



2025-08-22

s.remissvar@regeringskansliet.se
s.hc@regeringskansliet.se
Diarienummer: S2025/00922

Svenska Läkaresällskapetets remissvar: Stärkt pandemiberedskap SOU 2025:48.

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 fått möjlighet att lämna synpunkter på rubricerat utredning. SLS har valt att lämna synpunkter på utredningen. Inför beredningen av SLS svar har remissvar kommit in från SLS medlemsföreningar: Svensk förening för akutsjukvård, Svenska förening för anestesi och intensivvård, Svenska hygienläkarföreningen, Svenska Infektionsläkarföreningen, Föreningen för klinisk mikrobiologi, Svensk förening för klinisk kemi, Sektionen för hematologi och koagulation samt Delegationen för medicinsk etik. Då svaren innehåller värdefulla synpunkter bifogas dessa i sin helhet (bilagor).

Övergripande synpunkter

SLS är i huvudsak positiv till utredningens förslag och ser att trots dess omfång är den lättläst och välstrukturerad. Utredaren har samlat en kompetent och representativ grupp, vilken har sammanfattat tidigare forskning och erfarenhet, och förmått att fokusera på frågor som diskuterar komplexiteten i huvudfrågan. Utredningen har baserat sina förslag på erfarenhet av tidigare pandemier, särskilt covid-19, och använt sig av de analyser som gjorts i andra utredningar både nationellt och internationellt. Det är betydelsefullt att förslagen syftar till tydlig arbetsdelning och ansvarsfördelning avseende Regeringen, regionerna, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten m.fl.

Vi uppskattar att utredningen pekar på nödvändiga förebyggande åtgärder och lämnar utrymme för professionellt och analytiskt grundade beslut baserade på den situation som uppstår vid nästa stora smittspridning av allvarlig sjukdom. Det är en klok fördelning mellan struktur och flexibilitet. Professionell kompetens bedöms mycket viktigt under alla faser.

Särskilt angeläget är att utredningen tydliggör att politiska beslut under pandemi behöver ta hänsyn till sjukvårdens belastning och möjlighet att fortsätta fungera i alla delar – inte bara rörande hantering av smittspridning och vård av smittade, utan även övriga uppdrag.

Utredningen betonar tydligt behovet av noggranna proportionalitetsbedömningar vid smittskyddsåtgärder. Tvingande åtgärder bör användas med hög grad av försiktighet. När

inskränkningar av befolkningens frihetsgrader behöver genomföras, så betonas vikten att dessa begränsas i tid och geografi.

Utredningen har relaterat kostnader och konsekvenser i relation till nollalternativet, dvs inte göra något. Det är en klok bedömning som SLS *tillstyrker*. Konsekvenserna för hälso- och sjukvård, samhälle i övrigt, juridiska grunder och grundläggande mänskliga rättigheter har beaktats. SLS *välkomnar* att man tar upp behov av undantag från vissa skyldigheter, vilka kan beslutas om enskilda verksamheter belastas för mycket. Utredningens bedömning är att staten ska kunna genomföra effektiviseringar vilka kan förbättra resursanvändningen inom regionerna även under normalläge. Regionerna föreslås ersättas med riktade statsbidrag vilket är att föredra framför generella bidrag. SLS *anser* att det behövs en mer träffsäker statlig ersättningsmodell för att kunna hantera framtida situationer där storskalig testning och smittspårning aktualiseras.

De fåtal förslag till ändringar i lag och principer föreslås träda i kraft 1 september 2026, vilket också är klokt och ger en tydlighet att frågan är viktig och inte skall hamna i fortsatt långdragna processer.

SLS vill även lämna mer specifika synpunkter till vissa enskilda förslag.

Kapitel 6.4 Överväganden om en särskild handlingsprincip för smittskyddsåtgärder

SLS *tillstyrker* utredningens slutsats att 1) ”det i ansvarsprincipen ingår ett krav på berörda aktörer att agera proaktivt och vara beredda på att vidta nödvändiga åtgärder vid en kris, även när informationsbrist råder”, samt 2) ”att en pandemi eller annan omfattande smittspridning /.../ hanteras samordnat och att utgångspunkten bör vara de grundläggande principer som gäller för hanteringen av andra kriser”.

SLS *välkomnar särskilt* att utredningen håller emot krav på införande av särskilda ”handlings- eller försiktighetsprinciper” och ser det som glädjande att utredningen relaterar framförda krav på sådana principer till krav på proportionalitet, vilket för läkarprofessionen är en självklarhet.

SLS *vill kommentera* att handling ingår i ansvarsprincipen och att smittspridning är en del av krishantering samt att berörda ska agera proaktivt, såsom utredningen skriver. Denna punkt kan stärkas genom ett krav på kontakter mellan myndigheter – vilket bör ske senast inom 24 timmar från kännedom om händelse. Tjänsteman i beredskap (TIB) finns inom alla offentliga organisationer, och denna funktion kan användas för att informera organisationen enligt rutiner. TIB har beslutsmandat, varför chefsbeslut inte behöver inväntas – i utredningens område att tex genom att initiera en riskanalys (vilket också bör ske skyndsamt, förslagsvis inom 24 timmar).

Kapitel 6.5 Krav på vetenskap och beprövad erfarenhet hindrar inte handling inom smittskyddet

SLS *delar* vidare utredningens överväganden och bedömning avseende krav på vetenskap och beprövad erfarenhet, och slutsatsen att dessa krav ”inte hindrar att smittskyddsåtgärder vidtas i en situation då kunskapsläget är ofullständigt”. Utredningen har resonerat kring detta och påpekat att det nästan alltid finns någon beprövad erfarenhet eller vetenskap som kan användas för att fatta beslut, även om man ställs inför en ny situation (eller patogen); ett resonemang som SLS delar.

SLS *saknar* dock en mer allmän diskussion om hur läkarprofessionens autonomi och patientens rättigheter ska värnas i extraordinära lägen. De allmänna texterna om proportionalitet går lite fort förbi den välkända svårigheten att göra avvägningar mellan olika värden, såsom liv och hälsa å ena sidan, och patientens autonomi och integritet å andra sidan. Det är oklart hur avvägningarna/proportionalitetsbedömningarna ska göras och vilka faktorer och bedömningarna som skall beaktas särskilt. Svårigheten att veta vilka fakta som ska ligga till grund för ett etiskt

ställningstagande diskuteras inte alls. Exempelvis är det oklart hur smittskyddsåtgärder ska användas i förhållande till sårbara grupper, särskilt personer med nedsatt beslutsförmåga, såsom barn, och personer med olika typer av kognitiva funktionsnedsättningar, individer med nedsatt immunförsvar, men också socialt utsatta grupper och äldre – grupper där vissa beslut som fattades under den nyss genomstända pandemin i efterhand kritiserats.

Därutöver behandlar utredningen endast i begränsad utsträckning de medicinetiska frågor som aktualiseras vid prioritering, resursfördelning och tvångsåtgärder i extraordinära situationer. Det är avgörande att proportionalitetsbedömningar och beslut om undantag från normala regler, i allmänhet men i hälso- och sjukvården i synnerhet, vilar på en tydlig etisk grund. Detta gäller särskilt när det inte bara grundas i praktisk nödvändighet eller formella juridiska överväganden utan också måste beakta grundläggande värden som människovärde, rättvisa och medicinsk nytta. Här hade man önskat mer diskussion kring prioriteringar vid svår resursbrist.

7.4 Definitionen av samhällsfarliga sjukdomar bör ändras

SLS *välkomnar och tillstyrker* även denna välgrundade bedömning av hur man skall definiera allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar. Utvidgningen av definitionen för samhällsfarlig sjukdom är ändamålsenlig och tydlig, och ger möjlighet att vidta särskilda åtgärder även om smitta inte har konstaterats. SLS bedömer att föreslagna ändringar är positiva för sjukvårdens kapacitet och sjukvårdspersonalens möjlighet att göra sitt arbete under rimligt säkra förhållanden.

Kapitel 7.6 Bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa bör göras mer ändamålsenliga

Vad gäller hälsokontroller är SLS positiva till skifte från 'konstaterat utbrott' till 'grundad anledning' inför beslut om hälsokontroll. Vi noterar att provtagning kan utökas till resande från länder icke-närliggande till utbrottsland. Här ska göras en samlad bedömning i enskilda fall. Detta ökade handlingsutrymme bör innebära en fördel. Vi har förståelse för resonemanget om oförändrat system vad gäller tvångsåtgärder vid provtagning.

Beslut kring provtagning/hälsokontroller är väl definierat men *SLS noterar* att det är svårt att se vem som har ansvaret för utförandet. Detta kan göras tydligare, jämte förhållningssätt vid långa ledtider från provtagning till provsvar. Möjligen kan man också utveckla betydelsen av förhållningsregler vid karantän i hemmet.

Kapitel 8.1 Allmänt om testning och smittspårning

SLS vill *särskilt lyfta* tillstyrka rekommendationen om att en uppbyggnad av IT-infrastruktur samt standardisering av data prioriteras. Fördelning av det ekonomiska ansvaret mellan regionerna och staten avseende IT-infrastruktur och lagerhållning av sjukvårdsprodukterna är ytterst centrala frågor som måste lösas inför kommande pandemier eller liknande situationer.

SLS ser *positivt* till att utredningen lyfter fram Svensk laboratorienätverk inom mikrobiologi (SLIM) och nationella referenslaboratorierna (NRL) som viktiga delar i den nationella laboratorieberedskapen och att beredskap för storskalig testning upprätthålls bäst på laboratorier som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge. Men i krisläge behöver dessa delar kompletteras och förstärkas.

Det finns dock ytterligare frågor som diskuteras i denna utredning och skulle behöva ges tydligare rekommendationer, bland annat:

- Uppdatering i regionernas beredskapsplaner när det gäller bland annat personella resurser, vilka ges möjlighet att kontinuerligt upprätthålla sina kunskaper.

- Förberedande arbete när det gäller en utvecklad upphandlingsförmåga hos både staten och regionerna, och en mer träffsäker statlig ersättningsmodell för att hantera framtida situationer där storskalig testning och smittspårning kan bli aktuellt.

SLS *saknar* en tydlig text om det viktiga i att smittspåra inkommande patienter till sjukhus – då mycket snabb diagnostik av patienter med respektive utan smitta är nödvändigt både för enskilda patienter och för bästa användning av resurser. Alla patienter som idag vårdas på sjukhus är i princip multisjuka, dvs med ökad risk för död om de blir smittade. Att särskilja smittade från (ännu inte) smittade är avgörande för att sjukhusvården ska fungera och inte tillfoga en osmittad patient en ny sjukdom när den vårdas för något annat. Likaså att den smittade kan vårdas utan att personalen utsätts för fara (som exempel kan vi anföra skydd av gravida medarbetare, vilket blev nödvändigt under covid-19-pandemin när data kom om ökad risk för missfall och förtida förlossning vid smitta. Det behöver vara tydligt framfört i utredningen att snabb smittspårning/diagnostik i framtida pandemier i första hand prioriteras till att sortera de patienter som behöver inläggande vård.

Kapitel 8.5.2 Folkhälsomyndighetens rekommendationer är inte rättsligt bindande men blev styrande för den storskaliga testningen och smittspårningen

När Folkhälsomyndigheten ger rekommendationer om exempelvis storskalig testning är det önskvärt att finansiering redan beslutats – detta krävs för att allvarliga konsekvenser pga efterföljande resursbrist skall kunna undvikas. Framgent behöver tydligt beslut om statlig finansiering, vilket måste finnas klart när nationella riktlinjer fastslås. Motsvarande finansieringsstöd och förtydliganden behövs även för annat i samband med en pandemi (material, läkemedel etc).

Kapitel 8.8.4 Regionerna ska säkerställa viss lagerhållning av sjukvårdsprodukter för diagnostik

Utredningen föreslår att Regionen ska säkerställa en lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen inom smittskyddet kräver. Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning. Sådana föreskrifter får dock inte innebära krav på lagerhållning som överstiger tre månaders normalförbrukning i regionen.

SLS *ställer sig delvis bakom* förslaget men vill ge följande kommentar:

Som bakgrund anförs att ”Utredningen anser att tre månaders normalförbrukning är en rimlig nivå för regioners lagerhållning av sjukvårdsprodukter för storskalig testning förutsatt att produkterna omsätts i vardagen och att produkternas hållbarhetstid beaktas vid inköp. Sådana lager kan enligt utredningens uppfattning säkerställa att alla regioner har en beredskap för att skala upp testningen initialt vid en storskalig testning.” SLS ifrågasätter denna bedömning. Under pandemins mest intensiva period analyserades lika många prov på en dag som under ett helt år före pandemin. Detta överensstämmer exempelvis inte med de nivåer som utredarna beskriver för Region Stockholms beredskapsavtal, som framhålls som förebild. Den är beräknad för två månaders förbrukning på pandeminivå.

SLS vill här *även betona* vikten av den nationell samordningen vid en pandemi. Erfarenheterna vid covid-19-pandemin visade att samverkan mellan regionerna fungerade mindre optimalt, vilket skapade akuta bristsituationer inom vissa regioner samtidigt som landet i övrigt kunde ha nödvändigt material för provtagning etc. SLS vill i detta sammanhang också påminna om att pandemier av detta slag drabbar regioner i olika grad och vid olika tidpunkter. De regioner som drabbades hårdast under den första vågen hade svårt att förutse behovet medan de som kom senare hade andra och bättre förutsättningar, vilket också talar för vikten av en nationell samordning av lager vid ett utbrott.

Kapitel 10 Underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier

Utredningen har gjort en tydlig genomgång av och tar upp lärdomar från tidigare händelser och andra länders erfarenheter. Särskilt positivt är att man betonar ledning och ansvarstagande. Hur sjukvårdens resurser ska hanteras lokalt, regionalt, nationellt och internationellt är väsentligt för läkarprofessionen som får ta ansvar i direkta patientarbetet och behöver stöd genom välfungerande organisation och övergripande politisk och administrativ ledning.

Beträffande utredningens slutsats att en framtida nationell strategi för ett stärkt smittskydd tarvar ett brett deltagande, vill SLS *peka på* att sakkunniga för vårdhygienfrågor bör vara en självklar medspelare. Detta arbete kan samtidigt fungera som en del i en viktig del av ett nätverksbygge under 'normalläge'. Det påpekas även att utredarna "ser med viss oro att följsamheten till basala vårdhygienkrav och rutiner har minskat inom äldreomsorgen efter covid-19-pandemin". SLS noterar dock att utredarna avstått från att i förslaget till nationell strategi inkludera insatser därvidlag.

SLS *beklagar* att utredarna har avstått från att hantera de speciella utmaningar som ligger i att omvårdnad och alltmer också vård, även avancerad sjukvård, sker i hemlik miljö. Definitionsmässigt blir inte dessa bostäder 'platser dit allmänheten har tillträde', men är samtidigt (mångas) arbetsplatser. I betänkandet beskrivs att det genom den s.k. 'SÄBO-förordningen' infördes besöksförbud under en period av covid-19-pandemin. Det som inte nämns är den gråzon som finns mellan 'hemmiljöer' och 'publika miljöer' och att det även under pandemin fanns enskilda (inte sällan multisjuka) 'kunder' som i sina hem besöktes av dussintals omsorgsgivare med vidhängande risk för dessa personer som inte alltid var införstådda med rutiner och också arbetade ensamma.

Ytterligare ett område som det saknas en tillräcklig analys av är akutmottagningarnas centrala roll i pandemihantering och vi föreslår därför att akutsjukvård särskilt beaktas vid utformningen av nationella vägledningar och regionala pandemiplaner.

Slutligen *menar* SLS att det måste finnas tydliga krav och ett regelverk på att uppföljning och utvärdering av att rekommenderade åtgärder noggrant genomföres.

Kapitel 14 Förslagets konsekvenser

I kapitlet värderas konsekvenserna av de förslag som utredningen ger. Man har relaterat kostnader och konsekvenser i relation till nollalternativet, dvs inte göra något. Det är en klok bedömning som SLS tillstyrker. Konsekvenserna för hälso- och sjukvård, samhälle i övrigt, juridiska grunder och grundläggande mänskliga rättigheter har beaktats. SLS *välkomnar* att man tar upp behov av undantag från vissa skyldigheter, vilka kan beslutas om enskilda verksamheter belastas för mycket. Som exempel är skyldigheter att undersöka lindrigt sjuka, respektive arbeta med individuell smittspårning i direkta patientarbetet. Även här grundar man sig på erfarenheter från covid-19-pandemin. Man betonar vikten av förebyggande planering, tydlighet i ansvarsförhållanden och regelverk. Diskussionen rymmer även bedömning om det kommunala självstyret påverkas, respektive hur staten, myndigheterna och regionerna skall fördela kostnaderna.

Kapitel 14.4.2 Kostnadsfördelningen mellan staten och regionerna i fråga om regionernas beredskap

Utredningens förslag om regioners beredskap för storskalig testning och smittspårning och som avser en statlig ambitionshöjning bör finansieras av staten enligt den kommunala finansieringsprincipen. Det gäller också förslaget om regionernas beredskap i fråga om gemensam rättslig grund för en epidemi- och pandemiplan. Under förutsättning att staten beslutar att storskalig testning och smittspårning ska genomföras vid en omfattande smittspridning, bör regionerna stödjas ekonomiskt för den tid som behövs för att få en god följsamhet. För detta syfte bör en tillfällig statlig finansiering ske genom riktade statsbidrag.

Kapitel 14.5.3 Jämställdhets- och jämlikhetskonsekvenser

SLS *välkomnar* särskilt att utredningen diskuterar jämställdhet- och jämlikhetskonsekvenser och hur man kan öka skyddet för särskilda riskgrupper i samhället. Detta föreslås vara ett fokusområde. Men hänsyn till den etiska stress som sjukvårdsprofessionerna utsattes för under inledningen av covid-19-pandemin, så är detta mycket välkommet och SLS bedömer att detta är en av de viktigare delarna i delbetänkandet.

Lagtext.

Särskilda kommentarer

SLS *tillstyrker* samtliga av utrednings lagförslag. Vi välkomnar särskilt tillägget i smittskyddslagen om skyldigheter för sjukvårdshuvudmannen (1 kap, §§ 121-14).

SLS *föreslår* följande förändringar ”Lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder”
Kap 2, §1:här i landet.... bör bytas mot ”i Sverige” för mer stringent text.

För Svenska Läkaresällskapet

Catharina Ihre Lundgren
Ordförande

Patrik Danielson
Vice Ordförande

Bilagor

1. Svensk förening för akutsjukvård,
2. Svenska förening för anestesi och intensivvård,
3. Svenska hygienläkarföreningen,
4. Svenska Infektionsläkarföreningen,
5. Föreningen för klinisk mikrobiologi,
6. Svensk förening för klinisk kemi,
7. Sektionen för hematologi och koagulation samt
8. Delegationen för medicinsk etik

Bilaga 1 Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM)

Angående SOU 2025:48 – Stärkt pandemiberedskap

Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM) är specialitetsförening för akutsjukvård inom Sveriges Läkarförbund och utgör sektionen för akutsjukvård inom Svenska Läkaresällskapet. Föreningens uppdrag är att främja utvecklingen av akutsjukvården, inklusive prehospital vård och verksamhet på akutmottagningar, samt att bistå som remissinstans i frågor som rör akutsjukvård.

Mot bakgrund av detta lämnar SWESEM följande synpunkter:

1. Samverkan mellan myndigheter och sjukvård

Utredningen föreslår förbättringar i den vertikala och horisontella samordningen mellan myndigheter, regioner och andra aktörer. SWESEM tillstyrker behovet av en tydligare nationell styrning och anser att akutsjukvårdens operativa roll måste integreras tydligare i framtida samverkansstrukturer, särskilt i initialskedet av en pandemi. Det är avgörande att akutläkare involveras i krisledning både regionalt och nationellt.

2. Förbättrad prehospital och akutsjukvård

Vi ser positivt på förslagen att regionerna ska stärka sin beredskap för testning, diagnostik och försörjning. SWESEM vill dock understryka att akutsjukvården – som utgör sjukvårdens ingång och första kontakt med många patienter – måste ha prioriterad tillgång till skyddsutrustning, diagnostikresurser och strukturerad omställningsplanering.

Det saknas en tillräcklig analys av akutmottagningarnas centrala roll i pandemihantering. SWESEM föreslår därför att akutsjukvård särskilt beaktas vid utformningen av regionala pandemiplaner och nationella vägledningar.

Vid ny- eller ombyggnad av akutmottagningar bör lärdomarna från pandemin integreras arkitektoniskt och logistiskt. Det innebär att fysiska förutsättningar bör möjliggöra separata patientflöden, flexibla isoleringslösningar, smittskyddsanpassade slussar och avskilda väntrum. Dessa förberedelser är avgörande för att snabbt kunna hantera omfattande smittspridning utan att övrig akutsjukvård slås ut.

3. Forskning och utbildning

Utredningen hänvisar till vikten av vetenskap och beprövad erfarenhet men lämnar begränsat utrymme åt konkret stöd för forskning inom akutsjukvårdens respons vid pandemier. SWESEM anser att framtida satsningar bör inkludera:

- finansiering av studier om triagering, flödeslogistik och vårdresultat i akutmottagningar,
- krav på utbildning och fortbildning i pandemirespons för läkare inom akutsjukvård och andra frontlinjeyrken.

4. Arbetsmiljö och personalförsörjning

SWESEM instämmer i bedömningen att framtida pandemiplaner måste säkerställa personalens hälsa och säkerhet. Vi vill särskilt uppmärksamma:

- behovet av standardiserade skyddsnivåer för akutmottagningar,
- att psykosocialt stöd och viloperioder måste vara en integrerad del av beredskapsplanerna,
- att resurstilldelning till akutsjukvården i pandemiskedet inte får nedprioriteras till förmån för annan vård, då akuten samtidigt lär hantera patienter även utanför pandemiflödet.

5. Övrigt – särskilt om lagförslag och föreskrifter

SWESEM noterar att flera föreslagna lagändringar, exempelvis möjligheten till samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, kan påverka akutsjukvårdens arbete indirekt. Vi efterlyser därför att:

- konsekvensanalyser görs för hur nya föreskrifter (t.ex. tillträdesbegränsningar) kan påverka akutmottagningars funktion,
- samråd med professionen sker innan sådana föreskrifter införs, och att akutsjukvården erkänns som samhällskritisk verksamhet i lagtext eller förordning.

SWESEM ser positivt på utredningens ambition att stärka beredskapen men menar att akutsjukvårdens roll och ansvarsfördelningen i första linjen måste tydliggöras ytterligare för att säkerställa en effektiv, jämlik och säker vård i en framtida pandemisituation.

Fysisk beredskap – inklusive strukturell utformning av akutmottagningar – är en förutsättning för detta.

Vi ställer oss till förfogande för fortsatt dialog och bidrar gärna med medicinsk sakkunskap och erfarenheter i det fortsatta reformarbetet.

Bilaga 2 Remissvar, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, SFAI

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård tackar för möjligheten att besvara remissen.

SFAIs medlemmar (narkos och IVA-läkare) var i högsta grad involverade i vården under Covid-19-pandemin. Våra medlemmar bidrog också i många fall med att vara i lokala och regionala ledningsgrupper för sjukvården och kom därmed att vara involverade i beslutsprocesser som denna utredning berör. Vi har sedan pandemin fått till oss mycket frustration just över att det gjordes olika i olika delar av Sverige, att synkronisering mellan olika samhällsfunktioner inte alls fungerade och framförallt att beslutstempot var alldeles för långsamt eller ibland obefintligt – att beslut inte fattades på nationell/central nivå och därmed tvingade fram lokala och ibland beslut på en enskild läkare (tex kring prioritering av materiel pga brist). Vi är därför mycket engagerade i ämnet.

Utredningen är gedigen – och tangerar tidigare utredningars slutsatser kring tex beslutsmandat vid eskalerande situationer. De tidigare utredningarna inkl Coronakommissionen har identifierat brister och de är inte åtgärdade innan denna utrednings rapport publiceras. Det innebär att även tidigare utredningars remissvar behöver beaktas av departementen för att få en fullständig bild, men viktigast är att beslut tas och lagändringar genomförs i högt tempo för att verkligen kunna förbereda samhället på nästa pandemi (eller biologisk krigsföring/terrorattack med smittämne). Avsaknad av beslut eller att än en gång skicka frågor vidare till nya utredningar kommer försämra Sveriges förmåga avseende biologiska kriser. **Vi behöver konkreta lagförslag/föreskrifter NU** för att kunna etablera verkställighetsplaner lokalt/regionalt. Beslut, även om de är suboptimala, är bättre än att få det perfekta någon annan gång. Likaså behöver ekonomiska resurser finnas för att implementera i hög takt (ordinarie budgethantering blir för långsam.)

Utredningen är omfattande. Den riktar sig i hög grad till vården, och därför är det olyckligt med en remissperiod över sommaren, när hela vård-Sverige alltid pga semestrar är lågbemannade och de som är i tjänst oftast jobbar mycket mer än normalt. Vi har inte haft möjlighet att underremittera till våra delföreningar på normalt sätt. Vårdrelaterade utredningar bör ha remisstid på terminstider för att nå högsta möjliga kvalitet i remissvaren.

SFAI tillstyrker samtliga av utrednings lagförslag. Vi välkomnar särskilt tillägget i smittskyddslagen om skyldigheter för sjukvårdshuvudmannen (1 kap, §§ 121-14).

Specifika kommentarer:

Lagtext:

Föreslagna förändringar "Lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder"

Kap 2, §1:här i landet.... bör bytas mot "i Sverige" för mer stringent text.

Utredningens innehåll:

Utredningens kapitel 6.3: Här beskrivs att risk-riskanalyser/sårbarhetsanalyser ska göras vid extraordinära händelser. Då det varit svårt att få till att handlingsprincip ska råda (trots att detta begärts av flera utredningar) *bör texten i de citerade lagrummen kompletteras med ett TIDSINTERVALL* – dvs att det definieras som att analyserna ska vara klara inom 24 h (det täcker tex skogsbrand, eskalering av sjukvård, ev krigshot) och avseende pandemier/sjukvård och begränsa smitta kan möjligen 48 h vara relevant. Med 24h som gräns tvingas ett beslut fram, som sedan kan revideras. Det är sannolikt den enklaste vägen att indirekt få handlingsprincipen att fungera, eftersom det finns dokumenterad starttid och sluttid. Starttiden för riskanalysen är när myndighet/förvaltning får kännedom om en extraordinär händelse, oavsett kommunikationsform.

I kapitel 6.4 värderas att handling ingår i ansvarsprincipen och att smittspridning är en del av krishantering samt att berörda ska agera proaktivt. Även denna punkt kan stärkas med att kräva tidsintervall för kontakter mellan myndigheter – senast inom 24 h från kännedom om händelse. Tjänsteman i beredskap (TIB) finns inom alla offentliga organisationer, och denna funktion kan användas för att informera in till en organisation. TIB har beslutsmandat, varför chefsbeslut inte behöver inväntas – i utredningens område att tex initiera en riskanalys (som då också har 24 h på sig). **Förslaget i 10.10.1 är nog det viktigaste i hela utredningen**, även om är lite vid sidan av utredningsuppdraget.

Kapitel 8.1 Smittspårning: Det saknas tydlig text om det otroligt viktiga att smittspåra inkommande patienter till sjukhus – då mycket snabb diagnostik av patienter med respektive utan smitta behövs. Alla patienter som idag vårdas på sjukhus är i princip multisjuka, dvs med ökad risk för död om de blir smittade. Att särskilja smittade från (ännu inte) smittade är avgörande för att sjukhusvården ska fungera och inte tillfoga en osmittad patient en ny sjukdom när den vårdas för något annat. Likaså att den smittade kan vårdas utan att personalen utsätts för fara (tex gravida när data kom om ökad risk för missfall och förtida förlossning vid covid-19) – det innebar att gravida inte fick arbeta med Covidpatienter och omfördelning av personal behövde ske (i vården med en hög andel kvinnliga medarbetare är graviditet en reell faktor vid personalplaneringen). Det behöver vara tydligt framfört i SOU:n att *snabb* smittspårning/diagnostik i framtida pandemier i första hand prioriteras till att sortera de patienter som behöver inläggande vård. I 8.8.4 lyfts den kommunala vårdens behov med samma motivering som ovan, men i 8.8.4 bör även den inläggande sjukhusvårdens specifika behov beskrivas.

8.5.2 – Det är önskvärt att vid råd från FHM ska finansiering finnas beslutad – dvs om storskalig testning ska ske bekostas det med statliga medel. Regionerna har pga ökad patientinströmning redan ett ansträngt läge – och nu 2025 syns konsekvensen av detta genom uppsägningar av vårdpersonal i flera regioner. Det kan undvikas i framtiden om finansiering finns när nationella riktlinjer fastslås. Detta lyfts i 8.11.3 (men då enbart

avseende testning). Motsvarande finansieringshjälp behövs även för annat i samband med en pandemi (material, läkemedel etc).

8.7.5 – Kostnader för lagerhållning kan inte beräknas: Denna punkt visar framförallt att det inte finns någon kontroll över vad som behöver lagerhållas (dvs inte ens vad som hanteras i normal situation). Därmed finns ingen kontroll heller över vad som behövs/saknas vid en kris. Här behöver SoS tydligt definiera VAD som ska finnas och MÄNGD - tex som antal/vårdplats eller antal/akut operation (eller motsvarande, tex ett intensivvårdsdygn). Kostnaden är underordnad att materialet faktiskt finns och kan användas till patientvård. I utredningen (8.8) beskrivs svårigheter kopplade till provanalys, men behovet är motsvarande för alla förbrukningsvaror i vården. Här vore det önskvärt med motsvarande förtydligande i tex HSL (att regionen ska ha lagerhållning) – det berörs i 8.8.6 att material ska finnas tillgängligt hos regionerna (enl HSL), men just lagerhållning nämns ej i HSL.

10.5.7 – Finansiering för strategiarbete – detta är mycket viktigt och behöver lyftas upp till sammanfattningen!- Det är avgörande för att få en god beredskap, inte enbart för pandemier.

Kapitlet 10.8 är mycket välskrivet och konkretiserar Sveriges svårigheter avseende pandemi/kriser generellt. 10.8.2 Kapacitetsökningsförmågan (hela stycket) identifierar väl behoven – men vi saknar ett tydliggörande att för att få extra resurser att fungera måste vardagens sjukvård fungera (det gör den inte nu) och vårdsektorn som arbetsplats vara attraktiv i "lugnt" läge – annars finns det ingen personal/lokaler att eskalera med. Omprioriteringen mellan planerad och akut vård nämns, men inte prioriteringarna inom den akuta (covid)-vården - som helt beror på personalbrist (i enstaka delar materialbrist, men det löstes ofta snabbt). Detta stycke är det som är politiskt mest utmanade på regional nivå. Det är därför av yttersta vikt att detta inte hanteras via "överenskommelser" med SKR utifrån att SKR inte är en myndighet och inte heller har beslutsmandat i regionerna.

SFAI ser fram emot att utredningens förslag förverkligas.

Med vänlig hälsning

Karin Björnström Karlsson

Vetenskaplig sekreterare, SFAI

Bilaga 3 Svenska Hygienläkarföreningen

Svenska Hygienläkarföreningen, SHLF, har tacksamt anammat möjligheten att yttra sig om delbetänkandet angående ett stärkt framtida smittskydd (SOU 2025:48).

I betänkandet återkommer utredarna till att utfall av krishantering ofta speglar läget för samverkan i 'normaltid' och betonar att en god beredskap förutsätter ett långsiktigt arbete. Det påpekas även att utredarna "ser med viss oro att följsamheten till basala vårdhygienkrav och rutiner har minskat inom äldreomsorgen efter covid-19-pandemin". Man har dock avstått från att i förslaget till nationell strategi inkludera insatser därvidlag.

I likhet med utredarna finner SHLF

att tankarna kring '**författningsberedskap**' rimmar väl med ambitionen att ha ett regelverk som är både förutsägbart och flexibelt.

I linje med det hade SHLF i förslag till nationell strategi för ett stärkt smittskydd välkomnat reflexioner kring lösningar för att säkra ett (framtida) normalläge med en nöjaktig 'tillgång till vårdhygienisk expertis'. Det gäller även förutsättningar för en hög vaccinationstäckning.

att argument för **proportionalitet** är centralt för att, så långt möjligt, värna grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Föreslagen grundlagsändring är dock förvånande. SHLF finner inte att utredarna presenterar några belegg för att det primärt – vare sig hos den svenska regeringen eller nationella myndigheter – var en långsam beslutsprocess som orsakade problem med fördröjd datainsamling och andra tillkortakommande under hanteringen av covid-19-pandemin. I den utsträckningen så kan vara fallet framöver menar SHLF att förslag kring delegerad **beslutsrätt för regeringen** alltid bör föregås av hemställan från nationell myndighet samt krav på samtidig information av Riksdagen, eventuellt i kombination med att regeringsbeslut kan blockeras om ≥ 10 riksdagsledamöter yrkar avslag.

att det är motiverat med en **särskild lag** om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, som komplement till nuvarande smittskyddslag (2005:168), SmL.

I sitt förslag till nationell beredskapsstrategi fokuserar dock utredarna på 'allmänheten och lokaler dit allmänheten har tillträde', men gör inte klart när besöks-begreppet bör vara tillämpligt.

att en hörnsten för föreslagen strategi är att åtgärder ska syfta till att begränsa belastningen på **hälso- och sjukvårds**apparaten.

SHLF beklagar att utredarna har avstått från att hantera de speciella utmaningar som ligger i att, sedan länge, inte bara omvårdnad utan i mycket hög grad – och alltmer – också vård, även avancerad sjukvård, sker i hemlik miljö. Definitionsmässigt blir inte dessa bostäder 'platser dit allmänheten har tillträde', men är samtidigt (mångas) arbetsplatser. I betänkandet beskrivs att det genom den sk. 'SÄBO-förordningen' infördes besöksförbud under en period av covid-19-pandemin. Det som inte nämns är den gråzon som finns mellan 'hemmiljöer' och 'publika miljöer' och att det även under pandemin fanns enskilda

(inte sällan multisjuka) 'kunder' som i sina hem besöktes av dussintals omsorgsgivare med vidhängande risk för fatal utgång i de fall de blev smittade (av exempelvis SARS-CoV-2).

att vissa **organisatoriska frågor** gällande uppdragsbeskrivning för smittskyddsläkare, SmLäk, behöver ses över.

Omfattande smittspridning skiljer sig på flera sätt från 'blåljushändelser' och andra kriser. I en sådan översyn bör därför ingå tydlighet kring krisledning och det faktum att SmLäk har samma upptagnings-/bevakningsområde som länsstyrelsen. SHLF menar att det i ett sådant uppdrag även må beaktas utredarnas förslag kring ansvar för regionens vårdhygienhet, VH, att samla in rapporter från kommunala omsorgsverksamheter. Inte minst behöver en översyn inkludera en analys avseende ansvarsprincipen, som behöver kompletteras med stöd och eventuella föreskrifter avseende avtalsbaserad vård- och omsorgsverksamhet.

att **tillsyn** i högre grad behöver prioriteras.

Tillsyn som rör vård och omsorg är alltid vanskligt men god vårdhygien, VH, och smittspridning inom hemtjänst och annan omsorgsverksamhet har visat sig vara en av de största utmaningarna. En översyn av tillsynsverksamheten bör inkludera förslag kring vägledning för uppföljning av utbrottshantering och möjligheter till vitesföreläggande vid överträdelser.

Tillsyn behöver även inbegripa verksamheter som är förlagda till enskilda hem, inte minst mot bakgrund av att det under covid-19-pandemin var personer inom landets äldreomsorg som var särskilt riskutsatta, liksom ofta är fallet i samband med årliga influensasäsonger.

att det är viktigt att ta tillvara erfarenheter från tidigare kriser samt att utveckla mått för **uppföljning**, inklusive psykosociala aspekter.

I arbetet för att identifiera vilka indikatorer som bör utvecklas och prioriteras är det angeläget att VH expertis finns med. En annan fråga gäller i vilken utsträckning Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, bör ha en roll för att, redan från start, bidra till arbetet att ta fram en evalueringsstruktur och utveckla relevanta indikatorer.

att det är nödvändigt med tydliga, **lagstadgade kriterier** för begreppet samhällsfarlig sjukdom.

Då detta regeringsuppdrag inte enkom handlar om pandemier hade det varit av värde om betänkandet, i förslaget om en översyn av SmL, hade inkluderat tillskapandet av en mer generisk och flexibel hantering avseende vilka sjukdomar som bör vara anmälningspliktiga. SHLF saknar därtill förslag på ändring i SmL så att det – som en del av beredskapsplaneringen – också i 'normalläget' blir obligat med delning av data kring smittspårning på exempelvis SÄBO, även i händelse av insatser avseende för närvarande ej anmälningspliktiga agens.

att det behövs ett än större fokus på '**automatiserad datainsamling**'. I betänkandet nämns IT-system för lab.beredskap vid insatser för masstestning samt smittspårning (även avseende personer på SÄBO eller i LSS-boenden).

För bland annat VH är det ett problem att betänkandet saknar förslag hur även avtalsbaserad vård- och omsorgsverksamhet kan inkluderas i ett system för effektiv datainsamling.

Vad gäller **vaccinationer** påpekar utredarna att det är en hörnsten i beredskapen för hantering av 'samhällssmitta med luftburet virus'. Dessvärre nämns inte att det för en bättre beredskap behövs en översyn av nuvarande nationella hälsodataregister för vaccinationer, NVR. Det är fn. inte alltid kompatibelt med andra system för bland annat smittspårning och inte tillräckligt flexibelt, vare sig i 'normalläget', i samband med årliga influensaepidemier, eller för att hantera vaccinationsregistrering i samband med pandemier.

att en 'beredskapsplan med fördel bör vara **tvärsektoriell** och omfatta många aktörer' och utredarna nämner bland annat behovet av gemensamma övningar.

En svårighet är att man i detta betänkande hänvisar till olika andra utredningar vilka dock inte, varken i direktiv eller hitintills redovisade uppdrag, antagit ett helhetsperspektiv. Det är i linje med svensk förvaltningstradition, men innebär en risk för ett stuprörstänk med prioritering av 'kärnuppdrag' snarare än samverkan med andra aktörer. För rådande 'samverkansprincip' behövs en tydligare koppling mellan ansvar och befogenheter och att det framgår även i avtal med privata aktörer.

att det behövs en intensifierad satsning på **forskning och utvecklingsarbete**, FoU.

SHLF menar att det för detta behövs en översyn av utbildningssektorn med en strategi för bärkraftig personalförsörjning inom bland annat smittskydd och vårdhygien.

SHLF anser vidare att ett samnordisk FoU-arbete skulle bjuda ett bredare underlag för att kunna belysa olika beredskapsaspekter. Det skulle kunna bidra till en stabil grund för uppföljning och utvärdering av olika hälsokriser samt en tänkbar samplanering avseende lagerhållning av vaccin, andra läkemedel och lab.material, men även medicintekniska produkter. Detta vore även i överensstämmelse med EU:s hälsohotsförordning med dess skrivning om gränsöverskridande erfarenhetsutbyte och tvärsektoriell planering.

att informationsdelning är en avgörande del i en lärandeprocess och att det i hög grad gäller sådan kunskap som genereras i samband med utbrott och tillsyn, likväl som annan strukturerad uppföljning

Covid-19-panemin visade tydligt på dels behovet av en uppdaterad information som var samordnad olika myndigheter emellan, dels att det med den samordningen som krävdes nationellt inte alltid hanns med att även samordna kommunikationsinsatser med SmLäk och andra aktörer regionalt/lokalt.

SHÖF anser att det behövs en särskild översyn vad gäller informationsdelning avseende kommunal hälso- och sjukvård, men att föreslagen register-utredning inte räcker för att hantera normalläge och är därmed inte heller tillfyllest för kriser. Den av utredarna förslagna översynen behöver inkludera en analys av hur även kommunal hälso- och sjukvård kan bli en integrerad del av föreslagna regionala 'folkhälsolab'. inklusive förekomst av vårdrelaterade infektioner. Det vore av största vikt att det utformades som en del av ett fortlöpande VH-arbete i samband med vardagskriser.

att övningar är centralt för en fungerande krisledning.

För smittskydd och vårdhygien är det särskilt angeläget att det utvecklas material för olika sk. 'desktop övningar' som även inkluderar hemtjänst och avtalsbaserad verksamhet, inklusive privata aktörer. Av värde vore även att nyttja erfarenheter av årliga influensaepidemier, inklusive möjligheter och hinder för en fullgod vaccinationstäckning.

SHLF sekunderar vidare utredarnas slutsats att en framtida nationell strategi för ett stärkt smittskydd tarvar ett brett deltagande, där sakkunniga för vårdhygienfrågor bör vara en given medspelare. Detta arbete kan samtidigt fungera som en del i en viktig del av ett nätverksbygge under 'normalläge'.

Bilaga 4 Svenska infektionsläkarföreningens synpunkter på delbetänkande ”Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48)”

Svenska infektionsläkarföreningen (SILF) har tagit del av följande avsnitt av betänkandet: Kapitel 4, kapitel 7.5, kapitel 7.6 samt kapitel 8.1.1.

Sammanfattningsvis är SILF positiva till planen. Vi bedömer att förslagen leder till en förbättrad beredskap vid kommande pandemier. Det är positivt att man belyser samverkan mellan myndigheter och andra aktörer.

Vad gäller undantagen från smittskyddslagen vid omfattande smittspridning (kapitel 7.5) följer vi resonemanget utan ytterligare synpunkter. Det är bra att individens skyldigheter understryks, både här och i kapitel 8.1.1. Vi ser Folkhälsomyndighetens möjligheter att göra undantag på nationell nivå, men är osäkra på om det gäller även regionalt. Vid stor variation av smittspridning inom landet kan det finnas behov av regionala undantag.

Vad gäller hälsokontroller i kapitel 7.6 är vi positiva till skifte från 'konstaterat utbrott' till 'grundad anledning' inför beslut om hälsokontroll. Vi noterar att provtagning kan utökas till resande från länder icke-närliggande till utbrottsland. Här ska göras en samlad bedömning i enskilda fall. Detta ökade handlingsutrymme bör innebära en fördel. Vi har förståelse för resonemanget om oförändrat system vad gäller tvångsåtgärder vid provtagning.

Beslut kring provtagning/hälsokontroller är väl definierat men vi har svårt att se vem som har ansvaret för utförandet. Detta kan göras tydligare liksom förhållningssätt vid långa ledtider från provtagning till provsvar. Möjligen kan man också utveckla betydelsen av förhållningsregler vid karantän i hemmet.

Vi uppskattar det välskrivna kapitel 4 om bakgrunden kring pandemier. Två funderingar på detaljnivå: I beskrivningen av zoonotisk influensa finns viss otydlighet (4.3, 4.3.1). Klassas den regelbundna rekombinationen av säsongsinfluensa i djur med fortsatt spridning som en zoonos i likhet med ett 'nytt' influensavirus som sprids från djur till

människa? Dessutom i 4.3.1: kopplingen mellan ryska snuvan, coronavirus och djur/fladdermus är något oklar.

2025-08-02

För Svenska infektionsläkarföreningen

Per Åkesson, Vetenskaplig sekreterare.

Bilaga 5 Remissvar från Föreningen för Klinisk Mikrobiologi avseende delbetänkande SUO 2025:48 Stärkt pandemiberedskap

Föreningen för Klinisk Mikrobiologi (FKM) har beretts tillfälle att komma med remissvar rörande delbetänkande SUO 2025:48 Stärkt pandemiberedskap. Föreningen har särskilt granskat frågor inom sitt eget verksamhetsområde, dvs diagnostik och laboratorieberedskap.

Föreningen för Klinisk Mikrobiologi representerar anslutna läkare, mikrobiologer och molekylärbiologer som arbetar inom Klinisk Mikrobiologi i Sverige. Föreningen är en sektion inom Svenska Läkarsällskapet.

Föreningen för klinisk mikrobiologi ställer sig bakom utredningens förslag på stärkt laboratorieberedskap, inklusive förslaget om att förbättrade och bättre kommuniserande IT-system och viss standardisering av data ska samordnas på nationell nivå genom ett regeringsuppdrag. Föreningen instämmer i att en uppbyggd laboratorieberedskap innebär att både ha en fungerande laboratediagnostik vid omfattande smittspridning och utvecklade system för uppföljning och övervakning. Föreningen instämmer även i vikten av att det bedrivs bred forskning (både grundforskning och tillämpad forskning) om virus och pandemier för att upprätthålla en beredskap.

Kapitel 8 handlar om storskalig testning och är av särskilt intresse för FKM. Föreningen ställer sig bakom rekommendationerna, med följande tillägg:

1. FKM förordar en förändring av rekommendation 8.8.4: "Regionen ska säkerställa en lagerhållning av sjukvårds-produkter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen inom smittskyddet kräver. Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och om-fattningen av sådan lagerhållning. Sådana föreskrifter får dock inte innebära krav på lagerhållning som överstiger tre månaders normalförbrukning i regionen."

Som bakgrund anförs att "Utredningen anser att tre månaders normalförbrukning är en rimlig nivå för regioners lagerhållning av sjukvårdsprodukter för storskalig testning förutsatt att produkterna omsätts i vardagen och att produkternas hållbarhetstid beaktas vid inköp. Sådana lager kan enligt utredningens uppfattning säkerställa att alla regioner har en beredskap för att skala upp testningen initialt vid en storskalig testning." FKM ställer sig frågande till denna bedömning. Under pandemins mest intensiva period analyserades lika

många prov på en dag som under ett helt år före pandemin. Tre månaders normalförbrukning är alltså en helt irrelevant nivå för lagerhållning. Detta överensstämmer heller inte alls med de nivåer som utredarna beskriver för Region Stockholms beredskapsavtal, som framhålls som förebild. Den är beräknad för två månaders förbrukning på pandeminivå. Alltså rekommenderar FKM att åtgärdsförslag 8.8.4 omarbetas.

2. Utredningen adresserar endast kortfattat effekterna av den nya IVDR-lagstiftningen för pandemiberedskapen. FKM ser en risk att denna försämrar laboratoriernas förutsättningar för att snabbt kunna etablera nya molekyllära tester, både avseende kompetens och tillgänglig utrustning. Denna aspekt bör analyseras djupare och bör sannolikt föranleda ytterligare rekommendationer, tex om laboratoriernas utrustning.

Stockholm 2025-08-04

För Föreningen för Klinisk Mikrobiologi

Tobias Allander, ordförande

Bilaga 6 Svensk förening för Klinisk kemi

Kapitel 8

Utredning avseende Storskalig testning har berört många viktiga aspekter och övervägande i bedömningen baseras på stor mängd data.

SLS tillstyrker därmed utredningens bedömning avseende:

1. Förtydligande av ansvarsfördelning bland de olika aktörerna; nämligen regionerna, Folkhälsomyndigheten, Staten, Socialstyrelsen och IVO.
2. Vikten av uppbyggnad av IT-infrastruktur samt standardisering av data.
3. Fördelning av ekonomiska ansvaret mellan regionerna och staten avseende IT-infrastruktur och lagerhållning av sjukvårdsprodukterna.

SLS ser positivt till att utredningen lyfter fram Svensk laboratorienätverk inom mikrobiologi (SLIM) och nationella referenslaboratorierna (NRL) som viktiga delar i den nationella laboratorieberedskapen och att beredskap för storskalig testning upprätthålls bäst på laboratorier som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge.

Det finns dock ytterligare frågor som diskuterats i denna utredning och skulle möjligen få tydliga rekommendationer är bland annat:

Uppdatering i Regionernas beredskapsplaner när det gäller personella resurser som kontinuerligt upprätthåller sina kunskaper.

Förberedande arbete när det gäller en utvecklad upphandlingsförmåga hos både staten och regionerna, och en mer träffsäker statlig ersättningsmodell för att hantera framtida situationer där storskalig testning och smittspårning aktualiseras.

Bilaga 7 Svensk förening för Hematologi

Synpunkter avseende remissen Stärkt pandemiberedskap.

1. En viktig del i beredskap är att våra sjukhus har tillräckliga och adekvata lokaler. Betänkandet saknar krav på att regionerna att tillhandahålla adekvata lokaler på sjukhus. Vi har inom hematologin sett en "onödig" smittspridning under senare delen av pandemi och även därefter pga att regionerna tillåter belägningsgrader på 100-140% och att lokalerna inte alltid har adekvata enkelrum till patienter. Hög belägningsgrad leder till ständig omflyttning av patienter och därmed risk för smittspridning. Likaså är flersalar inte gynnsamt vid pågående smittspridning.
2. En viktig del i beredskap inför pandemi är att regionerna har tillräckliga personalresurser och sörjer för utbildning av personal. Även denna aspekt saknas i betänkandet.
3. Särskilt beaktande kring immunnedsatta individer saknas i betänkandet.

Med vänliga hälsningar

Lovisa

ordförande SFH

Lovisa Wennström,

Bilaga 8 Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik (DME) har läst och kommenterar nedan på SOU 2025:48 ”Stärkt pandemiberedskap”

DME delar utredningens utgångsantaganden vad avser:

- Att god författningsberedskap går ut på att de bestämmelser som behövs för att hantera kriser i så stor utsträckning som möjligt har beslutats i förväg.
- utredningens uppfattning att det svenska smittskyddets inriktning på frivilligt förebyggande arbete samt det ansvar som var och en har för att förhindra smittspridning även fortsatt ska gälla.
- Inriktningen på pandemiberedskapens och pandemihanteringens fokusområden.

DME stödjer de förslag som lämnas vad avser den förstärkta författningsberedskapen i fråga om smittskydd genom införandet av en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, samt justeringar i smittskyddslagen.

DME stödjer resonemanget kring förhållandet mellan smittskyddslagen och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), och att det därvid inte finns något hinder mot att besluta om isolering eller tillfällig isolering enligt smittskyddslagen för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV, och att en ordning som anger att åtgärder enligt smittskyddslagen i vissa situationer ska ha företräde framför åtgärder enligt LPT eller LRV inte bör införas.

Dock anser DME att viktiga delar av pandemiberedskapen inte diskuteras, eller diskuteras alltför ytligt.

Hela utredningen kretsar kring att skapa ett rättssäkert, proportionerligt och tydligt system där det finns möjlighet att vidta snabba (tillfälliga!) åtgärder för att rädda liv och hälsa. Det förs ingående resonemang om hur ett sådant rättsligt system bör konstrueras, om möjligheter till överklagbarhet osv. Vi hittar dock inte några allmänna diskussioner om hur läkarprofessionens autonomi och patientens rättigheter ska värnas i extraordinära lägen. De allmänna texterna om proportionalitet (inklusive att en åtgärd måste vara nödvändig) och vetenskap och beprövad erfarenhet går lite fort förbi den välkända svårigheten att göra avvägningar mellan olika värden, såsom liv och hälsa å ena sidan, och patientens autonomi och integritet å andra sidan. Det är oklart hur avvägningarna/proportionalitetsbedömningarna ska göras och på vilket underlag bedömningarna ska baseras. Svårigheten att veta vilka fakta som ska ligga till grund för ett etiskt ställningstagande diskuteras inte alls.

Generellt är det oklart vilken expertis (och vilka professioner) som ska användas för att göra bedömningar när själva föreskrifterna utfärdas men också vid tillämpning av åtgärderna i enskilda fall. Det är till exempel oklart hur smittskyddsåtgärder ska användas i förhållande till sårbara grupper, särskilt personer med nedsatt beslutsförmåga, såsom barn, och personer med olika typer av kognitiva funktionsnedsättningar, men också socialt utsatta grupper och äldre – grupper där vissa beslut som fattades under den nyss genomståndna pandemin i efterhand kritiserats.

Utredningen behandlar endast i begränsad utsträckning de medicinetiska frågor som aktualiseras vid prioritering, resursfördelning och tvångsåtgärder i extraordinära situationer. Det är avgörande att proportionalitetsbedömningar och beslut om undantag från normala regler, i allmänhet men i hälso-

och sjukvården i synnerhet, vilar på en tydlig etisk grund. Detta gäller särskilt när resurser inte räcker till alla och där beslut kan innebära att vissa patienter prioriteras bort. Sådana beslut får inte enbart grundas i praktisk nödvändighet eller formella juridiska överväganden utan måste också beakta grundläggande värden som människovärde, rättvisa och medicinsk nytta.

Det saknas i utredningen en diskussion om hur etisk sakkunskap ska involveras i beslutsfattandet under kriser och nödlägen. Likaså saknas en fördjupad analys av de etiska spänningar som kan uppstå mellan individens rättigheter och samhällets behov – spänningar som läkare och all annan vårdpersonal ofta befinner sig i centrum av.

Utan en fördjupad diskussion och förberedelse även för de svåra värdefrågor som en pandemi för med sig kan inte beredskapen betraktas som fullgod.