användas för insamlande av data i händelse av en större olycka.

Kunskapsresurs

Utredningen framhåller att det behövs en nationellt sammanhållen plan för utbildning och övning som stödjer kommuner, regioner och andra vårdgivare i den utbildning som behövs för att klara hälso- och sjukvårdens uppgifter vid händelser med många svårt skadade eller sjuka och vid katastrofsituationer (sid 736). De sju arbets- och miljömedicinska klinikerna i Sverige har kompetens inom toxikologi och arbetsmiljö som därmed kan utgöra en resurs för att stödja kommuner, regioner och andra vårdgivare i den utbildning som krävs för att klara hälso- och sjukvårdens uppgifter vid många svårt skadade eller sjuka vid katastrofer avseende kemiska och radionukleära händelser samt även användas för utbildning i riskkommunikation (sid 34). Dessa sju kliniker med sin breda kompetens inom miljömedicinska mätningar och riskbedömningar utgör exempel på regionala kunskapscentrum som utredningen nämnder på sid 751. Det nationella katastrofmedicinska centrum som föreslås behöver ha regionala centra för att bli funktionella och ARM ser därför att de arbets- och miljömedicinska klinikerna kan få en roll för kunskapsspridningen från det föreslagna nationella centrumet.

Beredskap

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 (sid 480). 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 t.ex. genom inbjudas till utformandet av aktörsgemensamma strategier och samverkanskonferenser i övningar (sid 139, 487). ARM stöder förslaget att rekommendationer behöver tas fram för att definiera de grundläggande förmågorna hälso- och sjukvården bör ha och vilken utrustning som bör finnas i alla kommuner och regioner. 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 (sid 485, 489, 497).

Laboratorier

Folkhälsomyndigheten behöver 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 (sid 148, 554). 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 (sid 554).

Övningar

Utredningen påtalar vikten att genomföra övningar inför extraordinära händelser och även där skulle de arbets- och miljömedicinska klinikerna kunna vara en resurs (sid 491, 716). I Uppsala tog arbets- och miljömedicinska kliniken fram ett övningsscenario vid radioaktiv kontaminering inför personsanering av skademarkörer på akutmottagningen på Akademiska sjukhuset och ingick också i regional ledning vid kärnkraftövning Havsörn 2019. Vissa sjukvårdsregioner där det finns industrier med särskilt riskfylld verksamhet bör ha en förstärkt beredskap för större industriella olyckor. Utredningen nämner att Region Skåne dygnet runt har en "kem-ambulans" i beredskap med särskilt utbildad personal och relevant utrustning för att hantera händelser med kemiska ämnen (sid 493). Sådan beredskap behöver sannolikt införas inom andra regioner i synnerhet i län där det finns kemiskteknisk industri med risk för större utsläpp av farliga ämnen. Här bör även de arbets- och miljömedicinska klinikerna med sin kemiska kompetens kunna bidra i kommunernas och länsstyrelserna risk- och sårbarhetsanalyser för att tillsammans med sjukvårdsregionerna identifiera och kvantifiera sjukvårdsbehov innan olyckan skett.

Sammanfattning

ARM vill framhålla att de arbets- och miljömedicinska klinikerna i Sverige har kompetens inom det kemiska och radionukleära området som kan användas inom utbildning, forskning, beredskap, laboratorieanalyser och övningar. En grupp behöver tillsättas som kan utforma etiska forskningsriktlinjer som kan tillämpas i en katastrofsituation samt fondera ekonomiska medel som snabbt kan användas i händelse av en större olycka. Utöver förslagen i utredningen behöver det utlysas forskningsanslag med inriktning på beredskap och prognostiska verktyg avseende antal akut och kroniskt sjuka för kostnad-nyttoanalys av olika konsekvenslindrande åtgärder i ett läge där resurserna är begränsade.

2022-05-27

Yttrande gällande slutbetänkandet SOU 2022:6 Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga

Styrelsen för Svensk förening för basal och klinisk farmakologi (SFBKF) har tagit del av slutbetänkandet SOU 2022:6 (del 1 och del 2: "*Struktur för ökad förmåga*") från "*Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap*". Utredningen tillsattes i augusti 2018 för att ge förslag kring beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt föreslå hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas.

Utredningen har tidigare lämnat delbetänkandena "*Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitik inriktning*" (SOU 2020:23) och "*En stärkt försörjnings-beredskap för hälso- och sjukvården*" (SOU 2021:19).

Utredningen är omfattande (slutbetänkande på 1115 sidor i två delar och med omfattande förslag till ändrade lagtexter) och med till synes välavvägda förslag till förbättrad beredskap och krishantering i fred och krig. SFBKF koncentrerar sina kommentarer och förslag till det som beröra frågeställningar kring läkemedel inklusive kunskapsstöd och forskning.

Allmänna synpunkter på utredningen

Vi vill betona vikten av en gemensam nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården genom att ge centrala hälsomyndigheter, i första hand Socialstyrelsen, i uppdrag att dels planera för en sådan digital nationell infrastruktur och dels utveckla ett regelverk via en förordning om hur hälso- och sjukvårdens nationella digitala infrastruktur bör utvecklas, förvaltas och medicinskt och tekniskt ledas och hur e-tjänster ska upphandlas för högsta datasäkerhet och skyddas mot t.ex. 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.

Specifika synpunkter på utredningens förslag

1. *Det stora beroende som det allmänna har till det privata näringslivet kan inte nog understrykas (sid 186).*

Förslag från SFBKF: Det är av stor vikt att jävssituationer och otillbörlig påverkan beaktas så att inte partsintressen styr offentliga beslut. Vi kan inte se att rutiner för jävshantering diskuterats i utredningen. Riskerna för oegentlig 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.

2. *Planeringsunderlag på hälso- och sjukvårdsområdet (sid 224)*

Förslag från SFBKF: Planering och analyser 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 SFBKFs uppfattning** behöver nationella myndigheter och regioner förstärka sin kompetens inom dessa områden - med både farmaceutisk, klinisk farmakologisk och farmakoterapeutisk kunskap.

3. *Arbete med automatiserad insamling av data (sid 304)*

Synpunkter från SFBKF: 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"*. Kvalitetsregister borde egentligen bildas utifrån strukturerade data i journalsystemen. Därför krävs vidare insatser med en nationell digital infrastruktur för att lösa frågan kring rapporter till olika kvalitetsregister.

4. *Inrättande av ett beredskapsråd (sid 388-)*

Utredningen påpekar mycket pregnant att staten har delat upp hälso- och sjukvårdsfrågor på flera myndigheter. Detta är ett stort problem. **SFBKF tillstyrker** förslaget om att inrätta ett Beredskapsråd med generaldirektören vid Socialstyrelsen, som ordförande.

SFBKF 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.

5. *1177 Vårdguiden (sid 459-)*

Utredningen konstaterar att 1177 Vårdguiden är en viktig länk mellan sjukvården och medborgarna. Sverige har ett antal farmakologiska kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdspersonal, och i vissa fall för allmänheten och som är enhetligt distribuerade via Sil (Svenska informationstjänster för läkemedel). Innehållet produceras av olika vetenskapliga experter och föreningar vid och utanför universitet och högskolor. Dessa farmakologiska källor är av stor vikt inom hälso- och sjukvården och som stöd för patienter. Dessa källor blir av ännu större vikt vid kriser och krigssituationer med ökad risk för spridning av falsk information. Dock saknas ordentliga resurser och en förordning kring medicinsk och vetenskaplig ledning för dessa kunskapsstöd som distribueras av Sil vid Inera (totalt 24 källor). Den magra finansieringen står i skarp kontrast till att staten sedan apoteksmonopolet avskaffades investerat och finansierat tillgång till liknade källor för apotekens expediering.

SFBKF uppmanar riksdag och regering att redan idag beakta behovet av stärkt finansiering av Sveriges farmakologiska kunskapsstöd inom hälso- och sjukvårdsområdet för att säkerställa tillgång också i krissituationer.

6. *Förstärkningsresurser för laboratorieverksamhet (sid 554-)*

SFBKF delar utredningens analys att *"Det finns behov av att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att upprätthålla en god kapacitet avseende analyser och sjukdomsövervakning vid skador och sjukdomsutbrott i vardagen, vid fredstida kris såväl som vid höjd beredskap och i krig."*

SFBKF föreslår att i Folkhälsomyndigheten uppdrag ingår att också kartlägga i vilken mån vetenskapliga institutioner vid universitet och olika institut (inklusive RISE) besitter analytisk kompetens omfattande kemiska, biologiska och radiologiska analyser liksom molekyllärologisk analyskapacitet.

7. *Världshälsoorganisationen (sid 618)*

Världshälsoorganisationen WHO har stor betydelse för tillgång till expertis, kunskaper och kontakter vid olika kriser. Det är av stor vikt för svenska institutioner, universitet och experter att dessa i högre grad adjungeras av WHO.

8. *Utbildning vid universitet och högskolor inom katastrofmedicin och krisberedskap (sid 726)*

SFBKF tillstyrker utredningens förslag att läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal får grundutbildning i katastrofmedicin och att för specialistbehörighet, krävs vidareutbildning i området. **SFBKF förordar** att utbildningen i katastrofmedicin även ökar medvetenheten om begränsningar i tillgång och leveranskedjor av läkemedel och vacciner. Just bristande försörjningskedjor är ett stadigt växande problem de senare åren, vilket exemplifieras av antal läkemedel som är restnoterade.

9. *Det finns etablerade strukturer för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård (sid 742-)*

SFBKF anser att "Systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården" är komplext och har ett fokus på enskilda organ och dess sjukdomar och inte alltid har ett helhetsgrepp. **SFBKF vill påpeka** att inom läkemedelsområdet finns mycket kompetens inom hälso- och sjukvården på kliniker, på kliniska farmakologiska avdelningar och på apotek och genom hälso- och sjukvårdens läkemedelskommittéer i varje region, inte minst inom utbytbarhet och terapeutisk ekvivalens. Just denna läkemedelsexpertis kan vara till stor hjälp i katastrofsituationer med bristande resurser.

10. *Forskning och kunskapscentrum (sid 750-)*

SFBKF delar utredningens uppfattning om vikten att stärka kraften och långsiktigheten av kunskapscentra i katastrofmedicin och att Socialstyrelsen bör ha ett katastrofmedicinskt råd. **SFBKF anser** att det är önskvärt att Socialstyrelsens katastrofmedicinska råd har god vetenskaplig kompetens inom området läkemedel genom representanter från universitets- och högskolevärlden.

SFBKF förordar att Socialstyrelsen bör 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 vårdkedjor.

11. *Forskningsresultat behöver nyttiggöras (sid 764-)*

SFBKF delar utredningens uppfattning att "Forskning i sig leder inte nödvändigtvis till ett bättre medicinskt omhändertagande". Därför är det av stor vikt att forskare är representerade i olika analysgrupper, vetenskapliga råd och styrelser vilket ger naturliga fora för ökad återkoppling av vetenskapliga resultat. Uppgifter i sådana grupperingar kan lämpligen finansieras via deltidssarvodering till personens hemvist vid universitetssjukhus eller akademisk institution.

12. *Vem styr över vilken forskning som behövs? (sid 765-)*

SFBKF delar utredningens uppfattning att behovsmotiverad forskning är viktig för området katastrofmedicin.

SFBKF anser att möjligheterna att tillgodose krisberedskapens behov av avancerad infrastruktur som finns på universitet och högskolor medger delfinansiering av dessa.

13. *Reglering av statens ansvar för pandemigaranti och inköp av pandemivaccin (sid 791)*

SFBKF tillstyrker varmt att Smittskyddslagen anger att staten ansvarar för inköp av vaccin och kostnaderna.

SFBKF anser att statens och andra offentliga myndigheters kompetens kring upphandling av läkemedel och vaccin behöver stärkas. Det krävs hög vetenskaplig kompetens kring läkemedel och vaccin och kunskaper kring upphandling, produktion och marknadsföring och även hög grad av integritet och etisk medvetenhet bland alla inblandade.

14. *Forskning och kunskapscentrum* (sid 1004-)

SFBKF 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.

SFBKF anser att särskilda forskningsanslag bör vara fleråriga och att totala medelsramen måste vara substantiell för att kunna bygga upp långsiktiga strukturer och institutioner för tillämpad forskning i katastrofmedicin.

Styrelsen för Svensk förening för basal och klinisk farmakologi,
genom



Stig Jacobsson, ordförande

Hej Per!

Här kommer kort input från Svenska Hygienläkarföreningen kring det digra dokumentet ”Hälsö- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga”.

Vi vill understryka vikten av att Regioner och Kommuner behöver förstärka förmågor avseende vårdhygien och smittskydd i vården inför nästa pandemi.

- Covid-19 pandemin har gjort det tydligt att smittskydd inom vård och omsorg behöver stärkas för framtida krisberedskap. Smittspridning inom vård och omsorg har varit ett stort problem under pandemin, nästan hälften av alla dödsfall i covid-19 har inträffat bland personer som har stödinsatser 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 bäst förbättras om Folkhälsomyndigheten i sina instruktioner fick uppdraget att samordna det medicinska området Vårdhygien som varje enskild vårdgivare ska ha tillgång till idag.

I engelsk kontext heter Vårdhygien Infection Prevention and Control (IPC). Internationellt samordnas IPC alltid med smittskydd i samhället i samband med katastrofsituationer som exempelvis en pandemi.

(se valfritt Europeiskt land, WHO, ECDC, CDC). Sveriges modell med uppdelning av dessa områden har inte visat sig fungera väl i kris.

Om Folkhälsomyndigheten skulle få samordningsuppdrag även för Vårdhygien, skulle smittskydd i vården kunna samordnas nationellt och koordineras snabbt och effektivt. Idag finns ett otydligt delat uppdrag mellan Socialstyrelsen och Regionerna avseende Vårdhygien vilket är ogynnsamt i en katastrofsituation.

Kunskapsstyrningen visade sig inte vara en fungerande väg till nationell samordning i kris, i ett krisläge delar inte de lokala aktörerna med sig av bristpersonal för att de ska jobba med nationell samordning. Man är av naturliga skäl närmast sin egen kris på regional nivå.

Vänligen

Svenska Hygienläkarföreningen (SHLF) genom Anna Holmberg vet sekr



Remissvar – SOU 2022:6 Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga

SFKK håller med om att, Sverige som nation, bättre behöver ta höjd för hälso- och sjukvård i kris-, katastrof- respektive krigssituationer.

För laboratoriemedicins del lyfts enbart mikrobiologiska aspekter för laboratorieanalyser i SOU 2022:6. Text nämns det nationella nätverket SLIM för mikrobiologiska laboratorier, och SweBA ideell förening för blodcentraler. För att inte tappa bort väsentliga moment behöver angränsade laboratoriediscipliners struktur kring berörda analyser också utredas.

Under stycke 7.2.5, sidan 554, finns en sammanfattande bedömning samt ett förslag. I förslaget påpekas att "Analysen bör omfatta både kemiska, biologiska och radiologiska analyser..." alltså mer än mikrobiologiska analyserna som SOU 2022:6 tar upp. Det behövs ett förtydligande för att det involverar alla berörda laboratorieanalyser, just nu finns det 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. Även klinisk kemis roll behöver utredas och förtydligas.

I den föreslagna utredningen som återfinns i stycket 14.5.1, sidorna 998-999, används generella begrepp laboratorieresurser och laboratorieförfrågor. Det är viktigt att även, för mikrobiologi, angränsande laboratoriedisciplinernas berörda analyser tas med i det kommande uppdraget som ska utredas.

SFKKs slutsats är att i det fortsatta uppdragen ska inte enbart mikrobiologiska analyser utan även angränsande laboratorieanalyser inom andra kliniska laboratoriediscipliner beaktas, för att få en heltäckande bild av behoven för laboratorieanalyser.

Vänligen

Mats Ohlson

ordförande, Svensk Förening för Klinisk Kemi (SFKK)

Mats Ohlson, överförstekemist, fil dr
Klinisk kemi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Bruna Stråket 16
413 45 Göteborg
Telefon: 031-342 78 87
E-post: Mats.Ohlson@clinchem.gu.se

**Svenska Rättspsykiatriska Föreningens synpunkter på slutbetänkandet
”Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga”, SOU
2022:6**

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen vill härmed framföra följande kring slutbetänkandet.

Det är 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.

9 maj 2022

För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen,

Fredrik Åberg, styrelseledamot

Hanna Edberg, sekreterare

Peter Andiné, ordförande



SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Specialistföreningen för ST-läkare och specialister i akutsjukvård.

2022-05-25

Till:

Per Johansson, Svenska Läkaresällskapet

Remissvar över betänkandet: *SOU 2022:6, Hälso- och sjukvårdens beredskap*

Sammanfattning

SWESEM välkomnar slutbetänkandet SOU 2022:6 om hälso och sjukvårdens beredskap. Utredningen innehåller omfattande förslag som i grunden innehåller flera delar som är mycket viktiga för svensk akutsjukvård. Akutläkare, specialistutbildade läkare i Akutsjukvård, är den del av läkarkåren som har 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. Det är därför av stor vikt att det finns en representation med akutsjukvårdskompetens inom de beslutande organen som förs fram i utredningen. Vi vill framhäva att en stor del för hälso- och sjukvårdens kapacitet vid förhöjd beredskap kommer från förstärkningen av de befintliga verksamheterna involverade i stora händelser idag.

Utredningen tydliggör att den svenska förvaltningsstrukturen med floran av offentliga huvudmän, frivilligorganisationer och bolag som ska stå för omfattande samverkan vid både normalläge, samt kris och förhöjd beredskap, utgör ett problem då ledningsstrukturer är otydliga och förflyttning eller förstärkning av resurser blir omöjliga eller svåra att genomföra pga begränsningar i organisationers uppdrag och befintliga lagar. Det försvårar också utvecklingen av nationella medicinska standarder.

3.3 SWESEM ställer sig bakom att de krävs resurser för samordning och planering av totalförsvaret, men detta bör kunna genomföras inom befintliga förvaltnings- och myndighetstrukturer.

Enligt utredningen bör totalförsvaret “under minst tre månader kunna hantera en säkerhetspolitisk kris i Europa och Sveriges närområde som innebär allvarliga störningar i samhällets funktionalitet samt krig under del av denna tid”.¹⁴⁶ SWESEM stödjer ett sådant beredskapsåtagande men finner det sannolikt att scenarier av denna typ varar betydligt längre än 3 månader varför vi undrar om inte denna lägre gräns på 3 månader bör förlängas, rimligen till 6-12 månader.

“ Regeringen framhåller också att det är viktigt att upprätthålla funktionaliteten inom hälso- och sjukvården i krig.¹⁵⁵ Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller vid prioritering av vårdbehov. Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma bör de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt som möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred.¹⁵⁶ ” SWESEM anser att detta inte är en rimlig utgångspunkt då vårdssystemet redan idag är ineffektivt och fallerar med avseende på tillgänglighet för patienterna (Socialstryelsen “Öppna jämförelser 2020”). En ökad resiliens (motståndskraft) över tid där resurserna kommer så många som möjligt till del kräver en ökad andel generalistsjukvård. Sverige har en låg andel vård baserad på generalister och en förhållandevis stor andel sjukhuscentrerad specialistvård. Ur ett totalförsvarsperspektiv bör istället andelen generalistsjukvård (primärvård och akutläkarbaserad akutsjukvård) öka samtidigt som sjukhusbaserad specialistvård bör begränsas till faktiskt behov och inte ineffektivt kompensera en underdimensionerad primärvård och akutsjukvård. För att upprätthålla beredskapen att ta emot ett ökat antal traumafall behövs akutläkarbaserade akutkliniker med prehospital logistikansvar som kan transportera, stabilisera och triagera dessa patienter då slutenvårdens opererande kliniker kommer att få en ökad arbetsbörda med operativ verksamhet och påföljande eftervård.

3.4 SWESEM välkomnar förslag om att bred samverkan inom hälso- och sjukvård ska ersättas av smalare beredskapssektorer för mer effektiv samordning. Dock behöver ett sådant förslag följas av relevanta förändringar i lagar och förordningar.

3.5 SWESEM ställer sig bakom stora delar av resonemanget under punkt 3.5 men vill särskilt belysa vikten av följande:

Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *Styrning för en mer jämlik vård* (SOU 2019:42) har konstaterat att den professionella autonomin tar allt mindre plats i dagens vårdssystem och detaljstyrning blockerar inte sällan effektiva processer och motverkar systemtänkande. I början av COVID-19 pandemin var det just den professionella

autonomin som möjliggjorde den snabba omställningen av Sveriges vårdssystem på endast några dagar. Kliniskt verksamma läkare och ledningsgrupper i involverande enheter som akutmottagningar, intensivvården och primärvården kunde anpassa sitt arbetssätt då dessa enheter har bäst kännedom om sina flöden och sin verksamhet. Att invänta detaljstyrning, förvaltning eller andra regionala samt nationella riktlinjer var inte möjligt eller försvarbart med hänsyn till det akuta behovet.

Även om det nu etableras mer konkreta handlingsplaner och riktlinjer inom ramen för en ökad krisberedskap anser SWESEM att den professionella autonomin är en av de viktigaste delarna i kristider som gör att kunskapen av yrkesutövare i frontlinjen (*frontline workers*) kan tas till vara på bästa och snabbaste sätt. Detta leder till ökad resiliens (se punkt 6.1), flexibilitet och maximera kapacitet och effektivitet i sjukvårdssystemet. SWESEM välkomnar en fortsatt tydlig roll för den professionella autonomin inom krisberedskapen.

5.1 SWESEM ställer sig bakom förslag om förtydligande av begreppet katastrof, men vill poängtera vikten av att inte bara en ökad mängd sjuka eller skadade utgör en kraftigt ökad belastning på vården, utan att andra driftsstörningar (ex infrastruktur) eller samhällssituationer kraftigt kan påverka vårdens förmåga att leverera vård även om patienttillströmningen inte ökar.

5.3 SWESEM ställer sig bakom förslaget om bestämmelser som ålägger regioner och kommuner att bistå varandra i händelser av kris eller katastrof men vill belysa:

5.3.1 redan idag föreligger skillnader i den sjukvård som ges mellan regioner och det är därför viktigt att i eventuella föreskrifter tydliggöra regioners och kommuners skyldigheter gentemot varandra vid kris. Förvaltningsmässigt är detta i konflikt med det kommunala självstyret och frågan är varför undantag enbart ska gälla i kris och inte vid normaltilstånd.

6 SWESEM ställer sig bakom stora delar av punkt 6 men vill särskilt belysa vikten av följande:

6.1 Möjligheten att skapa motståndskraft (*resilience*) i ett sjukvårdssystem bygger att de grundläggande funktionerna i ett sjukvårdssystemet upprätthålls när det utsätts för påfrestningar (*shock*). Olika typer av händelser utsätter systemet för olika påfrestningar där masskador och traumatiska händelser i form av olyckor eller krig är en typ som framhävs tydligt av utredarna. Vi vill dock påpeka att flera andra händelser behöver inventeras som översvämningar, nukleära/kemiska händelser och epidemier. Dessa

skapar olika typer av påfrestningar i sjukvårdssystemet och bör utredas och rapporteras enskilt.

Så som utredarna nämner är ett av målen att skapa en surge capacity, vilket behövs framförallt vid hastigt uppkomna påfrestningar i sjukvårdssystemet. En förutsättning för att detta ska vara genomförbart är att sjukvårdssystemet i normal drift har en överkapacitet (buffert). Så långt som möjligt bör normal drift och normala prioriteringar upprätthållas vid påfrestningar där mindre eskaleringar som att öka personalstyrka och tillgängliga vårdplatser för att möjliggöra fortsatt eskalerat läge men med normal drift och prioriteringar. *Att bygga surge capacity i ett redan överbelastat sjukvårdssystem är inte möjligt - steget går då direkt från normal drift till en uttalad eller outtalad katastrofnivå vilket inte är rimligt eller hållbart för sjukvårdssystemet.* Man nämner en fördubbling av antalet vårdplatser vid krig, vilket är en del av den medicinska katastrofberedskapen, vill dock åter framhäva vikten av att kunna öka kapacitet för andra typer av påfrestande händelser. Behoven kommer att skilja sig åt mellan regioner och det är viktigt att inte enbart nationella händelser möjliggör resurser till lokal/regional eskalering.

6.3 SWESEM välkomnar att utredningen framhäver vikten av att planera för avbrott i digital infrastruktur och användandet av denna vid påfrestningar, men vill särskilt belysa följande:

Infrastruktur som 1177 är beroende av att användaren har tillgång till dessa tjänster, är kapabel att använda dem och att dessa är intakta. Det är hög risk att inte bara kommunikation utan även autentiseringar som BankID vilket 1177 är beroende av upphör att fungera. *Det finns även grupper och individer i samhället som inte har tillgång till eller möjlighet att använda denna teknologi.* Därför måste även information om tillgänglig hälso och sjukvård samt råd finnas genom mycket enkla medel, tex genom information via radio. När telefoni och och digitala kontaktvägar till hälso och sjukvården försämras kommer personer att söka sig direkt till alla typer av sjukvårdsinrättningar, framförallt akutmottagningar på sjukhus. Oavsett hur mycket kapaciteten i grunden för dessa 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.

6.4 SWESEM välkomnar att utredarna lyfter fram att de privata aktörernas roll under höjd beredskap behöver förtydligas och regleras. Även privata vårdgivare ger i stor utsträckning avancerad vård som slutenvård och kirurgi, hur dessa resurser kan

fördelas behöver i detalj klargöras. Vi ställer oss också bakom att upphandlingsmyndighetens stöd inte räcker då avtalen måste regleras på detaljnivå.

6.5 SWESEM välkomnar att CBRN beredskapen lyfts fram och att konkreta rekommendationer för regioner och kommuner tas fram. Vi vill belysa att krav även bör ställas på utbildning och samverkan inom berörda verksamheter vilket idag ofta saknas.

7.1 SWESEM delar i stort bedömningarna i denna sektion. SWESEM vill emellertid lyfta fram två punkter, som vi anser behöver betonas särskilt:

1. I det inledande stycket anges att utvecklingen inom krisberedskapsområdet under de senaste trettio åren har präglats av arbete med krisberedskap av reaktiv karaktär, dvs. beredskap har huvudsakligen byggts upp som reaktion på redan inträffade händelser. SWESEM delar denna bild men anser snarare att arbetet i många avseenden präglats av brist på beredskapstänkande. Ett krisberedskapsarbete som ska vara av värde för såväl vården, som samhället i stort, kan inte primärt utgå från en tanke om att vi i varje givet ögonblick ska kunna prognostisera vilka ogynnsamma händelser som kommer drabba samhället. Svårigheterna att göra det har med önskvärd tydlighet framtonat under pandemin, och det finns många andra exempel genom historien, precis som rapportförfattarna påpekar. SWESEM anser att beredskapsarbetet i stället måste ta sin utgångspunkt i vilka förmågor vi som nation anser att våra sjukvårdsorganisationer som helhet bör besitta i ett givet ögonblick. Detta gäller exempelvis frågor om lagerhållning av material, där vi nu ser en snabb återgång till just in time-leveranser på många håll trots de färska erfarenheterna från pandemin, liksom för personalförsörjning, samarbete med angränsande delar av samhället etc. SWESEM anser att det är oacceptabelt att det inte skyndsamt genomförs ett nationellt arbete med att upprätta beredskapslager av grundläggande förnödenheter för hälso- och sjukvården, exempelvis i form av förbrukningsprodukter och grundläggande läkemedel. Att lägga upp grundläggande lager som kan omsättas med marginal innan bäst före-datum passerats är en enkel uppgift som kan dimensioneras utifrån känd genomsnittlig förbrukning och kännedom om hållbarhet, oavsett produktgrupp, och merkostnaden för detta är huvudsakligen av engångskaraktär. SWESEM anser att denna lagerhållning bör ske decentraliserat hos vårdgivarna, för att minska sårbarhet vid påverkade leveranskedjor, och för att tydliggöra de enskilda verksamheternas ansvar och engagemang i frågan.

På samma vis anser SWESEM att det behöver utarbetas en modell för hur den redan i dagsläget hårt ansträngda sjukhus-baserade vården ska kunna avlastas i händelse av

en långvarig ökning av belastning till följd av en kris. Detta behöver formuleras i mycket konkreta termer, exempelvis genom tvingande ansvar för kommunerna att bistå med att skapa ett visst antal beredskapsplatser för enklare dygns-vård i anslutning till särskilda boenden eller liknande verksamheter, för att på så sätt kunna värna vår redan begränsade tillgång till sjukhusbunden vård. Vidare anser SWESEM att det är av mycket stor vikt att på nationell nivå definiera riktlinjer för vilken vård som i första hand ska skjutas upp eller helt ställas in vid en långvarig kris. Pandemin har tydligt visat att hårda prioriteringar, snarare än tillskapande av nya resurser, har varit ett av vårdens främsta verktyg för att möta ett hastigt ökat inflöde av svårt sjuka patienter. Vi anser därför att det är närmast naivt att tro att vi vid en framtida allvarlig kris kommer kunna öka sjukvårdens personella resurser i en sådan omfattning att det i någon större utsträckning kan kompensera för de ökade behoven. Snarare bör utgångspunkten vara att vi kommer ha något mindre personal som är disponibel, och att den personalens uppgifter behöver prioriteras mycket noggrant.

2. I flera delar av stycket framlyfter rapportförfattarna att det är angeläget att återuppbygga en kapacitet för primärvårdens och sjukhusens vårdpersonal att bedriva vård på skadeplats, vilket idag förekommer endast i mycket begränsad omfattning. Man motiverar detta med att hälso- och sjukvårdslagen anger att ambulanssjukvårdens huvudsakliga uppgift är att föra patienter med behov av sjukhusvård till sjukhus och att under den tiden transport pågår utföra det medicinska omhändertagande som är nödvändigt. SWESEM delar bedömningen att kunskaperna om arbete på skadeplats behöver stärkas i sjukvårdsorganisationerna. Vi ser samtidigt att detta kommer vara förknippat med stora kostnader i form av tid som behöver avsättas för utbildning och övning, då den typen av uppgifter ligger mycket långt ifrån de dagliga arbetsuppgifterna för exempelvis personal i primärvården. Dessa kostnader kommer många sjukvårdsregioner inte vara beredda att ta om det inte ges mycket tydliga direktiv om vad som är en förväntad lägstanivå, och vi bedömer att en verklig kompetenshöjning inte kommer bli möjlig utan ett nationellt och tvingande beslut i frågan.

7.2 SWESEM välkomnar förtydligande kring hur Socialstyrelsen expertgrupper kan användas, men ser också avsaknad av akutsjukvårdskompetens inom flera relevanta grupper. Specialister i akutsjukvård har unik kompetens inte bara inom direkt akut omhändertagande av individer och grupper med akuta problem av olika orsaker,

utan även en särskild kunskap om sjukvårdssystemet, samt att arbeta i olika kontexter och även leda arbete inom akutsjukvård.

Avseende transportmöjligheter är det angeläget att skyndsamt utreda luftburen evakueringsmöjlighet från utlandet, då SNA (Svenska Nationella Ambulansflyget) är avvecklat. Det är relevant att utreda KSA:s (Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg) möjligheter att bistå vid kortare flygningar, och även vilken typ av avtal eller förordning som krävs för att detta kan komma till stånd.

SWESEM välkomnar att rutiner tas fram hur regioner kan samverka med Försvarsmakten och Sjöfartsverket avseende deras transportresurser. Samtidigt är fortsatt sjukvårdstransporter i sjö- och havsmiljö sårbara då frivilligorganisationer som Sjöräddningssällskapet bistår regioner och kommuner i hög grad.

8.1 SWESEM delar bedömningen att bemanning i sjukvården vid förhöjd beredskap eller kris är ett problem, då det idag inte finns kapacitet att öka bemanningen i sjukvårdssystemet, samtidigt som antalet utbildade läkare och sjuksköterskor per capita i Sverige är relativt högt.

SWESEM välkomnar utredning av möjlighet till placering utifrån totalförsvarspplikt/civilplikt, men detta måste göras utifrån att även Försvarsmakten krigsplacerar sjukvårdspersonal, varför alltså ett bortfall i den civila sjukvården sker.

8.2 Eftersom utbildning av vårdpersonal är en långsam process borde man fokusera på hur ökad effektivitet i sjukvårdssystemet kan åstadkommas vid förhöjd beredskap och kris, liksom vid normalläge. Att som utredningen beskriver, snabbtutbilda frivilliga till enklare sysslor, kan bara delvis öka personalkapacitet. Som redan nämnts ovan saknar svensk sjukvård idag de marginaler som behövs för att kunna ha "surge capacity", där de personella resurserna är kritiska, samtidigt som utredningen konstaterar att ca 10 000 sjuksköterskor arbetar som administratörer och chefer.

SWESEM vill 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 utgör därför en viktig resurs. Under covid-pandemin bistod på flera håll i Sverige specialister och ST-läkare i akutsjukvård intensivvården. Antalet specialister i akutsjukvård är ökande i Sverige.

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

9.1.1 SWESEM delar bedömningen att kommunernas och regionernas ansvar bör utsträckas till att omfatta även utbildning och övning för situationer med förhöjd beredskap. Vidare anser SWESEM att utbildnings- och övningsinsatser tydligt behöver målställas, då erfarenheten tydligt visar att icke målställd utbildning och övning ofta prioriteras bort i redan pressade verksamheter. Exempelvis bör man således föreskriva att övning i vissa funktioner exempelvis ska ske årligen, vartannat år etc. och även normera en minsta acceptabel omfattning.

Swesem kan inte stödja utredningens föreslagna målnivå för läkarutbildningen, då det är orimligt att man efter läkarexamen ska kunna bedöma hela grupper av patienter.

9.2 SWESEM delar bedömningen 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 dock av uppfattningen att det är mycket viktigt att det löpande arbetet med planen sker under medverkan av representanter för de berörda verksamheterna samt expertis inom de olika delområden som kommer ifråga. Vi 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, då dessa med nödvändighet kommer att behöva skilja sig exempelvis mellan glesbefolkade områden och storstadsregionerna. För att säkerställa att de regionala/kommunala lösningarna lever upp till de normerade nivåerna behöver man också beakta behovet av en löpande tillsynsverksamhet, då vi befarar att det även här finns en stor risk att kommuner och regioner, på grund av resursbrist, ej fullt ut lever upp till planens intentioner.

9.2.3 SWESEM åsikten att katastrofmedicin bör omfattas av etablerade strukturer för kunskapsstyrning, men vi ser samtidigt att det på flera ställen i rapporten 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. Detta 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. Detta ligger även i linje med de övergripande juridiska förhållandena som reglerar beredskap för krig/kris i Sverige, dvs att en aktör som i fredstid ansvarar för en funktion även ansvarar

för denna funktion vid krig/kris. Det är följaktligen ologiskt att begränsa frågor som rör den generella beredskapen inom vården till ett så snävt begrepp som katastrofmedicin. Snarare tycker vi att termerna "sjukvårdsberedskap" eller "hälso- och sjukvårdens beredskap" bör användas.

9.3 SWESEM ställer sig bakom förslaget på att stärka kunskap om katastrofmedicin och sjukvårdens beredskap i läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen, men att förslaget behöver nyanseras och förtydligas. Nivåindelning av kunskaperna på grundnivå, respektive avancerad nivå inom specialistutbildningarna både för läkare och sjuksköterskor bör göras där de föreslagna examinationsnivåerna på grundnivå är mycket högt ställda. SWESEMs uppfattning är att det även här är olyckligt att begränsa detta till det förhållandevis snäva begreppet katastrofmedicin. Istället bör detta 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. Detta ligger i linje med det aktuella kunskapsläget på området, som tydligt visar att återkommande träning/övning och tillvänjning till ett tänkande som rör beredskap har betydligt större effekt än isolerade, koncentrerade inslag. Vi anser därför att förslaget till ändring av högskoleförordningens examensordning för nämnda yrkesgrupper är prematurt och dåligt underbyggt av aktuell forskning och erfarenhet rörande träning inför kris/katastrof och krig.

9.4 SWESEM delar bedömningen att forskning inom kris/katastrofberedskap/katastrofmedicin är angelägen. 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. Forskning som rör vårdens förmåga att hantera kris/katastrofer och krig bör rymmas som en naturlig del av forskningen även inom andra discipliner, och vi tror att detta förhållandevis enkelt stimuleras genom att uppdra åt statliga forskningsråd att göra riktade utlysningar av forskningsmedel för forskning som rör kris/katastrof/krig även inom övriga medicinska discipliner. Satsningar med en liknande grundtanke finns redan i dagsläget, exempelvis Vetenskapsrådets utlysningar för att minska användningen av försöksdjur i medicinsk forskning, där forskare oavsett akademisk hemvist kan söka medel under förutsättning att syftet är att reducera användningen av försöksdjur. På samma sätt bör exempelvis Vetenskapsrådet kunna ges i uppdrag att göra breda utlysningar som möjliggör finansiering av relevanta projekt inom åtskilliga medicinska domäner och främst utgående från en vetenskaplig

bedömning av projektens kvalitet och relevans. Vi vill också framhäva vikten av att stödja internationella forskningssamarbeten då forskning om katastrofer med all tydlighet är global. Att vikta mycket fokus mot lokal och nationell forskning riskerar att försvåra möjligheten till internationellt utbyte och lärdomar.

10.4 Utredningen beaktar förvisso väderfenomen och infektionsmässiga risker relaterat till klimatförändringar, men perspektivet kring störning av viktig infrastruktur såsom vatten, el, livsmedel och globala produktions- och leveranskedjor av sjukvårdsmaterial eller för vården annan viktig utrustning, beaktas inte tillräckligt.

11 SWESEM välkomnar översyn av föreskrifter för den prehospitala akutsjukvården som regioner utför men detta torde ligga inom ramen för den utredning som just nu pågår om prehospital vård på Socialstyrelsen.

11.2 Konstruktionen där den nationella alarmeringsfunktionen är förlagd till ett bolag innebär att alarmeringsfunktionen inte är en aktör i offentlig förvaltning och samverkan som mellan andra aktörer i offentlig förvaltning inte sker, ej heller gäller offentlighetsprincipen. Som påpekas i utredningen saknas ramverk för denna typ av verksamhet som bidrar till otydlighet och gör insyn svår. Under 2021 har även SOS Alarm infört ett nytt beslutsstöd, Step, som är högst problematiskt utifrån ett medicinskt perspektiv och där införandet har varit behäftat med stora svårigheter. 112-utredningen från 2018 gav förslag på åtgärder för att tydliggöra ramverk och insyn kring alarmeringsfunktionen, men någon reformering bedömdes inte aktuell. **SWESEM saknar förslag för en förnyad översyn av nationell alarmeringsfunktion, eftersom dess funktion är kritisk vid kris eller förhöjd beredskap.**

SWESEM välkomnar förslag för 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 är ineffektiv och leder till ojämlik vård, särskilt då det saknas nationella standarder för vården vid luftburna patienttransporter.

11.3 Utredningen påtalar den mångfald av aktörer som är involverade i räddningsinsatser, där dessutom många av de personer som räddningsinsatserna berör

har ett sjukvårdsbehov. **SWESEM saknar förslag om behov av nationella standarder för det medicinska omhändertagandet vid räddningsinsatser liksom vid prehospital akutsjukvård i anslutning till ambulans.**

För Svensk förening för akutsjukvård:

Michael von Schickfus, ordförande i SWESEM

Frida Meyer,

Johanna Berg,

Daniel Willhelms,

Matthias Jörg,

Nicholas Aujalay.

Hej!

Något försenat har eHälsokommittén följande synpunkter:

Utredningen tar upp betydelsen av digitalisering både som möjlighet och hot (se ffa kap 6.2.1).

Möjligheten:

Rapporten har stor tilltro till it-systemens möjlighet att hantera information nationellt vid en kris men här bedömer vi att det saknas otillräcklig gemensam informationsstruktur för att man ska kunna lita på dagens it-system. Vi föreslår att regeringen driver på arbetet att uppnå detta.

Hotet:

Vi instämmer i bedömningen att beredskapen behöver öka avseende eventuella avbrott i det informationstekniska stödet.

Vi saknar dock förslag på att sådan riskberedskap ska ingå i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal.

Mvh

Göran Petersson

SLS kommitté för eHälsa

2022-04-29

Socialstyrelsen
registrator@socialstyrelsen.se

Remissvar Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig – Kunskapsstöd för 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.

SLS tackar för möjligheten att lämna synpunkter på remissversionen av *Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig*. SLS har framfört synpunkter på innehållet i tidigare version av dokumentet i en skrivelse till Socialstyrelsen daterad den 12 januari 2022. I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS delegation *för medicinsk etik* (bifogas).

SLS anser sammanfattningsvis

- **att** det finns ett tydligt behov av att stärka den katastrofmedicinska beredskapen i Sverige. Detta inbegriper bland annat förbättrad beredskap vad gäller materiel, logistik, personella resurser, IVA-platser etc.
- **att** i frånvaro av en klar definition av ”katastrofsituationer och krig” bör en sådan stipuleras tydligare än hittills, som utesluter sådan brist som förekommer även under mer normala förhållanden
- **att** det finns ett behov av att underlätta tillämpningen av prioriteringsplattformen (den av riksdagen beslutade etiska plattformen), i synnerhet genom att tydliggöra hur en mer restriktiv linjedragning (”lägga ribban högre”) kan ske när ett särskilt stort gap mellan behov och resurser uppstår under katastrofsituationer och krig
- **att** detta dock är något annat än att ändra *prioriteringsplattformen i sig*, och hierarkin mellan de ingående etiska principerna
- **att** eventuella sådana förändringar faller utanför Socialstyrelsens aktuella uppdrag. Denna typ av frågor måste belysas med ingående etisk analys, bred samhällsdebatt och politiska beslut
- **att** prioriteringsplattformen inbegriper åtskilliga av sjukvårdens etiska kärnvärden, och att den därtill är demokratiskt väl förankrad samt kodifierad i gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning
- **att försök att operationalisera plattformen**, såsom exempelvis den nationella modellen för öppna prioriteringar, måste vara förenliga med plattformens innehåll
- **att** aggregering av patientnytta, där fler lindriga vårdbehov får gå före färre, svåra vårdbehov är oförenligt med prioriteringsplattformen
- **att** den humanitära rätten i krig, rimligt uttolkad, är förenlig med prioriteringsplattformen; den humanitära rätten vilar inte på en utilitaristisk grund
- **att** professionellt baserade individuella bedömningar av patienter är centrala vid prioritering
- **att** prioriteringsplattformen är giltig inom all hälso- och sjukvård, oavsett drifts- och finansieringsformer
- **att** det finns anledning att öka utbildningsinsatserna kring prioriteringsplattformens tillämpning till hälso- och sjukvårdspersonal samt aktörer på administrativ och politisk nivå
- **att** det är viktigt att diskutera åtgärder för att hantera etisk stress då det finns ett gap mellan vårdbehov och resurser, men inte genom att ändra *prioriteringsplattformen i sig*, och hierarkin mellan de ingående etiska principerna .

SLS lämnar i sitt remissvar dels *allmänna synpunkter* på arbetet och remissversionen, dels *synpunkter på remissversionens värdegrund*, dels *övriga synpunkter* på remissversionens begreppsapparat, tillämpbarhet och praktiska användbarhet.

Allmänt om remissversionen

SLS anser att det finns ett tydligt behov av att stärka den katastrofmedicinska beredskapen i Sverige. För att tillgodose detta behov behöver vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig ingående analyseras. Därför är det viktigt att regeringen har givit det aktuella uppdraget. SLS uppskattar även att Socialstyrelsen (SoS) nedlagt ett betydande arbete för att utföra uppdraget. I jämförelse med texten i dokumentet *Nationella principer för prioritering i kris och krig* noterar SLS förändringar såsom en ansats till snävare definition av vilka typer av krissituationer som avses, samt betoningen av att prioriteringar under katastrofsituationer och krig ska ske på samma etiska grund som den som gäller under normala förhållanden. Vidare uppskattar SLS att prioriteringsplattformen nu beskrivs på ett tydligt sätt.

SLS anser dock att innehållet i remissversionen delvis avviker från prioriteringsplattformen. Remissversionen öppnar för möjligheten att flera, mindre svåra, vårdbehov tillåts överflygla färre, svåra, vårdbehov. Sådana förändringar av gällande rätt faller utanför det aktuella uppdraget att föreslå. Denna typ av frågor måste belysas med ingående etisk analys, bred samhällsdebatt och politiska beslut. Detta gäller såväl prioriteringar under katastrofsituationer och krig som under normala omständigheter. SLS anser mot bakgrund av detta att remissversionen är i behov av en större revision. Vi menar också att betydande resurser bör läggas på att öka kunskapen om och implementera prioriteringsplattformen på klinisk, administrativ och politisk nivå.

SLS övergripande synpunkter på remissversionens värdegrund

SLS anser att innehållet i remissversionen delvis avviker från prioriteringsplattformen, vilket kan öppna för möjligheten att många, mindre svåra, vårdbehov tillåts överflygla färre, svåra, vårdbehov. Detta sker genom flera skrivningar (a-f):

- a) **den hierarkiska relationen mellan prioriteringsplattformen och gjorda försök att operationalisera plattformen** framgår inte tillräckligt tydligt, då plattformen anges som en av fyra "Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig" (remissversionens innehållsförteckning)

Beträffande dokumentets övergripande logik är det viktigt att skilja mellan *grundläggande etiska principer kodifierade i gällande rätt* (*Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig*) och olika *försök till operationalisering av dessa etiska principer*. Denna distinktion framgår inte tillräckligt tydligt vare sig i innehållsförteckningen eller senare i dokumentets text.

Distinktionen är viktig för att tydliggöra att olika försök till operationalisering måste vara förenliga med innehållet i prioriteringsplattformen.

SLS konstaterar att riksdagens prioriteringsplattform [1-3] inbegriper åtskilliga av sjukvårdens etiska kärnvärden, och att den därtill är demokratiskt väl förankrad samt kodifierad i gällande rätt.

SLS anser att under rubriken *Etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig* bör *Etiska plattformen för prioriteringar (riksdagens prioriteringsplattform)* och *Den humanitära rätten i krig* omnämnas. *Nationell modell för öppna prioriteringar, Verktyg för prioritering av vård i katastrofsituationer och krig* samt *Kompletterande vägledning för prioriteringar i specifika situationer* hör lämpligen hemma under rubriken *Försök till operationalisering av etiska principer för prioriteringar i katastrofsituationer och krig*. Det måste framgå att operationaliseringarna ska harmoniera med gällande rätt.

- b) **den humanitära rätten i krig** ges en tendentiös tolkning; detta genom en glidning av definitionen i flera led via den mångtydiga termen triage (remissversionen s. 14):

1. "Förtur till vård mellan sårade och sjuka får endast grundas på trängande medicinska skäl."
2. "Vad som närmare utgör trängande medicinska skäl anges inte i den humanitära rätten."
3. "Enligt ICRC är det allmänt accepterat att det är reglerna för medicinsk etik och accepterade standarder för den medicinska professionen som styr dessa beslut."

4. "Enligt ICRC är dock principerna för medicinsk **triage** (SLS' fetstilsmarkering) förenliga med syftet i den humanitära rätten, och de är också i enlighet med medicinsk etik."
5. "Principerna för medicinsk triage syftar till att uppnå ett optimalt utnyttjande av tillgängliga resurser för att **gagna det största antalet av skadade** (SLS' fetstilsmarkering) som har bäst chans att överleva."

De första tre punkterna är okontroversiella, men det är problematiskt att principerna för medicinsk triage tas för givna i sammanhanget. Begreppet medicinsk triage kan ges olika innebörd och det finns olika värde- och evidensgrund för olika triagesystem [5-7]. Slutsatsen i punkt 5 är i förhållande till punkterna 1-3 inte följdriktig och öppnar för en utilitaristiskt färgad tolkning ("...**det största antalet av skadade** som har bäst chans att överleva."). Exempelvis kan texten tolkas som att behoven hos fem svårt skadade individer med måttligt stor chans att överleva, om de får snabb och adekvat medicinsk vård, ska rangordnas lägre än behoven hos 15 lätt-måttligt skadade individer med större chans att överleva. Detta är inte i enlighet med prioriteringsplattformens innehåll.

SLS anser att den humanitära rätten i krig bör återges mindre tendentiöst, och att dess rättsliga status i förhållande till prioriteringsplattformen bör analyseras. Nyckeltermen triage måste definieras.

- c) **prioriteringsplattformen (den etiska plattformen)** återges korrekt, men utan att omnämna den grundläggande förutsättningen att plattformen inte är förenlig med utilitaristisk nyttoaggregering (remissversionen s. 14-15)

SLS uppfattar att remissversionens text om den etiska plattformen är korrekt. Det finns en hierarki mellan plattformens etiska principer, där människovärdesprincipen är högst rangordnad, och behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen [1-3]. Den individ som har det största vårdbehovet ska gå först. Det är särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi.

SLS saknar dock en nödvändig definition av begreppet patientnytta. I relevanta förarbeten till och tolkningar av gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning [1-3,8,9] avvisas den utilitaristiska nyttoprincipen i ett prioriteringssammanhang. Prioriteringsutredningen godtog inte en nyttoprincip med innebörden att det som ger störst nytta för flest patienter ska väljas. Den tog avstånd ifrån att lägga resurser på att hjälpa många människor med lindrigare besvär i stället för ett fåtal med svåra skador. Patientnytta ska ses från individens och inte kollektivets perspektiv [1]. En utilitaristisk nyttoaggregering är inte förenlig med vare sig människovärdesprincipen eller behovs- och solidaritetsprincipen, dvs den sammanlagda nyttan av att tillgodose ett större antal lindriga vårdbehov får inte överflygla nyttan av att tillgodose svåra vårdbehov hos relativt få patienter.

I första hand ska hälso- och sjukvården tillgodose behov hos de individer som har det största vårdbehovet (A). Först i andra hand ska en hälsomaximering på gruppnivå (samhällsnivå) eftersträvas (B). (A) och (B) sammanfaller ibland i prioriteringssammanhang, men ibland står strävan efter (A) i motsatsställning till (B), och i dessa fall ska (A) gälla i första hand. Exempelvis ska vårdbehovet hos fem individer med stort vårdbehov per individ (svårt hälsotillstånd, t.ex. cancer eller svår hjärtsvikt; stor möjlig patientnytta av åtgärd enligt vetenskap och beprövad erfarenhet) prioriteras före vårdbehovet hos 15 individer med lindriga-måttliga vårdbehov även om den aggregerade nyttan bedöms större om åtgärder för de 15 individerna prioriteras högre. Även om prioriteringsplattformen inbegriper såväl pliktetiska som konsekvensetiska värden, är plattformen inte utilitaristisk. Detta har konstaterats i exempelvis tre doktorsavhandlingar [10-12].

SLS anser att under rubriken *Den etiska plattformen* bör med hänvisning till relevanta förarbeten framgå att med patientnytta avses nyttan för en enskild individ och att en renodlad utilitaristisk nyttoaggregering inte är förenlig med prioriteringsplattformen. Den sammanlagda nyttan av att tillgodose ett större antal lindriga vårdbehov får inte överflygla nyttan av att tillgodose svåra vårdbehov hos relativt få patienter. Patientnytta ska i första hand ses från individens och inte kollektivets perspektiv.

- d) **Den nationella modellen för öppna prioriteringar** (13) utgör en vällovlig och viktig operationalisering av prioriteringsplattformen. Den refererade versionen av modellen innehåller dock några avsnitt som enligt SLS behöver problematiseras. Exempel:

”Med risk för att dö i förtid p g a hälsotillståndet avses risken för att:

- 1) aktuellt hälsoproblem troligt kommer att orsaka patientgruppens död,
- 2) döden kommer att inträffa tidigare än om inte det specifika problemet funnits.

Om inte hälsoproblemet förväntas orsaka patientgruppens död och/eller detta inte förväntas inträffa innan en förväntad medellivslängd för gruppen finns med andra ord i det här sammanhanget ingen risk för att dö i förtid.”

(s. 48-49 Nationella modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård).

Innebörden i det refererade avsnittet behöver analyseras i förhållande till prioriteringsplattformen. I Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [3] konstateras att ”Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilde patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.”

I ”Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin (SoS) [9]:

”Individuella bedömningar: Den som tillämpar modellen i det dagliga arbetet, på patientnivå, behöver bedöma varje patient individuellt. Detta eftersom en patients vårdbehov kan skilja sig från den patientgrupp den tillhör.”

Den som tillämpar prioriteringsplattformen i det dagliga arbetet, på patientnivå, behöver bedöma varje patient individuellt [1-3].

SLS konstaterar att det är förenligt med prioriteringsplattformen att ta hänsyn till biologisk ålder, men bara om detta har föregåtts av en bedömning på klinisk-individuell nivå. Detta bör konsekvent framhållas när termen ”ålder” används, även i kris och krig.

SLS anser att den nationella modellen för öppna prioriteringar återges alltför kortfattat i remissversionen. Det bör tydligare betonas att modellen måste harmoniera med prioriteringsplattformen och att detta kan kräva en framtida revidering av dokumentet. Det bör även framgå att de prioriteringsdimensioner som i modellen härletts från prioriteringsplattformens etiska principer [9], i likhet med de etiska principerna, är sinsemellan rangordnade, dvs hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdens patientnytta (härledda från behovs- och solidaritetsprincipen) är tillsammans överordnade åtgärdens kostnadseffektivitet (härledd från kostnadseffektivitetsprincipen). I annat fall urholkas i praktiken prioriteringsplattformen.

- e) **Kompletterande vägledning för prioriteringar i specifika situationer** syftar till att ge konkret stöd i specifika situationer, illustrerade med vinjettartade fallbeskrivningar, vilket är vällovligt ur pedagogisk synvinkel. I åtminstone två avsnitt identifieras dock rekommendationer som tycks färgade av nyttoaggregering och utilitaristisk prioritering:

”I masskadesituationer används begreppet triagering som innebär en initial sortering och prioritering av patienter till olika vårdnivåer. I en sådan situation är målet att åstadkomma god patientnytta för så många svårt skadade patienter **som möjligt**...” (remissversionen s. 21)

”Samtidigt kan det finnas insatser för högt prioriterade grupper som kräver en sådan omfattning av den aktuella resursen att de kan ses som mindre kostnadseffektiva. För att frigöra infrastrukturresurser till fler patientgrupper kan man då överväga om sådan vård kan ransoneras till förmån för mindre resurskrävande insatser som fortfarande har rimlig patientnytta. **Detta innebär att man accepterar en något sämre patientnytta för dessa grupper för att möjliggöra insatser med patientnytta för ett större antal patienter som har lika svåra eller mindre svåra tillstånd.** (SLS’ fetstilsmarkering)” (remissversionen s. 24)

Detta resonemang harmonierar inte med skrivningarna i Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [3] respektive Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll SOU 2021:80 [14]:

”Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i liknande situation.” (Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60)) [3]

”Kostnadseffektivitetsprincipen (jfr 4 kap. 1 § HSL), är underordnad de båda andra principerna. Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.” (SoU 2021:80) [14]

En sak är att linjedragningen behöver göras annorlunda när ett stort gap mellan behov och resurser föreligger, dvs att åtgärd-tillståndspar som är lågt rangordnade, inte kan tillgodoses omedelbart. ”Ribban behöver läggas högre”. Det finns däremot ingen anledning att ändra själva prioriteringsplattformen, dvs rangordningen mellan olika tillstånd-åtgärdspar under krig och kris.

SLS anser att de ovan återgivna nuvarande ordalydelserna (särskilt s. 24) är oförenliga med gällande lagstiftning. SLS anser att de nämnda avsnitten bör strykas eller omformuleras så att deras innehåll harmonierar med prioriteringsplattformen.

- f) **Exempel på risker och svåra frågor** under stöd för implementering tar upp uppfattningar som i några fall är kontroversiella (remissversionen s. 28).

Syftet med dessa exempel är vällovligt, men återigen återges (utan källa!) farhågor som i vissa fall är kontroversiella. Exempel (remissversionen s. 28): ”Det är vanligt att områden med högst prioritet får alla – eller en oproportionerligt stor andel av resurserna – under lång tid. Lågt prioriterad vård riskerar därför att hamna allt längre bort från det önskade läget, med stora uppdämda vårdbehov som följd.” Tvärtemot vad som antyds i texten är det mycket som talar för att individer med stora och komplexa vårdbehov, t.ex. äldre med multisjuklighet och/eller skörhet och nedsatt autonomi, drabbas av undanträngningseffekter, dvs ges en alltför låg prioritering i förhållande till andra individer med lindrigare vårdbehov [15-17].

SLS anser att det finns skäl att mer heltäckande och stringent än i den nu föreliggande remissversionen identifiera och analysera hinder för prioriteringsplattformens implementering på olika nivåer, vilket förtjänar en egen utredning. Det nämnda avsnittet i remissversionen bör strykas eller i grunden omarbetas.

SLS övriga synpunkter på remissversionen

Begrepp och tillhörande termer definitioner

Det saknas en hållbar definition av vad som avses med ”katastrofsituationer och krig”. Termen ”kris” ges olika vid innebörd på olika ställen i dokumentet, underförstått med olika definitioner. Även andra termer behöver definieras mer stringent än hittills, exempelvis *vård som inte kan anstå; triage; trängande; resurseffektiv; vida överstiger*.

SLS anser att en tydligare definition av ”katastrofsituationer och krig” bör stipuleras, som utesluter sådan brist på t.ex. läkemedel, vårdplatser och personal som förekommer även under mer normala förhållanden. I övrigt behöver även de ovan nämnda termerna definieras.

”Riktlinjer för högt prioriterad vård”

I avsnittet ”Riktlinjer för högt prioriterad vård” återges grupper med hög prioritet baserade på enbart hälsotillståndets svårighetsgrad, vilket avviker från den i övrigt gällande logiken att definiera vårdbehov som en funktion av hälsotillståndets svårighetsgrad och möjlig individuell patientnytta. Det har konstaterats tidigare att även om hälsotillståndets svårighetsgrad ska väga tungt, bör även patientnyttan av en åtgärd beaktas vid prioritering, och Prioriteringscentrum, Socialstyrelsen och SMER har uttryckt samsyn i att de s.k. prioriteringsgrupperna (I-IV, där grupp I som inbegriper ”högt prioriterad vård”) bör avskaffas [8, 18]. Prioriteringsgrupperna torde mot denna bakgrund, till skillnad från prioriteringsplattformen för övrigt, ses som en överspelad del av det aktuella förarbetet [1].

SLS anser att ”Riktlinjer för högt prioriterad vård” i konsekvensens namn bör strykas alternativt kompletteras med förtydligandet att vårdbehov är en funktion av hälsotillståndets svårighetsgrad och möjlig individuell patientnytta och att en individ inte har behov av en åtgärd som inte medför patientnytta.

Tillämpbarhet

Det saknas en distinkt angivelse av vilken räckvidd tillämpbarheten av *Vårdens prioriteringar i katastrofsituationer och krig* förväntas få, dvs vilka vårdgivare som omfattas av stödet. Exempelvis visar erfarenheter från *Corona*-krisen att det kan behöva klargöras att alla vårdgivare omfattas av gällande rätt beträffande prioriteringar.

SLS anser att det bör framgå att prioriteringsplattformen är giltig inom all hälso- och sjukvård, oavsett drifts- och finansieringsformer.

Dokumentets status, målgrupp och praktiska användbarhet

Dokumentet betecknas som ”Kunskapsstöd”, men termen ”stöd” harmonierar sannolikt bättre med dess innehåll, då det inte grundar sig i en sammanställning av befintlig kunskap enligt gängse praxis. Dokumentet förefaller i praktiken rikta sig till beslutsfattare på samtliga beslutsnivåer (klinisk nivå [mikronivå], administrativ nivå [mesonivå], politisk/samhällelig nivå [makronivå]). Detta är svår genomförbart i praktiken. Prioriteringsgrupperna A-E och dess handläggning bygger på ett tämligen abstrakt-teoretiskt resonemang som ter sig svårt att operationalisera i praktiken. Därtill är komplexiteten i kliniska sammanhang alltför hög. Uttalad multisjuklighet, skörhet och komplexa vårdbehov, som tarvar individuella bedömningar, är mycket utbredd.

SLS anser att dokumentets tillämpbarhet i en klinisk kontext, även vid krig och katastrof, bör problematiseras.

Etisk stress

SLS instämmer i att det är viktigt att prioritera vård på ett enhetligt och förutsägbart sätt och att etiskt väl underbyggda principer kan minska den etiska stressen. Det är dock oklart om det aktuella dokumentet med dess nuvarande inriktning skulle minska den etiska stressen i katastrofsituationer och krig. Stressen skulle rentav kunna öka om man försvårar ett konsekvent användande av prioriteringsplattformen och inför parallella och delvis annorlunda principer. Kunskapen om den etiska plattformen har konstaterats vara bristfällig [19, 20], vilket torde utgöra en grogrund för etisk stress.

SLS anser att det är viktigt att diskutera åtgärder för att hantera etisk stress då ett gap föreligger mellan vårdbehov och resurser. En viktig del i detta arbete är att öka kunskapen om den etiska plattformen.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Niklas Ekerstad
ledamot i SLS nämnd

Bilaga: Remissvar från SLS delegation för medicinsk etik.

Referenser

1. Vårdens svåra val, SOU 1995:5.
2. Betänkande 1996/97:SoU14 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
3. Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
4. Artikel 12 i Genèvekonventionen den 12 augusti 1949 angående förbättrande av sårades och sjukas behandling vid stridskrafterna i fält (GKI), och artikel 10 i Tilläggsprotokoll I till Genèvekonventionerna den 12 augusti 1949 rörande skydd för offren i internationella väpnade konflikter (TPI). Detta gäller även i icke-internationella väpnade konflikter, se §764–765 i ICRC, Commentary on the First Geneva Convention: Convention (I) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, 2nd edition, 2016, <https://ihl-databases.icrc.org/ihl/full/GCI-commentary> samt regel 110 i “Customary International Humanitarian Law”, två volymer: Volume I: Rules, Volume II: Practice (två delar), Jean-Marie Henckaerts och Louise Doswald-Beck, Cambridge University Press, 2005
5. SBU. 2010. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. (SBU). SBU-rapport nr 197.
6. Farrokhnia N, Castren M, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K och Göransson KE. 2011. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 30(19): 42.
7. Prioriteringscentrum. Triage som prioriteringsinstrument. Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning. En etisk analys av RETTS 2012:2.
8. SMER. Bilaga till beslut av Statens medicinsk etiska råd (S 1985:A) den 23 januari 2009, Dnr 03/09. Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.
9. Socialstyrelsen. 2020. Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer
10. Waldau S. Creating organisational capacity for priority setting in health care: using a bottom-up approach to implement a top-down policy decision (doctoral thesis). Umeå university. Umeå 2010.
11. Ekerstad N. Micro Level Priority Setting for Elderly Patients with Acute Cardiovascular Disease and Complex Needs: Practice What We Preach or Preach What We Practice? (doctoral thesis). Linköping university. Linköping 2011.
12. Björk J. Just responsibilities? On responsibility for health in Swedish health care priority setting (doctoral thesis). Karolinska institutet. Stockholm 2021.
13. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso-och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet; 2017.
14. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. SoU 2021:80.
15. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22.
16. Olsson O. Managing variability in patient flows (doctoral thesis). Linköping university. Linköping 2021.
17. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök (2022:1). Rapport.
18. Socialstyrelsen, Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val? 2007.

19. Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen, SOU 2001:8.
20. Drees, C., Krevers, B., Ekerstad, N., Rogge, A., Borzikowsky, C., McLennan, S., Buyx, A. Clinical Priority Setting and Decision-Making in Sweden: A Cross-sectional Survey Among Physicians. International Journal of Health Policy and Management, 2021; (): -. doi: 10.34172/ijhpm.2021.16

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering.
Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

TOBIAS ALFVÉN

Styrelseordförande

Serienummer: 19720212xxxx

IP: 31.211.xxx.xxx

2022-04-29 15:18:29 UTC



NIKLAS EKERSTAD

Styrelseledamot

Serienummer: 19690226xxxx

IP: 90.129.xxx.xxx

2022-04-29 16:01:33 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom Penneo.com. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datorgenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är låst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com> Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validate>