

Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet

Översyn och förslag till utveckling

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-11-8219

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2022

Reviderad 2022-12-21: Sid. 21 – Data för Örebro har ändrats i Tabell 2. Ändringarna har även påverkat data för Örebro i Figur 1, sid. 22.

Förord

Socialstyrelsen har av regeringen haft i uppdrag att göra en *översyn av de regionala smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag som framgår av smittskyddslagen med syfte att möjliggöra en ökad effektivitet, samordning och likformighet i verksamheterna S2021/06173 (delvis).*

Rapporten riktar sig i första hand till regeringen och till beslutsfattare inom regioner och kommuner. I rapporten lämnas också förslag riktade till Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier. Även regionernas smittskyddsverksamheter och deras samverkanspartners kan ha nytta av denna rapport i arbetet med att utveckla och förbättra verksamheten.

Projektledare för uppdraget har varit Staffan Söderberg. I projektarbetet har Anders Alexandersson, Axana Hagggar, Catarina Jansson, Anna Netterheim och Fatimah Dabo Pettersson deltagit. Ansvarig enhetschef har varit Petra Rinman och ansvarig avdelningschef Natalia Borg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Övergripande slutsatser	7
Bedömningar och förslag	8
Inledning.....	11
Om uppdraget	11
Rapportens disposition	12
Så här har Socialstyrelsen inhämtat information	12
Det svenska smittskyddet	15
Smittskyddslagens huvudsakliga aktörer	16
Pågående översyn av smittskyddslagen.....	18
Resultat	19
En stärkt smittskyddsorganisation	19
Tillgång till och samordning av vårdhygien	31
Samordning och samarbete mellan det regionala smittskyddet och kommunal vård och omsorg behöver säkerställas	38
Den nationella samordningen av smittskyddet	42
Regionen och smittskyddsläkar-funktionen är bäst lämpade att ansvara för smittskyddet	46
Smittskydd i Norge, Danmark och Finland	53
Förslagets påverkan på det kommunala självstyret samt ekonomiska konsekvenser	60
Dimensionering och organisering av smittskyddsenheterna	60
Vårdhygien och smittskydd.....	62
Samordning och samverkan med kommunal vård och omsorg	63
Den nationella samordningen av smittskyddet	64
Bilaga 1. Metoder för att inhämta information.....	65
Enkätdata	65
Gruppintervjuer.....	65
Skriftliga inlagor.....	67
Dialogmöten	67
Omvärldsanalys	67
Studiebesök	68
Bilaga 2. Förankring av förslag	69
Referenser	70

Sammanfattning

I denna rapport redovisas Socialstyrelsens översyn av de regionala smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag som framgår av smittskyddslagen.

Övergripande slutsatser

Socialstyrelsens översyn visar inte på några betydande strukturella problem eller kapacitetsbrister inom den regionala smittskyddsorganisationen utifrån uppdraget enligt nuvarande smittskyddslag. Strukturen där regionen har det övergripande ansvaret och smittskyddsläkaren har det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet i regionen har visat sig vara ändamålsenligt och hållbart. Under covid-19-pandemin har det största hindret för att genomföra nödvändiga smittskyddsåtgärder varit att bestämmelserna i smittskyddslagen om testning och smittspårning inte är ändamålsenligt utformade för att hantera en situation med omfattande smittspridning.

Socialstyrelsen bedömer att smittskyddet även fortsättningsvis bör vara ett övergripande ansvar för regionerna och ett samlat ansvar för smittskyddsläkarna tillsammans med övrig personal vid landets smittskyddsenheter. Myndighetens översyn visar på betydelsen av att denna funktion finns placerad i regionen. Smittskyddsläkaren har utifrån det samlade ansvaret för smittskyddet del i samordningen både gällande smittspårning, provtagning och vaccinering samt regional anpassning av nationella riktlinjer och rekommendationer. För detta krävs ett nära samarbete med många regionala funktioner i form av bland andra ansvarig nämnd, vårdhygienisk expertis och vårdgivare. Att smittskyddsläkaren är en egen myndighet gör också att funktionen är lämpad att samverka både med den kommunala och den statliga nivån.

Smittskyddsläkarens uppdrag omfattar hela regionen, regionens kommuner och samhällets alla verksamheter. Vid utbrott som kan leda till svåra påfrestningar på samhället är det särskilt angeläget att smittskyddsläkaren kan fokusera på samordningen av smittskyddet inom sitt geografiska område, vilket erfarenheterna från covid-19-pandemin visat. Socialstyrelsens översyn tyder inte på en förbättrad ändamålsenlighet vid byte av huvudman för hela eller delar av smittskyddet, vare sig i normalläge eller vid kris, snarare det motsatta.

Däremot finns vissa avgränsade problem och utmaningar vad gäller smittskyddets kapacitet, organisation samt samverkan med andra aktörer och det finns behov av utveckling, vilket blivit tydligt under covid-19-pandemin. Det har också framkommit ett par angränsande problem och utmaningar inom det vårdhygieniska området. Myndigheten lämnar två förslag för att möta dessa.

Sammantaget lämnar Socialstyrelsen nio förslag inom ramen för översynen för en förbättrad effektivitet, samordning och likformighet av smittskyddet. Myndigheten bedömer att genomförandet av dessa förslag skulle stärka smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas struktur och organisation och därmed förbättra förutsättningarna att genomföra uppdraget både i

normalläge och i kris. Socialstyrelsen adresserar tre förslag till huvudmännen, fyra förslag till den pågående *Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04)*, ett förslag till regeringen samt ett gemensamt förslag till Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarnas förening.

Bedömningar och förslag

Dimensionering och organisering av smittskyddsenheterna

1. Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering bedöms i stort vara tillräcklig i normalläge för att genomföra uppdraget som det framgår av nuvarande smittskyddslag. En biträdande smittskyddsläkare finns dock inte i alla regioner idag vilket Socialstyrelsen anser att det borde göra. Detta för att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris. En obligatorisk biträdande smittskyddsläkare skulle stärka likvärdigheten mellan smittskydden i landet vad avser kapacitet och förutsättningar att genomföra uppdraget i både normalläge och vid större smittutbrott. Kapacitetsförstärkningen bör preciseras i smittskyddslagen. *Förslag till författningsutredningen.*
2. För att genomföra smittskyddsuppdraget krävs att smittskyddsenheterna, utöver en adekvat basbemanning, har en säkerställd tillgång till olika regionala stödfunktioner inom exempelvis kommunikation, juridik, statistik och epidemiologi. Tillgången till dessa stödfunktioner varierar mellan regioner och behovet är störst i mindre regioner med lägre basbemanning av smittskyddsenheten. I händelse av kris finns dock ett behov av stödfunktioner i samtliga regioner. Tillgången till stödfunktioner behöver vara tydligt överenskommen mellan regionen och smittskyddsläkaren i normalläge. I händelse av kris behöver tillgången till dessa funktioner kunna skalas upp, vilket bör preciseras i en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan eller motsvarande. *Förslag till regioner.*
3. Smittskyddsenheterna och smittskyddsläkaren behöver vara centralt placerade i regionens organisation direkt underställd regiondirektör eller hälso- och sjukvårdsdirektör. Socialstyrelsens översyn visar att i de regioner där smittskyddsverksamheten idag har en sådan placering finns bättre förutsättningar för verksamheten att ta det samlade ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen som smittskyddslagen föreskriver. Ansvaret för att planera, organisera och leda smittskyddet underlättas av en sådan placering. Närheten till ansvarig politisk nämnd möjliggör också ett mer effektivt och samordnat smittskydd, särskilt i en kris. En central placering minskar härtill risken för oklarheter mellan hur regionen och smittskyddsläkaren uppfattar sina olika roller. Förutsättningarna för att smittskyddsarbetet ska bedrivas likformigt över landet stärks också om smittskyddsläkaren har samma framskjutna position i

- respektive region. En sådan central placering av smittskyddsläkaren bör preciseras i smittskyddslagen. *Förslag till författningsutredningen.*
4. I rollen som myndighetschef utgör oberoendet en central del av smittskyddsläkarens uppdrag. Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det kan vara problematiskt om ordinarie smittskyddsläkare har sidouppdrag som kan riskera ett ifrågasättande av dennes myndighetsutövning, exempelvis arbete vid infektionsklinik eller mikrobiologisk verksamhet. Socialstyrelsen lämnar ett förslag till Författningsutredningen att se över denna ansvarsfråga. *Förslag till författningsutredningen.*
 5. Smittskyddsläkaren är en myndighet, men funktionen kan missförstås som en särskilt utsedd läkare och inte en aktör med fullständigt reglerat ansvar utifrån smittskyddslagen. Socialstyrelsen anser att begreppet Regional smittskyddsmyndighet (RSM) bättre fångar innehållet i funktionen samt minskar risken för missförstånd. Språkligt förtydligar begreppet att smittskyddsläkaren de facto är en oberoende myndighet samtidigt som det tydliggör funktionens regionindelade ansvarsområde. Namnbytet kan också symboliskt uppvärdera både smittskyddsläkarfunktionen och det viktiga arbete som övrig regional personal utför vid landets smittskyddsenheter. *Förslag till författningsutredningen.*

Vårdhygien och smittskydd

6. Vårdhygien är grundläggande för att hindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner samt för att förebygga antibiotikaresistens. Utan tillgång till vårdhygienisk expertis kan vare sig huvudmännen eller vård- och omsorgsgivarna uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Tillgången till vårdhygienisk expertis bör vara likvärdig för alla regionala och kommunala vård- och omsorgsgivare oavsett regiform, vilket det inte är idag. I de regioner där dessa verksamheter inte har fri tillgång till denna expertis har smittskyddet under pandemin fått oproportionerligt många vårdhygieniska frågor, bland annat som en konsekvens av att smittskyddet inte tar ut några avgifter. Socialstyrelsen anser att huvudmännen måste säkerställa tillgången till vårdhygienisk expertis för en mer funktionell hantering och styrning av detta område. *Förslag till regioner och kommuner.*
7. För att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt finns ett behov av ökad samordning. Detta behov har blivit tydligt under tiden med covid-19-pandemin. Någon statlig aktör bör få den initiativrätt som krävs för att upprätthålla ett samlat och effektivt vårdhygieniskt arbete nationellt. Detta skulle underlätta arbetet för samtliga aktörer inom områdena vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och kommunal nivå. Det skulle också öka likvärdigheten över landet och borga för att verksamheten bedrivs utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. En sådan struktur förespråkas också av Världshälsoorganisationen (WHO) i Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. Mot denna bakgrund föreslår Socialstyrelsen att det vårdhygieniska arbetet samordnas på nationell nivå av en statlig myndighet. *Förslag till Regeringen.*

Samordning och samverkan mellan regionen och kommunalt finansierad vård och omsorg

8. Det finns ett behov av att kommunalt finansierade verksamheter, med stöd av regionens smittskydds- och vårdhygieniska expertis, bygger en stabil kunskapsbas inom smittskydds- och vårdhygienområdet och att dessa kunskaper implementeras i verksamheterna. Socialstyrelsens översyn visar att en samverkansstruktur som stödjer detta finns i flertalet regioner. Denna samverkan ger goda förutsättningar för huvudmännen och vårdgivare – i både kommunal och privat regi – att arbeta förebyggande och hantera de utmaningar som kan komma vid nya smittutbrott. I de regioner där samverkan fungerar sämre föreslår Socialstyrelsen att regionen med hjälp av smittskyddsläkaren och högsta ansvarig för vårdhygien i regionen tillsammans med ansvarig nämnd i kommunerna ser över formerna och innehållet för samverkan. Saknas en rutin för samverkan bör en sådan upprättas som beskriver hur samordning och samverkan ska ske i både förebyggande syfte och för att hantera smittutbrott. *Förslag till berörda regioner och kommuner.*

Den nationella samordningen av smittskyddet

9. Socialstyrelsens bedömning är att Folkhälsomyndighetens samordning av smittskyddet har utvecklats positivt under tiden med covid-19-pandemin. En stor utmaning har varit att förankra allmänna råd och rekommendationer med smittskyddsläkare i en ordnad process givet den tidspress som kom ur pandemins snabba händelseförlopp. Enligt vad Socialstyrelsen erfar har lärdomar dragits från erfarenheterna av covid-19-pandemin, vilket underlättar samordningsprocessen i fortsättningen. Socialstyrelsen föreslår dock att Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna med hjälp av en oberoende part utvärderar den samordning och samverkan som förevarit under pandemin. Syftet med utvärderingen bör vara att identifiera utvecklingsområden, bidra till gemensamt lärande och ytterligare förbättra samordningen. *Förslag till Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarnas förening.*

Inledning

Varje region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av smittskyddslagen (2004:168), och i varje region ska det finnas en smittskyddsläkare. Smittskyddsläkaren har ett samlat och lagstadgat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där hen verkar. Smittskyddsläkarna och smittskyddsseparaten har således en nyckelroll i det svenska smittskyddet.

Under covid-19-pandemin har smittskyddsläkarna och smittskyddsseparaten haft en central roll i att föreslå regionala råd och rekommendationer inom sina respektive regioner, både inom vård och omsorg och till allmänheten i stort. De har också haft ett stort ansvar för smittspårning och uppföljning av konstaterade fall. Arbetsbelastningen för smittskyddsläkare, smittspårare och andra inom verksamheten har varit hög sedan covid-19-pandemin bröt ut i början av 2020[1].

Om uppdraget

Socialstyrelsen har mot denna bakgrund fått i uppdrag av regeringen att göra en översyn av de regionala smittskyddsseparaternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag som framgår av smittskyddslagen med syfte att möjliggöra en ökad effektivitet, samordning och likformighet i verksamheterna [1]. Enligt uppdraget ska myndigheten särskilt se över smittskyddsseparaternas och smittskyddsläkarnas personella resurser och kapacitet, organisation och struktur.

I uppdraget ingår följande uppgifter:

1. Kartlägga de regionala smittskyddsseparaternas och smittskyddsläkarnas dimensionering och organisering samt bedöma förutsättningar att genomföra uppdraget, såsom det framgår av smittskyddslagen och om dessa förutsättningar är likvärdiga över hela landet.
2. Belysa vårdhygienens och liknande funktioners roll och analysera deras betydelse för smittskyddet.
3. Analysera, eller sammanställa eventuella tidigare bedömningar om en mer lokal placering av smittskyddsseparater, exempelvis på kommunnivå, skulle stärka smittskyddet på ett ändamålsenligt sätt.
4. Identifiera utvecklingsområden för samordning och samarbete med kommunal vård och omsorg.
5. Identifiera utvecklingsområden på nationell nivå mellan de regionala smittskyddsseparaterna.
6. Analysera och beakta lärdomar som hittills kan dras från covid-19-pandemin.
7. Vid behov lämna förslag på utvecklad organisering, struktur och dimensionering med syfte att möjliggöra en ökad effektivitet, samordning och likformighet i verksamheterna.

8. Analysera och beakta lärdomar från hur smittskyddet är organiserat i relevanta grannländer.

Om förslagen påverkar det kommunala självstyret ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap 3 § RF). Vidare ska förslagens ekonomiska konsekvenser redovisas.

Enligt uppdragsbeskrivningen ska Socialstyrelsen samverka med Folkhälsomyndigheten och andra relevanta myndigheter och bör föra dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och andra aktörer som t.ex. utredningen Författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) vid utförandet av uppdraget.

Rapportens disposition

Efter denna inledande del följer ett avsnitt med en kortfattad beskrivning av metoder för informationsinhämtning, därefter ett avsnitt om det svenska smittskyddet som beskriver smittskyddslagens innehåll samt olika aktörers ansvar inom smittskyddsområdet. Därefter följer översynens resultat strukturerat utifrån uppdragets deluppgifter. För varje uppgift redovisas inledningsvis Socialstyrelsens bedömning med tillhörande förslag där sådana har tagits fram. Lärdomar från covid-19-pandemin diskuteras i förhållande till övriga deluppgifter. För de deluppgifter myndigheten inte lämnar förslag lämnas endast en bedömning.

Så här har Socialstyrelsen inhämtat information

Informationen som Socialstyrelsen hämtat in för att besvara uppdragets uppgifter har skett via en enkätundersökning, intervjuer, dialoger och skriftliga inlagor från berörda aktörer. Översynen har riktat fokus mot fördelar och nackdelar vad gäller uppgifts-, ansvars- och samverkansförhållanden mellan aktörerna inom smittskyddsområdet, så som de själva uppfattar detta. En översikt av Socialstyrelsens informationsinhämtning finns i tabell 1 samt beskrivs kortfattat under denna tabell. För mer detaljerade metodbeskrivningar se bilaga 1. Socialstyrelsen har också inhämtat information via relevanta rapporter, betänkanden och vetenskaplig litteratur inom området.

Socialstyrelsens övergripande slutsatser, bedömningar och förslag har också diskuterats och förankrats med berörda aktörer, se bilaga 2.

Tabell 1. Översikt av uppdragets deluppgifter och metoder för informationsinhämtning

Deluppgift inom uppdraget	Informationsinhämtning
1. Kartlägga de regionala smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering och organisering samt bedöma förutsättningarna för att genomföra uppdraget, såsom det framgår av smittskyddslagen och om dessa förutsättningar är likvärdiga över hela landet.	<ul style="list-style-type: none"> - Omvärldsbevakning och inhämtning av relevant bakgrunds- och kunskapsbaserad information genom litteratur- och informationssökning. December 2021. - Enkätundersökning med svar från 19 av 21 regioner. December 2021 - Intervjuer med 21 smittskyddsläkare (varav en biträdande). Samtliga regioner representerade. Februari 2022 - Intervjuer med hälso- och sjukvårdsdirektörer alt. regiondirektörer från 18 regioner. Mars 2022 - Skriftliga underlag från Folkhälsomyndigheten, SKR och Smittskyddsläkarförbundet samt dialoger med dessa aktörer. Våren 2022 - Dialog med smittskyddsjurister från Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier. April 2022. - Dialog med Coronakommissionen. April 2022. - Platsbesök hos smittskyddet i Västra Götalandsregionen. April 2022.
2. Belysa vårdhygienens och liknande funktioners roll och analysera deras betydelse för smittskyddet.	Se rad 1
3. Identifiera utvecklingsområden för samordning och samarbete med kommunal vård och omsorg.	<ul style="list-style-type: none"> - Dialog med SKR:s socialchefs nätverk. Mars 2022 - Dialog med Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering. Mars 2022 - Se rad 1
4. Identifiera utvecklingsområden för samordning på nationell nivå mellan de regionala smittskyddsensheterna.	-Se rad 1.
5. Analysera, eller sammanställa eventuella tidigare bedömningar, om en mer lokal placering av smittskyddsensheter, exempelvis på kommunnivå, skulle stärka smittskyddet på ett ändamålsenligt sätt.	<ul style="list-style-type: none"> - Förarbeten smittskyddslagen - Lärdomar från länder som har en mer lokal placering - Se rad 1
6. Analysera och beakta de lärdomar som kan dras från hur smittskyddet är organiserat i relevanta grannländer.	<ul style="list-style-type: none"> - Dialog med Helsedirektoratet, Norge - Se rad 1
7. Analysera och beakta de lärdomar som hittills kan dras från covid-19-pandemin	-Se rad 1, 3, 4, 5 och 6.
8. Vid behov lämna förslag på en utvecklad organisering, struktur och dimensionering med syfte att möjliggöra en ökad effektivitet, samordning och likformighet i verksamheterna.	<ul style="list-style-type: none"> - Samlad bedömning. - Förslagen har förankrats i möten med Folkhälsomyndigheten, SKR, Smittskyddsläkarförbundet, Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier samt en hälso- och en sjukvårdsdirektör.

Enkätdata

Enkätdata om smittskyddsverksamheterna samlades in via en undersökning om kompetensförsörjning inom vårdhygien- och antibiotikaresistensområdet i slutet av 2021. Enkätfrågorna besvarades av olika regionala funktioner i olika regioner såsom avdelningschef, smittskyddsläkare och utredare vid förvaltningen. I enkäten ställdes 13 frågor om smittskyddsverksamheten som besvarades av 19 av de 21 regionerna. Frågorna avser förhållanden per den 1 november 2021 där inte annat anges och är i huvudsak utformade som ja och nej-svar med möjlighet att ge kompletterande information i text. Fyra frågor

utformades specifikt utifrån Socialstyrelsens uppdrag att genomföra en översyn av smittskyddet:

1. Tillgång till smittskyddspersonal – antal anställda och antal tjänster avseende smittskyddsläkare, biträdande smittskyddsläkare, smittskydds-sjuksköterskor samt övrig smittskyddspersonal.
2. Förekomst av en aktuell, samlad plan för att säkra kompetensförsörjningen inom området smittskydd.
3. Bedömning om resurserna är tillräckliga under pandemin samt under mer normala förhållanden.
4. Smittskyddsläkarfunktionens placering i regionens organisatoriska struktur.

Gruppintervjuer

Under februari 2022 genomfördes fyra digitala gruppintervjuer med sammanlagt 21 smittskyddsläkare varav en biträdande. Syftet med intervjuerna vara att belysa smittskyddsläkarnas uppfattning om möjligheten att bedriva verksamheten utifrån *bemannning och placering av smittskyddet inom regionen, samordning och samarbete med andra* samt deras uppfattning av *hinder och behov för ett effektivare smittskydd*.

Motsvarande intervjuer genomfördes med hälso- och sjukvårdsdirektörer alternativt regiondirektörer från 18 regioner under mars 2022.

Samverkan och dialog

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget samverkat med flera externa aktörer. Smittskyddsläkarföreningen, Folkhälsomyndigheten och Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier har varit centrala och flera dialogmöten har genomförts med dessa. Myndigheten har också haft dialoger med SKR:s socialchefsnätverk och Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering samt med Coronakommissionen, Riksrevisionen och Helsedirektoratet i Norge. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen också haft dialog med SKR samt besökt smittskyddet i Västra Götalandsregionen.

Skriftliga inlagor

Socialstyrelsen har inhämtat skriftliga synpunkter från Folkhälsomyndigheten, SKR och Smittskyddsläkarföreningen utifrån frågor om smittskyddets ändamålsenlighet i förhållande till smittskyddslagen samt identifierade behov av utveckling.

Det svenska smittskyddet

Smittskyddslagen trädde i kraft den 1 juli 2004 och ersatte då den tidigare smittskyddslagen från 1988. Enligt smittskyddslagen ska samhällets smittskydd tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. I smittskyddslagen regleras endast smittskyddsåtgärder av sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Smittskyddsåtgärder som rör djur, livsmedel eller andra objekt regleras bland annat i miljöbalken och livsmedelslagen och här har kommunernas miljönämnder ett stort ansvar. Smittskyddslagen reglerar tillsammans med smittskyddsförordningen smittskyddsområdet, men har stöd av ett stort antal andra författningar såsom hälso- och sjukvårdslagen, miljöbalken och socialförsäkringsbalken.

I smittskyddslagen finns bestämmelser om åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Lagen kompletteras genom vissa föreskrifter i smittskyddsförordningen (2004:255). Vid införandet av lagen uttalade regeringen att syftet primärt var att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar, men att den enskilde samtidigt bör skyddas från onödigt långtgående ingrepp [2]. Begreppet samhällsfarliga sjukdomar och de extraordinära smittskyddsåtgärder som kan vidtas vid sådana sjukdomar (hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärning) tillkom genom en komplettering till smittskyddslagen som trädde i kraft den 1 januari 2005 [3].

I smittskyddslagen används begreppen anmälningspliktiga, smittspårningspliktiga, allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. I bilaga till lagen anges 69 anmälningspliktiga sjukdomar, varav 51 är smittspårningspliktiga, 32 är allmänfarliga och tre är samhällsfarliga (augusti 2022). Möjligheterna till ingripanden med stöd av lagen är i de flesta fall förbehållet de allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomarna.

- Allmänfarliga sjukdomar avser smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.
- Samhällsfarliga sjukdomar avser allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

Smittskyddslagen innehåller bestämmelser om olika åtgärder som kan vidtas för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. Gemensamt för samtliga smittskyddsåtgärder är att de ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärderna får inte heller vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärderna ska vidtas med respekt för alla människors lika värde och den enskildas integritet. Åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds.

Smittskyddslagens huvudsakliga aktörer

De aktörer som nämns i smittskyddslagen är i första hand Folkhälsomyndigheten, regionerna, smittskyddsläkarna, behandlande läkare och den enskilde medborgaren.

Folkhälsomyndigheten

Enligt smittskyddslagen ansvarar Folkhälsomyndigheten för samordningen av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska vidare följa och vidareutveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt (1 kap. 7 § SmL).

Regionen

Respektive region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av smittskyddslagen (1 kap. 8 § SmL). Regionen ska enligt smittskyddslagen utse en smittskyddsläkare. Denne ska utses av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), vanligen hälso- och sjukvårdsnämnden.

Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkaren har det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 § SmL). Uppdraget omfattar samhällets alla sektorer i regionen och dess kommuner. I smittskyddsläkarens ansvar ingår enligt smittskyddslagen (6 kap. 2 § SmL) att:

- se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,
- ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för särskilt utsatta grupper,
- se till att förebyggande åtgärder vidtas,
- stödja och ge råd till hälso- och sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet,
- följa upp anmälningar om sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smitt-risk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,
- bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen,
- följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt
- fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

Smittskyddsläkaren ges också i smittskyddslagen utökade och långtgående befogenheter i fråga om smittsamma sjukdomar som definieras som allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. Smittskyddsläkaren kan exempelvis fatta beslut om genomgående av hälsokontroll samt karantän och tillfällig isolering.

I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning ska denne verka under nämnden.

Behandlande läkare

Den behandlande läkaren har enligt smittskyddslagen bland annat ett ansvar att vid konstaterad eller misstänkt smitta av en allmänfarlig eller en annan smittspåringspliktig sjukdom försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats (3 kap. 4 § SmL). Denna smittspårning kan även genomföras av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften. Om det uppstår misstanke om att andra personer kan ha smittats ska dessa underrättas om detta och uppmanas att uppsöka läkare. Det finns dock inte någon möjlighet till sanktion mot en patient som inte lämnar upplysningar. Uppgiften att smittspåra kan övertas av smittskyddsläkaren om behandlande läkare saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen (3 kap. 5 § SmL). Behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av en allmänfarlig sjukdom ska utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren och till Folkhälsomyndigheten (2 kap 5 § SmL). Sedan drygt tio år används det elektroniska anmälningssystemet SmiNet för denna hantering. I systemet finns formulär med relevanta frågor för alla anmälningsskyldiga sjukdomar som ansvarig läkare ska fylla i.

Den behandlande läkaren ska också besluta om individuellt utformade förhållningsregler till den som bär på en allmänfarlig sjukdom i syfte att hindra smittspridning (4 kap. 2 § SmL). Om en patient inte iakttar dessa förhållningsregler ska läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren (4 kap. 4 § SmL). Behandlande läkare ska också erbjuda patienten vård och behandling för att förebygga eller minska smittspridning (4 kap. 6 § SmL). Om patienten inte följer erbjuden behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor ska läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren (4 kap 7 § SmL).

Medborgaren

Den enskilde medborgaren har enligt smittskyddslagen också skyldigheter att förebygga smittspridning. Den som vet eller har anledning att misstänka att hen bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk (2 kap 2 § SmL). Det är den så kallade skyddsplikten. Den som vet att hen bär på en allmänfarlig sjukdom är också skyldig att lämna information om smittan om det finns risk för smittöverföring. Den som är konstaterat smittad eller är misstänkt smittad av en allmänfarlig sjukdom har också att iaktta förhållningsregler och följa erbjuden vård och behandling enligt ovan.

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är tillsynsansvarig myndighet för smittskyddet i landet enligt smittskyddslagen (9 kap. 1 § SmL). Detta gäller både vårdgivares smittskyddsarbete på exempelvis sjukhus och särskilda boenden för äldre samt för smittskyddsenheternas arbete.

Pågående översyn av smittskyddslagen

Under covid-19-pandemin har behovet av en uppdaterad smittskyddslag uppmärksamats av flera aktörer. Coronakommissionen formulerade två slutsatser kring lagens otillräcklighet:

- Smittskyddslagen innehåller grundläggande verktyg för att motverka spridning av smittsamma sjukdomar. Flera borde ha kunnat användas under pandemin men har inte tagits i bruk, vissa har använts i för liten utsträckning och enstaka verktyg har inte kunnat användas alls.
- Lagen har även visat sig otillräcklig eftersom den inte ger stöd för alla de åtgärder som framstått som nödvändiga under pandemin [4].

Enligt Kungliga vetenskapsakademien tvingades såväl smittskyddsläkare som Folkhälsomyndigheten under covid-19-pandemin att föreskriva avsteg från smittskyddslagen. Anledningen till detta var den stora mängd smitto- och sjukdomsfall som gjorde det omöjligt att följa alla regler som gäller för samhällsfarliga sjukdomar. När sjukdomsfallen i covid-19 blev många resulterade de kliniska anmälningarna och smittspårningen i en stor belastning på redan pressade medicinskt verksamma läkare och smittskyddsläkare. Brist på personal och provtagningsmaterial gjorde att smittskyddslagens krav på provtagning och anmälningar inte fungerade. Folkhälsomyndighetens generaldirektör föreskrev då att man skulle kunna göra avsteg från lagen vad gäller anmälningsskyldigheten (HSLF-FS 2020:10, 23 och 45) [5].¹

Regeringen beslutade i september 2021 att tillsätta en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av smittskyddslagen och analysera behovet av nya bestämmelser inför framtida pandemier. Utredningen benämns i regeringens direktiv som *Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier*, i denna rapport hänvisas i det följande till *Författningsutredningen*. I direktivet till denna utredning framhåller regeringen att bestämmelserna i smittskyddslagen om testning och smittspårning inte är utformade på sådant sätt att de blir praktiskt möjliga att följa vid en samhällsspridning av en smittsam sjukdom när behovet av testning och smittspårning vida överstiger ett normalläge [6]. Mot denna bakgrund ska utredaren analysera bestämmelser i smittskyddslagen om ansvar för smittskydd, utredning av sjukdomsfall och vissa smittskyddsåtgärder samt föreslå eventuella ändringar av bestämmelserna för att anpassa dem till situationer med stor smittspridning. Utredningen ska också utreda och, vid behov, lämna förslag som ställer krav på smittskyddsåtgärder inom särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.²

Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.

¹ En sådan lagenlig möjlighet till avsteg från anmälningsskyldigheten regleras i 2 kap 7 § i smittskyddslagen.

² Den 14 juni 2022 beslutade Socialstyrelsen om nya föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och förhindra smittspridning inom hemtjänsten, äldreboenden och LSS-boenden

Resultat

En stärkt smittskyddsorganisation

Deluppgift 1

Kartlägga de regionala smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering och organisering samt bedöma förutsättningarna för att genomföra uppdraget, såsom det framgår av smittskyddslagen och om dessa förutsättningar är likvärdiga över hela landet.

Socialstyrelsens samlade bedömning och förslag

1. Smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering bedöms i stort vara tillräcklig i normalläge för att genomföra uppdraget som det framgår av nuvarande smittskyddslag. En biträdande smittskyddsläkare finns dock inte i alla regioner idag vilket Socialstyrelsen anser att det borde göra. Detta för att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris. En obligatorisk biträdande smittskyddsläkare skulle stärka likvärdigheten mellan smittskydden i landet vad avser kapacitet och förutsättningar att genomföra uppdraget i både normalläge och vid större smittutbrott. *Förslag till författningsutredningen.*
2. För att genomföra smittskyddsuppdraget krävs att smittskyddsensheterna, utöver en adekvat basbemanning, har en säkerställd tillgång till olika regionala stödfunktioner inom exempelvis kommunikation, juridik, statistik och epidemiologi. Tillgången till dessa stödfunktioner varierar mellan regioner och behovet är störst i mindre regioner med lägre basbemanning av smittskyddsensheten. I händelse av kris finns dock ett behov av stödfunktioner i samtliga regioner. Tillgången till stödfunktioner behöver vara tydligt överenskommen mellan regionen och smittskyddsläkaren i normalläge. I händelse av kris behöver tillgången till dessa funktioner kunna skalas upp, vilket bör preciseras i en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan eller motsvarande. *Förslag till regioner.*

3. Smittskyddsenheterna och smittskyddsläkaren behöver vara centralt placerade i regionens organisation direkt underställd regiondirektör eller hälso- och sjukvårdsdirektör. Socialstyrelsens översyn visar att i de regioner där smittskyddsverksamheten idag har en sådan placering finns bättre förutsättningar för verksamheten att ta det samlade ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen som smittskyddslagen föreskriver. Ansvaret för att planera, organisera och leda smittskyddet underlättas av en sådan placering. Närheten till ansvarig politisk nämnd möjliggör också ett mer effektivt och samordnat smittskydd, särskilt i en krissituation. En central placering minskar också risken för oklarheter mellan hur regionen och smittskyddsläkaren uppfattar sina olika roller. Förutsättningarna för att smittskyddsarbetet ska bedrivas likformigt över landet stärks också om smittskyddsläkaren har samma framskjutna position i respektive region. En sådan central placering av smittskyddsläkaren bör preciseras i smittskyddslagen. *Förslag till författningsutredningen.*
4. I rollen som myndighetschef enligt smittskyddslagens bestämmelser utgör oberoendet en central del av smittskyddsläkarens uppdrag. Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det kan vara problematiskt om ordinarie smittskyddsläkare har sidouppdrag som kan riskera ett ifrågasättande av dennes myndighetsutövning, exempelvis arbete vid infektionsklinik eller mikrobiologisk verksamhet. Socialstyrelsen lämnar ett förslag till Författningsutredningen att se över denna ansvarsfråga. *Förslag till författningsutredningen.*
5. Smittskyddsläkaren är en myndighet, men funktionen kan missförstås som en särskilt utsedd läkare och inte en aktör med fullständigt reglerat ansvar utifrån smittskyddslagen. Socialstyrelsen anser att begreppet Regional smittskyddsmyndighet (RSM) bättre fångar innehållet i funktionen samt minskar risken för missförstånd. Språkligt förtydligar begreppet att smittskyddsläkaren de facto är en självständig och oberoende myndighet samtidigt som det tydliggör funktionens regionindelade ansvarsområde. Namnbytet kan också symboliskt uppvärdera både smittskyddsläkarfunktionen och det viktiga arbete som övrig regional personal utför vid landets smittskyddsenheter. *Förslag till författningsutredningen.*

Bemanning, kompetenser och stödfunktioner

I samtliga regioner finns i enlighet med smittskyddslagen en smittskyddsläkare (tabell 2). Socialstyrelsens enkätundersökning tillsammans med kompletterande muntlig information visar att storstadsregionerna Västra Götaland, Stockholm och Skåne här till har minst fem biträdande

smittskyddsläkare.³ Fjorton andra regioner har minst en biträdande smittskyddsläkare, medan fyra regioner inte har någon sådan tjänst. Antal smittskyddssjuksköterskor varierar från en till elva tjänster per region. Majoriteten av övrig personal vid smittskyddsenheterna är administratörer, smittskyddsassistenter och epidemiologer. Vissa regionala smittskyddsenheter har också någon enstaka jurist, socionom, STI⁴-handläggare, epidemisjuksköterska eller chefs- och verksamhetsstöd anställd.

Tabell 2. Antal anställd personal vid landets regionala smittskyddsenheter

Region	Smittskyddsläkare	Biträdande smittskyddsläkare	Smittskyddssjuksköterskor	Övrig personal
Stockholm	1	6	10	7
Sörmland	1	0	2	1
Östergötland	1	0	3	1
Jönköping	1	1	2	0
Kronoberg	1	1	2	0
Kalmar	1	1	3	0
Gotland	1	0	1	0
Blekinge	1	1	1	1
Skåne	1	5	5	4
Halland	1	2	3	0
Västra Götaland	1	8	11	9
Värmland	1	1	3	2
Örebro	1	2	4	1
Västmanland	1	1	3	1
Dalarna	1	1	2	1
Gävleborg	1	1	5	2
Västernorrland	1	1	2	2
Jämtland	1	0	1	1
Västerbotten	1	2	2	1
Norrbottn	1	1	2	1
Uppsala	1	1	2	3
Totalt	21	36	69	38

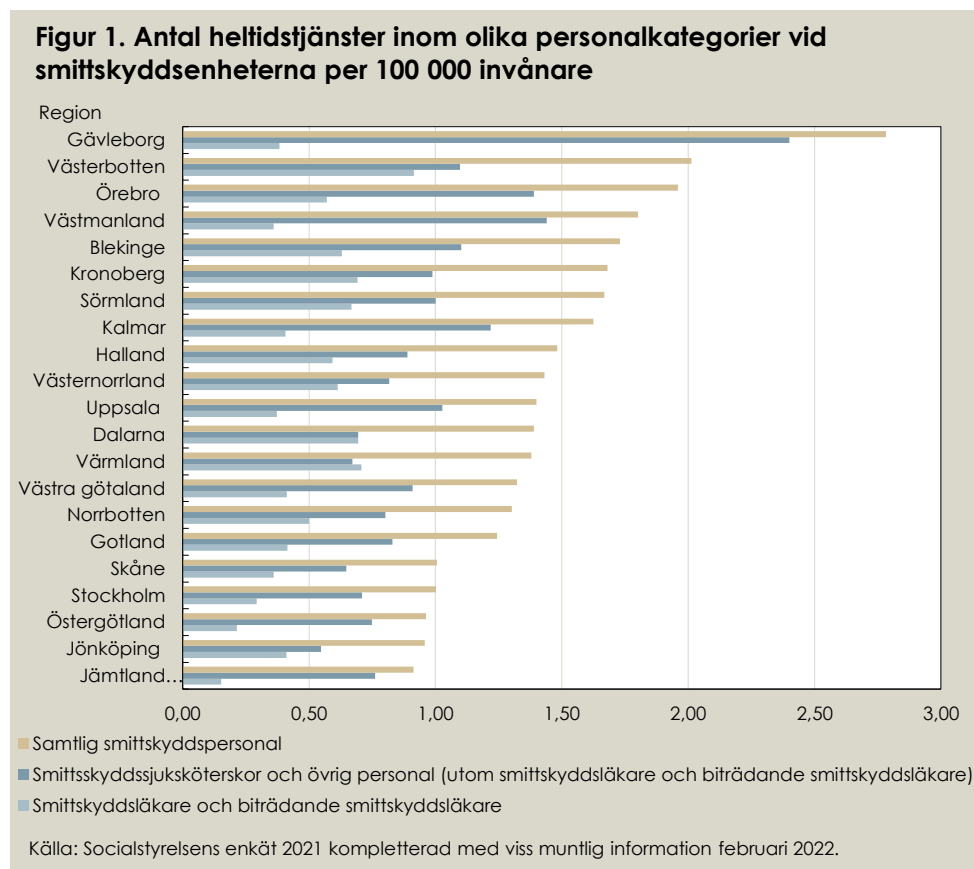
Socialstyrelsens enkät 2021 kompletterad med muntlig information.

De anställda vid smittskyddsenheterna har inte alltid heltidstjänster. Figur 1 visar antalet heltidstjänster inom det regionala smittskyddet med hänsyn till befolkningens mängd. Detta ger en mer rättvisande beskrivning av bemanningskapaciteten. Som framgår av figuren har Gävleborg flest antal heltidstjänster inom smittskyddet totalt per 100 000 invånare (2,8 heltidstjänster) och Jämtland lägst antal (0,9 heltidstjänster). Trots att de tre storstadsregionerna har ett flertal biträdande smittskyddsläkare återfinns de inte bland de regioner som har högst bemanning av smittskyddsläkare och biträdande smittskyddsläkare sett till befolkningens mängd.

³ För regioner som inte besvarade enkäten har muntlig information inhämtats.

⁴ STI = Sexually Transmitted Infection

Figur 1. Antal heltidstjänster vid smittskydds enheterna



Av landets samtliga 21 smittskyddsläkare arbetar en majoritet (17) enbart med smittskydd, medan tre även arbetar som hygienläkare. En person arbetar utöver tjänsten som smittskyddsläkare både som hygienläkare och infektionsläkare.

Det finns ingen specialistutbildning för smittskyddsläkare. I smittskyddslagen föreskrivs inte heller några särskilda behörighetskrav för smittskyddsläkaren. Enligt förarbetena följer av namnet att det ska vara en läkare och vidare att denne förutsetts ha tillräckliga kunskaper om infektionssjukdomar, klinisk bakteriologi eller klinisk virologi [2]. Smittskyddsläkare är ofta specialister i infektionssjukdomar, vilket omfattar fördjupade kunskaper om prevention, utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av infektioner. Smittskyddsläkaren är i de flesta regioner chef för personalen vid smittskydds enheten, och kan även vara chef för vårdhygienisk personal när dessa är samorganiserade med smittskyddet. Smittskyddsläkaren är i vissa regioner inte chef för smittskyddet, i en region är exempelvis en smittskyddssjuksköterska ansvarig chef.

Vad gäller de biträdande smittskyddsläkarna har de ofta deltidstjänster och arbetar då även som kliniskt verksamma infektionsläkare eller vårdhygienläkare i regionen. Enligt smittskyddslagen kan smittskyddsläkaren uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskydds enhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkare har enligt lagen (1 kap 9 § SmL). Det är denna reglering som biträdande smittskyddsläkare har sitt

mandat utifrån. Den biträdande smittskyddsläkaren kan utföra samma arbetsuppgifter som den ordinarie smittskyddsläkaren i den utsträckning som smittskyddsläkaren bestämmer. Smittskyddsläkaren kan dock inte delegera det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet till biträdande smittskyddsläkare, dvs. planering, organisering och ledning av arbetet.

I rollen som smittskyddssjuksköterska ingår att handlägga anmälningar och utredningar enligt smittskyddslagen samt epidemiologisk övervakning samt att bearbeta och redovisa smittskyddsstatistik. Sjuksköterskorna arbetar också med att informera, undervisa och lämna råd i smittskyddsfrågor till hälso- och sjukvårdspersonal, andra myndigheter och allmänheten [7].

Smittskyddslagen innehåller inte, utöver bestämmelserna om smittskyddsläkaren, några regler om hur smittskyddet inom regionen ska vara organiserat. Regionen kan således själv bedöma, utifrån de krav som finns i smittskyddslagen samt vilka övriga uppgifter regionen ålägger verksamheten, hur smittskyddet ska organiseras och tilldelas resurser under smittskyddsläkarens ledning [2].

Pandemin har inneburit ett ökat resursbehov

Socialstyrelsens översyn visar att det i sex regioner finns en aktuell, samlad plan för att säkra kompetensförsörjningen inom området smittskydd, medan övriga regioner saknar en sådan plan. I intervjuer med smittskyddsläkarna framgår att det pågår en generationsväxling både av smittskyddsläkare, sjuksköterskor och övrig personal i ett flertal regioner med många väntade pensionsavgångar de närmsta åren. Enligt smittskyddsläkarna finns utmaningar att hitta personer med rätt kompetens för dessa uppgifter, speciellt i små regioner där rekryteringsunderlaget är mindre. Under pandemin har det blivit uppenbart att det inte med enkelhet är möjligt att handplocka personal till smittskyddsenheterna när ett akut behov uppstår. Personal från infektionskliniker och vårdhygien som skulle kunna täcka upp för smittskyddsenheternas behov har varit fullt upptagna med att hantera pandemins konsekvenser i sina ordinarie verksamheter inom regionerna.

I Socialstyrelsens enkät ställdes en fråga om bemanningen av smittskyddet under covid-19-pandemin under åren 2020–2021. Ingen region svarade att bemanningen varit tillräcklig under hela perioden och endast två regioner angav att bemanningen varit tillräcklig under större delen av pandemin. Åtta respektive tio regioner svarade att bemanningen endast varit tillräcklig under vissa perioder eller inte alls. Många regioner har förstärkt bemanningen inom smittskyddet under pandemin för att svara upp mot en större arbetsbörda enligt vad som framkommer i intervjuerna med smittskyddsläkarna.

Både smittskyddsläkare, Smittskyddsläkarförbundet och Författningsutredningens jurister framhåller också att smittskyddsläkaren i praktiken fått ett utvidgat uppdrag i och med covid-19-pandemin, vilket kommer att kvarstå efter pandemin. I flera regioner har smittskyddsläkaren av regionerna fått flera samordnade uppdrag, exempelvis gällande beredskap för diagnostik och smittspårning. Samordning är en uppgift som funnits tidigare, men inte aktualiserats i samma omfattning som under pandemin, vilket idag kräver smittskyddsläkarens fortlöpande insatser. Ett exempel är smittskyddsläkarens samarbete med länsstyrelserna som en ingång till kommunerna. Detta har i

många regioner blivit en återkommande uppgift för smittskyddsläkaren. Många av smittskyddsläkarna benämner detta som en ny arbetsituation, dvs ett ”nytt normalläge”. Folkhälsomyndigheten bedömer också att de förebyggande uppgifterna har potential att utvecklas och att en ökad kapacitet kan behövas för att möta detta [8].

Biträdande smittskyddsläkare

Vid Socialstyrelsens intervjuer med smittskyddsläkarna i små regioner framkommer att smittskyddsläkare som inte har någon biträdande smittskyddsläkare vid smittskydds enheten saknar någon att konsultera i frågor som rör både det individinriktade och det övergripande smittskyddsarbetet. Dessa smittskyddsläkare anser att det är ”skört” och ”ensamt” utan en smittskyddsläkarkollega. Behovet av att samråda med andra smittskyddsläkare kan endast till viss del tillgodoses av kontakter med smittskyddsläkare i andra regioner och med Folkhälsomyndigheten. Under pandemin har det varit extra svårt att underhålla kollegiala nätverk över regioner givet samtliga smittskyddsläkares arbetsbörda. I intervjuer med smittskyddsläkarna framkommer också att smittskyddsläkare från små regioner i mindre omfattning är med i nationella arbets- och referensgrupper inom smittskyddet.

Smittskyddsläkarföreningen framhåller den sårbarhet som kan följa av att smittskyddsläkaren inte har någon biträdande smittskyddsläkare att konsultera och ha ett kontinuerligt kunskapsutbyte med. Denna sårbarhet framhävs särskilt i händelse av en situation med stor smittspridning. Även de minsta regionerna har ett ”fullständigt” smittskydds uppdrag och även om antalet smittskyddsärenden är färre i absoluta tal så är kraven desamma på smittskyddsläkarna i små regioner som i de större. Mot denna bakgrund poängteras vikten av att ha en biträdande smittskyddsläkare även i normalläge.

Socialstyrelsen anser att det borde finnas minst en biträdande smittskyddsläkare i varje region. Detta för att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris. En obligatorisk biträdande smittskyddsläkare skulle stärka likvärdigheten mellan smittskydden i landet vad avser kapacitet och förutsättningar att klara uppdraget i både normalläge och vid större smittutbrott.

Bedömning av bemanningen

I övrigt bedömer Socialstyrelsen utifrån information från smittskyddsläkarna, Smittskyddsläkarföreningen, hälso- och sjukvårdsdirektörer och Folkhälsomyndigheten att smittskydds enheterna och smittskyddsläkarnas dimensionering och basbemanning överlag är tillräcklig i normalläge för att genomföra uppdraget, såsom det framgår av smittskyddslagen. Kapacitetsbehovet i varje region måste dock ställas i förhållande till omfattningen av de arbetsuppgifter regionerna ålägger smittskyddet som tillkommer utöver det individinriktade myndighetsbaserade smittskyddsarbetet som regleras utifrån smittskyddslagen.

Regionala stödfunktioner

I Socialstyrelsens intervjuer och kontakter med smittskyddsläkarna, Smittskyddsläkarföreningen och Folkhälsomyndigheten framkommer dock att smittskyddet har ett behov av regionala stödfunktioner i form av kommunikation, juridik, statistik och epidemiologi och att tillgången till dessa funktioner behöver stärkas. Behovet av stödfunktioner finns i normalläge, men har förstärkts under covid-19-pandemin då bland annat snabba analyser av smittläget, juridiska ställningstaganden av olika slag samt snabba kommunikationsinsatser krävts. Erfarenheter från pandemin visar att det framför allt varit små regioner som haft behov av dessa stödfunktioner, eftersom smittskyddsenheterna i dessa regioner i mindre utsträckning har sådana funktioner anställda inom den egna verksamheten. De stödfunktioner som här nämns behöver enligt Socialstyrelsen alltså inte nödvändigtvis vara en del av smittskyddsenheten. Vad som behövs är en fast struktur för hur smittskyddsenhetens behov av dessa resurser ska tillgodoses. Folkhälsomyndigheten betonar utmaningen med att kunna skala upp en organisation med tillräcklig hastighet, kompetens och uthållighet vid kris. Detta gäller enligt Folkhälsomyndigheten inte minst de regionala smittskyddsenheterna där expertisen är svår att hitta när verksamheten akut behöver expandera [8]. SKR konstaterar i detta sammanhang att det inte vore rimligt att ha en resursberedskap för den extrema arbetsbelastning som var under covid-19-pandemin. Det vore ”orimligt och ett resursslöseri” menar SKR [9]. Detta är en uppfattning som flera hälso- och sjukvårdsdirektörer delar.

Eftersom expertisen är svår att bygga upp i tillräcklig utsträckning för att motsvara behovet under en kris och för att det inte är rimligt att i normalläge bemanna smittskyddet utifrån ett krisbehov, anser Socialstyrelsen att varje region istället bör ha en fast struktur för smittskyddets tillgång till regionala stödfunktioner. Tillgången till stödfunktioner behöver vara tydligt överenskommen mellan regionen och smittskyddsläkaren i normalläge. I händelse av kris behöver tillgången till dessa funktioner kunna skalas upp, vilket bör preciseras i en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan eller motsvarande.

Smittskyddsverksamheternas placering i regionerna

Strukturen och organisationen av smittskyddsenheterna varierar mellan regioner. Socialstyrelsens enkätundersökning och intervjuer med både smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdsdirektörer visar att funktionen kan vara placerad på olika ställen i organisationsstrukturen och smittskyddsläkaren kan antingen vara direkt underställd regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören eller en chef längre ned i organisationen. I vissa regioner är smittskyddsläkaren placerad i en stabsposition medan smittskyddsenheten är placerad längre ned i strukturen. I andra regioner har smittskyddsenheten tillsammans med smittskyddsläkaren en samlad placering, antingen direkt under hälso- och sjukvårdsdirektören eller längre ned. Smittskyddet kan också vara samorganiserat med eller skilt från vårdhygien. I en region är smittskyddsläkaren också den högsta ansvariga läkaren för vårdhygien, medan storstadsregionerna har helt åtskilda organisationer för smittskydd och vårdhygien. Under pandemin har vissa smittskyddsläkare periodvis ingått i så

kallad regional särskild sjukvårdsledning (RSSL), medan andra inte har gjort det eller endast i begränsad omfattning.

En stor del av smittskyddsläkarens arbetsuppgifter ska enligt smittskyddslagen kunna utföras med stor självständighet i förhållande till regionen. Det gäller inte enbart myndighetsutövning mot enskild individ, utan också smittskyddsläkarens skyldighet att uppmärksamma brister i smittskyddet i olika verksamheter. Som Coronakommissionen framhåller är inte förhållandet mellan regionen och smittskyddsläkarna helt tydligt [4]. Enligt vad som framkommit i Socialstyrelsens översyn rör denna otydlighet inte myndighetsutövandet gentemot enskild person där regionen inte heller får ge smittskyddsläkaren några direktiv. Otydligheten berör andra delar, som vilket inflytande smittskyddsläkaren ska ha i det strategiska smittskyddsarbetet som exempelvis omfattar prevention, provtagning och vaccination.

Regionen ansvarar för tilldelning av resurser för smittskyddet och bestämmer därmed ramarna för smittskyddsarbetet. En iakttagelse är att smittskyddet i ett antal regioner flyttats runt en hel del i organisationen, även under pandemin. Några har flyttats från en tidigare central placering i regionens organisation till en lägre placering, men det finns även exempel på det omvända. Majoriteten av smittskyddsläkarna är dock direkt underställda hälso- och sjukvårdsdirektören eller (mer sällan) regiondirektören.⁵ Ett par smittskyddsläkare framhåller att eftersom funktionens ansvar är bredare än regionens hälso- och sjukvård är smittskyddsläkarens naturliga placering under regiondirektören. Andra smittskyddsläkare menar att det ändå är positivt att funktionen finns inom regionens ”hälso- och sjukvårdsarm”, inte minst för närhet till vårdhygien, den mikrobiologiska verksamheten och för att det underlättar insyn i vårdgivarnas verksamhet.

Intervjuerna med smittskyddsläkarna visar att en centralt placerad smittskyddsläkare som antingen är direkt underställd hälso- och sjukvårdsdirektör eller regiondirektör har möjlighet att verka med en högre grad av självständigt. Detta leder i sin tur till en bättre samverkan med regionen, en samverkan som då genomförs mellan två likvärdiga parter. Behovet av en sådan samverkan kring det gemensamma smittskyddsarbetet har på ett tydligt sätt förstärkts under pandemin.

Samverkan med hälso- och sjukvårdsdirektörer

Socialstyrelsens intervjuer med både smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdsdirektörer visar att det krävs en djup och tillitsfull samverkan för att nå resultat i arbetet med att minimera smittspridning – speciellt i en pandemisituation – genom bland annat förebyggande åtgärder och information till allmänheten. Med några undantag beskriver smittskyddsläkarna och hälso- och sjukvårdsdirektörerna att deras samverkan har fungerat mycket bra historiskt och att den dessutom har förbättrats under pandemin. Det finns dock ett par smittskyddsläkare som anser att regionledningen inte förstår vilken roll smittskyddsläkaren har eller bör ha, vilket medfört att dessa under perioder haft ett begränsat strategiskt inflytande över smittskyddet i regionen. I dessa regioner har smittskyddsarbetet fungerat mindre effektivt, både under pandemin och

⁵ Fortsättningsvis innefattas regiondirektör i begreppet hälso-sjukvårdsdirektör när inte annat anges.

innan densamma enligt deras egen bedömning. Under pandemin har smittskyddsläkare med en central placering haft väsentligt bättre möjligheter att strategiskt påverka organiseringen av provtagning och vaccinationer.

Det råder i princip konsensus bland smittskyddsläkarna om vikten av att vara centralt placerad i regionens organisatoriska struktur, även om det framförallt är i några av de större regionerna som smittskyddsläkaren har en placering längre ned i organisationen. Smittskyddsläkarna i dessa regioner betonar att en central placering är nödvändig för att kunna arbeta utifrån det regionperspektiv som smittskyddslagen föreskriver:

Oberoendet handlar om dels det här att vi måste kunna tala fritt med regiondirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören direkt, det ska inte gå via ombud. I våra strategiska frågor måste vi ha en direktkontakt med de två, ingen ska kunna ifrågasätta det, jag ska inte behöva gå via min chef för att han i sin tur ska säga till regiondirektören vad smittskyddet behöver. (smittskyddsläkare i en större region)

Betydelsen av en central placering av smittskyddsläkarens funktion framhålls inte på samma sätt bland landets hälso- och sjukvårdsdirektörer, framför allt inte de som företräder små regioner där närheten mellan olika funktioner med korta beslutsvägar samt en hög grad av personkännedom istället framhålls som framgångsfaktorer för ett effektivt smittskyddsarbete. I kontrast till detta betonar ett par smittskyddsläkare att en personberoende organisation är mer sårbar mot bakgrund av en viss omsättning av både direktörer och smittskyddsläkare.

Smittskyddsläkarens roll i en krissituation

I förarbetena anges att smittskyddsläkaren vid en epidemisk spridning av smitta har att ta ledningen över det samlade smittskyddsarbetet [10]. Även mot denna bakgrund krävs att smittskyddsläkaren har en organisatorisk placering som underlättar information direkt till ansvarig nämnd för beslut av densamma. Det försvårar om smittskyddsläkaren i en krissituation måste redovisa frågor och olika beslutsalternativ för en lägre beslutsnivå, eftersom ett flertal sådana beslut förutsätter nämndens ställningstagande och resurstilldelning. Att smittskyddsläkaren ingår i en särskild krisledning kompenserar inte för denna omständighet fullt ut enligt Socialstyrelsens bedömning. Det är också viktigt att ha ett system för krishantering där det finns en klar skillnad mellan vad som å ena sidan utgör expertkunskap och vad som å den andra utgör hänsyn till bredare samhällsliga intressen i form av politiska beslut. Smittskyddsläkaren kommer även i framtiden behöva hantera kriser från smärre utbrott till pandemier och bör i detta sammanhang ha en kapacitet som motsvarar rollen som samordnande myndighet inom ramen för regionens krisberedskap

I förarbeten till smittskyddslagen diskuterades huruvida den omständigheten att smittskyddsläkarna befinner sig i beroendeställning till regionerna kan påverka arbetet. Regeringen anförde bland annat att det är viktigt att smittskyddsläkaren har en stark och oberoende ställning i förhållande till regionen. Emellertid konstaterades att den eventuella beroendeställning som kan

uppkomma balanseras upp av att smittskyddsläkaren är en egen förvaltningsmyndighet i enlighet med Regeringsformen 12 kap. 2 § [10]. Socialstyrelsens översyn visar att det faktum att smittskyddsläkaren är en egen förvaltningsmyndighet inte är en tillräcklig garanti för smittskyddsläkarens oberoende i sig. SKR gör också denna bedömning ”Noterbart är att det är svårt att helt kompensera för en placering långt ned i organisationen i agerandet som självständig myndighet”[9].

Smittskyddsläkarens övergripande mandat och ansvar enligt smittskyddslagen fullgörs bäst med en central placering i regionens organisation enligt Socialstyrelsens bedömning. Genom en central placering integreras smittskyddsläkaren mer naturligt i det regionövergripande nätverket med länsstyrelsen, kommundirektörer, socialchefer osv. Smittskyddsläkaren kan med en central placering också på ett enklare sätt få behovet av stödfunktioner tillgodosett. En central placering underlättar även övrig samverkan med ansvarig politisk nämnd och med ledande tjänstemän i regionen. Socialstyrelsen bedömer att det strategiska arbetet som smittskyddet förutsätter och den oberoende roll som smittskyddsläkaren förväntas ha förutsätter en placering direkt under ansvarig direktör. Även om en sådan position inte nödvändigtvis garanterar smittskyddsläkarens oberoende samt möjligheten att bedriva ett effektivt smittskyddsarbete förefaller det väsentligt förbättra förutsättningarna för detta. En framskjuten placering för smittskyddsläkarfunktionen som här förordas skulle också medföra förbättrade förutsättningar för samordning och likformighet i de regionala verksamheterna samt mellan regioner.

Socialstyrelsen föreslår mot denna bakgrund att Författningsutredningen överväger ett förtydligande i smittskyddslagen kring en central placering av smittskyddsläkaren och smittskyddsenheten direkt underställd ansvarig nämnd.

Den dubbla rollen som smittskyddsläkare och kliniskt verksam

Som beskrivits ovan har ett antal smittskyddsläkare och ett flertal biträdande smittskyddsläkare den dubbla rollen som myndighetsföreträdare och kliniskt verksam läkare. Enligt Socialstyrelsen kan rollen som behandlande läkare komma i konflikt med rollen som smittskyddsläkare, vilket kan medföra att smittskyddsarbetet inte får den självständighet i förhållande till hälso- och sjukvården som avsetts. Denna dubbla ställning kan vara tveksam från rätts-säkerhetssynpunkt, vilket uppmärksammats i tidigare utredningar [10, 11]. Det smittskyddsläkaren får information om som kliniskt verksam får i princip inte hanteras i rollen som smittskyddsläkare beroende på sekretessgränser, och när det inte finns någon sekretessbrytande regel att stödja sig på. Ändå skulle smittskyddsläkaren kunna kritiseras om denne i allvarliga fall avstår från att använda de uppgifter som hen erhållit i rollen som kliniskt verksam enligt Socialstyrelsens bedömning. Detta eftersom en myndighet måste ta ställning till de uppgifter som inkommer oberoende av på vilket sätt uppgifterna inkommer till myndigheten. I förlängningen skulle en smittskyddsläkare också behöva ansöka till förvaltningsrätten om tillfällig isolering av en patient som denne själv behandlat. Detta är ett förhållande som några smittskyddsläkare själva problematiserat.

Den statliga utredningen från 1999 ansåg inte att tillräckliga skäl fanns för att i smittskyddslagen ställa upp hinder mot att smittskyddsläkaren även arbetar kliniskt, även om utredningen noterade att nackdelar kunde uppstå som en följd härav [10]. I propositionen inför den nya smittskyddslagen problematiserades detta förhållande på nytt [2]. Regeringen konstaterade med hänsyn till smittskyddsläkarens övervakande och myndighetsutövande roll att det ”inte framstår som lämpligt att smittskyddsläkaren samtidigt arbetar som behandlande läkare” [2].

I rollen som myndighetschef enligt smittskyddslagens bestämmelser utgör oberoendet en central del av smittskyddsläkarens uppdrag. Mot den bakgrunden anser Socialstyrelsen inte att ordinarie smittskyddsläkare kan ha sidouppdrag som kan riskera ett ifrågasättande av smittskyddsläkarens myndighetsutövning, exempelvis arbete vid infektionsklinik eller mikrobiologisk verksamhet. Socialstyrelsen lämnar därför ett förslag till Författningsutredningen att se över denna ansvarsfråga.

Smittskyddsläkaren är både en person, en myndighet och en del av regionen

Några av de hälso- och sjukvårdsdirektörer som Socialstyrelsen intervjuat inom ramen för översynen menar att det är sårbart att smittskyddsfunktionen med tillhörande ansvar ligger på en person, inte minst ur ett arbetsmiljöperspektiv. Ett par hälso- och sjukvårdsdirektörer anser att smittskyddsläkarens ansvar tillsammans med övriga arbetsuppgifter för smittskyddsenheten borde flyttas över till regionen. Att en regional organisation och inte en person har det samlade ansvaret för smittskyddet framställs av dessa direktörer som en mer ändamålsenlig lösning än nuvarande ansvarsfördelning. Detta är inte något som smittskyddsläkarna själva ger uttryck för, de betonar istället en hög grad av självständighet som en framgång i smittskyddsarbetet, vilket redogjorts för tidigare i rapporten. Ingen av de övriga aktörer Socialstyrelsen haft kontakt med förordar heller en sådan förändring.

Begreppet Regional smittskyddsmyndighet beskriver uppdraget och ansvaret bättre

Vid översynen har Socialstyrelsen erfarit att begreppet smittskyddsläkare kan missförstås som en särskilt utsedd läkare och inte en myndighet med lagstiftat ansvar enligt smittskyddslagen. Till detta kommer att vissa vårdgivare har ”lokalt” ansvariga med titeln ”smittskyddsansvariga” läkare inom exempelvis primärvården. Dessa kan också i vissa sammanhang förväxlas med smittskyddsläkaren enligt vad Socialstyrelsen erfar. Dessutom framgår det inte heller av begreppet smittskyddsläkare att det är på regionens direkta mandat som särskilda tjänstemannauppdrag ges. Begreppet smittskyddsläkare som associeras med en läkarfunktion, och inte en oberoende myndighet, riskerar att symboliskt ”försvaga” betydelsen av funktionen och kan skapa missförstånd i kontakter med aktörer inom och utom hälso- och sjukvården samt mot allmänheten. Begreppet smittskyddsläkare kan också i viss mån dölja de biträdande smittskyddsläkarnas viktiga roll samt övrig personals arbete vid smittskyddsenheterna.

Att smittskyddsläkaren är en person och myndighet som till viss del är ansvarig under en politisk nämnd i regionen och till viss del är fristående ger upphov till viss otydlighet enligt vad Socialstyrelsen erfar. Att vissa smittskyddsläkare dessutom arbetar kliniskt förstärker troligen denna otydlighet. Mot denna bakgrund skulle det vara mer lämpligt att i lagstiftningen använda begreppet Regional Smittskyddsmyndighet (RSM) istället för benämningen smittskyddsläkare och i detta inkludera övrig smittskyddspersonal som idag inkluderas i benämningen smittskydds-enhet. Socialstyrelsen anser att ett namnbyte kan förstärka och förtydliga att den regionala smittskyddsfunktionen de facto är en oberoende myndighet samtidigt som det tydliggör funktionens regionindelade ansvarsområde. Smittskyddsläkaren är myndighetschef över den Regionala Smittskyddsmyndigheten samtidigt som titeln smittskyddsläkare finns kvar med tillhörande mandat och ansvar enligt smittskyddslagen.

Tillgång till och samordning av vårdhygien

Deluppgift 2

Belysa vårdhygienenheters och liknande funktioners roll och analysera deras betydelse för smittskyddet.

Socialstyrelsens samlade bedömning och förslag

6. Vårdhygien är grundläggande för att hindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner samt för att förebygga antibiotikaresistens. Utan tillgång till vårdhygienisk expertis kan vare sig huvudmännen eller vård- och omsorgsgivarna uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Tillgången till vårdhygienisk expertis bör vara likvärdig för alla regionala och kommunala vård- och omsorgsgivare oavsett regiform, vilket det inte är idag. I de regioner där dessa verksamheter inte har fri tillgång till denna expertis har smittskyddet under pandemin fått oproportionerligt många vårdhygieniska frågor, bland annat som en konsekvens av att smittskyddet inte tar ut några avgifter. Socialstyrelsen anser att huvudmännen måste säkerställa tillgången till vårdhygienisk expertis för en mer funktionell hantering och styrning av detta område. *Förslag till regioner och kommuner.*
7. För att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt finns ett behov av ökad samordning. Detta behov har blivit tydligt under tiden med covid-19-pandemin. Någon statlig aktör bör få den initiativrätt som krävs för att upprätthålla ett samlat och effektivt vårdhygieniskt arbete nationellt. Detta skulle underlätta arbetet för samtliga aktörer inom områdena vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och kommunal nivå. Det skulle också öka likvärdigheten över landet och borga för att verksamheten bedrivs utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. En sådan struktur förespråkas också av Världshälsoorganisationen (WHO) i Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. Mot denna bakgrund föreslår Socialstyrelsen att det vårdhygieniska arbetet samordnas på nationell nivå av en statlig myndighet. *Förslag till Regeringen.*

Vårdhygien är ett samlingsnamn för ett praktiskt arbetssätt som baseras på vetenskap för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning bland patienter, brukare samt anställda inom kommunal och regional vård och omsorg. Internationellt är det vedertaget att nationell kapacitet och samordning av vårdhygien är nödvändig för framgångsrikt vårdhygienarbete, vilket bland annat framgår av Världshälsoorganisationens (WHO:s) vägledande riktlinjer inom området [12].

I Sverige regleras vårdhygieniskt arbete huvudsakligen inom ramen för god hygienisk standard som är en del av god kvalitet inom hälso- och sjukvårdslagen. I denna lag ställs krav på att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Det innebär att vårdgivaren måste vidta samtliga åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla detta krav i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I God hygienisk standard ingår att vårdgivare behöver ha tillgång till vårdhygienisk kompetens, krav på vårdgivare när det gäller exempelvis lokaler och utrustning samt organisation, planering och rutiner som är anpassade för att förebygga smittspridning [13]. I socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa personer med funktionshinder ställs krav på att verksamheter som bedrivs utifrån denna lagstiftning ska vara av god kvalitet. Grundläggande för att förebygga infektioner och minska risken för smittspridning inom vård och omsorg är att all personal har relevant kunskap. Som stöd i arbetet med vårdhygien i kommunerna finns vårdhygienisk expertis inom de regionala vårdhygienheterna [14].

Vårdhygiens betydelse för smittskyddet

Smittskydd och vårdhygiens verksamhetsområden är närliggande och i vissa delar överlappande. Det vårdhygieniska arbetet är centralt för ett effektivt smittskydd enligt de smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdsdirektörer som Socialstyrelsen intervjuat inom ramen för denna översyn. Vårdhygien beskrivs som ”smittskydd i praktiken” för att hindra smitta från att spridas inom hälso- och sjukvård och omsorg.

Den organisatoriska strukturen för samverkan mellan regionens smittskydd och vårdhygien skiljer sig dock åt mellan regioner. I de tre storstadsregionerna är smittskydd och vårdhygien helt åtskilda organisatoriskt. I övriga regioner är det ungefär hälften som har en samorganiserad verksamhet och hälften som har separerade verksamheter. I några fall där smittskydd och vårdhygien är organisatoriskt åtskilda delar verksamheterna ändå lokaler.

Fördelar som lyfts av smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdsdirektörer med att ha en samorganiserad verksamhet är bland annat:

- När smittskyddsläkaren är chef även över vårdhygien kan de vårdhygieniska frågorna få en större tyngd i de patient- och brukarnära verksamheterna.
- Det innebär en naturlig samverkan i vardagen och vid behov kan verksamheterna stödja varandra, vilket varit särskilt viktigt under pandemin.
- Eftersom många inom vård och omsorg samt andra aktörer och allmänheten har svårt att förstå skillnaden mellan smittskydd och vårdhygien kan inkommande förfrågningar fördelas till och hanteras av rätt profession.
- Smittskyddsläkaren kan få snabb återkoppling om vårdgivare inte följer de rekommendationer som vårdhygien anger.
- Smittskydd och vårdhygien kan ”tala med en gemensam röst” gentemot kommuner och regioner, vilket skapar tydlighet.

De främsta fördelarna som lyfts med att ha separerade verksamheter är:

- Det är tydligare vem som äger vilken fråga, det blir en tydlighet i ansvar.

- Det är tydligt att smittskyddet inte är en del av hälso- och sjukvården.
- Smittskyddsläkarens tillsynsansvar över vården underlättas om det finns en tydlig gräns gentemot vårdhygien.
- Storstadsregionerna framhåller att det är en fördel att ha verksamheterna separerade med tanke på det stora antalet anställda inom respektive verksamhet.
- Att smittskyddsläkaren är en egen myndighet blir tydliggjort med en smittskyddsverksamhet separerad från vårdhygien.
- Samverkan mellan smittskydd och vårdhygien underlättas om ansvarsgränserna är tydliga mot varandras verksamheter.
- Vårdhygienfrågor ”spiller inte över” lika lätt på smittskyddsläkaren som när denne de facto har ett chefsansvar även för vårdhygien.

Oavsett organisationsform är Socialstyrelsens samlade bedömning att det är av stor betydelse att det finns ett tätt och nära samarbete mellan smittskyddet och vårdhygien i regionerna. Smittskyddsläkaren har det samlade ansvaret för smittskyddet i regionen och ska därmed stödja och följa utvecklingen i det vårdhygieniska arbetet. Vårdhygien ska bistå med expertkunskap inom hygienfrågor genom sin rådgivande funktion.

Vårdgivares tillgång till vårdhygieniskt stöd

Oavsett organisationsform finns alltså vårdhygienisk expertis såsom hygienläkare och hygiensjuksköterskor i varje region. Verksamheten hanterar huvudsakligen hygienfrågor inom hälso- och sjukvård och omsorg. Arbetet består bland annat i epidemiologisk övervakning för att upptäcka fall av smittspridning och infektionsutbrott, undervisning i basal hygien samt rådgivning avseende städning, rengöring och desinfektion [14]. Vårdhygien stödjer och guidar vårdgivarna i deras patientsäkerhetsarbete och ger råd och rekommendationer om hur utbrott ska förebyggas och begränsas inom regionernas och kommunernas vård- och omsorgsverksamheter. Den vårdhygieniska verksamheten har alltså rollen av att vara rekommenderande och rådgivande och har inte ansvar för hur vården bedrivs. Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för verksamhetens kvalitet och att den bedrivs på ett patientsäkert sätt. Men för att uppfylla kravet på god hygienisk standard behöver alltså vårdgivaren ha tillgång till vårdhygienisk kompetens.

Socialstyrelsen följer sedan 2013 upp hur det vårdhygieniska arbetet styrs inom regionerna. 2021 års uppföljning visade att 18 regioner beslutat att alla regionala hälso- och sjukvårdsverksamheter skulle ha tillgång till vårdhygienisk expertis. I tio regioner har dessutom kommunala vårdgivare fri tillgång till vårdhygienisk expertis. I övriga regioner måste kommunerna genom avtal eller annan överenskommelse betala för att få tillgång till vårdhygien. Inom översynen har flera aktörer påpekat att detta betalningsförfarande i sig utgör ett incitament för kommunerna att kostnadsfritt istället vända sig för konsultation av vårdhygieniska frågor till regionens smittskydd.

Olika typer av avtal kring vårdhygienisk expertis

Hur tillgången till vårdhygienisk expertis är strukturerad för vårdgivare varierar alltså mellan regionerna. Tillgången kan exempelvis vara avtalsstyrd som i Region Stockholm där vårdgivare kan teckna avtal med Vårdhygien

Stockholm. Vårdgivare som tecknar ett sådant avtal har tillgång till rådgivning, undervisning och hjälp att kvalitetssäkra den egna verksamheten. Det finns två typer av avtal för vårdgivare i Stockholms län, dels för särskilda boenden i kommunerna, dels för hälso- och sjukvård som drivs av Region Stockholm eller finansieras genom avtal med Region Stockholm. För särskilda boenden finns en avgift per patient eller brukare vars storlek varierar beroende på om det är en heldygnsplats eller en plats på serviceboende. För den regiondrivna hälso- och sjukvården köper vårdgivaren en procentuell andel av en vårdhygienisk tjänst (sköterska eller läkare) [15].

Ett annat exempel är Region Jönköping där enheten för smittskydd och vårdhygien har ett avtal med samtliga kommuner i regionen. Kontaktperson är medicinskt ansvarig sjuksköterska i respektive kommun och hygiensjuksköterska vid smittskydd och vårdhygien i Region Jönköping. Avtalet beskriver samarbetsformer med vårdhygien som en fri nyttighet utan kostnad för kommunerna. Avtalet omfattar alla vård- och omsorgstagare, oavsett var i kommunerna de får sin vård, omsorg, undersökning eller behandling.⁶

Många smittskyddsläkare framhåller att vård- och omsorgsverksamheter i stor utsträckning även i renodlade vårdhygienfrågor vänder sig till smittskyddsläkaren, eftersom denne har beslutanderätt. Effekten är särskilt påtaglig i regioner där vårdgivare betalar för konsultation av vårdhygienisk expertis. Särskilt under pandemin ”har nästan allt kommit att tolkas som smittskyddsfrågor” som en smittskyddsläkare uttrycker saken. På så sätt har vårdhygienfrågor kommit att ”spilla över” på smittskyddsläkarna. Bemanningen inom vårdhygien har dessutom varit bristfällig under en längre tid. Bristen på hygienläkare och övrig vårdhygienisk personal i regionerna gör att behovet hos vård- och omsorgsgivare av vårdhygienisk expertis överstiger tillgången. Detta bekräftas av Socialstyrelsens uppföljning av regionernas vårdhygieniska arbete där det framgår att endast två regioner har tillräcklig bemanning för ett ändamålsenligt vårdhygieniskt arbete [16]. Uppföljningen visar att svårigheten med att rekrytera och behålla personal bland annat beror på hög arbetsbelastning, brist på utbildade hygienläkare och hygiensjuksköterskor samt ett stort antal pensionsavgångar.

Säkerställd tillgång till vårdhygienisk expertis

Vårdhygien hämtar sin befogenhet i sin kompetens (expertis) och denna kompetens krävs för att, i första ledet huvudmannen, och i andra ledet vårdgivaren, ska kunna uppfylla sitt författningsansvar gällande god hygienisk standard. Utan vårdhygiens vårdhygieniska expertis kan vare sig huvudmännen eller vårdgivarna klara kraven på god vård i enlighet med bestämmelserna i HSL. Folkhälsomyndigheten har också pekat på det faktum att äldreomsorgen drabbats så hårt av covid-19 indikerar en brist på vårdhygienisk expertis i utformningen av omsorgstjänster och ledning av verksamheter, exempelvis vad gäller långsiktigt smittförebyggande arbete [17].

Socialstyrelsen bedömer att tillgången till regionernas vårdhygieniska expertis måste öka och bli mer likvärdig över hela landet. Detta skulle säkerställa det vårdhygieniska arbetet i verksamheterna och följsamheten till

⁶ Samverkansavtal mellan smittskydd vårdhygien, Region Jönköpings län och kommunerna om vårdhygien- Folkhälsa och sjukvård (rjl.se)

vårdhygieniska föreskrifter och riktlinjer. En ökad tillgång till sådan expertis skulle också avlasta smittskyddet från vårdhygieniska frågor i allmänhet, men i synnerhet under en kris med stor spridning av samhällsfarlig sjukdom.

Socialstyrelsen anser att huvudmännen måste säkerställa tillgången till vårdhygienisk expertis för en mer funktionell hantering och styrning av detta område.

Nationell kunskapsstyrning och Nationella arbetsgruppen för vårdhygien

Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan och Rådet för statlig styrning med kunskap har enats om att skapa och uttala ett tillitsbaserat partnerskap som modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i frågor som rör kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården [18]. Modellen kallas för Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Parterna har formulerat och skrivit under en överenskommelse. Utifrån överenskommelsen har aktuellt styr- och ledningsdokument tagits fram och fastställts av den strategiska styrgruppen.

Nationell arbetsgrupp (NAG) vårdhygien är en fristående arbetsgrupp som inte tillhör ett nationellt programområde eller samverkansgrupp. Arbetsgruppen låg tidigare under nationell samverkansgrupp patientsäkerhet men arbetar för närvarande direkt på uppdrag av beredningsgruppen till styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Arbetsgruppen anger att de arbetar för att varje person vid varje kontakt med vård och omsorg ska möta en verksamhet med en god hygienisk standard, där risker för smittspridning och vårdrelaterade infektioner har minimerats. Arbetsgruppen ska:

- Ta fram kunskapsunderlag om smittspridning, förebyggande av vårdrelaterade infektioner samt systematisk bedömning av riskfaktorer för vårdrelaterad infektion.
- Arbeta för att säkerställa att vårdhygieniska aspekter beaktas i relevanta avsnitt i Vårdhandboken och att de vårdhygieniska rekommendationerna harmoniseras.⁷

Arbetsgruppen publicerade i oktober 2022 en vägledning för vårdhygien [19]. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och i delar även omsorgen. Vägledning för vårdhygieniskt arbete bygger bland annat på WHO:s åtgärder inom det vårdhygieniska området och Socialstyrelsens beskrivning av en god hygienisk standard. Vägledningen beskriver förutsättningar och aktiviteter på olika nivåer inom områden som WHO har identifierat som nödvändiga för ett framgångsrikt och långsiktigt vårdhygieniskt arbete.

⁷ [Nationell arbetsgrupp vårdhygien | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#)

Statlig samordning av det vårdhygieniska området

Något som smittskyddsläkarna lyft fram är att det saknas en effektiv nationell samordning av det vårdhygieniska området. De menar att det varit ineffektivt att 21 regioners vårdhygieniska enheter exempelvis behövt bestämma vilken skyddsutrustning personal ska ha när det rör sig om samma virus under covid-19-pandemin. Och vidare att rekommendationerna om skyddsutrustning från Folkhälsomyndigheten under pandemin också krockade med Arbetsmiljöverkets föreskrifter. Detta gjorde det svårt för de regionala vårdhygieniska enheterna att ge rekommendationer som uppfyllde samtliga krav och rekommendationer. Smittskyddsläkarna efterfrågar en statlig aktör som hade kunnat skapa tydlighet i vårdhygienfrågorna under covid-19-pandemin. En nationell krishantering av det vårdhygieniska området hade varit ett sätt att avlasta de regionala smittskydden menar man.

Hygienläkarföreningen, Föreningen för vårdhygien och Smittskyddsläkarföreningen har i en gemensam skrivelse till Socialdepartementet år 2021 påtalat att vägledning och rekommendationer framtagna på nationell nivå inom det vårdhygieniska området ofta har kommit så sent att beslut redan hunnit fattas på regional nivå, vilket har lett till frustration och osäkerhet hos regionerna [20].⁸ Rekommendationer har under vissa perioder skiljt sig påtagligt mellan landets regioner, vilket har skapat motsättningar både mellan olika regioner och mellan regioner och kommuner och dess anställda enligt Hygienläkarföreningen, Föreningen för vårdhygien och Smittskyddsläkarföreningen. Detta bekräftas och av Socialstyrelsens intervjuer med smittskyddsläkarna. Att ingen statlig myndighet har ett formaliserat ansvar för att samordna det vårdhygieniska arbetet skapar en otydlighet bland regioner och kommuner enligt de nämnda professionsföreningarna. Arbetsmiljöverkets instruktion förordning 2007:913 saknar också beskrivning av arbetsmiljöfrågorna kring den speciella problematiken med spridning av smitta i vårdmiljöer som inkluderar både vårdtagare och arbetstagare [20].

Behovet av en mer effektiv nationell samordning av det vårdhygieniska arbetet har blivit tydligt under pandemin enligt Socialstyrelsens översyn. Bristen av en sådan samordning har medfört långsamma och tidvis motstridiga råd och rekommendationer om skydd för vårdtagare och arbetstagare mot smitta från Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket. Detta har sin förklaring i att myndigheterna har olika ansvarsområden och arbetar utifrån skilda lagstiftningar.

Socialstyrelsen anser att en statlig myndighet generellt sett har goda förutsättningar att skapa en effektiv och ändamålsenlig nationell samordning av det vårdhygieniska området både i normalläge och i händelse av kris. En nationell samordning kan stärka likvärdigheten över landet och borga för att verksamheten bedrivs utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. Något som de regionala vårdhygieniska enheterna och i förlängningen vårdgivarna skulle gynnas av. Att samordningen av smittskyddet är ett ansvar för Folkhälsomyndigheten samtidigt som vårdhygien saknar en motsvarande statlig samordning ter sig i detta sammanhang som en svaghet. Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det vårdhygieniska arbetet bör vara

⁸ Denna skrivelse har professionsföreningarna också skickat till Socialstyrelsens projektgrupp för kännedom.

samordnat på nationell nivå av en statlig myndighet och denna samordning sker i enlighet med *WHOs- Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes*.

Samordning och samarbete mellan det regionala smittskyddet och kommunal vård och omsorg behöver säkerställas

Deluppgift 3

Identifiera utvecklingsområden för samordning och samarbete med kommunal vård och omsorg.

Socialstyrelsens samlade bedömning och förslag

8. Det finns ett behov av att kommunalt finansierade verksamheter, med stöd av regionens smittskydds- och vårdhygieniska expertis, bygger en stabil kunskapsbas inom smittskydds- och vårdhygienområdet och att dessa kunskaper implementeras i verksamheterna. Socialstyrelsens översyn visar att en samverkansstruktur som stödjer detta finns i flertalet regioner. Denna samverkan ger goda förutsättningar för huvudmännen och vårdgivare – i både kommunal och privat regi - att arbeta förebyggande och hantera de utmaningar som kan komma vid nya smittutbrott. I de regioner där samverkan fungerar sämre föreslår Socialstyrelsen att regionen med hjälp av smittskyddsläkaren och högsta ansvarig för vårdhygien i regionen tillsammans med ansvarig nämnd i kommunerna ser över formerna och innehållet för samverkan. Saknas en rutin för samverkan bör en sådan upprättas som beskriver hur samordning och samverkan ska ske i både förebyggande syfte och för att hantera smittutbrott. *Förslag till berörda regioner och kommuner*

Författningar som reglerar samverkan

Ett effektivt smittskydd ställer krav på samarbete och samordning. I smittskyddslagen regleras detta i 1 kap 10 § som anger att myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal ska samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Kommunerna är myndigheter och omfattas därmed av denna reglering. Verksamheter enligt socialtjänstlagen, LSS samt HSL omfattas dessutom av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [21].⁹ Dessa verksamheter ska använda ledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt 4 kap. 5 § och 6 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställs krav på samverkan för att säkra verksamhetens kvalitet, t.ex. för att kunna agera samordnat i händelse av en kris. Covid-19-pandemin har visat att samverkan mellan kommunen och

⁹ Verksamhet som omfattas av smittskyddslagen omfattas däremot inte av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och följaktligen är dessa inte tillämpliga på de regionala smittskyddsenheternas verksamhet.

regionen behöver utvecklas främst ur ett vårdhygieniskt perspektiv, t.ex. genom avtal mellan huvudmännen som säkerställer tillgången till vårdhygienisk expertis i den kommunala verksamheten, vilket föreslag sex i översynen tagit fasta på.

Smittskydd i den kommunala kontexten

I den kommunala kontexten bedrivs hälso- och sjukvård i symbios med socialtjänst. Det innebär delvis andra utmaningar än när hälso- och sjukvård bedrivs på exempelvis ett sjukhus. Vård och omsorg är dessutom endast en del av det kommunala uppdraget, parallellt med frågor som exempelvis utbildning och näringsliv. Vidare finns en stor variation mellan kommuner avseende hur stor andel av verksamheten som utförs av enskilda vårdgivare. Det finns utmaningar med att bedriva hälso- och sjukvård i en persons hem, oavsett om det är hans egen bostad eller på ett särskilt boende. En sådan utmaning är att hitta en rimlig balans mellan den personliga integriteten och det vårdhygieniska perspektivet. Coronakommissionen uttrycker i detta sammanhang att det särskilda boendets mål att vara hemlikt kan beskrivas som en särskild vårdhygienisk utmaning [22].

Bristande medicinsk kompetens i kommunerna

Coronakommissionen konstaterade i sitt första delbetänkande att det tog alltför lång tid innan de särskilda problemen och bristerna inom kommunernas äldreomsorg uppmärksammades under pandemin [22]. Folkhälsomyndigheten har också uppmärksammat bristande uppföljning av vårdhygieniska och smittförebyggande åtgärder i kommunala verksamheter under pandemin [17]. Folkhälsomyndigheten framhåller den bristande tillgången till medicinsk kompetens i allmänhet samt brister i vårdhygien- och smittskyddskompetens i synnerhet inom socialtjänstens verksamheter. Uppfattningen att den medicinska kompetensen inom kommunen i allmänhet är för låg delas också av många aktörer som Socialstyrelsen haft dialog med inom ramen för översynen, framförallt kompetens om basala hygienrutiner.

Utmaningar med samverkan

Folkhälsomyndigheten pekar också på bristande samordning som behövs mellan regionala och kommunala aktörer för att upprätthålla en god beredskap mot smittsamma sjukdomar [17]. Socialstyrelsens intervjuer och dialoger med smittskyddsläkare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, hälso- och sjukvårdsdirektörer och socialchefer bekräftar denna bild. Det finns en varierad kunskap om varandras verksamheter och de skilda förutsättningar olika aktörer har och detta kan försvåra samordning och samverkan. Under en kris är dessutom mycket information i omlopp, vilket har varit ytterligare en utmaning att hantera. Det finns regioner där samverkan mellan huvudmännen framstår som särskilt utmanande. En socialchef uttrycker sig på följande sätt om regionens smittskydd:

En aha-upplevelse är att det funnits en väldigt liten kunskap om kommunal verksamhet och våra målgrupper. När vi har kommit in med frågor så har

de inte ens förstått frågorna. Det finns en väldigt liten kunskap skulle jag säga om kommunal verksamhet.

I det omvända perspektivet uttrycker sig en smittskyddsläkare så här om den kommunala verksamheten.

I kommunal verksamhet är man inte nöjd med att bara få rekommendationer, utan man vill ha en tydlig riktlinje på pränt. Man vill att vårdhygien och smittskydd ska skriva exakt hur man ska göra från steg ett till steg tjugo på varje boende.

Framgångsfaktorer för samverkan

I Socialstyrelsens översyn framkommer också exempel på lyckad samverkan. Det mest centrala för att främja samverkan är att det finns etablerade rutiner om hur regionernas smittskydd eller vårdhygieniska enheter ska samverka med kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Att dessa rutiner tas fram gemensamt av aktörerna medför att rutinerna blir ett operativt stöd och inte ett dokument som skapar fler frågor. Det behöver vara tydligt för kommunen, som mottagare, vilka frågor som hanteras var i regionen och till vem kommunen kan vända sig. På samma sätt behöver det vara tydligt för regionen vem eller vilken funktion i de olika kommunerna som regionen ska använda som ingång. Som en positiv bieffekt ökar kunskapen om den kommunala hälso- och sjukvården inom den regionala enheten och vice versa. Det förekommer också att smittskydds- och vårdhygienenheter i en region är organiserade så att en viss funktion enbart arbetar gentemot den kommunala hälso- och sjukvården. I en region har ett befintligt nätverk av läkare som arbetar inom särskilt boende fungerat som forum under pandemin för att kommunicera kunskap om smittskydd och covid-19 mellan regionen och kommunerna. Några respondenter beskriver dessutom hur kompetens från regionen har använts när nya vård- och omsorgsboenden planerats.

Framgångsfaktorer som Socialstyrelsen identifierat inom översynen när det gäller samverkan mellan huvudmännen bygger sammantaget på att aktörerna:

- Upparbetar nätverk för att skapa samarbeten för kunskap, utbildning och kompetens både ur ett vårdhygieniskt perspektiv, men även utifrån vilka smittskyddsåtgärder som är viktiga att ha kunskap om.
- Säkerställer att det finns ömsesidig grundläggande kunskap om varandras verksamheter. Kunskap behöver finnas både på ledningsnivå och bland de som arbetar praktiskt med smittskydd och smittförebyggande åtgärder.
- Identifierar vilken medicinsk kompetens, inom smittskydd, smittförebyggande åtgärder och vårdhygien, som behöver stärkas i respektive kommun utifrån den lokala kontexten.
- Skapar utrymme för att använda varandras kunskap så att både perspektiven hemmet som egen bostad och vårdhygieniska aspekter kan finnas parallellt.
- Förvaltar och vidareutvecklar gemensamma arbeten med hygienutbildningar och vårdhygieniska ronder.

- Identifierar metoder inom systematiskt förebyggande smittskyddsarbete och gemensamt analyserar resultat från exempelvis punktprevalensmätningar.
- Skapar tydliga informationsvägar, dvs. tydliggör vilka ingångar som finns i de olika organisationerna och vem som hanterar vilken typ av frågor.

Flertalet regioner och kommuner som inte hade någon formell struktur innan pandemin har utvecklat detta efterhand och betonar fördelarna med att bibehålla dessa även i normalläge, vilket citatet nedan från en socialchef exemplifierar.

Å ena sidan finns bristen på kunskap om kommunala verksamheters förutsättningar och skillnaden på att vårda i den egna bostaden och allt det som har varit under pandemin. Men det finns goda exempel där kulturkrockarna och kunskapskrockarna ändå har kunnat överbryggas förhållandevis väl genom bra samverkansstrukturer. Med vissa undantag då det fallerat så har vi i vårt län fått in bra rutiner under pandemin. Vi har nu i våra samverkansforum slagit fast att vi vill fortsätta med arbetet oavsett pandemin.

En stabil samverkansstruktur behövs

Översynen visar att en stabil samverkansstruktur ger goda förutsättningar för huvudmännen och vårdgivare att hantera de utmaningar som kan komma vid nya smittutbrott. Kompetensutbyte mellan olika funktioner och områden innebär kortare kontaktvägar samt flexiblare och effektivare hantering av både smittskydds- och vårdhygieniska frågor. Strukturer som forum och nätverk behöver finnas och underhållas i lugna perioder, för att kunna öka i intensitet vid behov. Socialstyrelsens bedömning är att de regionala och kommunala huvudmän som uppfattar att de har utmaningar i samverkan behöver lösa dessa innan ett nytt akut läge uppstår. I de regioner där samverkan fungerar sämre föreslår Socialstyrelsen därför att regionen med hjälp av smittskyddsläkaren och högsta ansvarig för vårdhygien i regionen tillsammans med ansvarig nämnd i kommunerna ser över formerna och innehållet för samverkan. Saknas en rutin för samverkan bör en sådan upprättas som beskriver hur samordning och samverkan ska ske i både förebyggande syfte och för att hantera smittutbrott. Folkhälsomyndigheten har i ett tidigare uppdrag föreslagit att medicinskt ansvarig sjuksköterska bör ha kommunens ansvar för att det upprättas rutiner för att kontakt tas med smittskyddsläkare eller expertis inom vårdhygien när det behövs, såväl i förebyggande som i hanteringssyfte [17].

Socialstyrelsens förslag överensstämmer också med utredningen *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* [23] som bland annat föreslår förtydliganden av samverkan i planering och utveckling av primärvården, mellan region och kommuner. I samma utredning föreslås även nya ledningsfunktioner både inom region och kommun för huvudmännens planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård.

Den nationella samordningen av smittskyddet

Deluppgift 4

Identifiera utvecklingsområden för samordning på nationell nivå mellan de regionala smittskydds enheterna

Socialstyrelsens samlade bedömning och förslag

9. Socialstyrelsens bedömning är att Folkhälsomyndighetens samordning av smittskyddet har utvecklats positivt under tiden med covid-19-pandemin. En stor utmaning har varit att förankra allmänna råd och rekommendationer med smittskyddsläkare i en ordnad process givet den tidspress som kom ur pandemins snabba händelseförlopp. Enligt vad Socialstyrelsen erfar har lärdomar dragits från erfarenheterna av covid-19-pandemin, vilket underlättar samordningsprocessen i fortsättningen. Socialstyrelsen föreslår dock att Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna med hjälp av en oberoende part utvärderar den samordning och samverkan som förevarit under pandemin. Syftet med utvärderingen bör vara att identifiera utvecklingsområden, bidra till gemensamt lärande och ytterligare förbättra samordningen. *Förslag till Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarnas förening.*

Samordningen av smittskyddet på nationell nivå omfattar idag Folkhälsomyndigheten och de 21 regionernas smittskydd samt Smittskyddsläkarföreningen som är ett forum för samverkan på området. Inom ramen för översynen har Socialstyrelsen analyserat både Folkhälsomyndighetens nationella samordning samt samordningen mellan de regionala smittskydden.

Smittskyddsläkarföreningens arbete

Smittskyddsläkarföreningen är en nationell professionsorganisation för samtliga aktiva smittskyddsläkare och biträdande smittskyddsläkare. Föreningen är ett forum för samverkan mellan Sveriges smittskydds enheter och för samverkan med övriga myndigheter inom smittskyddsområdet. Föreningen har enligt sina egna stadgar *i uppgift att utveckla och förbättra smittskyddsverksamheten i landet i samarbete med övriga myndigheter inom smittskyddsområdet att tillvarata medlemmarnas fackliga och yrkesmässiga intressen att verka för ett gott samarbete, dels mellan de olika yrkeskategorierna på smittskydds enheterna, dels mellan smittskydds enheterna samt att biträda Läkarförbundet i smittskyddsfrågor.*¹⁰

Föreningen har en styrelse som utses på ett årsmöte. Föreningen tar fram nationella smittskyddsblad, vilket är handläggningsmanualer

¹⁰ <https://slf.se/smittskyddslakarforeningen/styrelse/stadgar/>

(läkarinformation) och patientinformation för de smittsamma sjukdomar som ingår i smittskyddslagen, främst de allmänfarliga sjukdomarna. Smittskyddsbladen utgör ett kunskapsstöd till behandlande läkare respektive den som drabbas av en smittsam sjukdom och publiceras på Smittskyddsläkarföreningens, Folkhälsomyndighetens och samtliga smittskyddsensheters webbplatser. Smittskyddsbladen syftar till att skapa en samsyn mellan smittskydden kring hanteringen av smittsamma sjukdomar i Sverige. Andra exempel på arbetsuppgifter för föreningen är att svara på remisser från olika instanser, exempelvis regeringen, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Föreningen utser också representanter till olika nationella arbetsgrupper och referensgrupper, till exempel i samarbete med Folkhälsomyndigheten, Jordbruksverket, Socialstyrelsen, SKR med flera [24].

Folkhälsomyndighetens samordning

Folkhälsomyndigheten beskriver för Socialstyrelsen att myndigheten bedriver ett utvecklingsarbete inom smittskyddsområdet, övervakar smittsamma sjukdomar samt initierar och samordnar arbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera regioner [25]. Som tidigare nämnts sker rapportering av de sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen samt smittskyddsförordningen genom det elektroniska anmälningssystemet SmiNet. Som en del av det nationella samordningsansvaret tar Folkhälsomyndigheten årligen fram uppdaterade falldefinitioner för de sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. En förutsättning för ett effektivt och rättssäkert smittskyddsarbete är enligt Folkhälsomyndigheten att det finns ett väl fungerande tvärsektoriellt arbete samt utarbetade kanaler för ett gott informationsutbyte. En hörnsten för detta är samarbetet mellan Folkhälsomyndigheten och landets smittskyddsensheter [25].

I normalläge avhandlas det personrelaterade smittskyddet och omvärldsbevakning, förutom kontakt per mejl och telefon, vid veckovisa möten, där landets samtliga smittskyddsensheter deltar via länk. Därtill anordnas utifrån behov tematiska möten med representanter från smittskyddsensheterna. Dessa möten kan involvera alltifrån hela landets smittskydd till mindre grupperingar och hållas vid enstaka tillfällen eller över längre perioder beroende på frågans natur. Utifrån en utarbetad rutin initierar Folkhälsomyndigheten antingen själv eller på begäran av smittskydden en med berörda smittskyddsensheter samordnad utbrottsutredning. Detta sker i huvudsak vid större utbrott med regionöverskridande smitta. Utöver detta har Folkhälsomyndigheten regelbundna möten med representanter från Smittskyddsläkarföreningen och Smittskyddssjuksköterskornas förening, dels för att avhandla aktuella ämnen och dels för planering av ett gemensamt vår- respektive höstmöte. Vårmetet hålls mellan Folkhälsomyndigheten och landets alla smittskyddsläkare samt biträdande smittskyddsläkare medan höstmötet hålls mellan Folkhälsomyndigheten och samtlig personal vid landets smittskyddsensheter [25].

Under pandemin intensifierades kontakten med smittskyddsläkarna och smittskyddsensheterna av nödvändiga skäl. Under den inledande delen av pandemin genomfördes veckomöten vid två tillfällen i veckan, tisdagar samt torsdagar. Även de behovsstyrda tematiska mötena intensifierades och kom att utvecklas till regelbundna möten med referensgruppen för smittspårning

och dialogmöten med smittskyddsläkarna, men även mindre frekvent återkommande möten vad gäller t.ex. skolfrågor, resefrågor om bland annat återvändande turister från skidorter [25].

Utveckling av smittskyddssamordningen

Förutsättningarna för smittskyddsläkarna och smittskyddsenheterna att genomföra uppdraget i enlighet med smittskyddslagen påverkas av de formella samverkansstrukturer som finns med statliga myndigheter inom smittskyddsområdet. I denna rapport har Socialstyrelsen redan belyst problemet med att det inte finns en nationell samordning för vårdhygieniska frågor.

Coronakommissionen framhåller att den samordning som finns inom smittskyddet och förhållandet mellan smittskyddsläkarna och Folkhälsomyndigheten förefaller oklart [26]. Kommissionen beskriver att Folkhälsomyndigheten regelbundet överlägger med smittskyddsläkarna, men de senare ingår inte i myndighetens organisation utan är egna myndigheter som dessutom har regionen som arbetsgivare. Kommissionens intryck är att det ibland varit oklart huruvida smittskyddsläkare kan och bör göra bedömningar som avviker från Folkhälsomyndighetens. Det borde inte ha varit oklart enligt Coronakommissionen eftersom Folkhälsomyndigheten har en samordnande roll, men det är smittskyddsläkarna som bestämmer vilka smittskyddsåtgärder som ska vidtas. Kommissionen ansåg därför att smittskyddsläkarnas ställning måste stärkas och göras tydlig. Enligt kommissionen gäller det att finna en rimlig balans mellan starka och beslutskompetenta smittskyddsexperter ute i landet å ena sidan och en möjlighet till ett samlat nationellt agerande å andra sidan [26].

I Socialstyrelsens intervjuer med smittskyddsläkarna framkommer varierande uppfattningar om hur Folkhälsomyndighetens samordning av smittskyddet har fungerat under pandemin. Det råder i princip enighet om att samordningen har utvecklats positivt under pandemin, att myndigheten har varit lätt att nå och att strukturen med arbetsgrupper och referensgrupper kring bland annat smittspårning och testning varit effektiv. Smittskyddsläkarna uttrycker förståelse för att Folkhälsomyndigheten – liksom de själva – varit hårt belastade under pandemin. Ett fåtal smittskyddsläkare framhåller att de större regionernas smittskyddspersonal varit mer frekvent representerade i Folkhälsomyndighetens arbets- och referensgrupper, vilket inneburit ett ojämnt informationsflöde och därmed en ojämlig kunskapsuppbyggnad. Smittskyddsläkarföreningen har inom ramen för Socialstyrelsens översyn också framfört betydelsen av att Folkhälsomyndigheten har dialog med alla smittskyddsenheter, eftersom varje smittskyddsenhet har ett eget regionalt uppdrag och att ett smittskydd inte kan representera ett annat [24].

Det som framför allt problematiseras av smittskyddsläkarna kring samordningen är att informationen från Folkhälsomyndigheten om råd, rekommendationer och riktlinjer ofta kommit sent och att smittskyddsläkarna haft för kort tid på sig att förbereda för implementeringen av dessa regionalt. Smittskyddsläkarna framhåller att de velat vara bättre förberedda på de råd och rekommendationer som skulle komma från Folkhälsomyndigheten. Detta gäller exempelvis råden kring distansundervisning, nedstängning av kommunala verksamheter och råd om testning av olika åldersgrupper. Även SKR

framhåller utmaningen för smittskyddsläkarna att motivera införandet av rekommendationer regionalt om dessa inte har kommunicerats ordentligt till smittskyddsläkarna på förhand [9].

En utvärdering av samordningen behövs

Under hösten 2020 möjliggjordes införandet av lokala allmänna råd. Inför varje införande förbereddes detta enligt Folkhälsomyndigheten inom ramen för en bedömningsprocess med tillhörande möte mellan Folkhälsomyndigheten, smittskyddsläkaren och beslutsfattare inom den aktuella regionen [8]. I Socialstyrelsens intervjuer framhåller några smittskyddsläkare att processen med de lokala råden var svår att förstå och att det var oklart vad Folkhälsomyndigheten kunde bestämma och vad smittskyddsläkarna hade för mandat. Vissa regioner ville införa regionala råd snabbare än vad processen tillät hösten 2020 när pandemins andra våg kom, vilket ledde till viss frustration. Ett par regioner införde också allmänna råd innan detta var sanktionerat av Folkhälsomyndigheten.

SKR anser att samverkan mellan Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare är god, men betonar att samverkan skulle behöva formaliseras. Möten skulle behöva protokollföras. Mötena bör också vara dialogmöten där kompetens och erfarenheter delas [9]. Folkhälsomyndigheten framför å sin sida att några smittskyddsläkare vill att myndigheten ”ska rekommendera mer och andra tycker att vi ska rekommendera mindre” [8]. Denna delade uppfattning i vilken omfattning Folkhälsomyndigheten ska rekommendera framkommer också i Socialstyrelsens intervjuer med smittskyddsläkarna.

Översynen visar också att Folkhälsomyndigheten under covid-19-pandemin genomförde kompletterande möten med hälso- och sjukvårdsdirektörer och regiondirektörer direkt. Detta var enligt intervjuerna med hälso- och sjukvårdsdirektörerna uppskattat och skapade ännu bättre förutsättningar för en bredare dialog och kunskapsutbyte när påverkan av inskränkande åtgärder var omfattande på lokal nivå.

Det råder samstämmighet bland de aktörer som Socialstyrelsen varit i kontakt med att den nationella samordningen utvecklats positivt under tiden med covid-19-pandemin och att dessa erfarenheter kommer att bidra till samordningen framgent. Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarförbundet har också löpande diskuterat hur samordningen kan förbättras. Socialstyrelsen föreslår dock att Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna med hjälp av en oberoende part utvärderar den samordning och samverkan som förevarit under pandemin. Syftet med utvärderingen bör vara att identifiera utvecklingsområden, bidra till gemensamt lärande och ytterligare förbättra samordningen.

Regionen och smittskyddsläkarfunktionen är bäst lämpade att ansvara för smittskyddet

Deluppgift 5

Analysera, eller sammanställa eventuella tidigare bedömningar, om en mer lokal placering av smittskyddsenheter, exempelvis på kommunnivå, skulle stärka smittskyddet på ett ändamålsenligt sätt.

Socialstyrelsens samlade bedömning

Socialstyrelsen bedömer att smittskyddet även fortsättningsvis bör vara ett övergripande ansvar för regionerna och ett samlat ansvar för smittskyddsläkarna tillsammans med övrig personal vid landets smittskyddsenheter. Myndighetens översyn visar på betydelsen av att denna funktion finns placerad i regionen. Smittskyddsläkaren har utifrån det samlade ansvaret för smittskyddet del i samordningen både gällande smittspårning, provtagning och vaccinering samt regional anpassning av nationella riktlinjer och rekommendationer. För detta krävs ett nära samarbete med många regionala funktioner i form av bland andra ansvarig nämnd, vårdhygienisk expertis och vårdgivare. Smittskyddsläkarens uppdrag omfattar hela regionen, regionens kommuner och samhällets alla verksamheter. Vid utbrott som kan leda till svåra påfrestningar på samhället är det särskilt angeläget att smittskyddsläkaren kan fokusera på samordningen av smittskyddet inom sitt geografiska område, vilket erfarenheterna från covid-19-pandemin visar. Inget i Socialstyrelsens översyn tyder på en förbättrad ändamålsenlighet vid byte av huvudman för hela eller delar av smittskyddet vare sig i normalläge eller vid kris, snarare det motsatta. Eftersom de allra flesta situationer som är aktuella för smittskyddsenheternas arbete är lokala och kräver lokal förankring, är en regional placering mer ändamålsenlig än en statlig placering. I majoriteten av Sveriges kommuner är befolkningsunderlaget dock inte tillräckligt stort för att analyser av spridningsmönster och smittkällor skulle kunna göras på kommunal nivå. Härtill kan konstateras att befolkningsrörelser över kommungränser vida överstiger motsvarande rörelser mellan regioner, vilket skulle komplicera övervakningen av utbrott av smittsamma sjukdomar. Socialstyrelsen har också svårt att se hur råd och rekommendationer under en pandemi skulle kommuniceras och efterlevas på kommunnivå.

Svaret på smittskyddets framtida utmaningar ryms inte i ett förändrat huvudmannaskap utan i en ännu bättre samverkan, dels mellan regionerna och smittskyddsläkarna och dels mellan huvudmännen i regioner och kommuner. Smittskyddets samverkan med primärvården och sjukhusvården är också en viktig faktor för en effektiv smittskyddsverksamhet.

Inom ramen för översynen har Socialstyrelsen analyserat om en alternativ placering av smittskyddet skulle stärka smittskyddsarbetet på ett ändamålsenligt sätt. Uppdraget omfattar frågan om huruvida en mer lokal placering kan bidra till detta. Socialutskottet gjorde under år 2021 ett tillkännagivande där utskottet ansåg att ”en lokal organisation och fler smittskyddsläkare skulle kunna stärka smittskyddet och möjliggöra exempelvis samarbete och samordning med äldreomsorgen” [27]. Även Coronakommissionen framhåller att det bör övervägas om det inte behövs smittskyddsexpertis på lokal nivå, utan att vidare diskutera om ansvaret fortsatt skulle vara regionalt eller om kommunerna skulle få ett utvidgat smittskyddsansvar. Kommissionen menar att expertis på lokal nivå kan behövas i en pandemisk situation för att kunna genomföra större karantänsinsatser: ”En smittskyddsläkare måste ta flera av de mera ingripande beslut man kan behöva fatta under en pandemi, till exempel att förplikta misstänkt smittade att försätta sig i karantän. I t.ex. Norge och Finland fattas sådana beslut av läkare i kommunerna” [4].

Socialstyrelsen har för denna deluppgift tagit del av förarbeten till dagens smittskyddslag samt de tidigare smittskyddslagarna där frågor om huvudmannaskap diskuteras. Myndigheten har dock inte funnit några specifika sammanställningar av bedömningar av en mer lokal placering, eller annan placering, av smittskyddet. Ingen av de aktörer Socialstyrelsen har haft kontakt med inom ramen för översynen har heller nämnt någon sådan sammanställning.

Skälen till det regionala huvudmannaskapet för smittskyddet

Smittskyddslagen från 1988 grundlade förutsättningarna för det moderna smittskyddet. Lagen föreskrev att en organisation och myndighet i varje landsting ska ansvara för smittskyddet. I utredningen inför revideringen av 1988 års smittskyddslag bedömdes landstingen ha bäst förutsättningar att ansvara för smittskyddsarbetet för smitta som kan överföras till eller mellan människor [28]. Smitthindrande åtgärder som krävde ingrepp mot objekt bedömdes andra myndigheter vara mer lämpade att hantera med stöd av annan lagstiftning än smittskyddslagen.

Smittskyddet hade enligt tidigare smittskyddslag främst varit ett ansvar för kommunerna, genom sina miljö- och hälsoskyddsnämnder, och länsstyrelserna. Enligt utredaren saknade nämnderna och länsstyrelserna den medicinska kompetens som krävdes för att kunna ansvara för ett effektivt personinriktat smittskydd. Utredaren menade att denna kompetens istället fanns hos landstingen, som redan då hade vissa uppgifter kring de veneriska sjukdomarna. Utredaren slog också fast att det oftast är landstingen som genom hälso- och sjukvården först kommer i kontakt med sjuka och smittade och som behandlar och vårdar dem. Landstingen bedömdes dessutom i regel ha överblick över sjukligheten inom ett tillräckligt stort befolkningsområde för att kunna dra slutsatser om spridningsmönster och smittkällor. Förändringen av huvudmannaskapet motiverades också som en förenkling för den enskilde som endast skulle behöva ha kontakt med en instans såväl för själva

behandlingen av sjukdomarna som för de åtgärder som kan behövas ur smittskyddssynpunkt.

Ytterligare ett skäl som anfördes för att landstingen skulle överta smittskyddsansvaret var att nämnderna i kommunerna, med undantag för några större kommuner, inte längre hade tillgång till egen medicinsk kompetens. Även länsstyrelserna saknade nödvändig medicinsk kompetens för att övervaka smittskyddet på länsnivå ansåg utredaren. Den medicinska kompetens som till stor del saknas hos kommunerna och länsstyrelserna bedömdes däremot finnas hos landstingen. Undersökningar och provtagningar samt klarläggande av smittvägar och smittkällor – menade utredaren – borde ske där patienten vårdas och där det finns betydande kunskaper och erfarenheter bland läkare, sjuksköterskor och kuratorer som med hjälp av lämplig samordning och ledning kan lösa de smittskyddsfrågor som uppkommer. Smittskyddsarbetet kunde på så sätt anpassas till hälso- och sjukvården i övrigt.

Smittskyddsläkaren blir en egen myndighet

Om landstingen fick ansvaret för smittskyddet ansåg utredaren att den omedelbara ledningen av smittskyddsarbetet, beslutanderätten beträffande olika åtgärder, borde kunna samlas hos en särskild, medicinskt kunnig befattningshavare inom landstinget [28]. Smittskyddsläkaren föreslogs därför bli en egen myndighet för smittskyddet. Smittskyddsläkaren skulle vara den i landstinget som under hälso- och sjukvårdsnämnden hade ansvar att leda och planera smittskyddet. Vidare skulle smittskyddsläkaren ges ansvar att följa och övervaka de allmänfarliga sjukdomarna inom området och vara en kunskapskälla för övrig personal inom smittskyddet. Också i det enskilda fallet skulle smittskyddsläkaren leda arbetet och besluta om lämpliga åtgärder. Smittskyddsläkaren skulle därtill tilläggas myndighetsuppgifter för att kunna besluta om olika rättigheter och skyldigheter för enskilda enligt utredaren. En sådan centralt placerad läkare skulle ha en bättre överblick över smittskyddssituationen inom landstinget än t.ex. en distriktsläkare. Utredaren anförde vidare att möjligheten att vidta åtgärder mot spridning av allmänfarliga sjukdomar kräver ett förhållandevis stort befolkningsunderlag för analys av gemensamma smittvägar och smittkällor. En smittskyddsläkare som verkar i en sådan kontext får dessutom tillräckligt många fall för att kunna bygga upp en kompetens och erfarenhet enligt utredarens bedömning.

Smittskyddskommitténs slutbetänkande

1999 framlade smittskyddskommittén sitt betänkande inför en ny smittskyddslag [10]. Kommitténs kartläggning och utvärdering av de olika insatserna och aktörernas åtgärder visade att smittskyddsarbetet huvudsakligen var väl fungerande och att smittskyddsorganisationen i stort fungerat bra. Utvärderingen gav inte anledning att göra några grundläggande förändringar av befintlig organisation eller ansvarsfördelning. Landstingen, med smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna, skulle således även framledes ha ansvaret för smittskyddet och för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas enligt kommitténs slutsatser. I betänkandet framhölls smittskyddsläkarens centrala roll i smittskyddsarbetet. Kommittén ansåg att smittskyddsläkaren även fortsättningsvis skulle ha ansvar för att planera, leda och organisera

smittskyddet samt följa smittskyddsläget och bl.a. tillse att behövliga åtgärder vidtas.

Regeringens proposition [2] som följde på kommitténs arbete slog fast att den nuvarande organisationen för smittskyddsläkarna i allt väsentligt hade fungerat väl och frågan om ett kommunalt huvudmannaskap av smittskyddet diskuterades inte.

Smittskyddsansvaret kan inte axlas av kommunerna

Mycket har hänt inom den kommunala hälso- och sjukvården sedan 2004 då dagens smittskyddslag tillkom. Bland annat finns en strävan att primärvården ska vara navet inom svensk hälso- och sjukvård. Omställningen mot en god och nära vård syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Fortfarande har regionerna det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och ska verka för en god hälsa hos befolkningen.¹¹ Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. Just det faktum att regionen ansvarar för läkarinsatser och kommunerna ansvarar för äldreomsorgen var något som Coronakommissionen menade illustrerade det problem som uppstår när två huvudmän samtidigt bär ansvar för en verksamhet i vid mening [22]. Kommissionen ansåg därtill att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen är för låg och i behov av förstärkning. Mot den bakgrunden ansåg Kommissionen att kommunen borde ges möjligheten att anställa läkare.

Coronakommissionen riktade dock ingen direkt kritik gentemot det regionala smittskyddet för att smittan kom in på landets äldreboenden. Man konstaterar med hänvisning till Folkhälsomyndigheten att många av socialtjänstens verksamheter saknade beredskap för smittsamma sjukdomar [22]. Och vidare att det finns ett behov av att utveckla samverkan mellan huvudmännen för att säkerställa att kommunerna har tillgång till expertis vad gäller vårdhygien och smittskydd. Denna bedömning delar Socialstyrelsen och lämnar därför förslag att tillgången till vårdhygienisk expertis för samtliga vård- och omsorgsgivare oavsett regiform måste säkerställas av huvudmännen (förslag 5). Samt förslag på att huvudmännen justerar brister i samverkan utifrån de bestämmelser som reglerar och ställer krav på såväl hälso- och sjukvården som socialtjänstens verksamheter (förslag 7).

Att placera smittskyddsansvaret i kommunal regi bedömer Socialstyrelsen inte skulle stärka smittskyddet. Myndighetens bedömning är snarare att det skulle kunna innebära en försämrad effektivitet, samordning och likformighet. Det är fortfarande i regionerna det finns kunskap om de smittsamma sjukdomarnas hälsoeffekter, diagnostik och behandling samt kännedom om prevention av smittsamma sjukdomar. De skäl som angavs för det regionala smittskyddsansvaret i nämnda förarbeten är giltiga än idag. Även i likhet med vad som framhölls i förarbetena är det inom regionen det finns en

¹¹ Kommunerna har ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre, korttidsboenden, bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning och dagverksamheter som är reglerade i socialtjänstlagen. Ansvaret omfattar också personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) samt dagliga verksamheter som är reglerade i LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård.

överblick över sjukligheten baserat på ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för att slutsatser om spridningsmönster och smittkällor ska kunna göras. I majoriteten av Sveriges kommuner är befolkningsunderlaget inte tillräckligt stort för att sådana analyser skulle kunna göras lokalt. Härtill kan konstateras att befolkningsrörelser över kommungränser vida överstiger motsvarande rörelser mellan regioner, vilket skulle komplicera övervakningen av utbrott av smittsamma sjukdomar. Socialstyrelsen har också svårt att se hur råd och rekommendationer under en pandemi skulle kommuniceras och efterlevas på kommunnivå.

Vidare skulle det innebära problem om smittskyddet inte hade samma huvudman som vårdhygien och den mikrobiologiska verksamheten. Speciellt i en situation med omfattande smittspridning. Den goda samverkan som idag finns mellan dessa verksamheter skulle riskeras. Smittskyddsläkarna framhåller också i intervjuer att regionens stödfunktioner är centrala för att kunna bedriva smittskyddsverksamheten, även om de önskat mer av regionens resurser framförallt under pandemin. Smittskyddsläkaren behöver de ”muskler som regionen har för att kunna bedriva ett ändamålsenligt och effektivt smittskydd” som en smittskyddsläkare uttrycker det. Detta gäller inte minst det preventiva arbetet och informationsinsatser till allmänheten där regionen har resurser för kommunikation.

Folkhälsomyndigheten framhåller också att smittskydds enheterna ofta är involverade i en granskning av kommunala omsorgsverksamheter såväl som hälso- och sjukvård varför en placering inne i den kommunala organisationerna kan riskera att leda till både beroende och jäv [8].

Dessutom skulle samordningen med statliga myndigheter försvåras med ett kommunalt huvudmannaskap av smittskyddet. Redan idag är det många aktörer som Folkhälsomyndigheten ska samordna, men skillnaden att samordna 21 smittskydds enheter mot 290 kommuner med tillhörande stadsdelar är förstås avsevärd. Som redogjorts för tidigare i rapporten har det regionala smittskyddet redan idag utmaningar med att rekrytera personal. Det finns idag inte en tillräcklig reserv av buffertkapacitet med erforderlig smittskyddskompetens för att kunna bemanna en kommunal smittskyddsorganisation i hela landet. Folkhälsomyndigheten framhåller i detta sammanhang att smittskydds enheternas uppdrag kräver en specifik och mycket hög kompetensnivå och att en eventuell överföring till kommunal nivå kan innebära att enheten blir för liten för att kunna upprätthålla den kompetensnivå som krävs [8].

Vad gäller Socialutskottets tillkännagivande att ”en lokal organisation och fler smittskyddsläkare skulle kunna stärka smittskyddet” där Norge anges som ett exempel kan Socialstyrelsen konstatera med hänvisning till den norska Coronakommissionen att Norges kommunläkarfunktion inte var tillräckligt rustad för att hantera pandemin [29].

En mer lokal organisation av det regionala smittskyddet

Även om Socialstyrelsen inte anser att ett förändrat huvudmannaskap av smittskyddet skulle bidra till ett effektivare smittskydd enligt de skäl som angivits ovan kan det regionala smittskyddet – utöver samverkan med kommunala verksamheter – upparbeta ännu mer samverkan med primärvården och

specialistvården. Det finns exempel på detta redan idag. I Västra Götalandsregionen har smittskyddet exempelvis lokala kontor i Göteborg, Skövde, Uddevalla och Borås som har nära samverkan med aktuella vårdgivare inom respektive område. I några regioner finns dessutom nätverk där en primärvårdsläkare i varje kommun är knuten till smittskyddet som kallas kontaktläkare. Motsvarande funktioner finns också på de stora sjukhusklinikerna. Dessa kontaktläkare kan svara på enklare smittskyddsfrågor från både allmänhet och vårdgivare [30]. Att dessa kontaktläkare ska ges ett utökat mandat enligt smittskyddslagen vid händelse av en pandemi utifrån en lokal organisation kan inte Socialstyrelsen bedöma inom ramen för denna översyn. Detta eftersom smittskyddslagen inte är anpassad för en situation med stor smittspridning som redogjorts för inledningsvis. Det saknas helt enkelt lagstadgade smittskyddsåtgärder för en sådan organisation att arbeta utifrån utöver de skyldigheter och befogenheter som behandlande läkare har i enlighet med smittskyddslagen idag. Det är också mot denna bakgrund som Författningsutredningen ska analysera bestämmelser i smittskyddslagen om ansvar för smittskydd, utredning av sjukdomsfall och vissa smittskyddsåtgärder samt föreslå eventuella ändringar av bestämmelserna för att anpassa dem till situationer med stor smittspridning.

Socialstyrelsen bedömer också att utredningen *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* förslag kan bidra till att smittskyddsfrågor får en starkare lokal förankring [23]. I utredningen föreslås – som nämnts tidigare i rapporten – en ny ledningsstruktur hos såväl kommunen som huvudman och vårdgivare samt en tydlig samverkanspart till kommunerna i samtliga regioner.

Kan det individinriktade smittskyddet bedrivas i statligt eller sjukvårdsregionalt huvudmannaskap?

I propositionen till nuvarande smittskyddslag resonerade regeringen om det fanns skäl att överväga en övergång till ett statligt huvudmannaskap [2]. Ett argument som beskrevs var rättssäkerhetsaspekten. Desto fler befogenheter smittskyddsläkaren har att fatta ingripande beslut mot enskilda, desto starkare blir kraven på enhetlig tillämpning och på ett statligt ansvar menade regeringen. Mot den bakgrunden föreslogs att fler befogenheter att vidta tvångsåtgärder mot enskilda skulle flyttas från smittskyddsläkaren till förvaltningsdomstol, vilket ansågs tillgodose dessa rättssäkerhetskrav. Ett annat skäl enligt regeringen för ett statligt huvudmannaskap kunde vara den svaghet det innebär att smittskyddsläkaren är beroende av landstingets prioriteringar och resurstilldelning. Regeringen föreslog i detta sammanhang ett utökat ansvar för smittskyddsläkaren bland annat att bevaka att enskilda som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen samt får till uppgift att påpeka brister i smittskyddet. I dessa fall är det viktigt att smittskyddsläkaren har en stark och oberoende ställning i förhållande till kommun och landsting enligt vad regeringen bedömde. Regeringen hävdade dock sammantaget att det inte fanns tillräckliga skäl för att föreslå något annat än ett fortsatt huvudmannaskap för landstingen [2].

Regeringen framhöll det faktum att ansvaret för det samlade smittskyddet i samhället uppdelat på många aktörer ställer krav på en stark samordning av smittskyddet. Regeringen betonade att det i smittskyddsläkarens ansvar för det regionala smittskyddet ligger ett ansvar att verka för samordning av smittskyddsåtgärderna. Vid utbrott som skulle kunna leda till svåra påfrestningar på samhället är det särskilt angeläget att smittskyddsläkaren kan fokusera på samordningen av smittskyddet inom sitt landsting [2].

I efterdyningarna av covid-19-pandemin har Kungliga Vetenskapsakademien fört fram att det bör utredas om förutsättningarna för att slå samman och därmed åstadkomma färre, men kompetensmässigt starkare smittskyddsregioner, kan stärka smittskyddet [5]. Mindre regioner där smittskyddsläkaren inte har någon biträdande smittskyddsläkare skulle kunna gynnas av en sådan organisation genom att kompetensen skulle stärkas, att smittskyddsläkaren har en kollega att konsultera samt att sårbarheten skulle minska. Nackdelarna med att slå samman flera regioners smittskydd är att kopplingen och känndomen om lokalsamhället skulle försämrans och att smittskyddsläkare skulle behöva samordna sin verksamhet gentemot fler regionala huvudmän. Socialstyrelsen menar istället att en adekvat basbemanning av smittskyddet inklusive inrättandet av en obligatorisk biträdande smittskyddsläkartjänst, tillgång till regionens stödstrukturer och en central placering i regionens organisation direkt under hälso- och sjukvårdsdirektören är ett effektivare sätt att utveckla verksamheten än att slå samman smittskyddsansvaret över regiongränser.

Fördelarna med regionen som huvudman för smittskyddet

Att regionen är bäst lämpad att även fortsättningsvis ansvara för det lokala smittskyddet har samtliga aktörer som Socialstyrelsen varit i kontakt med inom ramen för översynen varit överens om. Motiven för det regionala smittskyddsansvaret i förarbeten har visat sig giltiga också i en pandemisituation, enligt Socialstyrelsens bedömning. fördelarna med att tillhöra regionen framhålls med emphasis av både smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdsdirektörer. I intervjuer betonas vikten av att få verka inom samma organisation som de vårdhygieniska och mikrobiologiska verksamheterna. En annan fördel som anges med nuvarande huvudmannaskap är närheten till den kliniska medicinska kompetensen. I detta sammanhang betonades att det är naturligt med en indelning av smittskyddet som följer ansvaret för hälso- och sjukvården. Närhet och samarbete med ledande tjänstemän och förtroendevalda har dessutom varit en förutsättning för att bedriva ett effektivt smittskydd under pandemin. Folkhälsomyndigheten betonar att ojämlikheten skulle kunna öka vid en förändring av huvudmannaskapet:

*Eftersom de allra flesta situationer som är aktuella för smittskyddsensheter-
nas arbete är lokala och kräver lokal förankring, är placeringen inom re-
gionen att föredra framför en statlig placering. Den nuvarande lösningen
med en nationell samordning har visat sig fungera väl, utifrån gällande
reglering och regionalt och kommunalt självstyre. Kommunalt placerade
smittskyddsläkare skulle även försvåra samordningen och rikriktningen av
myndighetsutövande i frågor som berör väsentliga delar av samhället, tex*

STI. I förlängningen riskerar en sådan ordning att skapa ojämlikheter i de beslut som fattas [8].

Så länge Sverige har ett regionindelad ansvar för hälso- och sjukvården anser Socialstyrelsen att även ansvaret för smittskyddet bör vara regionindelad och därmed följa ansvarsgränserna för hälso- och sjukvården. Svaret på smittskyddets framtida utmaningar ryms inte i ett förändrat huvudmannaskap utan i en ännu bättre samverkan, dels mellan regionerna och smittskyddsläkarna och dels mellan huvudmännen i regioner och kommuner. Smittskyddets samverkan med primärvården och sjukhusvården är också en viktig faktor för en effektiv smittskyddsverksamhet.

Smittskydd i Norge, Danmark och Finland

Deluppgift 6

Analysera och beakta de lärdomar som kan dras från hur smittskyddet är organiserat i relevanta grannländer.

Socialstyrelsens samlade bedömning

I Norge, Danmark och Finland har regering och myndigheter vid kris stora befogenheter att besluta om långtgående smittskyddsåtgärder. Norge och Finland har även en lokal smittskyddsorganisation med kommunläkare som har ett omfattande ansvar enligt dessa länders smittskyddslag.

Kunskap om hur smittskyddet är organiserat i relevanta grannländer utgör värdefull kunskap. Socialstyrelsen bedömer dock inte att denna kunskap ger upphov till att ompröva den svenska smittskyddsorganisationen.

Som nämnts tidigare i denna rapport har Riksdagens Socialutskott ifrågasatt om Sveriges nuvarande regionala organisation samt kapacitet avseende smittskydd är tillräcklig och jämför med organisationen i Norge. Socialutskottet anser att en lokal organisation och fler smittskyddsläkare skulle stärka smittskyddet och exempelvis möjliggöra samarbete och samordning med äldreomsorgen [27]. Av skäl som redovisats tidigare i rapporten anser Socialstyrelsen att en förstärkt behovsbaserad tillgång till regionala stödfunktioner, en kapacitetsförstärkning i form av en obligatorisk biträdande smittskyddsläkartjänst samt en stärkt samverkan mellan huvudmännen (där denna brister) är en mer effektiv och rimlig organisering av det regionala smittskyddet än att överföra ansvaret till kommunerna.

Coronakommissionen har också vid kontakt med Socialstyrelsen betonat behovet av förbättring vad gäller primärvården inom ramen för smittskyddsorganisationen i Sverige, vilket berör behovet av samverkan mellan kommuner och regioner samt behov av förbättrad kunskap hos kommunala vård- och omsorgsgivare om smittskydd och vårdhygien. Kommissionen menar att den

lokala nivån fungerar bättre i Norge. Trots detta konstaterar Coronakommissionen att det finns goda skäl att avstå från att dra skarpa slutsatser om effekten av olika länders åtgärder som baseras på antal smittade och döda även om länderna liknar varandra [31].

Coronakommissionen konstaterar sammanfattningsvis att i de nordiska grannländerna, framför allt i Norge och Danmark, är det nationella ansvaret för smittskyddsfrågor fördelat på flera myndigheter. Coronakommissionen betonar att en smittskyddsläkare har möjlighet att ta flera av de mer ingripande beslut som kan behöva fattas under en pandemi (t.ex. att förplikta misstänkt smittade att försätta sig i karantän) och att i t.ex. Norge och Finland fattas sådana beslut av läkare i kommunerna [31]. Författningsutredningen har också i uppdrag att göra en jämförelse av de nordiska ländernas smittskyddslagstiftning. Denna utredning ska – som tidigare beskrivits – analysera bestämmelser i smittskyddslagen om ansvar för smittskydd, utredning av sjukdomsfall och vissa smittskyddsåtgärder samt föreslå eventuella ändringar av bestämmelserna för att anpassa dem till situationer med stor smittspridning.

Smittskydd i Norge[26, 31]

Lagstiftning inom smittskyddsområdet

I Norge regleras smittskyddsarbetet huvudsakligen genom *lov om vern mot smittsomme sykdommer* (smittskyddslagen). Lagen syftar till att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar genom att förebygga dem och motverka att de sprids hos befolkningen samt motverka att sådana sjukdomar förs in eller ut ur landet. Lagen ska också säkerställa att myndigheterna använder nödvändiga smittskyddsåtgärder samt att de samordnar sitt smittskyddsarbete. Den norska smittskyddslagen ger möjlighet till mycket ingripande åtgärder mot smittade och mot befolkning i övrigt vad gäller allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Vid samtliga smittskyddsåtgärder gäller grundläggande krav som omfattar att åtgärderna ska ha medicinsk grund, vara nödvändiga med hänsyn till smittskyddet och vid en helhetsbedömning framstå som ändamålsenliga. Att en åtgärd ska ha medicinsk grund innebär inte ett krav på vetenskapligt bevisad effekt. Det ska läggas vikt vid frivillig medverkan och tvångsåtgärder får inte användas om de innebär ett oproportionerligt ingripande.

I Norge finns 356 kommuner. Kommunen ansvarar för att alla som bor eller uppehåller sig i kommunen försäkras tillräckliga smittskyddsåtgärder. Kommuner kan, när det är nödvändigt för att förebygga en allmänfarlig smittsam sjukdom eller för att motverka att den sprids, bland annat införa förbud mot möten eller andra begränsningar i det sociala umgänget och stänga ned verksamheter där många människor samlas (t.ex. förskolor, skolor, simhallar, butiker, flygplatser). Begränsningar kan även göras i allmänna kommunikationer och personer i ett avgränsat geografiskt område kan isoleras. Vid stor spridning av allmänfarlig smittsam sjukdom där snabba åtgärder krävs kan den statliga myndigheten Helsedirektoratet bestämma om sådana åtgärder i hela eller delar av landet.

I varje kommun ska det finnas en kommunläkare med ansvar för att bland annat ta fram en plan för sjukvårdens och omsorgens arbete, ha övergripande

kontroll över det epidemiologiska läget i kommunen, ta fram förslag till förebyggande åtgärder i kommunen, bistå kommunen, sjukvårdspersonal och andra i arbetet mot smittsamma sjukdomar samt lämna information till befolkningen. Kommunläkaren kan också fatta beslut om att en smittad person ska förbjudas att utföra sitt arbete eller delta i undervisning om denne i annat fall genom sitt arbete eller genom att delta i undervisningen medför en allvarlig fara för att sprida smittan till annan. Personer som är smittade eller har anledning att anta att hen är smittad har skyldighet att uppsöka läkare och genomgå undersökning. Om en person vägrar att genomgå läkarundersökning kan det fattas beslut om tvångsundersökning och i vissa fall isolering. I brådskande fall kan sådana beslut fattas av kommunläkare.

Regeringen ges i smittskyddslagen en långtgående lagstiftningsbefogenhet. Enligt § 7–12 har regeringen vid ett utbrott av en allmänfarlig smittsam sjukdom som hotar folkhälsan, eller hot om ett sådant utbrott, möjlighet att utfärda bestämmelser för att säkerställa folkhälsan och skydda befolkningen. Om nödvändigt får sådana bestämmelser avvika från gällande lag. Dessa bestämmelser innebär att regeringen för att förebygga smittspridning har bemyndigande att ändra lagar som beslutats av Stortinget (Norges lagstiftande församling), vilket innebär lika långtgående befogenheter som i krigstid.

Myndigheter inom smittskyddsområdet

I Norge har *Helse- og omsorgsdepartementet* det överordnade ansvaret för smittskyddet samt beredskapen inom hälso- och omsorgsområdet. Under departementet sorterar *Helsedirektoratet* som är ett nationellt förvaltningsorgan som ger råd, verkställer beslutad politik, förvaltar regelverket inom hälso- och omsorgssektorn samt har ansvar för den nationella beredskapen inom hälso- och omsorgsområdet. Helse- og omsorgsdepartementet kan delegera ansvaret för nationell samordning inom hälso- och omsorgssektorn (vilket har skett under pandemin) till denna myndighet liksom ansvaret för att verkställa nödvändiga beslut i samband med kris. Helsedirektoratet ska genom råd, vägledning, information och beslut bidra till att tillgodose befolkningens behov i samband med smittsamma sjukdomar. Vidare ska Helsedirektoratet inhämta kunskap från *Folkehelseinstituttet* som grund för sina bedömningar.

Folkehelseinstituttet, även det underställt Helse- og omsorgsdepartementet, är en nationell smittskyddsmyndighet och kunskapsinstitution för hela hälso- och omsorgssektorn inklusive folkhälsoområdet. I ansvarsområdet ingår bland annat att övervaka det nationella epidemiologiska läget och delta i bevakningen av det internationella läget, utföra analyser samt bedriva forskning inom smittskyddsområdet. Institutet bistår med expertkunskap och ger råd, vägledning och information till kommuner, fylkeskommuner, statliga institutioner, vårdpersonal och allmänheten om smittsamma sjukdomar, smittskydd och val av smittskyddsåtgärder. Folkehelseinstituttet är i normala fall sidoställt med Helsedirektoratet, men i en krissituation underställs institutet Helsedirektoratet som samordnande organ. Folkehelseinstituttet ska bistå Helsedirektoratet med expertkunskap vid beredskap och kriser.

Den norska Koronakommisjonen och kontakter med HelseDirektoratet [26, 29, 32]

Enligt den norska Koronakommisjonen har det varit en styrka att kommunerna har stort ansvar för smittskydd och den norska smittskyddslagen har varit ett viktigt verktyg i krishantering. Kommissionen lyfter bland annat att lagen ger möjlighet till snabba beslut, både för kommuner och HelseDirektoratet, vilket är viktigt för att kunna skydda befolkningen. Kommissionen anser dock att smittskyddslagen inte ställer tillräckligt tydliga krav på demokratisk kontroll och att ansvarsfördelningen mellan staten och kommunen inte är tillräckligt tydlig.

Vidare har den norska Koronakommisjonen i sin utvärdering av ansvarsfördelningen och samarbetet mellan HelseDirektoratet och Folkehelseinstituttet funnit att de båda myndigheterna haft ett omfattande och gott samarbete under pandemin, men att ansvarsfördelningen mellan dem i viss mån varit oklar. Den renodling av rollerna som förvaltnings- respektive kunskapsorgan som skett under senare år, vilket bland annat innebär att HelseDirektoratet ska ge råd med utgångspunkt i sin roll som myndighetsorgan och att Folkehelseinstituttet ska ge råd i sin roll som kunskapsproducent, hade enligt den norska kommissionen inte blivit tillräckligt inarbetad då covid-19-pandemin kom till Norge. Enligt den norska kommissionen uppstod ett glapp där ingen av aktörerna vägde nyttan av smittskyddsåtgärderna mot belastningen de medförde. Enligt den norska kommissionen är det naturligt att myndigheterna i vissa fall kan göra olika bedömningar, något som följer av deras olika roller. Kommissionen menar dock att det är lämpligt om den verksamhet som har att hantera krisen är en annan än den som står för expertkunskapen och att det är viktigt att ha ett system för krishantering där det finns en klar skillnad mellan vad som utgör expertkunskap, hänsyn till bredare samhällsliga intressen och vad som utgör politiska beslut. En sådan öppenhet kan enligt kommissionen skapa tillit i befolkningen, vilket är avgörande i kriser där befolkningens beteende är kärnan i krishantering.

I slutbetänkandet konstaterar den norska Koronakommisjonen att Norges befolkning och de norska myndigheterna hanterat covid-19-pandemin bra. Däremot anser kommissionen att myndigheterna inte var tillräckligt förberedda för att kunna möta och hantera en pandemi av den omfattning som covid-19-pandemin inneburit. Vidare var kommunläkarfunktionen inte tillräckligt rustad för att hantera pandemin och kommunläkarna fick en krävande arbetssituation under pandemin.

Vid Socialstyrelsens kontakt med HelseDirektoratet framkom att kommunläkaren ofta är specialist i samhällsmedicin eller epidemiologi, men att ingen specifik kompetens krävs inom t.ex. virologi eller smittskydd. Alla kommuner ska ha kommunläkare, men vissa kommuner är mycket små (ca 500 invånare) och en kommunläkare kan arbeta deltid i flera kommuner. Kommunläkarens ansvar är att planera, riskbedöma och vaccinera och kommunläkaren kan stänga ned hela eller delar av en kommun och i Norge är smittskyddet inte åtskilt från hälso- och sjukvården. Under pandemin har behovet av heltidstjänster för kommunläkaren uppmärksamats och kapacitetsbristen har betonats av bland andra den norska Koronakommisjonen enligt HelseDirektoratet. HelseDirektoratet betonade även att fylken och kommuner inte har

förmågan att ansvara för t.ex. vårdplatser, läkemedel och smittskydd vid kris, utan detta lyfts till nationell nivå vid behov, dvs. central enhetlig styrning i syfte att undvika fragmentering och möjliggöra snabba åtgärder.

Smittskydd i Danmark [26, 31]

Lagstiftning inom smittskyddsområdet

I Danmark är den övergripande lagen om patienters rättigheter och sjukvårdspersonalens och sjukvårdsinrättningars skyldigheter *Sundhedsloven*. I Danmark finns 5 regioner och 48 kommuner som enligt denna lag har ansvar för sjukvården. Som utgångspunkt ska behandling av smittsamma och epidemiska sjukdomar ske enligt *sundhedsloven*. För vissa allmänfarliga sjukdomar och vissa övriga smittsamma sjukdomar finns dock en särskild lag, en s.k. epidemilag. Syftet med epidemilagen är att skydda människor från smittsamma sjukdomar och att hindra att sådana sjukdomar sprids eller förs in i landet. Vid covid-19-pandemins utbrott utgjordes epidemilagen av *Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme*, men flera förändringar har gjorts i lagen under pandemin och den 1 mars 2021 trädde en ny pandemilag i kraft (*Lov om epidemier m.v.*). Den epidemilag som gällde vid pandemins utbrott var relativt kortfattad och liknade i flera delar den svenska smittskyddslagen, både när det gäller utformning och möjliga smittskyddsåtgärder.

Förändringar i epidemilagen infördes under pandemin eftersom den danska regeringen ansåg att den dåvarande lagstiftningen inte var tillräcklig för att säkerställa myndigheternas handlingsmöjligheter och effektiva resursanvändning. Förändringarna innebar förändrade beslutsmandat och utvidgade möjligheter att vidta åtgärder för att begränsa smittspridning samt en centralisering av myndighetskompetensen genom att regionala beslutsbefogenheter fördes över till Hälso- och äldreministeriet. I den nya epidemilagen är beslutsfattandet centraliserat och de nya smittskyddsåtgärderna (t.ex. möjlighet att stänga skolor) kvarstår.

Myndigheter inom smittskyddsområdet

Centrala rådgivande myndigheter i Danmark under pandemin har varit *Sundhedsstyrelsen* och *Statens Serum Institut*. Sundhedsstyrelsen har det nationella ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor och har uppgifter i den centrala förvaltningen av hälso- och sjukvårdsområdet och äldrevården. Denna myndighet ansvarar även för folkhälsofrågor. Statens Serum Institut ansvarar bland annat för övervakning av infektioner och beredskap för smittsamma sjukdomar samt bedriver forskning inom bland annat epidemiologi. Andra relevanta myndigheter under pandemin har varit tillsyns- och förvaltningsmyndigheterna *Lægemiddelstyrelsen* och *Styrelsen for Patientsikkerhed*, vilka har mer specialiserade uppgifter jämfört med Sundhedsstyrelsen. Alla fyra myndigheter sorterar under Hälso- och äldreministeriet (Sundheds- och Ældreministeriet, numera Sundhedsministeriet).

Danska coronakommissionen

I Danmark har de långtgående ändringarna i epidemilagen kritiserats, framför allt för att lagstiftningsprocessen genomförts för snabbt, att det sedvanliga remissförfarandet inte följts och att bestämmelserna inte övervägts och

motiverats i tillräcklig utsträckning. Den danska utredningsgruppen som på uppdrag av Folketinget utrett Danmarks hantering av covid-19-pandemin bedömde att det saknats tillräcklig uppmärksamhet på alla de aspekter som ger upphov till juridiska överväganden. Vidare anförde denna utredningsgrupp att de ändringar som infördes den 17 mars 2021 endast i mycket begränsad omfattning innehåller rättssäkerhetsgarantier.

Danmarks coronakommission har jämfört de danska grannländernas (Norge, Sverige och Tyskland) pandemihantering. Vad gäller beslutsunderlag och rådgivningsstruktur konstateras att det i de fyra länderna finns en grundläggande likhet i den institutionella utformningen av expertrådgivningen i samband med epidemiologiska hot. Alla länder har specialiserade institutioner som kombinerar analytiska och forskningsmässiga uppgifter med övervakningsuppgifter av myndighetskaraktär och är placerade på nationell nivå samt bemannas med och leds av specialister inom ett brett fält. Enligt utredningsgruppen är skillnaderna inte stora jämfört med Norge, men däremot större jämfört med Sverige (och Tyskland). Enligt utredningsgruppen framstår Folkhälsomyndigheten i Sverige som en kombinerad sektorforskningsinstitution och administrativ myndighet. Vidare utesluter den svenska grundlagen ministerstyre. Utredningsgruppen menar dock att skillnaderna i Sveriges pandemihantering inte uppstått på grund av att Sverige har en annan institutionell struktur och anser inte att slutsatsen kan dras att en organisationsform är överlägsen någon annan.

Smittskydd i Finland [26, 29]

Lagstiftning inom smittskyddsområdet

I Finland regleras smittskyddet i *lagen om smittsamma sjukdomar* vars syfte är att förebygga smittsamma sjukdomar och spridningen av dem samt deras negativa konsekvenser för människor och samhället. Vissa smittskyddsåtgärder som finns i *lagen om smittsamma sjukdomar* liknar de svenska, men i Finland finns därutöver möjlighet till mer långtgående åtgärder.

Regionförvaltningsverket (Finlands länsstyrelser) samordnar och övervakar bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sitt område och vid verket ska det finnas en läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar. Regionförvaltningsverket kan förordna om obligatorisk hälsokontroll av personer som vistas på någon ort inom dess verksamhetsområde eller på vissa ställen om det är nödvändigt för att förebygga spridningen av en allmänfarlig smittsam sjukdom eller en sjukdom som med fog misstänks vara en allmänfarlig smittsam sjukdom.

I Finland finns 309 kommuner. Kommunerna ska inom sina områden organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar som en del av folkhälsoarbetet. I kommunen ska det finnas en läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar och som ska utreda arten och utbredningen av en misstänkt eller konstaterad smittsam sjukdom samt vidta behövliga åtgärder för att förhindra att sjukdomen sprids. När det gäller omfattande smittrisk kan kommunen fatta beslut om att stänga verksamhetsenheter inom socialvården och hälso- och sjukvården, läroanstalter, daghem, bostäder och motsvarande lokaler och förbjuda allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar. En förutsättning är att åtgärden är nödvändig. Regionförvaltningsverket kan fatta

motsvarande beslut inom sitt område om det behövs inom flera kommuners område. Den läkare som i kommunen eller sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar kan besluta att en person ska hållas i karantän eller isoleras.

Lagen innehåller även bestämmelser om skyldigheter för den som utsatts för smitta och för läkare att anmäla smittsamma sjukdomar samt om smittspårning.

Myndigheter inom smittskyddsområdet

I Finland ansvarar social- och hälsovårdsministeriet för hälsosäkerheten och därigenom en betydande del av Finlands pandemiåtgärder. Ministeriet ansvarar för den rikstäckande beredskapen för störningar inom hälso- och sjukvården eller för hot om sådana och för ledarskapet i dessa situationer. Ministeriet ansvarar för den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Till ansvarsområdet hör även främjande av hälsa och funktionsförmåga, förebyggande av sjukdomar, social välfärd, förebyggande av sociala problem samt läkemedelsförsörjning. Vid ministeriet verkar delegationen för smittsamma sjukdomar som är sakkunnigorgan i fråga om bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) är en nationell sakkunniginrättning för bekämpningen av smittsamma sjukdomar. THL, som är inrättad inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde, stödjer ministeriet och Regionförvaltningsverken, upprätthåller epidemiologiska uppföljningssystem samt styr och stödjer den lokala och regionala bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Institutet ansvarar bland annat för att följa upp och utreda förekomsten av smittsamma sjukdomar, utveckla diagnostik samt informera befolkningen om hur smitta kan undvikas och smittspridning kan förebyggas.

Förslagens påverkan på det kommunala självstyret samt ekonomiska konsekvenser

Förslagens påverkan på det kommunala självstyret och de konsekvenser och särskilda avvägningar som föranlett förslagen ska enligt uppdragsbeskrivningen redovisas i enlighet med 14 kap. 3 § RF. Nämnda paragraf föreskriver att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Dimensionering och organisering av smittskydds enheterna

1. Smittskydds enheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering bedöms i stort vara tillräcklig i normalläge för att genomföra uppdraget som det framgår av nuvarande smittskyddslag. En biträdande smittskyddsläkare finns dock inte i alla regioner idag vilket Socialstyrelsen anser att det borde göra. Detta för att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris. En obligatorisk biträdande smittskyddsläkare skulle stärka likvärdigheten mellan smittskydden i landet vad avser kapacitet och förutsättningar att genomföra uppdraget i både normalläge och vid större smittutbrott. Kapacitetsförstärkningen bör preciseras i smittskyddslagen. *Förslag till författningsutredningen.*

De ekonomiska konsekvenserna för de regioner som skulle behöva inrätta en sådan tjänst motsvarar en biträdande smittskyddsläkares årslön utifrån tjänstegrad. I samtal med Läkarförbundet 2022-09-22 uppges att det inte finns samlade löneuppgifter om vare sig smittskyddsläkare eller biträdande smittskyddsläkare. För specialist i infektionssjukdomar är medianlönen för förbundets medlemmar 68 025 kronor per månad, vilket ger en årslön på 1 501 992 kronor inklusive sociala avgifter.¹²

2. För att genomföra smittskyddsuppdraget krävs att smittskydds enheterna, utöver en adekvat basbemanning, har en säkerställd tillgång till olika regionala stödfunktioner inom exempelvis kommunikation, juridik, statistik och epidemiologi. Tillgången till dessa stödfunktioner varierar mellan regioner och behovet är störst i mindre regioner med lägre basbemanning av smittskydds enheten. I händelse av kris finns dock ett behov av stödfunktioner i samtliga regioner. Tillgången till

¹² Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84 %. Schablonen inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter samt en overheadkostnad. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

stödfunktioner behöver vara tydligt överenskommen mellan regionen och smittskyddsläkaren i normalläge. I händelse av kris behöver tillgången till dessa funktioner kunna skalas upp, vilket bör preciseras i en regional katastrofmedicinsk beredningsplan eller motsvarande. *Förslag till regioner.*

Förslaget är en rekommendation och som sådan innebär det inte någon inskränkning av det kommunala självstyret.

De ekonomiska konsekvenserna för en säkerställd tillgång till nämnda stödfunktioner varierar med storleken på det regionala befolkningsunderlaget och smittspridning i både normalläge och kristid. Även omfattningen och karaktären på de uppdrag som ansvarig nämnd lägger på smittskyddsverksamheten påverkar kostnaden. Eftersom regionen utifrån smittskyddslagens bestämmelser har det övergripande ansvaret för smittskyddet anser Socialstyrelsen att budgeten måste anpassas till det behov som smittskyddsverksamheten har för att bedriva en ändamålsenlig verksamhet.

3. Smittskyddsenheterna och smittskyddsläkaren behöver vara centralt placerade i regionens organisation direkt underställd regiondirektör eller hälso- och sjukvårdsdirektör. Socialstyrelsens översyn visar att i de regioner där smittskyddsverksamheten idag har en sådan placering finns bättre förutsättningar för verksamheten att ta det samlade ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen som smittskyddslagen föreskriver. Ansvaret för att planera, organisera och leda smittskyddet underlättas av en sådan placering. Närheten till ansvarig politisk nämnd möjliggör också ett mer effektivt och samordnat smittskydd, särskilt i en kris. En central placering minskar också risken för oklarheter mellan hur regionen och smittskyddsläkaren uppfattar sina olika roller. Förutsättningarna för att smittskyddsarbetet ska bedrivas likformigt över landet stärks också om smittskyddsläkaren har samma framskjutna position i respektive region. En sådan central placering av smittskyddsläkaren bör preciseras i smittskyddslagen. *Förslag till författningsutredningen.*

Om förslaget förverkligas skulle det innebära en inskränkning av den kommunala självstyrelsen i så motto att regionerna åläggs att organisera sig här efter. Socialstyrelsen bedömer att förslaget ändå är så pass viktigt att det motiverar en sådan inskränkning. Förslaget bedöms vara kostnadsneutralt.

4. I rollen som myndighetschef utgör oberoendet en central del av smittskyddsläkarens uppdrag. Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det kan vara problematiskt om ordinarie smittskyddsläkare har sidouppdrag som kan riskera ett ifrågasättande av dennes myndighetsutövning, exempelvis arbete vid infektionsklinik eller mikrobiologisk verksamhet. Socialstyrelsen lämnar ett förslag till Författningsutredningen att se över denna ansvarsfråga. *Förslag till författningsutredningen.*

Förslaget innebär inte någon inskränkning av det kommunala självstyret. Förslaget bedöms vidare vara kostnadsneutralt.

5. Smittskyddsläkaren är en myndighet, men funktionen kan missförstås som en särskilt utsedd läkare och inte en aktör med fullständigt reglerat ansvar utifrån smittskyddslagen. Socialstyrelsen anser att begreppet Regional smittskyddsmyndighet (RSM) bättre fångar innehållet i funktionen samt minskar risken för missförstånd. Språkligt förtydligar begreppet att smittskyddsläkaren de facto är en självständig och oberoende myndighet samtidigt som det tydliggör funktionens regionindelade ansvarsområde. Namnbytet kan också symboliskt uppvärdera både smittskyddsläkarfunktionen och det viktiga arbete som övrig regional personal utför vid landets smittskyddsenheter. *Förslag till författningsutredningen.*

Förslaget bedöms inte vara någon inskränkning av det kommunala självstyret. Förslaget kan medföra en viss administrativ kostnad som i sammanhanget bedöms vara försumbar för regionerna.

Vårdhygien och smittskydd

6. Vårdhygien är grundläggande för att hindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner samt för att förebygga antibiotikaresistens. Tillgången till vårdhygienisk expertis bör vara likvärdig för alla regionala och kommunala vårdgivare vilket det inte är idag. I de regioner där vårdgivare inte har fri tillgång till denna expertis har smittskyddet under pandemin belastats med vårdhygieniska frågor som en konsekvens av att smittskyddet inte tar ut några avgifter. Socialstyrelsen anser att huvudmännen måste säkerställa tillgången till vårdhygienisk expertis så att smittskyddsläkarna avlastas de renodlade vårdhygieniska frågeställningarna. *Förslag till regioner och kommuner.*

Förslaget är en rekommendation och som sådan innebär det inte någon inskränkning av det kommunala självstyret.

Om överenskommelser skulle slutas mellan regioner och vårdgivare (både regionala och kommunala) skulle det innebära en ökad kostnad för regionernas vårdhygieniska verksamhet. Samtidigt skulle detta avlasta smittskyddet i motsvarande grad varför förslaget bedöms vara kostnadsneutralt för regionerna.

7. För att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt finns ett behov av ökad samordning. Detta behov har blivit tydligt under tiden med covid-19-pandemin. Någon statlig aktör bör få den initiativrätt som krävs för att upprätthålla ett samlat och effektivt vårdhygieniskt arbete nationellt. Detta skulle underlätta arbetet för samtliga aktörer inom områdena vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och kommunal nivå. Det skulle också öka likvärdigheten över landet och borga för att verksamheten bedrivs utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. En sådan struktur förespråkas också av Världshälsoorganisationen (WHO) i Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. Mot denna bakgrund

föreslår Socialstyrelsen att det vårdhygieniska arbetet samordnas på nationell nivå av en statlig myndighet. *Förslag till Regeringen.*

Förslaget riktas till regeringen och bedöms inte ha någon inskränkning av det kommunala självstyret om det endast är en samordnande funktion som inrättas. Kostnaden för en samordningsfunktion av det vårdhygieniska arbetet bedöms uppgå till 4 263 648 kronor per år. Som referenskostnad har vi jämfört med Folkhälsomyndighetens kostnad för samordningen av smittskyddet. Enligt uppgift från Folkhälsomyndigheten omfattar denna verksamhet på myndigheten två till tre utredartjänster (heltid). Kostnaden för tre utredartjänster uppgår till en årskostnad om 2 755 584 kr. Lönen är hämtad från SCB:s löne-databas för 2021 och avser utredare i offentlig sektor. Sociala avgifter om 84 procent är inräknade.¹³ Till denna kostnad tillkommer 1 508 064 kronor för en cheftjänst för samordningen. Lönen avser chef inom samhällsservice och sociala avgifter är inräknade

Samordning och samverkan med kommunal vård och omsorg

8. Det finns ett behov av att kommunalt finansierade verksamheter med stöd av regionens smittskydds- och vårdhygieniska expertis bygger en stabil kunskapsbas inom smittskydd- och vårdhygienområdet och att dessa kunskaper implementeras i verksamheterna. Socialstyrelsens översyn visar att en samverkansstruktur som stödjer detta finns i flertalet regioner. Denna samverkan ger goda förutsättningar för huvudmännen och vårdgivare – i både kommunal och privat regi – att arbeta förebyggande och hantera de utmaningar som kan komma vid nya smittutbrott. I de regioner där samverkan fungerar sämre föreslår Socialstyrelsen att regionen med hjälp av smittskyddsläkaren och högst ansvarig för vårdhygien i regionen tillsammans med ansvarig nämnd i kommunerna ser över formerna för samverkan. Saknas en rutin för samverkan bör en sådan upprättas som beskriver hur samordning och samverkan ska ske i både förebyggande syfte och för att hantera smittutbrott. *Förslag till berörda regioner och kommuner.*

Redan idag har berörda aktörer ett lagstadgat ansvar att bedriva samverkan varför förslaget inte utgör någon inskränkning av det kommunala självstyret. Vår bedömning är att det lagstadgade ansvaret inte heller medför några ekonomiska konsekvenser.

¹³ Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84 %. Schablonen inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter samt en overheadkostnad. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

Den nationella samordningen av smittskyddet

9. Socialstyrelsens bedömning är att Folkhälsomyndighetens samordning av smittskyddet har utvecklats positivt under tiden med covid-19-pandemin. En stor utmaning har varit att förankra allmänna råd och rekommendationer med smittskyddsläkare i en ordnad process givet den tidspress som kom ur pandemins snabba händelseförlopp. Enligt vad Socialstyrelsen erfar har lärdomar dragits från erfarenheterna av covid-19-pandemin, vilket underlättar samordningsprocessen i fortsättningen. Socialstyrelsen föreslår dock att Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna med hjälp av en oberoende part utvärderar den samordning och samverkan som förevarit under pandemin. Syftet med utvärderingen ska vara att identifiera utvecklingsområden, bidra till gemensamt lärande och ytterligare förbättra samordningen. *Förslag till Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarnas förening.*

Förslaget bedöms inte vara någon inskränkning av det kommunala självstyret. Socialstyrelsen har varit i kontakt med konsultbolaget Ramboll (2022-09-23) som uppskattar att en utvärdering av berörd samverkan skulle kosta mellan 200 000 och 300 000 kronor.

Bilaga 1. Metoder för att inhämta information

Enkätdata

Enkätdata om smittskyddsverksamheterna samlades in via enkätundersökningen *Styrningen av det vårdhygieniska arbetet 2021*. Enkätundersökningen genomfördes under perioden 9 november – 17 december 2021. Enkätfrågorna har besvarats av olika regionala funktioner i olika regioner så som avdelningschef, smittskyddsläkare och utredare vid förvaltningen. I enkäten ställdes 13 frågor om smittskyddsverksamheten och på dessa frågor svarade 19 av 21 regioner. Frågorna belyser förhållanden per den 1 november 2021 och är i huvudsak utformade som ja/nej-svar med möjlighet att ge kompletterande information i text. Fyra frågor ställdes specifikt utifrån Socialstyrelsens uppdrag att genomföra en översyn av smittskyddet:

1. Tillgång till smittskyddspersonal – antal anställda och antal tjänster avseende smittskyddsläkare, biträdande smittskyddsläkare, smittskydds-sjuksköterskor samt övrig smittskyddspersonal.
2. Förekomst av en aktuell, samlad plan för att säkra kompetensförsörjningen inom området smittskydd.
3. Bedömning om resurserna är tillräckliga under pandemin samt under mer normala förhållanden.
4. Smittskyddsläkarfunktionens placering i regionens organisatoriska struktur.

Gruppintervjuer

Under februari 2022 genomfördes fyra digitala gruppintervjuer med sammanlagt 21 smittskyddsläkare varav en biträdande. Syftet med intervjuerna var att belysa smittskyddsläkarnas uppfattning om möjligheten att bedriva verksamheten utifrån *bemanning och placering av smittskyddet inom regionen, samordning och samarbete med andra* samt deras uppfattning av *hinder och behov för ett effektivare smittskydd*. Intervjuerna syftade vidare till att spegla förutsättningarna både under pandemiska omständigheter och under mer normala förhållanden. Styrelsen för Smittskyddsläkarförbundet var Socialstyrelsen behjälplig med att sätta samman deltagarna för respektive gruppintervju och att administrera inbjudan.

Gruppintervjuerna genomfördes via Teams och modererades av Socialstyrelsen. Mötena spelades in av via diktafon och transkriberades sedan. Frågeställningarna var följande:

Bemannning och placering av smittskyddet inom regionen

1. Hur ser bemanningen ut idag vad gäller området smittskydd (smittskyddsläkare samt personal vid smittskyddsenheter inom er region?) vad gäller möjligheten att bedriva en ändamålsenlig verksamhet? Både under pandemiska och mer normala förhållanden.
2. Påverkar placeringen av smittskyddsläkaren inom regionen möjligheter att bedriva ett effektivt smittskyddsarbete? På vilket sätt?

Samordning och samarbete med andra

3. Hur fungerar samordningen och samarbetet mellan smittskyddsläkaren och regionledning och ansvarig politisk nämnd? Finns det behov av utveckling?
4. Hur fungerar samordningen och samarbetet på nationell nivå mellan Folkhälsomyndigheten och de regionala smittskyddsenheterna samt mellan smittskyddsenheterna i sig? Finns det behov av utveckling?
5. Hur fungerar samordningen och samarbetet med enheten för vårdhygien inom regionen? Finns det behov av utveckling?

Hinder och behov för ett effektivare smittskydd

6. Finns det hinder för ett effektivare (samt mer samordnat och likformigt) smittskydd?
7. Vilka behov finns för att möjliggöra ett effektivare (samt mer samordnat och likformigt) smittskydd?

Digitala gruppintervjuer genomfördes under mars 2022 med hälso- och sjukvårdsdirektörer alternativt regiondirektörer från 18 regioner. Intervjuerna genomfördes inom ramen för SKRs direktörsnätverk och SKR administrerade inbjudan. Anteckningar från intervjuerna togs av Socialstyrelsen. Intervjuerna genomfördes utifrån fyra frågeställningar:

1. Är de regionala smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering och organisering samt förutsättningar tillräckliga för att genomföra uppdraget, såsom det framgår av smittskyddslagen?
2. Är dessa förutsättningar likvärdiga över hela landet?
3. Är regeringens styrning av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen effektiv i syfte att bidra till det övergripande målet om ett effektivt nationellt smittskydd?
4. Är Folkhälsomyndighetens kunskapsstödjande, samordnande och samverkande uppgifter inom det nationella smittskyddet mot regioner och myndigheter effektiva?

Under mars 2022 hade vi inom uppdraget också ett dialogmöte med SKRs nätverk av Socialchefer och styrelsen för Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Skriftliga inlagor

Socialstyrelsen har våren 2022 inhämtat skriftliga synpunkter och erfarenheter från Folkhälsomyndigheten, SKR och Smittskyddsläkarföreningen av det svenska smittskyddets funktionalitet och utvecklingsmöjligheter. Aktörerna ombads beskriva synpunkter och erfarenheter utifrån följande frågeställningar:

1. Är de regionala smittskyddens dimensionering, organisering samt övriga förutsättningar tillräckliga för att genomföra uppdraget, såsom det framgår av smittskyddslagen? Om inte, vad behöver förändras? Är de regionala förutsättningarna likvärdiga över hela landet?
2. Kan den nationella samordningen av smittskyddet stärkas för att främja effektivitet, likformighet och samordning? På vilket sätt?
3. Vilka lärdomar gällande den nationella samordningen och det regionala arbetet med smittskydd kan dras från covid-19-pandemin?
4. Vilka lärdomar kan dras av från hur smittskyddet är organiserat i relevanta grannländer?
5. Kan de smittskyddsuppgifter som regionerna ansvarar för idag stärkas på ett ändamålsenligt sätt genom att föras över till kommunal, sjukvårdsregional eller statlig nivå?
6. Övriga erfarenheter och synpunkter på smittskyddet idag och möjliga förbättringsområden.

Dialogmöten

Socialstyrelsen har haft ett antal möten med SKR, Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarföreningen både i syfte att planera för översynen men också för att få en fördjupad förståelse av dessa aktörers synpunkter och erfarenheter på smittskyddets funktionalitet och utvecklingsmöjligheter efter att de inkommit med skriftliga inlagor. Härtill har vi inom ramen för uppdraget haft dialogmöten med företrädare för Coronakommissionen, representanter för Helsodirektoretet i Norge, Utredningen Författningsberedskap inför framtida pandemier samt Riksrevisionen.

Omvärldsanalys

För att inhämta relevant bakgrundsinformation och kunskapsbaserad information om andra länders smittskyddsorganisationer genomförde Socialstyrelsen internationell och nationell omvärldsanalys (litteratur- och informationssökning) baserad på t.ex. rapporter från myndigheter och organisationer.

Socialstyrelsen har också genomfört en övergripande internationell utblick för att analysera och beakta lärdomar enligt uppdraget. För att genomföra den internationella utblicken inhämtade Socialstyrelsen relevant bakgrunds- och kunskapsbaserad information genom litteratur- och informationssökning, huvudsakligen avgränsad till Coronakommissionens del- och slutbetänkanden. Coronakommissionen redovisar en beskrivning av arbetet med smittskydd i Norge, Danmark och Finland samt utdrag från de norska och danska motsvarigheterna till den svenska Coronakommissionen.

Studiebesök

I april 2022 besökte Socialstyrelsens projektgrupp smittskyddet i Västra Götalandsregionen och fick en utförlig presentation av verksamheten av ett flertal funktioner på enheten.

Bilaga 2. Förankring av förslag

Socialstyrelsens övergripande slutsatser, bedömningar och förslag diskuterades vid ett digitalt möte den 20 september 2022 med följande personer:

- Eva Melander, Smittskyddsläkarföreningen
- Thomas Wahlberg, Smittskyddsläkarföreningen
- Anders Lindblom, Folkhälsomyndigheten
- Agneta Falk Filipsson, Folkhälsomyndigheten
- Annelie Carlander, Folkhälsomyndigheten
- Lisa Gellerhed, Folkhälsomyndigheten
- Lars Hedengran, Författningsutredningen
- Mats Nilsson, Författningsutredningen
- Fredrik Robertsson, Författningsutredningen
- Ulrika Vestin, SKR
- Petra Rinman, Socialstyrelsen
- Staffan Söderberg, Socialstyrelsen
- Anna Netterheim, Socialstyrelsen
- Anders Alexandersson, Socialstyrelsen
- Axana Hagggar, Socialstyrelsen

Syftet med mötet var att de aktörer myndigheten samverkat med i uppdraget skulle få ge sina synpunkter på både övergripande slutsatser, bedömningar och förslag. Deltagarna var i stort positiva till förslagen. De synpunkter som fördes fram har beaktats och inneburit att några av förslagen förtydligats och utvecklats.

Vid ytterligare ett möte (2022-10-12) diskuterades Socialstyrelsens övergripande slutsatser, bedömningar och förslag med Lars Almroth, hälso- och sjukvårdsdirektör i region Västmanland. Lars var tveksam till behovet av en biträdande smittskyddsläkare i samtliga regioner och uttryckte också tveksamhet till om smittskyddsläkaren måste vara direkt underställd hälso- och sjukvårdsdirektören eller regiondirektören. I övrigt var han positiv till förslagen.

Referenser

1. Regeringen. Uppdrag att göra en översyn av smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar. Regeringens beslut 2021-09-02 S2021/06173 (delvis).
2. Regeringen. Ny smittskyddslag m.m. Proposition 2003/04:30.
3. Regeringen. Proposition 2003/04:158. Extraordinära smittskyddsåtgärder.
4. Coronakommissionen. Sverige under pandemin Volym 2. Sjukvård och folkhälsa SOU 2021:89.
5. Vad kan vi lära av pandemin? Kunskapsöversikter från Kungl. Vetenskapsakademiens expertgrupp om covid-19. 2021.
6. Regeringen. Författningsberedskap inför framtida pandemier, direktiv. 2021:68.
7. Smittskyddsläkarföreningen SFfV. Kompetensbeskrivningar för hygienläkare, hygiensjuksköterska, smittskyddsläkare, smittskyddssköterska. 2000
8. Erfarenheter och synpunkter från Folkhälsomyndigheten. Skrivelse till Socialstyrelsen. 2022-06-29.
9. SKRs perspektiv på Socialstyrelsens regeringsuppdrag avseende översyn av de regionala smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar att genomföra sitt uppdrag. 2022-05-17.
10. SOU 1999:51. Smittskydd, samhälle och individ.
11. Folkhälsomyndigheten. Smittskyddsläkarens ställning inom landstingsorganisationen. 2019
12. WHO. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. 2016
13. Regeringen. Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar. Prop 2005/06:50.
14. Socialstyrelsen. Tillgång till vårdhygienisk kompetens - Vårdgivarens behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2021.
15. Om Vårdhygien Stockholm | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se). 2022-10-03.
16. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård 2022.
17. Folkhälsomyndigheten. Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19. 2020.
18. Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården Styr och ledningsdokument. 2022.
19. Sveriges regioner i samverkan. Vägledning för vårdhygieniskt arbete. 2022.
20. Svenska Hygienläkarföreningen Svensk förening för vårdhygien, Smittskyddsläkarföreningen. Vårdhygien behöver nationell samordning. Skrivelse till Socialdepartementet. 2021.
21. Socialstyrelsen. SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

22. Coronakommissionen. Äldreomsorgen under pandemin. SOU 2020:80
23. SOU 2022:41. Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer..
24. Synpunkter från Smittskyddsläkarföreningen gällande Socialstyrelsens uppdrag att göra en översyn av smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar. 2022-05-30.
25. Beskrivning från Folkhälsomyndigheten av samordningsverksamheten. 2022-02-15.
26. Coronakommissionen. Sverige under pandemin. Volym 1. Smittspridning och smittskydd. SOU 2021:89.
27. Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU16/Utskottets överväganden.
28. SOU 1985:37 Om smittskydd.
29. Høringsuttalelse – NOU 2022:5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2.
30. Statskontoret. Smittskyddsarbetets organisation 1998.
31. Coronakommissionen. Coronakommissionens slutbetänkande volym 1, SOU 2022:10.
32. Koronakommisjonen. NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien