Regionstyrelsen

Tid: 2025-08-12 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

1	Upprop och val av protokollsjusterare	
2	Fastställande av dagordning	
3	Anmälan av delegationsbeslut 2025 Regionstyrelsen	2025/68
4	Övriga anmälningsärenden 2025 Regionstyrelsen	2025/69
5	Kurser och konferenser	

Information

6	Aktuell information	
7	Intern kontroll – Månadsrapport 2025 Regionstyrelsen	2025/16
8	Intern kontroll – Kontrollmoment 2025 Regionstyrelsen	2025/778
9	Kompetensförsörjning	
10	Enligt årshjul: Internationellt arbete	
11	Enligt årshjul: Minoritetsfrågor	
12	Enligt årshjul: Uppföljning av hållbarhetsprogrammet	
13	Frågor	
14	Rapport till och från andra mötesforum	
15	Enligt årshjul: Pågående arbete utifrån Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård	

Beslutsärenden för regionfullmäktige

16	Samverkansavtal om nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)	2025/1296
17	Budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028	2025/7
18	Sammanträdesplan 2026 Regionstyrelsen och Regionfullmäktige	2025/2108

Beslutsärenden för regionstyrelsen

19	Regiongemensam ansökan om statsbidrag från Effektivitetsdelegationen – patientkommunikation	2025/2045

Regionstyrelsen

Tid: 2025-08-12 kl. 13:00

20	Remiss – Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd	2025/1443
21	Remiss – Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48)	2025/1644
22	Remiss – Revidering av reglementen, arbetsordningar och arvodesregler	2025/1969
23	Kylsystem Tranås Vårdcentrum	2025/1965
24	Hyresavtal för förråd Smålands Musik och Teater	2025/2046
25	Avsiktsförklaring för köp av fastighet för uppförande av vårdcentrum i Habo	2025/2127

Övrigt

26	Övriga frågor	

Kallade

Ordinarie ledamöter	*Ersättare*
Rachel De Basso (S) ordförande	Aneth Amundson (S)
Tommie Ekered (M) 1:a v ordf.	Henrik Tvarnö (S)
Stina Sinclair (KD) 2:a v ordf.	Carina Stende (S)
Thomas Gustafsson (S)	Håkan Sandgren (S)
Nena Stamenkovic (S)	Gottlieb Granberg (M)
Per Svenberg (S)	Henrik Sporrong Esbjörnsson (M)
Pontus Lundgren (M)	Kristina Carlo (M)
Kerstin Hammar (M)	Pontus Lundgren (VD)
Martin Nedergaard-Hansen (VD)	Sara Wallby (VD)
Linnéa Götesson (VD)	Anders Gustafsson (SD)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)	Ulf Svensson (SD)
Hampus Bergh (SD)	Monica Samuelsson (KD)
Joseph Tornell (KD)	Irene Oskarsson (KD)
Per Eriksson (C)	Emilie Walfridsson (C)
Jimmy Ekström (L)	Marie Fransson (L)

Adjungerad
Mikael Ekvall (V)

Övriga
Jane Ydman, regiondirektör
Elin Carlholt,
kommunikationsdirektör

Regionstyrelsen

Tid: 2025-08-12 kl. 13:00

Karin Hermansson, regional utvecklingsdirektör
Maria Berghem, ekonomidirektör
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Siw Kullberg, kanslidirektör
Urban Funck, HR-direktör
Nathalie Bijelic Eriksson, sektionschef

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2025-08-05 **Utskriven av:** Nathalie Bijelic Eriksson

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Regionstyrelsen
Sammanträdesdatum:	2025-08-12
Sekretess:	Visas ej

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	**Avsändare/Mottagare**	**Beslutsfattare**
Ärendenummer	**Ärendemening**	**Kategori**
		Ansvarig
350747	Vidaredelegation från regional utvecklingsdirektör gällande semester	RS 4.2.2 §23/2025
2025-06-30	Regional utveckling	Jane Ydman
RJL 2025/2306	Vidaredelegation från regional utvecklingsdirektör gällande semester	RS 4.2.2
		Avare Süleyman
343218	Ordförandebeslut om tf. regiondirektör under tjänsteresa	RS 4.2.4 §1/2025
2025-04-25	Regionstyrelsen	Rachel De Basso
RJL 2025/1498	Ordförandebeslut tf regiondirektör 2025	RS 4.2.4
		Nathalie Bijelic Eriksson
350390	Delegationsbeslut Mjölkrum Klevarp	RS 4.5.2 §20/2025
2025-06-25		Jane Ydman
RJL 2025/1963	Mjölkrum Klevarp	RS 4.5.2
		Lars Edvinsson
350391	Delegationsbeslut_Ombyggnad till boenderum på Sörängens folkhögskola	RS 4.5.2 §21/2025
2025-06-25		Jane Ydman
RJL 2025/1964	Ombyggnad till boenderum på Sörängens Folkhögskola	RS 4.5.2
		Lars Edvinsson
2025.7800	Beslut att godkänna överlämnande av arkivmaterial från Arbetsmiljöenheten och Löneenheten	RS 4.7.4 §5/2025
2025-05-15	Regionstyrelsen	Erik Carlsson
RJL 2025/1733	Beslut att godkänna överlämnande av arkivmaterial från Arbetsmiljöenheten och Löneenheten till arkivmyndigheten	RS 4.7.4
		Erik Carlsson
2025.8468	Beslut om t.f. ekonomidirektör under semester, tagit i enlighet med vidaredelegation	RS 4.2.2 §17/2025
2025-06-02	Regionstyrelsen	Jane Ydman
RJL 2025/1139	Delegationsbeslut från regiondirektör avseende	RS 4.2.2

	semester	
		Maria Berghem
2025.8634	Delegationsbeslut område inköp, Maj 2025	RS 4.4.1 §12/2025
2025-06-04		Carina Mattsson Sandberg
RJL 2025/1768	Delegationsbeslut område inköp 2025	RS 4.4.1
		Rebecka Hagman
2025.8635	Diagnostikintrument (Sydöstra - J), fullmakt	RS 4.4.1 §13/2025
2025-06-04		Carina Mattsson Sandberg
RJL 2025/1768	Delegationsbeslut område inköp 2025	RS 4.4.1
		Rebecka Hagman
2025.8961	Beslut om t.f. sjukvårdsdirektör under semester taget i enighet med vidaredelagation.	RS 4.2.2 §18/2025
2025-06-05	Regionstyrelsen	Jane Ydman
RJL 2025/1330	Delegationsbeslut från regiondirektör avseende semester eller tjänsteärende utomlands.	RS 4.2.2
		Lina Eriksson
2025.9031	Förordnande verksamhetschef: Bra Liv Bankeryd vårdcentral, 2025-08-15-2028-08-14 Bra Liv Hälsan 1 vårdcentral, 2025-09-12-2028-09-11	RSV 4.2.2 §5/2025
2025-06-09	Regionstyrelsen	Charlotta Larsdotter
RJL 2025/624	Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv	RSV 4.2.2
		Camilla Gustafsson
2025.9588	Delegationsbeslut av regiondirektör ersättare direktör sommaren 2025	RS 4.2.2 §6/2025
2025-06-17	Regionledningskontoret	Charlotta Larsdotter
RJL 2025/262	Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv	RS 4.2.2
		Camilla Gustafsson
2025.9668	Vidaredelegationsbeslut tf. verksamhetschefer Vårdcentralerna Bra Liv sommaren 2025	§7/2025
2025-06-18	Regionledningskontoret	Charlotta Larsdotter
RJL 2025/624	Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv	
		Camilla Gustafsson
2025.9713	Ordförandebeslut om tf regiondirektör under semester	RS 3.2 §2/2025
2025-06-18	Regionstyrelsen	Rachel De Basso
RJL 2025/1498	Ordförandebeslut tf regiondirektör 2025	RS 3.2
		Daniel Jansson
2025.9874	Delegationsbeslut för IT-områdesdirektör sommar 2025	RS 4.2.2 §19/2025
2025-06-23	Regionstyrelsen	Jane Ydman
RJL 2025/2049	Delegationsbeslut för sommaren 2025	RS 4.2.2
		Therese Höglund

2025.10245	Beslut taget i enlighet med vidaredelegation från regiondirektör gällande förordnande tf chefsöverläkare psykiatriska kliniken Värnamo	RSV 4.2.2 §22/2025
2025-06-27	Regionstyrelsen	Jane Ydman
RJL 2024/3325	Delegationsbeslut förordnanden inom Psykiatri, rehabilitering och diagnostik 2025	RSV 4.2.2 Anna Österström
2025.10521	Delegationsbeslut område inköp, juni 2025	RS 4.4.1 §14/2025
2025-07-03		Carina Mattsson Sandberg
RJL 2025/1768	Delegationsbeslut område inköp 2025	RS 4.4.1 Rebecka Hagman
2025.11354	Yttrande över remiss - Skattelättnad för förmån av resor med kollektivtrafik Fi2025/01063	RS 4.1.5 §24/2025
2025-07-02	Finansdepatementet	Jane Ydman
RJL 2025/1780	Remiss - Skattelättnad för förmån av resor med kollektivtrafik	RS 4.1.5 Maria Berghem

Region Jönköpings län

Rapport Övriga anmälningsärenden Regionstyrelsen 2025-08-12

Handling	Dnr + rubrik/innehåll
Inkomna handlingar	
– Regeringsbeslut	• RJL 2025/2361 Uppdrag om förbättrad tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga som vårdas på SiS • RJL 2025/2291 Utbetalning av medel till regionerna för anslutningskostnader för den nationella katalogen • RJL 2025/2287 Erbjudande till samtliga regioner och Gotlands kommun att upprätthålla en funktion som regional bredbandskoordinator • RJL 2025/2284 Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende anslag 1:1 Regionala utvecklingsåtgärder inom utgiftsområde 19 Regional utveckling • RJL 2025/2213 Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Riksarkivet • RJL 2025/2211 Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Riksantikvarieämbetet • RJL 2025/2210 Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Länsstyrelserna • RJL 2025/2199 Uppdrag till Tillväxtverket att ta fram en långsiktig plan för ärendehanteringssystemet Nytt projekt- och stödärendesystem (NYPS) • RJL 2025/2191 Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Post- och telestyrelsen
– Beslut från Sveriges kommuner och regioner (SKR)	
– Skrivelser från invånare	
– Skrivelser från organisationer	
– Övrigt	• RJL 2025/2343 Cirkulär 25:36 Information från Sveriges a-kassor om den nya • arbetslöshetsförsäkringen • RJL 2025/2342 Cirkulär 25:30 Överenskommelser om BEKO 25, Etableringsjobb och BEA 25 med OFR:s förbundsområden Läkare och Lärare • RJL 2024/3164 Stämmoprotokoll per capsulam Småland och öarna 2025-07-02

Sida 7 av 208

	• RJL 2025/1572 Protokoll årsstämma Inera AB 2025-06-11 • RJL 2025/996 Protokoll årsstämma AB Transitio 2025-06-04 • RJL 2025/657 Protokoll styrelse AB Transitio 2025-06-04 • RJL 2025/2067 Information om tidsplanering, diarieföring m.m. vid delårsrapport och årsredovisning kopplat till revisionsprocessen • RJL 2025/1124 Verksamhetsberättelse 2024 Jönköpings läns museum • RJL 2025/570 Protokoll Samordningsförbundet Södra Vätterbygden 2025-06-11 • RJL 2025/569 Protokoll Finnvedens Samordningsförbund 2025-06-04 • RJL 2025/253 Beslut Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö 2025-05-27 Granskning Fördjupad grundläggande granskning av nämnden för trafik, infrastruktur och miljö § 77 • RJL 2025/644 Protokoll årsstämma Svensk Kollektivtrafik 2025-05-16 • RJL 2025/145 Protokoll årsstämma Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag 2025-05-14 • RJL 2025/871 Protokoll årsstämma Science Park 2025-05-09 • RJL 2025/774 Protokoll Ägarråd för Inera AB 2025-04-28 • RJL 2025/866 Protokoll årsstämma Bostadsbyggen i Jönköping AB 2025-04-08
Upprättade handlingar	
– Protokoll	• Protokoll Regionstyrelsen 2025-06-23 • Protokoll Regionstyrelsens arbetsutskott 2025-06-23 • Protokoll Regionstyrelsen 2025-06-03 • Protokoll Länsrådet för funktionsnedsättningar 2025-05-22 • Protokoll Personaldelegationen 2025-05-21 • Protokoll Upphandlingsdelegationen 2025-05-21 • Protokoll Länspensionärsrådet 2025-05-15
– Svar på skrivelser	
– Övrigt	• RJL 2025/2085 Beslut om avskrivning i ärende inkommet till Visselblåsarfunktionen • RJL 2025/2089 Ansökan till EU-kommissionen om att driva Europa Direkt-kontor 2026–2030 • RJL 2025/664, 2025/1087 och 2025/1487 Information om felaktig gallring av patientdata • Rapport över ärenden i Region Jönköpings län 2025-05-27 – 2025-08-04

Handlingar

Utskriftsdatum: 2025-07-01 **Utskriven av:** Monica Sandsvik Svensson

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Datum:	2025-06-01 - 2025-06-30
Riktning:	Alla
Status:	Alla
Handlingstyp:	REMISS
Notering:	
Sekretess:	Visas ej

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		**Avsändare/Mottagare**	**Avdelning**
Ärendenummer		**Notering**	**Handlingstyp**
		Ärendemening	
2025.8613	I	Remiss - Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling senast den 15 september 2025	Anette Peterson
2025-06-03		Socialdepartementet Stockholm	Regionledningskontoret
RJL 2025/1973		Svar - senast den 2025-09-15 s.remissvar@regeringskansliet.se Ange diarienummer S2025/01022	REMISS
		Remiss- Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling	
2025.8691	I	Remiss- Förslag till nya föreskrifter om rapportering av upphandlade bilar och vissa tjänster inom vägtransportområdet	Carina Mattsson Sandberg
2025-06-04		Transportstyrelsen	Verksamhetsstöd och service
RJL 2025/1992		Svar senast 2025-07-11	REMISS
		Dnr TSF 2024-122	
		Remiss- Förslag till nya föreskrifter om rapportering av upphandlade bilar och vissa tjänster inom vägtransportområdet	
2025.9030	I	Remiss - Regional infrastrukturplan för Västra Götaland 2026-2037	Karin Hermansson
2025-06-09		Västra Götalandsregionen	Regionledningskontoret
RJL 2025/2030		RS 2023-04619	REMISS
		Svar senast 2025-09-30	
		Regional infrastrukturplan för Västra Götaland 2026–2037 med tillhörande hållbarhets- och miljökonsekvensbeskrivning	
2025.9152	I	Remiss- Förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter om blodverksamhet, dnr 24721/2025	Anette Peterson
2025-06-11		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/2064		Svar senast 2025-08-18	REMISS

		Remiss- Förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter om blodverksamhet	
2025.9450	I	Remiss med möjlighet till yttrande, konsekvensutredning och förslag till tillfälliga lokala trafikföreskrifter i samband med uppvisning på väg, "Tranås Cruising" inom Tranås kommun	Matilda Kruse
2025-06-11		Länsstyrelsen i Jönköping	Länstrafiken
RJL 2025/877		1624-2025 Svar senast 2025-06-25 Ansökan om tillstånd till uppvisning på väg, Storgatan, Tranås, Tranås kommun	REMISS
2025.9607	I	Remiss- Arlanda, en viktig port för det svenska välståndet Åtgärder som stärker konkurrenskraften för Arlanda flygplats	Karin Hermansson
2025-06-17		Landsbygds- och infrastrukturdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/2151		SOU 2025:67 LI2025/01130 Svar senast 2025-10-17 Remiss - Arlanda, en viktig port för det svenska välståndet	REMISS
2025.9632	I	Remiss- Förslag till Klimat att växa i, Regional utvecklingsstrategi 2030, med utblick mot 2040	Karin Hermansson
2025-06-18		Region Kalmar län	Regionledningskontoret
RJL 2025/2158		Svar senast 2025-10-30 RS 2025/727" Remiss - Förslag till Klimat att växa i, Regional utvecklingsstrategi 2030, med utblick mot 2040	REMISS
2025.9702	I	Remiss- Detaljplan för Sjöåkra 4:1 m.fl., i Bankeryd	Joakim Strid
2025-06-18		Jönköpings kommun/Stadsbyggnadsnämnden	Länstrafiken
RJL 2025/2180		diarienummer: Stbn/2023:430 Svar senast 2025-09-03 Remiss - Detaljplan för Sjöåkra 4:1 m.fl., i Bankeryd	REMISS
2025.9926	I	Remiss - Regional transportinfrastrukturplan för Skåne 2026-2037	Karin Hermansson
2025-06-23		Region Skåne	Regionledningskontoret
RJL 2025/2212		Svar senast 2025-10-31 Remiss - Regional transportinfrastrukturplan för Skåne 2026-2037	REMISS
2025.9948	I	Remiss - Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)	Evelina Örn
2025-06-24		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/2217		SOU 2025:43 Svar senast 2025-10-13	REMISS

		Remiss - Delbetänkandet Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)	
2025.10000	I	Remiss - Detaljplan för Ödlan 19 m fl Skeppsbron Östra 1, Jönköping	Fredric Fingal
2025-06-24		Jönköpings kommun Stadsbyggnadskontoret	Länstrafiken
RJL 2025/2208		Dnr Stbn/2025:43 Svar senast 2025-09-09	REMISS
		Remiss - Detaljplan för Ödlan 19 m fl Skeppsbron Östra 1, Jönköping	
2025.10094	I	Remiss - Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov (SOU 2025:63)	Urban Funck
2025-06-25		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/2244		Dnr S2025/01126 Svar senast 2025-10-31	REMISS
		Remiss - Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63)	
2025.10097	I	Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)	Anette Peterson
2025-06-25		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/2245		Dnr S2025/01127 Svara senast 2025-10-31	REMISS
		Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62	
2025.10098	I	Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) Volym 2 Underlagsrapporter	Anette Peterson
2025-06-25		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/2245		Dnr S2025/01127 Svara senast 2025-10-31	REMISS
		Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62	
2025.10125	I	Remiss - Ramverk för barn och vårdnadshavare i 1177	Anette Peterson
2025-06-26		Inera/Sveriges Kommuner och Regioner	Regionledningskontoret
RJL 2025/2248		Svar senast 2025-10-24	REMISS
		Remiss - Ramverk för barn och vårdnadshavare i 1177-tjänster	
2025.10215	I	Remiss - Skolverkets föreskrifter om kursplaner för yrkeskurser i kommunal vuxenutbildning på grundläggande nivå	Karin Hermansson
2025-06-27		Skolverket	Utbildning och kultur
RJL 2025/2283		Dnr 2025:1996 Svar senast den 2025-09-30	REMISS
		Remiss - Förslag till kursplaner för yrkeskurser på grundläggande nivå i kommunal vuxenutbildning	
350686	K	Remiss - Länstransportplan 2026-2037	Carlos Pettersson

Handlingar

Utskriftsdatum: 2025-07-01 **Utskriven av:** Monica Sandsvik Svensson

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Datum:	2025-06-01 - 2025-06-30
Riktning:	Alla
Status:	Alla
Handlingstyp:	MOTION
Notering:	
Sekretess:	Visas ej

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Notering	Handlingstyp
		Ärendemening	
2025.8543	I	Motion- Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård	Linda Byman
2025-06-02		Sverigedemokraterna	Regionledningskontoret
RJL 2025/1950			MOTION
		Motion- Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård	

Handlingar

Utskriftsdatum: 2025-08-01 **Utskriven av:** Anette Nero

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Datum:	2025-07-01 - 2025-07-31
Riktning:	Alla
Status:	Alla
Handlingstyp:	REMISS
Notering:	
Sekretess:	Visas ej

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		**Avsändare/Mottagare**	**Avdelning**
Ärendenummer		**Notering**	**Handlingstyp**
		Ärendemening	
2025.10312	I	Remiss - Planbeskrivning Granskning Högabråten 1:3	Jessica Sjöström
2025-07-01		Vaggeryds kommun	Länstrafiken
RJL 2025/2310		Dnr: KS 2023/111 Svar senast 2025-09-10	REMISS
		Remiss - Detaljplan för del av fastigheterna Högabråten 1:3, Vaggeryds kommun	
2025.10361	I	Remiss - Ökad tydlighet, stärkt samverkan – förutsättningar för framtidens utvecklingspolitik (SOU 2025:85)	Karin Hermansson
2025-07-01		Landsbygds- och infrastrukturdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/2317		LI2025/01327 Svar senast 2025-10-07	REMISS
		Remiss - Ökad tydlighet, stärkt samverkan – förutsättningar för framtidens utvecklingspolitik (SOU 2025:85)	
2025.10322	I	Remiss - Ändring av kravet på befordringstid i den samhällsomfattande posttjänsten	Linda Löfgren
2025-07-01		Finansdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/2322		Svar senast - 2025-10-15 Fi2025/01485	REMISS
		Remiss - Promemorian Ändring av kravet på befordringstid i den samhällsomfattande posttjänsten	
2025.10353	I	Remiss - Planbeskrivning Mandelblomman 1 m fl	Matilda Kruse
2025-07-02		Nässjö kommun	Länstrafiken
RJL 2025/2334		Diarienummer SPK-2024-317 Svar senast 2025-08-06	REMISS
		Remiss - Detaljplanplan för Mandelblomman 1 med flera i Nässjö	

2025.10552	I	Remiss - Rapport Lättnader i kraven på byggnader vid ändring och ombyggnad	Tomas Calmviken
2025-07-04		Landsbygds- och infrastrukturdepartementet	Verksamhetsstöd och service
RJL 2025/2363		Svar senast 2025-10-31 LI2025/01207	REMISS
		Remiss av Boverkets rapport Lättnader i kraven på byggnader vid ändring och ombyggnad	
2025.10604	I	Remiss - Terminologiremiss - begrepp inom palliativ vård	Anette Peterson
2025-07-04		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/2375		Svar senast - 2025-09-05	REMISS
		Remiss - Terminologiremiss - begrepp inom palliativ vård	
2025.10776	I	Remiss - Planbeskrivning Granskning Högabråten 13	Nathalie Bijelic Eriksson
2025-07-11		Vaggeryds kommun	Länstrafiken
RJL 2025/2310		Dnr: KS 2023/111 Svar senast: 2025-09-10.	REMISS
		Remiss - Detaljplan för del av fastigheterna Högabråten 1:3, Vaggeryds kommun	
2025.10782	I	Remiss - Planprogram för Västra Stockaryd - samrådshandling	Nathalie Bijelic Eriksson
2025-07-11		Kommunledningskontoret, Sävsjö kommun	Länstrafiken
RJL 2025/2311		Diarienummer: KS 2024/202 Svar senast 2025-09-01	REMISS
		Remiss - Planprogram för västra Stockaryd, Sävsjö kommun	
2025.10788	I	Remiss - Konsekvensutredning och förslag till tillfälliga lokala trafikföreskrifter i samband med Smålandsstenardagen, Smålandsstenar inom Gislaveds kommun	Fredric Fingal
2025-07-11		Länsstyrelsen i Jönköpings län	Länstrafiken
RJL 2025/2432		Svar senast: 2025-08-15 3911-2025	REMISS
		Remiss - Konsekvensutredning och förslag till tillfälliga lokala trafikföreskrifter i samband med Smålandsstenardagen, Smålandsstenar inom Gislaveds kommun	
2025.10852	I	Remiss - Utkast till rapport Xt-EHR_D6.1 Patientsammanfattning: Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för EHR-system	Peter Häyhänen
2025-07-14		E-hälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/2439		Svar senast - 2025-09-15 Patient Summary: Implementation guides on EEHRxF, functional and technical requirements and specifications for EHR systems	REMISS
		Remiss - Xt-EHR D6.1 Patientsammanfattning: Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella	

		och tekniska krav och specifikationer för EHR-system	
2025.11303	I	Remiss- D7.3 Xt-EHR (EHDS) Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för EHR	Peter Häyhänen
2025-07-31		E-Hälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/2538		Svar senast 2025-09-11	REMISS
		Remiss- D7.3 Xt-EHR (EHDS) Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för EHR	

§ 151

Kurser och konferenser

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott beslutar om deltagande vid följande konferenser.

- Konferensen *Funktionshinder i tiden* den 9-10 oktober 2025 i Stockholm
  – En ledamot från den politiska ledningen och en ledamot från oppositionen i Länsrådet för funktionsnedsättningar ges möjlighet att delta.

- Region Jönköpings läns hållbarhetsdag 2025 den 23 oktober 2025 i Jönköping
  – En ledamot per parti som finns representerat i regionfullmäktige ges möjlighet att delta.

- Konferensen *Att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet 2025* den 23 oktober 2025 i Stockholm
  – Avstå från deltagande.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen
Länsrådet för funktionsnedsättningar

Från: SKR Evenemang <evenemang@skr.se>
Skickat: den 15 maj 2025 12:23
Till: Region Jönköpings län <regionen@rjl.se>
Ämne: Funktionshinder i tiden 9-10 oktober 2025

Viktig Information: Detta e-postmeddelande kommer från en avsändare utanför Region Jönköpings län. Klicka aldrig på länkar och öppna aldrig bifogade filer om du är osäker på avsändaren eller innehållet.

Om du misstänker att meddelandet är skadligt, vidarebefordra meddelandet till natfiske@rjl.se

Sveriges Kommuner och Regioner

Inbjudan från SKR

För vidarebefordran till tjänstepersoner och politiker som möter personer med funktionsnedsättning i kommun och region.

Funktionshinder i tiden

Årets konferens har tema Funktionsförmåga och samskapande och du får en blandning av lärande exempel från kommuner, forskning och myndigheters arbete vad gäller bland annat krisberedskap, hälsa, aktiv involvering och stöd till arbete.

Inledningstalar gör statsrådet Camilla Waltersson Grönvall, Generaldirektör Björn Eriksson, Socialstyrelsen samt avdelningsdirektör Monika Sonde SKR

Datum: 9-10 oktober 2025
Tid: 9 oktober: 11.45-17.00 10 oktober: 8.30 – 12.30
Plats: Quality Hotel Globe, Arenaslingan 7 Johanneshov , Stockholm
Mer information och anmälan: Funktionshinder i tiden

Kostnad: 3 900 kr
Målgrupp: Du som möter personer med funktionsnedsättning i din profession, politiker och ledning i kommun och region.

Medverkande:

Malin Ekman Aldén, generaldirektör Myndigheten för delaktighet
Åsa Furén-Thulin, sektionschef Sveriges kommuner och regioner
Henrik Wahlström, producent, regissör, ambassadör för organisationen MIND och

känd instagramprofil
Ett 25-tal olika seminarium att välja mellan kommer med inbjudan.

Praktisk information: För frågor kring anmälan info@skr.se för frågor kring innehållet anna.thomsson@skr.se eller ulrika.lifvakt@skr.se

Sveriges Kommuner och Regioner
info@skr.se
skr.se



Fotograf: Johan Werner Avby

Hållbarhetsdagen 2025 - Hållbara höjdpunkter från våra verksamheter!

Under årets hållbarhetsdag tittar vi tillbaka på vår gemensamma resa genom Hållbarhetsprogrammet 2021–2025. En innehållsrik programperiod fylld av engagemang, initiativ och konkreta åtgärder för en mer hållbar verksamhet. Genom inspirerande exempel från olika delar av organisationen lyfter vi fram de insatser som gjort skillnad – stora som små. Vi får tillsammans möjlighet att reflektera över vad vi åstadkommit, vilka lärdomar vi tar med oss och hur vi kan fortsätta framåt med kraft och riktning.

Hållbarhetsdagen riktar sig till politiker, chefer, miljöombud samt till övriga medarbetare med intresse för hållbarhetsfrågor. Vi får under dagen ta del av föreläsningar från bland annat Regionernas kansli för hållbar upphandling, Patrik Skogward, Överläkare Klinisk fysiologi samt verksamheter inom Region Jönköpings län som berättar om sitt arbete mot en hållbar utveckling.

Tid och plats

- Torsdag 23 oktober 2025
- 08:30 - 15:15
- Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum, Jönköping

Anmälan

- Anmälan görs vi LoK (Lärande och kompetens). Anmäl dig här.
- Du kan även anmäla dig direkt till josefin.gunnarsson@rjl.se

Flera sätt att delta

Hållbarhetsdagen genomförs i år fysiskt i Rosensalen. Om du inte har möjlighet att delta fysiskt kan du ta del av hållbarhetsdagen via streaming.

Program

Programmet kan komma att uppdateras. Se intranätet för den senaste informationen.

- Välkommen, moderator Maria Cannerborg, miljöchef Region Jönköpings län
- Inledning, Rachel De Basso, regionstyrelsens ordförande, Region Jönköpings län
- Vi bidrar till en sund livsmiljö
    - Hållbar upphandling i Sveriges regioner – ett nationellt samarbete, Pauline Göthberg, Regionernas kansli för hållbar utveckling
    - Hållbara och hälsofrämjande utemiljöer, Robert Burman, Område Regionfastigheter
    - När samverkan gör skillnad – Strama och resan mot rationell antibiotikaförskrivning, Carl Fridolfsson, STRAMA-koordinator
    - Hälsosamma matvanor med minskad klimatpåverkan, Jennie Ferm, Område Måltid
- Vi är till för alla
    - Jämställdhet för hållbart liv och samhälle, Charlotte Jerkelund, Regionledningskontoret
- Vi använder våra resurser klokt
    - Cirkulär möbelhantering, Emma Olsson, Område sjukhusstöd
    - Kloka kliniska val och klok resursanvändning, Patrik Skogward, Överläkare Klinisk fysiologi Länssjukhuset Ryhov
- Vi är klimatsmarta
    - Minskad klimatpåverkan från våra fastigheter, Andreas Wremp och Kerstin Jungmalm, Område Regionfastigheter
    - Så bidrar kollektivtrafiken till en hållbar utveckling, Erik Andersson, Jönköpings länstrafik
    - Klimatsmarta tjänsteresor, Jonas Milton, Område Länstransporter
- Hållbarhetsprisets vinnare

Från: SKR Evenemang <evenemang@skr.se>
Skickat: den 16 juni 2025 12:01
Till: Region Jönköpings län <regionen@rjl.se>
Ämne: Glöm ej att anmäla dig till Förebygga och motverka välfärdsbrottslighet 23-24 oktober 2025

Viktig Information: Detta e-postmeddelande kommer från en avsändare utanför Region Jönköpings län. Klicka aldrig på länkar och öppna aldrig bifogade filer om du är osäker på avsändaren eller innehållet.

Om du misstänker att meddelandet är skadligt, vidarebefordra meddelandet till natfiske@rjl.se

Sveriges Kommuner och Regioner

Evenemang från SKR

För vidarebefordran till politiker och tjänstepersoner som jobbar med välfärdsbrottslighet.

Att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet 2025

Välkommen till konferens med fokus på att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet.

Datum och tid: 23 oktober 2025 kl.13.00 (valbart program från kl. 11.00) – 24 oktober 2025 kl. 15.00
Plats: Clarion Hotel Arlanda
Kostnad: Tidig anmälan före 20 juni: 3 900 kronor per person.
Anmälan efter 20 juni: 4 500 kronor
Sista anmälningsdag: 6 oktober 2025
Målgrupp: Förtroendevalda och anställda i kommuner och regioner samt anställda i statliga myndigheter.

För mer information om program och anmälan: Att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet 2025

Innehåll

Under två dagar kommer du att få ta del av föreläsningar i plenum och ett stort antal seminarier med mer inriktat innehåll. Utdrag ur programmet:

- Journalisten Lasse Wierup berättar om vårdcentraler, tandläkarmottagningar och vaccinationsföretag som drivs i brottssyfte

och läkare som sviker sitt samhällsuppdrag och spelar under täcket med kriminella. Hur kunde vi låta det hända? Och finns det någon väg tillbaka?
- Uppsala och Strängnäs – organiserad brottslighet och kopplingar till välfärdsbrottslighet med efterföljande panelsamtal.
- Hur kan Utbetalningsmyndigheten hjälpa samhället i arbetet mot felaktiga utbetalningar?
- Rättvist byggande om arbete för en byggbransch fri från kriminalitet.

Dagarna erbjuder också (minst) 12 seminarium som fokuserar på att dela erfarenheter framförallt från kommuner och regioner och ge mer handfasta exempel hur du kan arbeta. Områden som tas upp är tex ekonomiskt bistånd, riskanalyser, arbete mot arbetslivskriminalitet, personlig assistans, otillåten påverkan och föreningsbidrag.

Konferensen spelas in och går att köpa i efterhand. De som deltar i konferensen får tillgång till det inspelade materialet utan kostnad och har också möjlighet att delta i välfärdsbrottslighetsveckans webbinar måndag-onsdag utan kostnad. Anmälan ska göras i ordinarie formulär men kostnaden kommer inte debiteras om man också deltar i konferensen.

Om du har frågor, vänd dig till SKR:s kontaktcenter:
info@skr.se
08-452 70 00

Varmt välkommen!
Christina Kiernan, Emma Albertsson och Lotta Ricklander
Avdelningen för Ekonomi och styrning

För frågor och mer information, kontakta SKR:s kontaktcenter:
info@skr.se 08-452 70 00

§ 133

Intern kontroll – Månadsrapport 2025 Regionstyrelsen

Diarienummer: RJL 2025/16

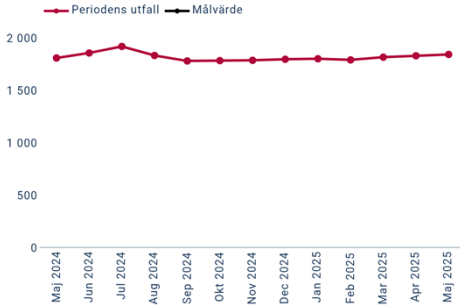
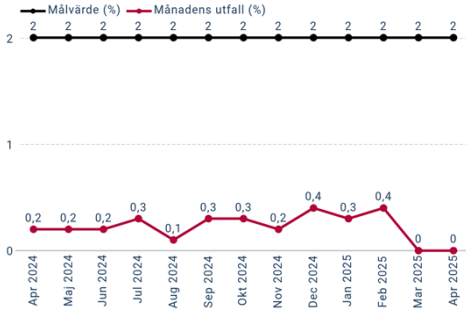
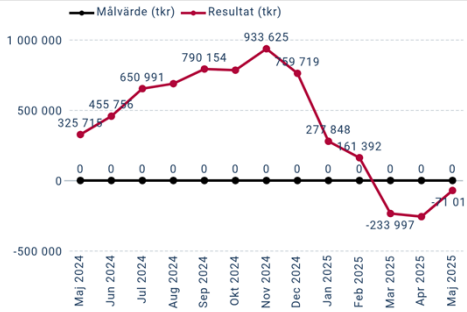
Beslut

Maria Berghem, ekonomidirektör, informerar om månadsrapport per maj 2025.

Regionstyrelsens arbetsutskott lägger informationen till handlingarna.

Intern kontroll – månadsrapport regionstyrelsen maj 2025

1 0 1 1 av 3 Mätetal

Perspektiv	Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Med-arbetare	Faktiska årsarbetare	1 809	De verksamhetsområden som ligger under regionstyrelsen har för perioden januari till maj haft i genomsnitt cirka 40 fler faktiska årsarbetare jämfört med samma period föregående år. En del förklaras av några enheter 2025 gått över till verksamhetsområden som ligger under regionstyrelsen.	
	Kostnad för bemannings-företag (hyrkostnad som andel av egna personalkost nader)	0,2 %	Verksamhetsstöd och service (1177 telefon) är det verksamhetsområde som ligger under regionstyrelsen som anlitar bemanningsföretag. Det handlar om hyrsjuksköterskor och kostnaden till och med maj 2025 har varit cirka 200 000 kronor. Detta är cirka 125 000 kronor lägre jämfört med samma period föregående år. De tre senaste månaderna har utfallet för bemanningsföretag varit 0.	
Ekonomi	Ekonomi i balans	-71 011 tkr	Total budgetavvikelse -71 miljoner kronor. Se nedan för analys.	

Till och med maj visar de **verksamhetsområden som ligger under regionstyrelsen** ett underskott på -9 miljoner kronor:

- Regionledningskontoret, -9 miljoner kronor
- IT-centrum, 0 miljon kronor
- Verksamhetsstöd och service, 0 miljon kronor

Regionledningskontoret redovisar en budgetavvikelse på -9 miljoner kronor till och med maj. Underskottet förklaras av flera olika faktorer. Bland annat har ombyggnationen av Regionens hus medfört tillfälliga kostnader på cirka 3 miljoner kronor. Hyreskostnaden för Batterigatan, som uppgår till 4 miljoner kronor kommer att omfördelas till respektive resultatområde. Inom kansliavdelningen finns ett negativt resultat på totalt 3 miljoner kronor, vilket främst beror på delar kopplade till arkivverksamheten samt ett generellt underskott inom personalkostnaderna. Slutligen uppgår det negativa resultatet för AT-organisationen till 2 miljoner kronor. Folkhälsa samt Smittskydd och vårdhygien har budgetöverskott då vissa tjänster är vakanta och vaccinkostnader främst uppstår senare under året

Perspektiv	Mätetal	Resultat	Analys	Diagram

IT-centrum har till skillnad från början på året nu en budget i balans. Det beror i huvudsak av att stora inköp av hårdvara har gjorts i början på året. För helår 2025 beräknas inköp av hårdvara vara i nivå med budget. Under de senaste åren har IT-centrum arbetat för att minska beroende av konsulter bland annat genom rekrytering, kompetenshöjande åtgärder samt god resursplanering. Insatserna har haft effekt och fortsätter under 2025. Samtidigt finns det ett utökat behov av IT-centrums tjänster, särskilt utifrån de arbete som pågår för kontinuitetshanteringen. Det innebär att IT-centrum behöver anlita mer konsulthjälp och att kostnaden för konsulter är högre än budgeten.

Flera av verksamhetsstöd och service områden har positiva budgetavvikelser. Tre områden måltid, hjälpmedelscentralen och närservice, har dock större negativa budgetavvikelser som tillsammans är -10 miljoner kronor. Område måltids underskott beror på strukturella problem, ett minskat antal sålda patientportioner i Eksjö och Värnamo samt större engångskostnader i samband med ombyggnationen av produktionsköket i Jönköping. Närservice har utmaningar med höga kostnader kopplade till sjukskrivningar inom städverksamheten. Hjälpmedelscentralen påverkas av höga kostnader för behandlingshjälpmedel och höga inköpskostnader, särskilt för vanliga rullstolar och elrullstolar till uthyrningsverksamheten mot kommunerna.

I övrigt förklaras budgetavvikelsen av underskott på totalt cirka -62 miljoner kronor inom **centrala anslag/regionövergripande RS (inklusive RF)**. Denna budgetavvikelse består bland annat av:

- Överskott, +47 miljoner kronor, inom RS gemensamt som till stor del förklaras av ej utfördelad budget.
- Överskott, +69 miljoner kronor, för skatter, kostnads-inkomstutjämning och generella statsbidrag. Skatteintäkterna visar -23 miljoner kronor mot periodbudget (utifrån SKR:s prognos från 29 april) och de generella statsbidragen och utjämningen visar +92 miljoner kronor mot periodbudget. Förklaringar till den positiva avvikelsen är ett obudgeterat sektorsstöd på 72 miljoner kronor på årsbasis och utjämningssystemet som visar +155 miljoner på årsbasis, vilka genererar överskott varje månad.
- Överskott, +21 miljoner kronor, inom riktade statsbidrag.
  En förklaring till budgetavvikelsen är att det finns överskott inom kömiljarden med 29 miljoner kronor.
- Underskott inom pensionsmedelsförvaltning.
  Budgetavvikelse på -272 miljoner kronor består av att orealiserade vinster, ränteintäkter och realiserade vinster efter maj är 12 miljoner kronor lägre än budgeterat, samt att de realiserade och orealiserade förlusterna till och med maj har landat på -260 miljoner kronor. Den stora anledningen till budgetavvikelsen är att börserna i världen har gått ner under 2025 så avvikelsen består framför allt av orealiserade förluster.
- Överskott, 62 miljoner kronor, inom pension och arbetsgivaravgift.
  Avvikelsen mot budget förklaras till stora delar av större minskningar av pensionskostnader än budgeterat som framför allt beror på lägre inflation.
- En negativ budgetavvikelse, -8 miljoner kronor, finns för likviditetsmedelsförvaltning.
  Denna avvikelse förklaras av lägre ränteintäkter än budgeterat. I avvikelsen ingår även en utdelning av engångskaraktär från Almi.

RS Kontrollmoment 2025 - Kontroll av följsamhet till attestreglemente

1. Bakgrund och syfte

I Regionstyrelsens fastställda intern kontrollplan för 2025 (RJL 2024/4313) finns ett kontrollmoment som avser kontroll av följsamhet till attestreglemente avseende fakturor gällande bemanningsföretag och liknande tjänster. I denna rapport presenteras resultatet av detta kontrollmoment.

Följande funktioner/roller har fått möjlighet att sakgranska innehållet i rapporten: enhetschef inköp, ekonomidirektör och kanslidirektör.

2. Metod och avgränsningar

Kontrollmomentet avser fakturor gällande bemanningsföretag och liknande tjänster och avser kontroll av följsamhet till gällande attestreglemente. Kontroll av att fakturan och tillhörande specifikationer, tidrapporter, kommentarer i Raindance m.m. möjliggör den kontroll som beskrivs i gällande attestreglemente.

Ett urval av fakturor från 2024 har granskats avseende de verksamhetsområden/ resultatområden som är berörda av denna typ av kostnader och fakturor.

De konton som avses i detta kontrollmoment är följande:

Kontonummer:	Benämning:
55511	Hyrläkare personalbrist
55512	Hyrsjuksköterskor personalbrist
75811	Inhyrd Admin, IT och Fastighetstjänster

3. Styrning

3.1 Attestreglemente och tillämpningsanvisningar

Gällande attestreglemente med tillämpningsanvisningar är från 2013. I detta dokument framgår bl.a. vad de olika attestrollerna innebär och vilka kontroller som ska göras i samband med att de olika attesterna sker.

Det framgår bl.a. i attestreglementet att beslutsattest innebär att ansvara för:

- att beställning/inköp/utbetalning eller annan transaktion följer beslut, budget eller direktiv för verksamheten.

Exempel på direktiv från verksamheten, kan avse att ansvara för:

• att inköp sker inom ramen för upphandlade avtal om sådana finns.

Prestationsattest/mottagningsattest utförs av annan person än beslutsattestant. Attesten innebär kontroll av:

- att varan/tjänsten mottagits och - att levererad kvantitet/kvalitet överensstämmer med beställningen

Vid prestationsattest av faktura tillkommer kontroll av:

- att pris, rabatt och andra betalningsvillkor är riktiga,
- att fakturan stämmer i belopp och summering,
- att fakturan är rätt konterad avseende ansvar och ev. projekt och statistikkod,
- att tillse att deltagarförteckning samt syfte framgår vid representation, utbildning och resa.

3.2 Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning

I 3 kap. finns bl.a. följande skrivning avseende vad en verifikation ska innehålla för uppgifter:

Verifikationer

8 § För varje ekonomisk händelse ska det finnas en verifikation. Har en kommun eller en region tagit emot en uppgift om den ekonomiska händelsen i en form som anges i 12 § första stycket, ska denna uppgift användas som verifikation, i förekommande fall kompletterad med uppgifter enligt 9 § första stycket. Om det behövs med hänsyn till arten av den mottagna verifikationen, får bokföringen i stället grundas på en särskilt upprättad hänvisningsverifikation.

Flera likartade ekonomiska händelser får dokumenteras genom en gemensam verifikation. *Lag (2019:986).*

9 § Verifikationen ska innehålla uppgifter om när den har sammanställts, när den ekonomiska händelsen har inträffat, vad denna avser, vilket belopp den gäller och vilken motpart den berör. I förekommande fall ska verifikationen även innehålla upplysning om handlingar eller andra uppgifter som har legat till grund för den ekonomiska händelsen samt var dessa finns tillgängliga.

I verifikationen ska ett verifikationsnummer eller annat identifieringstecken ingå samt sådana övriga uppgifter som är nödvändiga för att sambandet mellan verifikationen och den bokförda ekonomiska händelsen utan svårighet ska kunna fastställas.

4. Utfall och avtal

4.1 Utfall

I nedanstående tabeller visas utfallet (kr) för 2024 och 2025 (t.o.m. 31 mars 2025) för aktuella konton och berörda verksamhetsområden/resultatområden.

Konto 55511 Hyrläkare personalbrist	Utfall 2024	Utfall 1/1-31/3 2025
Vårdcentralerna Bra Liv	77 381 461	15 547 229
Medicinsk vård	1 702 863	122 784
Kirurgisk vård	22 697 999	3 925 810
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik (PRD)	97 415 120	22 279 483
Kommunal utveckling	87 068	-
Privata vårdgivare	1 230 216	-
SUMMA:	**200 514 727**	**41 875 306**

Konto 55512 Hyrsjuksköterskor personalbrist	Utfall 2024	Utfall 1/1-31/3 2025
Medicinsk vård	60 657	-
Kirurgisk vård	6 065 317	774 418
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik (PRD)	14 361 725	1 704 776
Verksamhetsstöd och service	976 996	215 663
Folktandvården	6 078	-
SUMMA:	**21 470 773**	**2 694 857**

Konto 75811 Inhyrd Admin, IT och Fastigheter personalbrist	Utfall 2024	Utfall 1/1-31/3 2025
IT-centrum	30 010 495	6 060 026
Kirurgisk vård	246 069	310 970
Länstrafiken	5 057 689	1 611 717
Kommunal utveckling	1 256 098	-
SUMMA:	**36 570 351**	**7 982 713**

4.2 Avtal 2024 och 2025

Hyrläkare (konto 55511)
Under 2024 hade Region Jönköpings län egna ramavtal med ett antal leverantörer avseende hyrläkare. Det finns en lista över samtliga leverantörer där det bl.a. framgår vilket delområde avtalet omfattar (allmänmedicin, bild- och funktionsmedicin, kirurgiska specialiteter, barnmedicinska specialiteter, mammografi osv.), leverantör, pris/timma, kontaktperson och kontaktuppgifter till leverantören. I avtalskatalogen ska alla gällande avtal återfinnas. När avtalen inte längre är aktiva plockas de bort från den publika avtalskatalogen men de finns fortfarande tillgängliga i Tendsign. I nedanstående text som erhållits från område inköp och materialförsörjning så ska avropen göras enligt följande:

12.1.4 Avrop i olika steg

Nedan beskrivs hur Köparen kommer att avropa uppdragen under avtalstiden för de fall att Leverantörer inom aktuellt delområde inte kan bemanna aktuellt uppdrag.

Steg 1: Leverantörer inom aktuellt delområde tillfrågas först. För mer information se avropsrutin.

Steg 2: För det fall att inga avropssvar/inga godkända avropssvar inkommer inom tidsfristen inom steg 1 kan Beställaren skicka ut avropet till samtliga Leverantörer inom alla delområden. För mer information se avropsrutin.

Steg 3: För det fall att inga avropssvar/inga godkända avropssvar inkommer inom steg 2 kan Beställaren skicka ut avropet till Leverantörer som inte har ramavtal med Köparen.

Sedan januari 2025 är Region Jönköpings län ansluten till det nationella avtalet gällande hyrpersonal inom hälso- och sjukvård även för läkare. Västra Götalandsregionen har, genom fullmakt, tecknat avtal för samtliga regioner gällande avtalsområde läkare och sjuksköterskor. På följande hemsida https://www.vgregion.se/ov/hyrpersonal/avtal-och-dokument/ finns information om bland annat:

- Avtal och kravställning
- Ersättning
- Zonindelning
- Avrop och utvärdering
- Avvikelser och reklamation osv.
- Leverantörer

Från och med 1 januari 2025 finns ett nationellt artikelsystem för det nationella hyrbemanningsavtalet. Artikelsystemet innehåller bl.a. information om följande delar:

- Artikel (yrkeskategori enligt Socialstyrelsen, ex. legitimerad läkare, ST-läkare, specialistläkare kirurgi, specialistläkare ortopedi osv.)
- För alla artiklar enligt ovan finns en uppdelning på zon 1-3
- Artikelbeskrivning
- Timpris för varje artikel och zon

- Jour och beredskap utfört arbete, timpris per zon och artikelbeskrivning
- Jour och beredskap ej utfört arbete, timpris per zon och artikelbeskrivning
- Reseschabloner per zon

Enligt område inköp och materialförsörjning innebär införandet av artikelsystemet att det ställer krav på att denna information ska finnas med i fakturan från de leverantörer som är anslutna till det nationella hyrbemanningsavtalet.

I och med att Region Jönköpings län sedan början av 2025 är anslutna till det nationella hyrbemanningsavtalet så ska avropsförfrågningar skickas till alla leverantörer som är anslutna för delområde läkare. Det innebär att ”Avrop i olika steg” som beskrivs ovan inte gäller längre.

Hyrsjuksköterskor (konto 55512)
Från och med den 1 januari 2024 har Region Jönköpings län varit anslutna till det nationella hyrbemanningsavtalet gällande sjuksköterskor. Det finns ett dokument avseende ersättning för område sjuksköterskor som bygger på en samordnad upphandling för Sveriges regioner, där bland annat följande uppgifter framgår:

- Kompetens (legitimerad sjuksköterska, specialistutbildad sjuksköterska, specialistutbildad sjuksköterska inom anestesi, intensivvård och operation, barnmorska m.m.)
- Ersättning i kr/h för ordinarie arbetstid för zon 1-3
- Pristillägg kr/h för tjänstgöring under kväll, natt, veckoslut, helgdag och storhelg
- Ersättning kr/h för jour och beredskap ej utfört arbete
- Ersättning kr/h aktiv tid under jour och beredskap, arbetad tid

Det finns även ett dokument som visar zonindelningen som prislistan bygger på. Följande gäller för de kommuner som ingår i Region Jönköpings län:

Bilaga Zonindelning Kommunkvalificering zoner,

Kommun namn	Kategori zon	Region
Aneby	**Zon 1**	Jönköping
Mullsjö	**Zon 1**	Jönköping
Habo	**Zon 1**	Jönköping
Vaggeryd	**Zon 1**	Jönköping
Nässjö	**Zon 1**	Jönköping
Tranås	**Zon 1**	Jönköping
Värnamo	**Zon 2**	Jönköping
Gnosjö	**Zon 2**	Jönköping
Sävsjö	**Zon 2**	Jönköping
Eksjö	**Zon 2**	Jönköping
Gislaved	**Zon 3**	Jönköping
Vetlanda	**Zon 3**	Jönköping
Jönköping	**Zon 1**	Jönköping

Det finns även en sammanställning över vilka leverantörer (företagsnamn, organisationsnummer och delområde) som är anslutna till det nationella hyrbemanningsavtalet. Med delområde avses om leverantören är ansluten till avtalet gällande sjuksköterskor, läkare eller båda delarna.

Två gånger per år kan man ansluta sig som leverantör till det nationella avtalet.

Det som anges ovan för hyrläkare gällande det nationella hyrbemanningsavtalet från 2025 gäller även hyrsjuksköterskor.

Inhyrda konsulter avseende Admin, IT och Fastigheter (konto 75811)
När det gäller andra typer av konsulter som avropas inom områdena administration, IT och Fastighetsområdet så ska de bokföras på konto 75811. Gällande avtal ska finnas i den publika avtalskatalogen där prisuppgifter och andra villkor ska framgå.

5. Arbetssätt

I detta avsnitt beskrivs arbetssätt och rutiner kring beställning och fakturahantering för några av de verksamhetsområden som i högre grad anlitar/är berörda av denna typ av tjänster och kostnader.

Område inköp och materialförsörjning
Enligt uppgift från område inköp och materialförsörjning inom Verksamhetsstöd och service så finns det en kontinuerlig dialog/kontakt med de som är beställare av bemanningstjänster avseende hyrläkare och hyrsjuksköterskor i de berörda verksamhetsområdena. De som är beställare av bemanningstjänster har även uppmanats att vidarebefordra information till dem som hanterar fakturor.

De dokument, som beskrivs i avsnitt 4.2 ovan, är tillgängliga för alla och finns publicerade på hemsidan https://www.vgregion.se/nationellhyrbemanning. Område inköp och materialförsörjning hänvisar dem de har kontakt med i olika verksamheter att alltid hämta bilagor eller liknande från hemsidan, då dokumenten där alltid är uppdaterade.

Område inköp och materialförsörjning har även informerat HR-chefer inom berörda verksamhetsområden (via mail 240503) och bett dem skicka vidare ett mail till berörda chefer med information om aktuell hemsida. Det har även skett information om ett utbildningspaket (powerpointpresentation) som är riktat till chefer i hälso- och sjukvården avseende det nationella hyrbemanningsavtalet.

IT-centrum
När det gäller konsulter inom IT-området som anlitas av IT-centrum så använder de ett projektverktyg som heter Antura. I detta verktyg sker tidsredovisning på olika projekt och aktiviteter. Alla konsulter tidsredovisar sin tid i Antura och närmaste chef kontrollerar att nedlagd är rimligt. När fakturorna ankommer stämmer enhetschef/koordinator av att timmarna på fakturan stämmer överens med timmarna som finns registrerade i Antura innan attest sker.

Vårdcentralerna Bra Liv
Enligt uppgift från Vårdcentralerna Bra Liv anlitar de enbart bemanningsföretag för läkare. De uppger att alla avrop/beställningar av hyrläkare görs av en bemanningskoordinator som finns centralt på Bra Liv. Innan avrop/beställning görs har beslut tagits om beviljande av ekonomichef och HR-chef. Alla avrop/beställningar sammanställs i en fil där timmar och priser framgår.

Verksamhetschefen på berörd vårdcentral har tillgång till handlingar som upprättas för varje avrop och fakturorna attesteras på berörd vårdcentral. För att ha extra koll på att alla fakturor är rätt granskas alla fakturor i efterhand av en ekonomisekreterare på Bra Livs ledning. Denna granskning innebär att fakturorna stäms av mot uppgifterna i filen avseende timmar och priser. Skulle något inte stämma kontaktar bemanningskoordinatorn aktuellt bemanningsföretag.

Kirurgisk vård
Frågor har ställts till ekonomiorganisationen inom Kirurgisk vård kring rutiner och arbetssätt gällande hantering av fakturor avseende hyrbemanning. Inget svar har inkommit.

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Med hjälp av ekonomiorganisationen inom PRD har frågor kring hantering av fakturor gällande hyrbemanning ställts till ett urval av berörda medarbetare inom olika verksamheter/kliniker inom PRD. De svar som inkommit innehåller bl.a. följande beskrivningar:

- Hyrläkarna skriver tidrapporter som den administrativa samordnaren får kopia på. Dessa kopior sparas för att sedan användas för avstämning mot erhållna fakturor.
- Kontroll och signering av tidrapport sker när hyrläkaren/ hyrsjuksköterskan är på plats. Uppgift om zon, timmar och timpris anges på fakturan och det stäms av mot nationellt avtal.
- Flera leverantörer inom hyrbemanning skickar tidrapporten digitalt som signeras av kliniken inom PRD innan fakturan kommer. De nationella avtalen finns på aktuell webbsida och på samarbetsrummet på intranätet, vilket underlättar avstämning av fakturan.
- Medarbetare inom PRD som arbetar mycket med hyrbemanning träffar regelbundet företrädare för område inköp och materialförsörjning och det finns även ett samarbetsrum på intranätet där aktuella dokument finns. Samarbetet med inköp uppges fungera mycket bra.
- En önskan som framförts är att det skulle underlätta om även hyrläkarna stämplade sin tid i Heroma.
- Kliniken har en rekryteringsspecialist som skickar ut avropen och som kontrollerar angiven zon på fakturan. Timpriset kontrolleras mot en timprislista som attestanterna får av rekryteringsspecialisten. I avropet anges behovet av totala timmar och det finns en schemaläggare som kontrollerar att fakturan inte innehåller fler timmar än vad som avropats och utförts. Tidrapport lämnas av leverantören veckovis till

verksamhetschef/ chefsöverläkare för signering. När faktura anländer till prestationsattestant kontrolleras att tidsperioden på fakturan stämmer enligt avrop och schema. Därefter kontrolleras fakturerade timmar mot godkänd tidrapport.

6. Fakturagranskning

Hyrläkare (konto 55511)

Ett urval av fakturor gällande kostnader för hyrläkare har granskats för Vårdcentralerna Bra Liv, Kirurgisk vård, Medicinsk vård, Psykiatri, rehabilitering och diagnostik samt för Privata vårdgivare avseende 2024. Nedan följer en redovisning över utfallet av granskningen av fakturor per verksamhetsområde/resultatområde.

Vårdcentralerna Bra Liv

Urvalet omfattar totalt 48 fakturor och i urvalet återfinns olika leverantörer och olika vårdcentraler.

- 45 fakturor (94 %) har ett timpris som är enligt avtal eller lägre än avtal. Att timpriset är lägre än avtalen 2024, kan i vissa fall bero på att fakturan avser tid som utförts under 2023.
- Samtliga fakturor i urvalet innehåller uppgifter om nedlagd tid (per dag, per vecka, vilken typ av tid (vardag, helg, jour, beredskap m.m.)) och namn på hyrläkaren. I vissa fall finns en tidrapport som bilaga till fakturan och i andra fall framgår dessa uppgifter på fakturan.
- Tre fakturor var från leverantörer som inte fanns med på listan över de leverantörer RJL hade ramavtal med 2024. Timpriset från dessa leverantörer var lägre än övriga ramavtalsleverantörer inom samma område. Som framgår av avsnitt 4.2 ovan så kan avrop skickas ut till leverantörer som RJL inte har ramavtal med om inga svar har erhållits enligt steg 1 och steg 2.

Kirurgisk vård

Urvalet omfattar 14 fakturor och representerar olika leverantörer och olika verksamheter/kliniker inom Kirurgisk vård.

- Samtliga fakturor var från leverantörer som RJL hade ramavtal med under 2024 och har kunnat stämmas av mot lista som erhållits från område inköp och materialförsörjning.
- 9 fakturor (64 %) har ett timpris som överensstämmer med gällande avtal under 2024. En av dessa fakturor hade ett något lägre timpris än avtalet.
- 5 fakturor (36 %) har ett timpris som är högre än det timpris som framgår av avtalen för 2024. I vissa fall fanns inte den specialitet/kompetens som framgick av fakturan med i ramavtalet.
- Samtliga fakturor i urvalet innehåller uppgifter om nedlagd tid (per dag, per vecka, vilken typ av tid (vardag, helg, jour, beredskap m.m.)) och namn på hyrläkaren. I vissa fall finns en tidrapport som bilaga till fakturan

och i andra fall framgår dessa uppgifter på fakturan eller i annat dokument som finns som bilaga i Raindance.

Medicinsk vård
Inom Medicinsk vård var det under 2024, Barnkliniken Jkp och Barnhälsovården Jkp län som har anlitat hyrläkare. Det är en begränsad omfattning och det finns enbart ca 30 fakturor registrerade under 2024 och flera av dem avser 2023. Ett urval på 4 fakturor har kontrollerats i detta kontrollmoment.

- 3 fakturor (75 %) var från leverantörer som RJL hade ramavtal med under 2024. Timpriset på dessa fakturor överensstämmer med gällande avtal under 2024. En av dessa fakturor hade ett något lägre timpris än avtalet. Fakturorna innehåller information om hyrläkare och nedlagd tid.
- 1 faktura var från en leverantör (Bonliva Care AB) som RJL inte hade ramavtal med under 2024. Som framgår av avsnitt 4.2 ovan så kan avrop skickas ut till leverantörer som RJL inte har ramavtal med om inga svar har erhållits enligt steg 1 och steg 2.

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
- Urvalet omfattar 36 fakturor och representerar olika kliniker inom PRD och olika leverantörer.
- 25 fakturor (69 %) kommer från leverantörer som RJL hade ramavtal med under 2024.
- Av de 25 fakturor som kom från ramavtalsleverantörer så har 17 fakturor ett timpris som överensstämmer med gällande avtal under 2024. För 7 fakturor avvek timpriset från ramavtalet alternativt fanns inget timpris i ramavtalet för aktuell specialitet/kompetens enligt fakturan. 1 faktura var bokförd på fel konto då den avsåg kostnad för hyrsjuksköterska.
- 11 fakturor (31 %) kommer från leverantörer som enligt uppgift från berörda verksamheter/klinker avropats enligt steg 3 som beskrivs enligt avsnitt 4.2. För fyra av dessa 11 fakturor så har avstämning mot avtal enligt steg 3 kunnat utföras och fakturan har stämt överens med avtalet. Övriga 7 fakturor tillhör Röntgenkliniken och på grund av en sjukskrivning inom kliniken så har en avstämning mot dessa avtal/bokningsbekräftelse inte varit möjlig i detta kontrollmoment. Timpriserna i dessa fakturor bedöms vara rimliga i förhållande till övriga avtal inom detta område.
- Samtliga fakturor i urvalet innehåller uppgifter om nedlagd tid (per dag, per vecka, vilken typ av tid (vardag, helg, jour, beredskap m.m.)) och namn på hyrläkaren. I vissa fall finns en tidrapport som bilaga till fakturan och i andra fall framgår dessa uppgifter på fakturan eller i annat dokument som finns som bilaga i Raindance.

Privata vårdgivare
- Urvalet omfattar två fakturor som avser SiS Stigby Långanäs. Båda fakturorna är från leverantören Colligo Vårdkompetens AB. Denna

leverantör finns med på listan över leverantörer som RJL hade ramavtal med under 2024.
- Fakturorna innehåller uppgifter om hyrläkare och vilka veckor nedlagd tid avser. Timpriset överensstämmer med avtalet för den ena fakturan och på den andra fakturan är timpriset något lägre, vilket kan bero på att timmarna avser 2023.

Hyrsjuksköterskor (konto 55512)
Ett urval av fakturor gällande kostnader för hyrsjuksköterskor har granskats för Verksamhetsstöd och service, Folktandvården, Kirurgisk vård, Medicinsk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Nedan följer en redovisning över utfallet av granskningen av fakturor.
- Urvalet omfattar 27 fakturor gällande ovanstående verksamhetsområden.
- 25 fakturor (93 %) kommer från leverantörer som är anslutna till det nationella hyrbemanningsavtalet för sjuksköterskor.
- 2 fakturor kommer från en leverantör som inte ingår i det nationella hyrbemanningsavtalet. Innehållet i dessa fakturor har inte kunnat stämmas av mot något avtal.
- 14 fakturor har ett timpris som stämmer mot gällande avtal.
- 1 faktura bedöms vara bokförd på fel konto då det på fakturan anges att det rör hyrläkare.
- 10 fakturor innehåller uppgift om timpris som inte på ett enkelt sätt går att stämma av mot det nationella hyrbemanningsavtalet. Det nationella hyrbemanningsavtalet är uppbyggt utifrån kompetens, ersättning per timme ordinarie arbetstid och olika zoner (1-3), pristillägg för jour och beredskap aktiv tid och passiv tid.
- Samtliga fakturor i urvalet innehåller uppgifter om nedlagd tid (per dag, per vecka, vilken typ av tid (vardag, helg, jour, beredskap m.m.)) och namn på hyrsjuksköterskan. I vissa fall finns en tidrapport som bilaga till fakturan och i andra fall framgår dessa uppgifter på fakturan eller i annat dokument som finns som bilaga i Raindance. Dock saknas i många fall vilken kompetens (specialistutbildning) hyrsjuksköterskan har, vilket är väsentligt för att kunna stämma av att rätt timpris tillämpats.

Inhyrda konsulter avseende Admin, IT och Fastigheter (konto 75811)
IT-centrum
- 16 fakturor ingår i urvalet som avser IT-centrum, och dessa fakturor kommer från 11 olika leverantörer.
- Samtliga fakturor kommer från leverantörer som RJL hade ett avtal med under 2024.
- 14 fakturor innehåller ett timpris som helt överensstämmer med timpriset i aktuellt avtal. I två fall avviker timpriset vid en jämförelse med avtalet. I det ena fallet är det en mindre avvikelse (högre timpris i fakturan än vad som anges i avtalet) och i det andra fallet är det en större avvikelse (lägre timpris i fakturan än vad som anges i avtalet).

- Fakturorna, kommentarer i Raindance och bifogade underlag till fakturan innehåller uppgifter om nedlagd tid och namn på aktuell konsult. I många fall finns även en hänvisning till aktuellt avtal.

Kirurgisk vård
- Urvalet omfattar tre fakturor.
- Samtliga fakturor har kunnat stämmas av mot gällande avtal och timpriset stämmer mot avtalet.

Kommunal utveckling
- Urvalet omfattar tre fakturor från två olika leverantörer.
- Två fakturor har kunnat stämmas av mot gällande avtal och timpriset stämmer mot avtalet.
- 1 faktura avser en beställning (IoT-plattform) som enligt uppgift Jönköpings kommun har gjort och som baseras på deras avtal. RJL har inte tillgång till detta avtal. Timpriserna bedöms vara rimliga och de är godkända av berörda medarbetare inom Kommunal utveckling.

Länstrafiken
- Urvalet omfattar åtta fakturor från fyra olika leverantörer.
- Samtliga fakturor har kunnat stämmas av mot gällande avtal och fakturerat timpris stämmer mot avtalen.
- Fakturorna innehåller uppgifter om nedlagd tid och namn på aktuell konsult. Till vissa fakturor finns även tidrapport och andra underlag som avser hotellkostnad och milersättning.

7. Sammanfattande bedömning

När Region Jönköpings län får fakturor avseende hyrläkare, hyrsjuksköterskor och andra typer av konsulter är det viktigt att kontrollera att de stämmer överens med avtalet, att beskrivningen av tjänsterna är tydlig och korrekt samt att man har tillgång till all information man behöver för att hantera fakturan. Det är även väsentligt att se till att innehållet i fakturan med tillhörande underlag innehåller alla nödvändiga uppgifter för att uppfylla gällande lagstiftning och för att följsamhet till RJL:s attestreglemente ska vara möjligt.

Detta kontrollmoment innefattar en genomgång av arbetssätt och rutiner gällande hantering av hyrläkare, hyrsjuksköterskor och andra inhyrda konsulter inom bl.a. administration och IT. Det har även genomförts en fakturagranskning avseende fakturor från 2024 för att kunna bedöma följsamhet till RJL:s attestreglemente och gällande avtal.

Vid genomförandet av detta kontrollmoment noteras följande:

- ✓ Från och med 2025 så är Region Jönköpings län ansluten till det nationella hyrbemanningsavtalet, både avseende hyrläkare och hyrsjuksköterskor. Detta innebär bl.a. att det finns ett nationellt artikelsystem (se avsnitt 4.2) för det nationella hyrbemanningsavtalet, vilket innebär att det ställs krav på att informationen från artikelsystemet ska finnas med i fakturan från de leverantörer som är anslutna till det nationella hyrbemanningsavtalet. Innehåller fakturorna dessa uppgifter ger det goda förutsättningar för att de som attesterar fakturorna ska kunna göra effektiva kontroller i enlighet med gällande attestreglemente och gällande avtal.
- ✓ Det finns en webbsida där uppdaterad information finns kring vad som gäller för det nationella hyrbemanningsavtalet. Webbsidan https://www.vgregion.se/ov/hyrpersonal/ innehåller bl.a. uppgifter om avtal, kravställning, ersättning, zonindelning, avrop, utvärdering, avvikelser, reklamation, statistik och utbildning.
- ✓ Kontrollmomentet visar att det finns en fungerande och kontinuerlig kontakt mellan berörda verksamheter och område inköp och materialförsörjning avseende avtal och hantering av fakturor m.m. gällande hyrbemanning.
- ✓ Utifrån de svar som inkommit från olika verksamheter så bedöms det finnas etablerade rutiner/arbetssätt för att hantera avrop, beställning och fakturor för hyrpersonal och andra konsulter inom IT, Admin osv.
- ✓ Fakturagranskningen (avser 2024) gällande ***hyrläkare*** visar att:
  - Merparten av fakturorna har kunnat stämmas av mot listan över de leverantörer som RJL hade ramavtal med 2024. Enligt uppgift från område inköp och materialförsörjning så kan avrop skickas ut till de leverantörer som RJL inte har ramavtal med om inga svar erhålls enligt steg 1 och 2 (se avsnitt 4.2), vilket kan förklara att urvalet innehåller leverantörer som inte finns med på listan.
  - Fakturerat timpris har kunnat stämmas av mot gällande avtal i merparten av fakturorna. I vissa fall finns inte timpriset för fakturerad specialitet/kompetens angivet i avtalet, vilket gör att det inte går att stämma av. Det förekommer även avrop enligt steg 3 och pga. en sjukskrivning inom Röntgenkliniken har vissa avtal inte gått att få fram. Bedömning görs att timpriserna är rimliga i förhållande till andra avtal.
  - Fakturorna, tidrapporter och andra underlag som bifogats i Raindance innehåller tillsammans uppgift om bemanning/konsult, nedlagd tid, timpris och vilken typ av tid (vardag, helg, jour, beredskap m.m.) som avses i merparten av fakturorna.
- ✓ Fakturagranskningen (avser 2024) avseende ***hyrsjuksköterskor*** visar att:
  - Majoriteten av fakturorna i urvalet kommer från leverantörer som finns med i det nationella hyrbemanningsavtalet för sjuksköterskor.
  - Över hälften av fakturorna har ett timpris som överensstämmer med avtalet.

- Ca 10 fakturor i urvalet har ett timpris som är svårt att stämma av mot gällande avtal. Det nationella hyrbemanningsavtalet är uppbyggt utifrån kompetens, zoner och tillägg avseende jour, beredskap m.m. vilket gör att fakturan tydligt behöver innehålla dessa uppgifter för att en avstämning enkelt ska kunna göras.
- Samtliga fakturor i urvalet tillsammans med andra bifogade underlag i Raindance innehåller uppgift om bemanning/konsult, nedlagd tid, timpris och vilken typ av tid (vardag, helg, jour, beredskap m.m.).

✓ Fakturagranskningen (avser 2024) avseende ***inhyrda konsulter avseende Admin, IT och Fastigheter*** visar att:

- Samtliga fakturor i urvalet, förutom en, har kunnat stämmas av mot gällande avtal. Den faktura som inte kunnat stämmas av mot ett avtal avser ett gemensamt projekt med Jönköpings kommun och bygger på deras avtal.
- Majoriteten av fakturorna har ett timpris som kunnat stämmas av mot gällande avtal.
- Fakturorna innehåller uppgifter angående konsult/bemanning, nedlagd tid och timpris. I flera fall finns en hänvisning till aktuellt avtal.

Sammanfattande bedömning

Resultatet av fakturagranskningen visar att det finns en god följsamhet till attestreglemente och avtal och att arbetssätt och rutiner kring hantering av denna typ av tjänster fungerar väl och ger förutsättningar för en god intern kontroll.

Att Region Jönköpings län från och med 2025 är anslutet till det nationella hyrbemanningsavtalet, både för hyrläkare och hyrsjuksköterskor, innebär att det finns tydliga och enhetliga dokument som anger villkoren för timpriser för olika kompetenser, zoner, avropsförfarande, artikelsystem, vilka uppgifter som ska finnas med på fakturan m.m. Detta ger goda förutsättningar för att attestanter (både prestations- och beslutsattestanter) inom Region Jönköpings län ska kunna göra de kontroller som krävs utifrån attestreglementet, kraven i gällande lagstiftning och de krav som ställs i det nationella hyrbemanningsavtalet.

I och med att Region Jönköpings län nu är anslutet till det nationella hyrbemanningsavtalet så ska avropsförfrågningar enbart skickas till anslutna leverantörer. Det innebär att avrop enligt steg 3 som beskrivs ovan i rapporten inte längre ska bara möjligt vilket innebär att klinikerna inte längre ska anlita leverantörer som vi inte har ramavtal med/ingår i det nationella hyrbemanningsavtalet.

Det är fortsatt viktigt att det säkerställs att följsamhet sker till attestreglementet och att fakturorna för hyrbemanning och andra typer av konsulter innehåller tydlig information som möjliggör kontroller och uppföljning.

§ 134

Intern kontroll – Kontrollmoment 2025 Regionstyrelsen

Diarienummer: RJL 2025/778

Beslut

Vid regionstyrelsens sammanträde den 12 augusti kommer rapporter över genomförda kontrollmoment år 2025 att delges för kännedom.

---

§ 135

Kompetensförsörjning

Beslut

Vid regionstyrelsens sammanträde den 12 augusti kommer en övergripande information om bemanningssituationen under sommaren att ges av HR-direktör.

---

§ 136

Enligt årshjul: Internationellt arbete

Beslut

Vid regionstyrelsens sammanträde den 12 augusti kommer information om Region Jönköpings läns internationella arbete att ges enligt årshjul.

---

§ 137

Enligt årshjul: Minoritetsfrågor

Beslut

Vid regionstyrelsens sammanträde den 12 augusti kommer information om Region Jönköpings läns arbete med minoritetsfrågor att ges enligt årshjul.

---

§ 139

Enligt årshjul: Uppföljning av hållbarhetsprogrammet

Beslut

Vid regionstyrelsens sammanträde den 12 augusti kommer en uppföljning av hållbarhetsprogrammet att ges enligt årshjul.

---

§ 132

Rapport till och från andra mötesforum

Beslut

Ordföranden rapporterar från genomfört ägarsamråd för Jönköpings Airport AB den 16 juni. En ägargemensam skrivelse utifrån hur staten ser sitt ansvar för Jönköpings flygplats skickades till regeringen den 17 juni.

Skriftlig rapport från Klimatrådet från Tommie Ekered (M) noteras.

Regionstyrelsens arbetsutskott lägger informationen till handlingarna.

---

§ 138

Enligt årshjul: Pågående arbete utifrån Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård

Beslut

Vid regionstyrelsens sammanträde den 12 augusti kommer information om pågående arbete utifrån Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård att ges enligt årshjul.

---

§ 142

Samverkansavtal om nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)

Diarienummer: RJL 2025/1296

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen, att föreslå regionfullmäktige

- godkänna föreliggande samverkansavtal om nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför höjd beredskap och krig.

Sammanfattning

Vid Regionstyrelsens sammanträde 2024-09-24 godkändes att Region Jönköpings län deltar i det regiongemensamma arbetet Nationell samordning, planering och ledning (NSPL), vad avser uppgifterna samordning och planering inför och under höjd beredskap och krig, § 193 (RJL 2024/2251).

Med beaktande av behovet att samverka i syfte att bidra till att nå ett robust totalförsvar har nu samtliga 21 regioner beslutat att delta i NSPL.
För att ge den flexibilitet som krävs för att alla regioner, med dess individuella förutsättningar, ska kunna bidra i arbetet med att uppnå en ledningsförmåga under höjd beredskap och vid krig har ett samverkansavtal tagits fram för beslut i samtliga 21 regioner.

Ärendet är berett av Region Uppsalas ledningskontor gemensamt med företrädare för övriga 20 regioner.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Samverkansavtal om nationell samordning och planering av hälso- och sjukvården inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)
- Verksamhetsplan 2025 Nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)
- Presentation Nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)
- Följebrev: Samverkansavtal Nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)

Beslutet skickas till
Regionstyrelsen

Regionledningskontoret

Regionfullmäktige

Samverkansavtal om nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

- godkänna föreliggande samverkansavtal om nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför höjd beredskap och krig.

Sammanfattning

Vid Regionstyrelsens sammanträde 2024-09-24 godkändes att Region Jönköpings län deltar i det regiongemensamma arbetet Nationell samordning, planering och ledning (NSPL), vad avser uppgifterna samordning och planering inför och under höjd beredskap och krig, § 193 (RJL 2024/2251).

Med beaktande av det finns ett behov av att samverka i syfte att bidra till nå ett robust totalförsvar beslutade har nu samtliga 21 regioner beslutat att delta i NSPL. För att ge den flexibilitet som krävs för att alla regioner, med dess individuella förutsättningar, ska kunna bidra i arbetet med att uppnå en ledningsförmåga under höjd beredskap och vid krig har ett samverkansavtal tagits fram för beslut i samtliga 21 regioner.

Ärendet är berett av Region Uppsalas ledningskontor gemensamt med företrädare för övriga 20 regioner.

Ärendebeskrivning

Sveriges regioner ansvarar för flera samhällsviktiga funktioner, såväl i fredstid som vid höjd beredskap och krig. Regionernas ansvar inom totalförsvaret kräver samverkan med andra regioner, kommuner, privata aktörer och statliga myndigheter. För att undvika en splittrad planering av totalförsvaret krävs gemensamma strukturer, gemensam planering och gemensamt ansvarstagande.

Samverkan och samarbete mellan regionerna har utvecklats i syfte att säkerställa regionernas del i ett robust totalförsvar. En ökad samverkan mellan regionerna underlättar också den statliga planeringen och förmågan att möta NATO:s krav inom ramen för Sveriges medlemskap. Hälso- och sjukvården har en central plats

i totalförsvaret. En fungerande sjukvård i fred är en förutsättning för en fungerande sjukvård i krig.

Den regiongemensamma beredningsfunktionen

Med beaktande av det finns ett behov av att samverka i syfte att bidra till nå ett robust totalförsvar beslutade har samtliga 21 regioner nu beslutat att delta i nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL). Av besluten framgår att det arbete som krävs för att realisera detta kommer att samordnas och utvecklas i en gemensam beredningsfunktion. Funktionen benämns Nationell samordning planering (NSPL). Kansliets roll är att stödja regionerna för att stärka den samlade ledningsförmågan under höjd beredskap och vid krig. Regionerna deltar i gemensam nationell samordning och planering, men ledningen av de verksamheter som behövs under höjd beredskap och krig ligger fortsatt kvar hos respektive regionstyrelse. Beslutsfattande åligger respektive region.

Region Uppsala kommer att vara att vara värd för den regiongemensamma beredningsfunktionen. Region Uppsala kommer att ansvara för att information som beredningsfunktionen NSPL hanterar behandlas på ett säkert sätt utifrån gällande lagar och regler, att säker kommunikation upprätthålls och att verksamheten bedrivs i säkra lokaler. Vidare ansvarar Region Uppsala för att beredningsfunktionens personal vid behov genomgår säkerhetsprövning.

Samverkan genom avtal

Kommunallagen ger regioner möjlighet att samverka via kommunalförbund, gemensam nämnd och samverkansavtal. En kommunalrättslig samverkan genom avtal bedöms kunna ge den flexibilitet som krävs för att alla regioner, med dess individuella förutsättningar, ska kunna bidra i arbetet med att uppnå en ledningsförmåga under höjd beredskap och vid krig.
Av avtalet framgår bland annat:

- avtalets parter,
- vilka uppgifter och tjänster som avtalet omfattar,
- avtalstiden
- ordning för lösandet av tvister mellan parterna,
- ekonomiska villkor och former för redovisning med mera, samt
- villkoren för avtalets upphörande.

Kostnader och finansiering

Projektet leds av Region Uppsala. Kansliet finansieras gemensamt av regionerna. Kostnaden baseras på ett fast belopp som är samma för alla regioner (34 procent) och en rörlig del (66 procent) beräknat på respektive regions befolkning. För Region Jönköpings läns del hanteras kostnaden genom statsbidrag för uppbyggnad av civilt försvar.

Ärendet är berett av Region Uppsalas ledningskontor gemensamt med företrädare för övriga 20 regioner.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Samverkansavtal om nationell samordning och planering av hälso- och sjukvården inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)
- Verksamhetsplan 2025 Nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)
- Presentation Nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)
- Följebrev: Samverkansavtal Nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)

Beslutet skickas till

Region Uppsala – beredningsfunktion för NSPL

Jane Ydman
Regiondirektör

Samverkansavtal

avseende nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL)

1. Parter

Mellan Region Uppsala, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro län, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen har avtalssamverkan avseende nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL) ingåtts enligt nedan.

De ovan nämnda parterna kallas var för sig Part eller gemensamt Parterna.

2. Bakgrund

Parterna ansvarar för flera samhällsviktiga funktioner, såväl i fredstid som vid höjd beredskap och krig. Regionernas ansvar inom totalförsvaret kräver samverkan med andra regioner, kommuner, privata aktörer och statliga myndigheter. För att undvika en fragmenterad planering av totalförsvaret krävs gemensamma strukturer, gemensam planering och gemensamt ansvarstagande. Detta är avgörande för att på ett effektivt och ändamålsenligt sätt kunna ansvara för en gemensam nationell förmåga att hantera svåra påfrestningar. Samverkan och samarbete mellan regionerna har utvecklats i syfte att säkerställa regionernas del i ett robust totalförsvar. En ökad samverkan mellan regionerna underlättar också den statliga planeringen och förmågan att möta NATO:s krav inom ramen för Sveriges medlemskap. Hälso- och sjukvården har en central plats i totalförsvaret. En fungerande sjukvård i fred är en förutsättning för en fungerande sjukvård i krig.

Beslut om deltagande i nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig (NSPL) har 2024 fattats av regionstyrelserna i samtliga 21 regioner. Av besluten framgår att regionernas deltagande i NSPL baseras på respektive regionstyrelses ansvar och beslutsmandat. Vidare framgår att ledningen av de verksamheter som behövs under höjd beredskap och krig fortsatt kvarstår hos respektive regionstyrelse, men att regionen deltar i gemensam nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och vid höjd beredskap och krig. Slutligen anges att det arbete som krävs för att genomföra besluten kommer att samordnas och utvecklas i en gemensam kanslifunktion för samordning och planering av regionernas verksamhet vid höjd beredskap och krig. Funktionen benämns i besluten som Nationell samordning planering och ledning (NSPL). I detta avtal benämns den som beredningsfunktion NSPL i syfte att bättre spegla dess uppdrag. Beredningsfunktionen NSPL kommer att stödja regionerna för att stärka den samlade ledningsförmågan under höjd beredskap och vid krig.

Samtliga regioner har ingått säkerhetsskyddsavtal för samverkan och samarbete avseende svensk hälso- och sjukvård inom ramen för totalförsvaret.

Regionerna har funnit att avtalssamverkan är den tillämpliga formen för nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och har kommit överens om att reglera samarbetet enligt detta avtal.

3. Parternas åtaganden

Parterna är överens om att det är av yttersta vikt att samverka kring för Parterna gemensamma frågor och Parterna förbinder sig att aktivt delta i och effektivt bidra till samarbetet inom ramen för NSPL. Part ska tillhandahålla tillräckliga resurser till den gemensamma beredningsfunktionen NSPL och till gemensamma aktiviteter, i enlighet med beslutad verksamhetsplan och finansieringsmodell samt med eventuella personella resurser.

4. Samverkan och avtalets omfattning

För att arbetet i NSPL ska leda till en gemensam nationell förmåga att hantera svåra påfrestningar ska olika kompetenser i olika regioner bidra till den samlade nyttan. Parterna är ense om att respektive regions bidrag till NSPL kommer att variera, men att samtliga kommer att medverka på olika sätt över tid. Det kan handla om att bidra med kompetens inom exempelvis beredskapsplanering, logistik, utbildning, juridik, ekonomi, omvärldsbevakning, IT, kommunikation och upphandling.

Region Uppsala kommer att vara värd för den regiongemensamma beredningsfunktionen NSPL. Beredningsfunktionen NSPL kommer att vara en del av Region Uppsalas ordinarie verksamhet och organisatoriskt vara en del av Region Uppsalas regionstyrelses förvaltning.

Övriga regioner åtar sig tillsammans att bidra med uppskattningsvis totalt tio heltidstjänster i det gemensamma arbetet inom NSPL. Bidraget ska motsvara regionens storlek och kan komma att ändras över tid. En heltidstjänst innebär inte att det är en person som bidrar i arbetet, utan det kan fördelas på flera personer i aktuell region.

Parterna är ense om att eventuella gemensamma upphandlingar kommer att genomföras av Region Uppsala med fullmakt från övriga regioner.

Det kommer att ske en samverkan mellan regionerna genom att vissa uppdrag utförs i samtliga regioner, vissa utförs sjukvårdsregionalt och några i ett par regioner. Samverkan leds av en chefsgrupp och genomförs av den regiongemensamma beredningsfunktion NSPL.

5. Den regiongemensamma beredningsfunktionen NSPL

Utgångspunkten för beredningsfunktionen NSPL:s roll är att den kommer att vara en nationell och högre regional beredningsorganisation för regionernas utveckling av förmåga att hantera hälso- och sjukvården i höjd beredskap och krig. Beslutsfattande och sedvanlig ärendeberedning åligger respektive Part. Region Uppsala ansvarar för att information som beredningsfunktionen NSPL hanterar behandlas på ett säkert sätt utifrån gällande lagar och regler, att säker kommunikation upprätthålls och att verksamheten bedrivs i säkra lokaler. Vidare ansvarar Region Uppsala för att beredningsfunktionens personal vid behov genomgår säkerhetsprövning.

Uppdraget för beredningsfunktion NSPL kommer att formeras i en verksamhetsplan, inklusive budget, som revideras årligen. Verksamhetsplanen ska omfatta ärenden där nationell samordning och planering av hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig erfordras och där det finns ett regionöverskridande moment.

Beredningsfunktionen NSPL består inledningsvis av sex heltidstjänster, varav en chefstjänst. Övriga tjänster ska utgöra kompetenser inom olika områden, såsom säkerhetsskydd, hälso- och sjukvård och beredskapsplanering.

Parterna är medvetna om att uppdraget för beredningsfunktionen NSPL är under uppbyggnad och att det kommer att förändras över tid. Beredningsfunktionens inledande ansvar är att initiera och bereda ärenden enligt följande.

- Utarbeta en beredningsplan, som baseras på de ärenden som anges i verksamhetsplanen, i vilken ärendens hantering beskrivs avseende förslag till bland annat tidplan, deltagare, remittenter och vilka beslut/ställningstaganden som bör tas och av vem/vilka,
- presentera beredningsplanen för chefsgruppen,
- utreda, bereda och remittera ärenden i enlighet med fastställd beredningsplan,
- presentera utfallet av utredningen/beredningen av ärenden för chefsgruppen, som tar ställning till om ärendet är färdigberett och klart för distribution till berörda regioner, myndigheter och andra, alternativt klart för beslut,
- överlämna ärendet till berörda regioner, i enlighet med chefsgruppens ställningstagande, för sedvanlig ärendehantering och eventuella beslut i respektive region, och
- följa upp fattade beslut och ställningstaganden.

Parterna är medvetna om att handläggningsformerna kommer – utifrån ärendets art och innehåll – att variera. Beredning ska ske med samtliga berörda Parter. Handläggning och beredning ska ske inom beredningsfunktionen NSPL, i arbetsgrupper med representation från Parter och berörda myndigheter och i befintliga formella och informella nätverksstrukturer. Beredningsprocessen ska vara transparant och väl dokumenterad.

Beredningsfunktionen NSPL kommer årligen att upprätta och delge Parterna en verksamhetsberättelse.

6. Chefsgrupp

Parterna är ense om att arbetet i NSPL leds av en chefsgrupp, bestående av regiondirektörer från sex regioner (en per sjukvårdsregion) och sex hälso- och sjukvårdsdirektörer (en per sjukvårdsregion). Till chefsgruppen adjungeras chefen för avdelningen för vård och omsorg vid Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt chefen för avdelningen för tillväxt och samhällsbyggnad vid SKR. Chefsgruppen utser en ordförande inom sig.

Chefsgruppen har i uppdrag att

- Fastställa beredningsfunktionen NSPL:s årliga verksamhetsplan,
- fastställa budget för nästkommande år, vilket ska ske senast i december året innan budgetåret,
- fastställa om oförbrukade medel för ett budgetår ska återbetalas till regionerna,
- föra löpande dialog med samtliga regiondirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer via deras SKR-nätverk,
- fastställa beredningsplan för ärenden efter samråd i SKR:s regiondirektörs- respektive hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverk, samt
- godkänna att ärenden tas vidare för vidare hantering och eventuella beslut i berörda regioner.

Chefsgruppen fastställer sina ställningstaganden i konsensus. De ska vara väl förankrade, strategiska, nödvändiga, kostnadseffektiva och genomförbara.

Chefsgruppen sammanträder minst fyra gånger per år. Skriftlig kallelse, tillsammans med mötets dagordning, ska tillställas deltagarna skriftligen i rimlig tid innan sammanträdet ska äga rum. Beredningsfunktionen NSPL ansvarar för kallelsen.

Vid Chefsgruppens sammanträden ska det föras protokoll. Region Uppsala ansvarar för att skriva protokollen. I protokollet ska de ställningstaganden som chefsgruppen gör antecknas. Deltagare har rätt att få avvikande mening antecknad i protokollet. Protokollet ska justeras av ordförande och den deltagare som fört protokollet. Part som önskar invända mot innehållet i chefsgruppens protokoll ska snarast och senast tre dagar efter mottagandet av protokollet anmäla invändningen till mötesordförande. Innehållet i protokollet ska godkännas vid nästkommande chefsgruppsmöte och distribueras till samtliga Parter.

7. Övrig samverkan

Arbetet ska bedrivas i nära samverkan med Försvarsmakten, Socialstyrelsen och andra berörda beredskapsmyndigheter. Sveriges Kommuner och Regioner kommer att ha en stödjande roll i arbetet.

Arbete ska vid behov stödja samverkan mellan kommuner och regioner gällande hälso- och sjukvård inför och under höjd beredskap och krig.

8. Mandat i samverkansorganisationen

Region Uppsala ska vara avtalstecknande part gentemot externa parter, leverantörer med mera inom behöriga områden (NSPL) för detta samverkansavtal. Partnerna ska vid behov lämna Region Uppsala fullmakt att teckna avtal för parternas räkning i sedvanlig ordning.

9. Administration och diarieföring

Under handläggningen av ett ärende ansvarar Region Uppsala för förvaring av dokumentationen. Handlingar hos Region Uppsala som är allmänna ska hållas ordnade och diarieföras. Under handläggning ansvarar Region Uppsala för utlämnande av allmänna handlingar som förvaras hos Region Uppsala, om utlämnandet inte hindras av sekretess. Formellt beslut om att avslå begäran om utlämnande av allmän handling fattas enligt respektive regions delegationsordning.

10. Finansieringsmodell och fakturering

Den regiongemensamma beredningsfunktionen NSPL:s verksamhet är Region Uppsalas insats i regionernas samlade arbete avseende NSPL. I och med att Region Uppsala bidrar i större utsträckning med resurser till arbetet än övriga regioner krävs en kostnadstäckning för denna insats.

Parterna är ense om att Region Uppsala fakturerar parterna en gång per år i enlighet med den budget som chefsgruppen fastställt om i verksamhetsplanen.

Fördelningsnyckeln för fakturering baseras på ett fast belopp som är samma för alla regioner (34 procent) och en rörlig del (66 procent) beräknat på respektive regions befolkning den 31 december året innan budgeten fastställs.

Fakturering sker en gång per år i förskott genom användande av e-faktura. Betalning ska ske inom 30 dagar från mottagen faktura. Vid försenad betalning utgår dröjsmålsränta enligt 6 § räntelagen.

11. Ekonomisk administration

Region Uppsala ansvarar för all gemensam ekonomisk administration och ska årligen fakturera övriga parter enligt punkten ”Finansieringsmodell och fakturering”.

12. Uppföljning av samverkan

Parterna har rätt att kontrollera och följa upp verksamheten inom ramen för avtalet. Parterna är skyldiga att medverka i uppföljning och utvärdering av verksamheten.

13. Parternas bundenhet

Parterna är överens om att de är bundna till vad som framgår av detta avtal samt inom de ramar som anges i den årliga verksamhetsplanen och budgeten som fastställs av chefsgruppen.

För nya utvecklingsprojekt gäller den bundenhet som fastställts av chefsgruppen. För nya projekt som innebär större åtaganden för parterna, eller för omprioriteringar som påverkar tidigare gemensamma ställningstaganden till projekt, ska eftersträvas tydliga underlag och konsekvensbeskrivningar i god tid före möten där ställningstaganden ska göras/beslut ska fattas.

14. Avtalets giltighet

Detta avtal förutsätter för sin giltighet att det godkänns av respektive part. Detta avtal gäller från och med samtliga Parters undertecknande av avtalet och gäller tills vidare med de bestämmelser om utträde som följer av punkten ”Utträde”.

15. Utträde

Part som inför ett kommande förvaltningsår önskar utträda ur detta avtal och lämna samverkansorganisationen ska anmäla detta till chefsgruppen minst 12 månader i förväg. Kostnader som uppkommer i samband med sådant utträde samt icke-avbeställningsbara kostnader som Region Uppsala ådragit sig ska till fullo ersättas av den utträdande Parten motsvarande dennes del. Utträdande Part ska också säkerställa att övriga parter inte förlorar eller berövas tillgång till nödvändig information. Part kan under löpande förvaltningsår inte utträda ur detta avtal utan att detta enhälligt godkänns i chefsgruppen.

16. Avveckling

Parterna ska vid en avveckling samverka och ersätta Region Uppsala för alla icke-avbeställningsbara kostnader som Region Uppsala ådragit sig inom ramen för avtalet och avtalspart gentemot tredje man samt för uppbyggnaden av beredningsfunktionen NSPL:s verksamhet, så länge sådana kostnader består efter ett beslut om avveckling.

17. Förändringar i detta avtal

Förändringar i detta avtal kan enbart göras genom att avtalet ersätts med ett nytt avtal eller genom ett tilläggsavtal undertecknat av behöriga företrädare för respektive Part.

18. Omförhandling

Parterna är överens om att söka att anpassa sig till nya förhållanden som kan uppstå under avtalsperioden och på bästa sätt försöka tillgodose varandras förutsättningar och behov.

Parter har rätt att begära omförhandling av detta avtal om det under avtalstiden sker väsentliga förändringar av de förutsättningar som avtalet baseras på, exempelvis förändringar i författningar eller

myndighetsbeslut. Omförhandling ska skriftligen begäras hos Region Uppsala. Rätten till begäran om omförhandling innebär inte någon rätt till ändring av avtalets innehåll.

19. Befrielsegrunder (force majeure)

Part fritas från skyldigheten att fullgöra sin del av avtalet och från att erlägga skadestånd om dennes åtaganden inte alls eller endast till onormalt hög kostnad kan fullgöras på grund av upplopp, arbetsinställelse, blockad, eldsvåda, ingrepp av myndighet eller annan därmed jämförlig händelse som part inte råder över och inte heller kunnat förutse. Arbetskonflikt som har sin grund i regionens brott mot kollektivavtal får inte åberopas som befrielsegrund.

20. Tvist

Tvist angående giltigheten, tolkningen eller tillämpningen av detta avtal ska lösas genom förhandlingar mellan Parterna. Om tvisten inte på detta sätt kan lösas inom trettio dagar efter det att part påkallat sådan förhandling, ska förhandling i stället ske mellan tvistande parters respektive regiondirektörer. Om tvisten inte kan lösas i godo ska den slutligt avgöras av allmän domstol med Uppsala tingsrätt som första instans.

Part får inte avbryta eller uppskjuta fullgörandet av de prestationer som avtalats under åberopande av att tvisteförfarande inletts eller pågår, så länge avtalet fortfarande gäller.

21. Godkännande av avtal

Detta avtal förutsätter för sin giltighet att det godkänns av respektive part.

(*Underskrifter på nästkommande sidor*)

För Region _____

_____

Signatur

_____

Namnförtydligande

_____

Titel

Verksamhetsplan NSPL-kansli 2025

Verksamhetsplanen för NSPL fastslår de aktiviteter och uppdrag som NSPL ska bedriva under 2025. Verksamhetsplanen har beretts och beslutats i chefsgruppen NSPL. Uppdrag och aktiviteter som beredningsfunktionen NSPL ska bedriva, kan enbart tilldelas av chefsgruppen, som består av sex hälso- och sjukvårdsdirektörer, sex regiondirektörer samt två adjungerade direktörer från SKR (Sveriges kommuner och regioner).

Verksamhetsåret 2025 kommer präglas av verksamhetsutveckling inom kansliet, mellan kansli och chefsgrupp samt utveckling av beredningsprocesser mellan olika befintliga nätverk som regionerna driver idag. Parallellt med verksamhetsutvecklingen behöver också totalförsvarsplanering starta med bland annat Försvarsmakten och Socialstyrelsen. Initialt under första halvåret 2025 kommer arbetet bedrivas inom ramen för den projektgrupp som förberett och nu implementerar kansliet. I nuvarande planering och implementeringstakt bedöms enhetschef NSPL samt de tre tillhörande beredskapsstrategerna vara anställda vid halvårsskiftet 2025. En överlämning från projektgrupp NSPL påbörjas omedelbart till rekryterad enhetschef NSPL, för att sedan avsluta projekt NSPL.

Med anledning av att säkerhetsläget, i allt snabbare takt förändras och försämras, kan verksamhetsplanen för NSPL 2025, behöva justeras, alternativt omprioriteras genom fastställande i chefsgruppen.

Ett samverkansavtal som reglerar den samverkan som kommer att bedrivas inom ramen för NSPL ska beslutas i respektive regionfullmäktige senast utgången av Q3 2025.

Arbetet inom ramen för NSPL under 2025 kan delas in i tre uppdrag som kommer bedrivas parallellt:

1. Totalförsvarsplanering i nära dialog med Försvarsmakten och Socialstyrelsen i syfte att stödja samtliga regioner.
    a. Pågår: En GAP- och aktörsanalys av NATO:s struktur och krav för hälso- och sjukvård och svensk hälso-och sjukvårds förmåga att bedriva krigssjukvård enligt dessa krav. Analysen överlämnas till driftsatt kansli för att utgöra beslutsunderlag inför VP –2026 samt som stöd till övrigt arbete. I dialog med Försvarsmakten identifiera vilken planering Försvarsmakten redan har genomfört och vilken planering de avser att genomföra som berör regionernas sjukvårdsresurser. Definition av begreppet krigssjukvård ingår i detta uppdrag.
    b. Utreda legala, administrativa och personalrättsliga förutsättningar att understödja annan region med personal och utrustning.

2. Hantering av inkommande ärenden/förfrågningar från andra samhällsaktörer eller från chefsgruppen-regionerna.
    a. Pågår: Etablera en kontaktyta med Socialstyrelsen och Försvarsmakten för NSPL, som när den är fullt etablerad ersätter dagens samverkan med HSD-nätverket.
    b. Pågår: Fortsätta teckna säkerhetsskyddsavtal med identifierade myndigheter alternativt myndigheter som uttrycker behov samt behovspröva om säkerhetsskyddsavtalet mellan regionerna ska revideras.

3. Verksamhetsutveckling, internt kansliet och dess processer, organisation och samordning med regionernas nätverk(beredningsgrupper).
    a. Pågår: Föreslå beredningsprocess för ärenden/uppdrag som ges kansliet samt hur rekommendation/inriktning beslutas i respektive region.
    b. Utreda och föreslå implementering av säkra och robusta kommunikationer mellan regionerna.
    c. Pågår: Inrätta och etablera ett systematiskt säkerhetsskyddsarbete inom kansliets verksamhet och organisation.

Ekonomi

Budget för NSPL 2025 sätts till 5 miljoner kronor och periodiseras från halvårsskiftet 2025. Den regiongemensamma finansieringen regleras i det samverkansavtal som tecknats mellan landets regioner, inom ramen för samarbetet NSPL. Budgetposter för NSPL utgörs, till största del av, personalkostnader.

Budget 2025

NSPL Budget 2025

	Budget 2025	Kommentar
Personalkostnader	3 392 500	*3 handlägare from juni 2025 samt 2 handläggare from sep 2025. 1 kanslichef from juni 2025*
Övriga personalkostnader	287 500	*Friskvård, utbildning, dator, telefon, resor*
Lokalkostnader	75 000	*Hyra kontorsplatser*
Övriga kostnader	1 245 000	*Övriga kostnader, konsulter, oförutsett*
Summa	**5 000 000**	

Finansieringsmodell NSPL 2025

Fördelning av kostnader NSPL budget 2025

Region		Befolkning 2023	Andel	Grundbelopp	Belopp	Totalt
Region	Blekinge	157 973	1,50%	81 250	49 312	130 562
Region	Dalarna	287 253	2,72%	81 250	89 667	170 917
Region	Gotland	61 029	0,58%	81 250	19 050	100 300
Region	Gävleborg	285 642	2,71%	81 250	89 164	170 414
Region	Halland	343 746	3,26%	81 250	107 301	188 551
Region	Jämtland Härjedalen	132 572	1,26%	81 250	41 383	122 633
Region	Jönköpings	368 856	3,50%	81 250	115 140	196 390
Region	Kalmar	246 667	2,34%	81 250	76 998	158 248
Region	Kronoberg	203 686	1,93%	81 250	63 581	144 831
Region	Norrbotten	248 480	2,35%	81 250	77 564	158 814
Region	Skåne	1 421 781	13,47%	81 250	443 814	525 064
Region	Stockholm	2 454 821	23,26%	81 250	766 280	847 530
Region	Sörmland	301 944	2,86%	81 250	94 253	175 503
Region	Uppsala	404 589	3,83%	81 250	126 294	207 544
Region	Värmland	283 548	2,69%	81 250	88 510	169 760
Region	Västerbotten	278 729	2,64%	81 250	87 006	168 256
Region	Västernorrland	242 148	2,29%	81 250	75 587	156 837
Region	Västmanland	280 813	2,66%	81 250	87 657	168 907
Västra	Götalandsregionen	1 767 016	16,75%	81 250	551 580	632 830
Region	Örebro	308 116	2,92%	81 250	96 179	177 429
Region	Östergötland	472 298	4,48%	81 250	147 429	228 679
		10 551 707		**1 706 250**	**3 293 750**	**5 000 000**

Total beräknad budget 2025	5 000 000	
Grundbelopp baseras på 34,1% av totalen	1 706 250	81 250
Resterande del fördelas ut baserat på befolkning	3 293 750	

Varför NSPL?

Nationell Samordning och PLanering av hälso- och sjukvården i höjd beredskap och krig

- Stora och ökande förväntningar på regionernas förmåga:
  - Lagar och förordningar
  - Överenskommelser
  - Konkreta förväntningar från Försvarsmakten, Socialstyrelsen m fl
- Säkerhetskänslig verksamhet:
  - Säkerhetsskyddsavtal har upprättats mellan samtliga regioner
    - Har möjliggjort en viss gemensam verksamhet redan nu
- Gemensamma verksamheten permanentas:
  - Samtliga regioner beslutade våren 2024 att inrätta ett gemensamt kansli placerat i Region Uppsala

Samverkansavtal

- Vilken form för samverkan?
  - Juridisk analys har genomförts av en grupp med chefsjurister från regionerna inklusive SKR:s chefsjurist
  - Slutsats att avtal om avtalssamverkan ska tecknas
- Process för tecknande av avtalssamverkan
  - Förslag till avtal varit på remiss till alla regioner fram till 31 januari
  - Ändringar införda enligt remissvar
  - Slutligt förslag för regionernas beslut skickas 28 feb
  - Avtal tecknas senast 3o september 2025

Pågående arbete – för att inte tappa tempo

- Projektgrupp:
  - Representanter från sex regioner, utsedda av regiondirektörer
  - Arbetet möjliggörs av tecknade säkerhetsskyddsavtal
- Exempel på pågående arbete:
  - GAP-analys NATO. Vilken förmåga har svensk hälso-och sjukvård idag i förhållande till de krav NATO ställer?
  - Deltar i Socialstyrelsens och Försvarsmaktens regeringsuppdrag om att vidareutveckla samverkan mellan militär verksamhet och civil sjukvård (diarienr: S2024/00865)
  - Etablerar samarbete med fler myndigheter som har regeringsuppdrag med direkt påverkan på regionerna

Etablering av NSPL-kansliet

- Samverkansavtal med alla regioner enligt tidigare bild
- Lokaler som uppfyller säkerhetsskyddskrav färdigställda
- Rekrytering av chef pågår
- Rekrytering av de första tre handläggarna pågår
- Samarbetsformer med SKR etableras

Hur påverkar varje region NSPL:s verksamhet

- NSPL arbetar enligt ***samverkansavtalet***:
  - Enligt avtalet sker en skriftlig återrapportering årligen till regionerna i en ***verksamhetsberättelse***
- Den årliga verksamheten preciseras i en ***verksamhetsplan***:
  - Beslutas av *chefsgruppen* (definierad i samverkansavtalet) efter förankring i alla regioner.
  - I chefsgruppen ingår 6 regiondirektörer (utsedda av samtliga regiondirektörer), 6 hälso- och sjukvårdsdirektörer (dito) och 2 adjungerade personer från SKR
- Kontinuerlig rapportering och inspel:
  - Regiondirektören kommer, enligt respektive regionstyrelsens önskemål , kunna ge information och ta emot inspel kontinuerligt under respektive verksamhetsår

Region Uppsala

Region Uppsala

Mottagare
Samtliga regioner

Beslut om avtalssamverkan för hälso- och sjukvården inför höjd beredskap och krig

Ett förändrat omvärldsläge och Sveriges medlemskap i NATO innebär stora och ökande förväntningar på regionernas förmåga i höjd beredskap och krig. Därför beslutade alla regioner under våren 2024 att inrätta ett gemensamt kansli för nationell samordning och planering (NSPL) av hälso- och sjukvården inför höjd beredskap och krig. Ett avtal om avtalssamverkan ska tecknas mellan regionerna.

Den årliga verksamheten preciseras i en verksamhetsplan. Verksamhetsplanen beslutas av *chefsgruppen* (definierad i samverkansavtalet) efter förankring i alla regioner. För att kunna dela känslig information har ett säkerhetsskyddsavtal upprättats mellan samtliga regioner.

En årlig verksamhetsberättelse kommer skickas till samtliga regioner,

Bifogade dokument

Till detta dokument bifogas de underlag som behövs för att samtliga regioner ska besluta om att teckna avtal:

- Tjänsteskrivelse. Regionerna avgör själva i vilken instans beslutet om avtalssamverkan sker. I de fall beslutet tas politiskt kan bilagda tjänsteskrivelse användas.
- Samverkansavtal. Beslut ska tas om att underteckna detta samverkansavtal. Samverkansavtalet bifogas tjänsteskrivelsen.

Region Uppsala
Besöksadress: Storgatan 27
Postadress: Box 602, 751 25 Uppsala
018-611 00 00 (växel), 018-611 60 10 (fax)
Organisationsnummer: 232100 - 0024
www.regionuppsala.se

Processen för samverkansavtalet

- Under våren 2024 tog samtliga regioner beslut om att inrätta ett gemensamt kansli för nationell samordning och planering av hälso- och sjukvården inför höjd beredskap och krig. I beslutet ingick också att kansliet ska placeras i Region Uppsala.
- Efter det har en grupp chefsjurister och SKR:s chefsjurist analyserat och konstaterat att samordningen bäst sker som avtalssamverkan.
- Under ledning av Region Uppsalas chefsjurist och i samarbete med en grupp chefsjurister från regionerna har ett första förslag till samverkansavtal tagits fram.
- Förslaget skickades på remiss den 19 december 2024 med svarstid fram till den 31 januari.
- Avtalet har ändrats som en konsekvens av en stor del av de inkomna synpunkterna.
- Samtliga regioner ska besluta om att teckna avtalet senast den 30 september 2025.
- Undertecknade avtal skickas till region.uppsala@regionuppsala.se
- Region Uppsala distribuerar en kopia på avtalet när samtliga regioner har undertecknat avtalet.

Region Uppsala
Besöksadress: Storgatan 27
Postadress: Box 602, 751 25 Uppsala
018-611 00 00 (växel), 018-611 60 10 (fax)
Organisationsnummer: 232100 - 0024
www.regionuppsala.se

§ 141

Budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028

Diarienummer: RJL 2025/7

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen

- överlämna Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med bilagor till regionfullmäktige.

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen, att föreslå regionfullmäktige

1. fastställa skattesatsen för 2026 till 11:76.
2. godkänna föreliggande Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med bilagor.

Reservation

Ledamöterna för Kristdemokraterna och Centerpartiet reserverar sig mot beslutet till förmån för sina egna respektive budgetförslag.

Sammanfattning

Förslag till Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 inklusive bilagor överlämnas.

Förslag till beslut

Ordföranden, Tommie Ekered (M) och Linnea Götesson (VD) yrkar bifall till Samverkan Region Jönköpings läns förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med bilagor samt en oförändrad skattesats på 11:76.

Monica Samuelsson (KD) yrkar bifall till Kristdemokraternas förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med bilagor samt en oförändrad skattesats på 11:76.

Per Eriksson (C) yrkar för bifall till Centerpartiets förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med bilagor samt en oförändrad skattesats på 11:76.

Beslutsgång

Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att arbetsutskottet föreslår regionstyrelsen, att föreslå regionfullmäktige, godkänna Samverkan Region Jönköpings läns förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med

flerårsplan 2027-2028 med bilagor till regionfullmäktige samt fastställa en oförändrad skattesats på 11:76.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2025-06-03
- Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med tillhörande bilagor
- Kristdemokraternas förslag till budget 2026 med flerårsplan 2027-2028
- Centerpartiets förslag till budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028
- Kommunals synpunkter till budget 2026
- Läkarföreningens synpunkter inför Budget 2026
- Vårdförbundets yrkanden till budget 2026
- Beslut Regionstyrelsens arbetsutskott 2025-06-03 § 127
- Politiskt missiv daterat 2025-06-03

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Regionfullmäktige

Förslag till Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- överlämnar Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med bilagor till Regionfullmäktige.

Regionfullmäktige

1. fastställer skattesatsen för 2026 till 11:76.
2. godkänner föreliggande Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med bilagor.

Sammanfattning

Förslag till Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 inklusive bilagor överlämnas.

Information i ärendet

Regionstyrelsen fastställde 2025-03-05 direktiv för arbete med budget med verksamhetsplan 2026 samt flerårsplan 2027-2028.
I direktivet presenterades tidplan för budgetprocessen samt hur styrelsen och nämndernas budgetförslag ska utformas. Direktivet omfattade bland annat finansiella förutsättningar. Nämnderna och styrelsen överlämnade sina förslag i slutet av maj och början juni. Samverkan Region Jönköpings län överlämnade förslag till budget 2026 med verksamhetsplan samt flerårsplan 2027-2028 till regionstyrelsens arbetsutskott den 3 juni.

Budgetförslaget består av följande delar

- Inledning
- Grundläggande värderingar
- För ett bra liv i ett attraktivt län
- Planeringsförutsättningar
- Gemensamt för Region Jönköpings län
- Regional utveckling
- Folkhälsa och sjukvård
- Finansiella rapporter

- Regionfullmäktiges direktiv till styrelse och nämnder avseende budget 2026

Bilagor som behandlats i nämnderna:

- Patientavgifter i hälso- och sjukvården
- Egenavgifter och bidrag hjälpmedel
- Regelbok – Primärvård inom vårdval i Jönköpings län
- Regelbok – Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län
- Kollektivtrafikpriser
- Regelverk sjukresor, färdtjänst, riksfärdtjänst
- Principer för prissättning vid Kulturhuset Spira
- Avgifter för internat, kost och logi, vid Regions Jönköpings läns skolor

Redaktionella justeringar samt revidering layout av bilder, tabeller och diagram kommer att ske i den slutgiltiga tryckta versionen.

Beslutsunderlag

- Missiv 2025-06-03
- Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 med tillhörande bilagor.

Beslut skickas till

Regionledningskontoret

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Samverkan Region Jönköpings län

Jane Ydman
Regiondirektör

Region Jönköpings län

Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Region Jönköpings län

Dnr: RJL 2025/7
Region Jönköpings län
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Tillsammans för ett starkt, tryggt och hållbart Jönköpings län **4**
Grundläggande värderingar **6**
För ett bra liv i en attraktiv region **8**
Planeringsförutsättningar **17**
Gemensamt för Region Jönköpings län **34**
Medborgare och kund 48
Process och produktion 48
Lärande och förnyelse 51
Medarbetare 51
Ekonomi 53
Regional utveckling **55**
Arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet 56
Trafik, infrastruktur och miljö 67
Folkhälsa och sjukvård **75**
Medborgare och kund 93
Process och produktion 97
Lärande och förnyelse 100
Ekonomi 101
Finansiella rapporter **102**
Regionfullmäktiges direktiv till styrelse och nämnder avseende budget 2026 ..... **104**
Bilagor **112**

Tillsammans för ett starkt, tryggt och hållbart Jönköpings län

Inledning
Samverkan Region Jönköpings län (Socialdemokraterna, Moderaterna och Vårddemokraterna) presenterar Budget 2026 med flerårsplan 2027–2028: Tillsammans för ett starkt, tryggt och hållbart Jönköpings län. Det är en budget för ett Jönköpings län som står starkt även i utmanande tider, där trygghet och hållbarhet präglar vår gemensamma riktning.

Vi lever i en tid präglad av lågkonjunktur, global oro och demografiska utmaningar. Samtidigt har Region Jönköpings län ett av landets starkaste ekonomiska läge, hög tillgänglighet i vården och stort förtroende bland invånarna. Med fortsatt ansvarstagande och framtidstro fokuserar vi på det som är viktigast: att utveckla vården, stärka kompetensförsörjningen, öka robustheten, minska klimatpåverkan och skapa ett län där människor vill växa upp, leva, verka och åldras.

Trygghet för invånarna
Trygghet är grunden för ett fungerande samhälle. Det handlar om tillgång till vård av hög kvalitet, men också om att viktiga samhällsfunktioner fungerar när det behövs som mest. I en tid av ökade säkerhetshot, kriser och klimatförändringar stärker Region Jönköpings län sin civila beredskap. Vi investerar i ledningsförmåga, robust digital infrastruktur och en primärvård med tydlig roll i totalförsvaret.

Beredskapen byggs inte i isolerade delar, utan genom helhetssyn, övning och samverkan – med Försvarsmakten, länets kommuner och andra myndigheter. Vi arbetar också målmedvetet för att motverka välfärdsbrott, skydda samhällsviktiga resurser och säkerställa att invånarna får det stöd de behöver, både i vardagen och vid kris. När samhället prövas ska invånarna kunna lita på att Region Jönköpings län står stadigt.

En vård som håller ihop länet
Region Jönköpings län fortsätter att satsa på primärvården och den nära vården för att bygga en stark och trygg hälso- och sjukvård i hela länet. Vårdcentralerna är navet i ett vårdsystem som ska vara jämlikt, tillgängligt och samordnat genom hela livet. Det är centralt att invånare, oavsett bostadsort eller livsvillkor, får en vård som ges i tid, med kontinuitet och med respekt för individens behov.

Målet är att stärka delaktigheten, förbättra tillgängligheten och skapa en hälso- och sjukvård där patientens behov och ställning står i centrum. Region Jönköpings län ska vara ledande i landet inom standardiserade vårdförlopp, med särskilt fokus på cancervården. Arbetet med att utjämna hälsoskillnader intensifieras, med riktade insatser för att minska ojämlikhet kopplat till socioekonomi och uppväxtvillkor. Under 2026 förstärks det förebyggande folkhälsoarbetet, inte minst för att förbättra den psykiska och fysiska hälsan hos barn och unga.

Sveriges bästa offentliga arbetsgivare
Region Jönköpings län arbetar för att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare, med attraktiva arbetsplatser som präglas av god arbetsmiljö, tydligt ledarskap och goda möjligheter till utveckling. Genom en aktiv personalpolitik och investeringar i både medarbetare och arbetsmiljö skapar vi förutsättningar för ett hållbart arbetsliv. Vi fokuserar på att stärka arbetet med friskfaktorer och rätt använd kompetens, så att fler vill och orkar arbeta inom hälso- och sjukvården både nu och i framtiden.

Kompetensförsörjningen är en av våra största utmaningar. Därför prioriterar vi att öka grundbemanningen, minska beroendet av hyrpersonal och möta behoven i hela länet, inte minst inom dygnet-runt-verksamheter och i glesbygd. Genom att kombinera erfarenhet med innovation och bygga kompetens där behoven finns, skapar vi arbetsplatser där människor vill stanna och utvecklas. Seniora medarbetares kunskap och trygghet är avgörande både för kvaliteten i vården och för att nästa generation medarbetare ska få en god start i yrkeslivet.

Hållbart resande och attraktiv livsmiljö i hela länet
Ett tillgängligt, tryggt och klimatsmart transportsystem är avgörande för ett län som växer och håller

ihop. Kollektivtrafiken spelar en nyckelroll både i vardagen, som en del av länets beredskap och för ett mer hållbart samhälle. Genom att förenkla, förbättra och samarbeta med kommuner och andra aktörer stärker vi möjligheterna till resande i hela länet och skapar goda förutsättningar för framtidens mobilitet.

Region Jönköpings län arbetar långsiktigt för att skapa attraktiva livsmiljöer där människor vill bo, leva och verka. Genom satsningar på platsutveckling, kultur, utbildning och ett konkurrenskraftigt näringsliv lägger vi grunden för hållbar tillväxt och lokal utveckling. I nära samverkan med kommuner, näringsliv och civilsamhälle bygger vi ett starkt och levande län – för dagens och morgondagens invånare.

En hållbar framtid för människor och miljö
Med ett starkt fokus på jämlikhet, folkhälsa och klimat driver vi utvecklingen framåt. Region Jönköpings län ska vara en föregångare i det strategiska hållbarhetsarbetet där ekonomiskt ansvarstagande, miljömässig omställning och social hållbarhet går hand i hand. Vi stärker folkhälsan genom förebyggande arbete, minskar vår klimatpåverkan genom omställning i verksamheterna och främjar jämlika livsvillkor genom samverkan med andra samhällsaktörer. Det är genom helhetsperspektiv, konkreta åtgärder och långsiktiga investeringar vi bygger en hållbar framtid – för både dagens och morgondagens invånare.

Med sikte på framtiden
Samverkan för Region Jönköpings län arbetar långsiktigt för att stärka välfärden, möta framtidens behov och bygga ett samhälle som håller i vardagen och vid kris. Med ansvarstagande, samverkan och riktade satsningar fortsätter vi att utveckla vården, stärka arbetslivet, rusta länet och driva på den gröna omställningen.

Vi gör det för att skapa jämlika livsvillkor, hållbar utveckling och goda möjligheter för alla som bor och verkar här. Vår gemensamma färdplan syftar till att hela Jönköpings län ska vara den bästa platsen att växa upp, leva och åldras på.

Tillsammans för ett starkt, tryggt och hållbart Jönköpings län.

Grundläggande värderingar



Kundorientering

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde för dem som den finns till för – kunderna. De externa och interna kundernas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar ska vara vägledande för organisationen, dess medarbetare och verksamhet.

Engagerat ledarskap

För att skapa en kultur som sätter kunden i främsta rummet krävs ett personligt, aktivt och synligt engagemang från varje ledare. Ledarskapets viktigaste uppgifter är att ange riktningen för verksamheten, ta till vara potentialen i individers olikheter och erfarenheter, skapa förutsättningar för medarbetarna samt att i dialog med dem definiera och följa upp målen.

Allas delaktighet

En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Var och en måste därför se sin roll i helheten, ha klara mål, de medel som krävs samt kunskap om de resultat som ska uppnås.

Kompetensutveckling

Den samlade kompetensen är avgörande för organisationens framgång och konkurrenskraft. Därför måste kompetensutvecklingen ses både ur ett organisatoriskt och ett individuellt perspektiv, för att därmed utveckla och tillföra kompetens på ett sätt som stärker såväl individen som organisationen i sin helhet.

Långsiktighet

Organisationens verksamhet måste värderas med tanke på utveckling och konkurrenskraft över tiden. Ett uthålligt förbättringsarbete leder till ökande produktivitet och effektivitet, bättre miljö, nöjdare

kunder och varaktig lönsamhet på lång sikt.

Samhällsansvar

Varje organisation har ett samhällsansvar utöver lagar och förordningar. Organisationen och dess medarbetare måste se sina processer, varor och tjänster som delar i en större helhet och aktivt medverka till förbättringar i både samhälle och miljö.

Processorientering

Organisationens verksamhet ska ses som processer som skapar värde för kunderna. Processorientering stimulerar till att analysera och förbättra arbetsflöden och arbetsorganisation, och lägger grunden för kundorienterad verksamhetsutveckling.

Förebyggande åtgärder

Det är lönsamt att förebygga fel och ta bort risker i processer, varor och tjänster. Framsynthet, förutseende och planering är nyckelord i förbättringsarbetet där även kunder och leverantörer ska engageras.

Ständiga förbättringar

Konkurrenskraft kräver ständiga förbättringar och förnyelse av alla verksamhetens delar. Förutsättningen för detta är ett metodiskt förbättringsarbete som genomsyrar organisationen och en kultur som stimulerar till ständigt lärande, kreativitet och nya idéer.

Lära av andra

För att kunna vidareutvecklas måste organisationen och dess medarbetare på alla områden skaffa sig ny kunskap om vad som är möjligt att uppnå och hur detta kan uppnås. Detta kräver jämförelser med dem som är bäst på en viss process, oavsett vilken bransch eller sektor de tillhör.

Snabbare reaktioner

I alla verksamheter är kortare svarstider, kortare ledtider och snabbare reaktioner på kundernas behov av avgörande betydelse. Det gäller såväl för utveckling, produktion och leverans av varor och tjänster, som för administrativa processer.

Faktabaserade beslut

Beslut måste bygga på dokumenterade och tillförlitliga fakta. Varje medarbetare måste inom sitt arbetsområde få möjlighet att mäta och analysera fakta av betydelse för att uppfylla sina mål och för att tillfredsställa sina kunder.

Samverkan

Samverkan genomsyrar varje framgångsrik organisation. Det är väsentligt att genom samverkan på flera plan och i olika avseenden ta till vara kompetenser och erfarenheter hos såväl medarbetare som hos kunder, leverantörer, partners, ägare och huvudmän.

För ett bra liv i en attraktiv region

Budget med flerårsplan beskriver hur vi förverkligar visionen *För ett bra liv i en attraktiv region*. Vår verksamhetsidé är att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, folkhälsa, kultur, utbildning, kollektivtrafik och regional utveckling.

Region Jönköpings län arbetar med frågor som är avgörande för människors liv och hälsa, men också med frågor som rör länets tillväxt och utveckling. Sambanden mellan dessa områden är starka.

Region Jönköpings län ska arbeta för att bidra till Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling för att på ett långsiktigt hållbart sätt nå vår vision *För ett bra liv i en attraktiv region*.

Figur 1 Agenda 2030



Agenda 2030 innehåller 17 globala mål och 169 delmål som ska leda till att avskaffa extrem fattigdom, minska ojämlikhet och orättvisor i världen, främja fred och rättvisa, samt skydda planetens naturresurser och lösa klimatkrisen.

Dokumentet *Regional utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2035* är en utgångspunkt för arbetet. Samarbete och samverkan är nyckelbegreppen i strategin. Den beskriver bland annat att man ska samordna utvecklingsinsatser inom områden som transportinfrastruktur, näringsliv, arbetsmarknad och utbildning. Region Jönköpings län stödjer aktivt projekt och organisationer som bidrar till en hållbar tillväxt i länet.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030 är ett strategiskt dokument som visar vägen för utveckling av länets hälso- och sjukvård. Där beskrivs bland annat att bästa möjliga hälsa och en jämlik vård ska åstadkommas med kvalitet som strategi, grundläggande värderingar och gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med invånare, patienter, medarbetare, kommuner och civilsamhälle.

Under 2025 genomfördes en genomgång och revidering av fyra av Region Jönköpings läns strategiska dokument. Det gäller både ovanstående Regional utvecklingsstrategi och Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård, men även Hållbarhetsprogrammet och Trafikförsörjningsprogrammet.

Inom Region Jönköpings län arbetar vi för en verksamhet som fungerar väl och som är socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar. Invånarnas behov är utgångspunkten för att ständigt förbättra och förnya. Att förverkliga visionen kräver även insatser inom områden som ligger utanför vår egen verksamhet. Därför är samverkan med länets kommuner, statliga myndigheter, andra organisationer och civilsamhället mycket viktig.

Allt vårt arbete ska leda till att Jönköpings län år 2035 är Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där alla människor trivs, utvecklas och mår bra. Flera områden behöver utvecklas för att nå dit. Några av de viktigaste är kompetensförsörjning, jämställdhet, integration, mångfald, jämlikhet, energiförsörjning och digitalisering. För att lyckas måste många aktörer samverka i frågor som är viktiga för länet. Samverkan fortsätter att utvecklas inom sjukvårdsregionen som omfattar

Region Östergötland och Region Kalmar län. I de regionala utvecklingsfrågorna sker samverkan i Regionsamverkan Sydsverige, där även regionerna Skåne, Halland, Blekinge, Kronoberg samt Kalmar ingår.

Det globala perspektivet är också viktigt i utvecklingsarbetet. Det handlar både om att bidra till utveckling i andra delar av världen och att sätta länets utveckling i ett globalt perspektiv.

Hälsofrämjande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Flera faktorer styr behovet och efterfrågan inom hälso- och sjukvård.

Figur 2 Allt hänger ihop
(ska revideras till den tryckta budgeten)



Genom samverkan med olika aktörer i länet och en väl fungerande verksamhet blir Region Jönköpings län attraktiv som organisation och utvecklas vidare. En djup förankring i befolkningen skapas genom att verksamheten leds av folkvalda politiker. Inom hela Region Jönköpings län arbetar vi för en väl fungerande verksamhet, som ständigt förbättras och förnyas med utgångspunkt i invånarnas behov och delaktighet.

Övergripande ledningssystem

Utgångspunkten för att styra verksamheten är att förverkliga visionen genom god hushållning, vilket innebär att vi använder resurser på ett sätt som främjar social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet. Verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt och med en finansiering som garanterar verksamheten långsiktigt. Genom att hushålla med offentliga medel skapar vi värde för länets invånare.

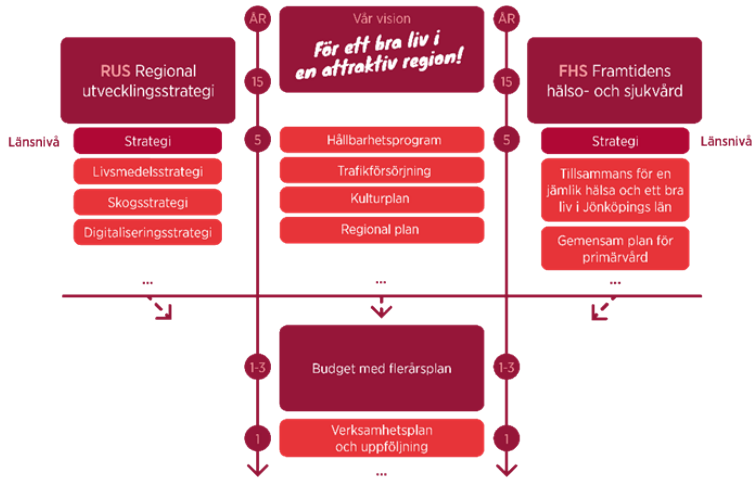
Region Jönköpings läns viktigaste styrdokument är budget med verksamhetsplan och flerårsplan. Här beskrivs våra strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag och mätetal för de närmaste åren. De strategiska målen har en tidshorisont på tio år. Framgångsfaktorerna visar de viktigaste områdena som behöver prioriteras för att vi ska nå de strategiska målen, de har en tidshorisont om tre år. Uppdragen beskriver vad vi behöver uppnå inom respektive område och har en tidshorisont om 1–3 år. Verksamheterna anger sedan aktiviteter kopplade till uppdragen i sina verksamhetsplaner. Arbetet för att uppnå de strategiska målen leds och följs upp genom regelbunden dialog och återkoppling mellan verksamhet, förvaltningsledning och politik. Mätetal och intern kontroll stödjer detta arbete. Våra strategiska mål för de närmaste åren är:

- Bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras
- Enklare vardag för invånare och medarbetare
- Bästa möjliga kvalitet
- Bäst på att förbättra och förnya
- Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion
- Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

- God och hållbar hushållning.

De strategiska målen tas fram med stöd av våra grundläggande värderingar och ledningsstrategier och utgår från vår vision och våra mer långsiktiga styrdokument, planer och program. De strategiska styrdokumenten *Regional utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2035* och *Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030* har båda långa tidsperspektiv. De beskriver den politiska ambitionen för Region Jönköpings län till år 2035 respektive 2030. Andra politiskt antagna planer och program har kortare tidsperspektiv, upp till fem år. Nedan visas hur styrdokumenten förhåller sig till och samspelar med varandra.

Figur 3 Hur styrdokument och planer som antagits av regionfullmäktige förhåller sig till och samspelar med varandra
(*ska revideras till den tryckta budgeten)*



Kvalitet som strategi

Så planerar, leder, utvärderar och förbättrar vi Region Jönköpings län

”Kvalitet på en tjänst är dess förmåga att tillfredsställa, och helst överträffa, kundernas behov och förväntning”

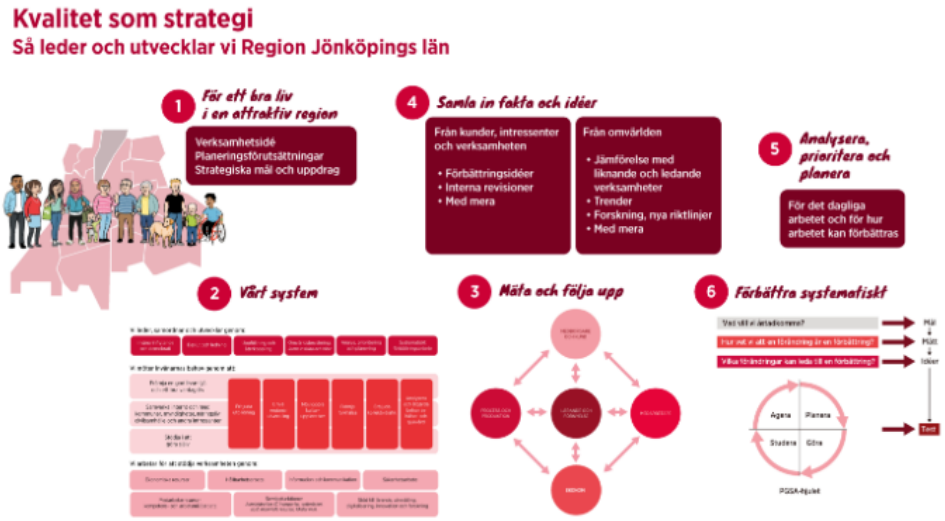
Vårt övergripande ledningssystem, kvalitet som strategi, beskriver hur vi planerar, leder, utvärderar och förbättrar verksamheten. Det innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, och fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter. På så sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden. En förutsättning för en långsiktigt hållbar verksamhet är att vi ständigt förbättrar våra arbetssätt och processer så att de är socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbara. Målet med kvalitet som strategi är att leverera tjänster som motsvarar kundernas behov och förväntningar och samtidigt skapa en arbetsplats där människor trivs och är stolta över sitt arbete.

Ett väl fungerande ledningssystem innebär effektiv ledning, styrning och utvärdering. Det innebär också att lokala förbättringsarbeten stimuleras och att erfarenheter behöver tas till vara i hela organisationen. För att utveckla det övergripande ledningssystemet har vi under många år arbetat med SIQ Managementmodell.

I figur 4 illustreras hur vårt övergripande ledningssystem fungerar och stödjer vårt arbete med kvalitet som strategi.

Figur 4 Kvalitet som strategi

(ska revideras till den tryckta budgetboken)



1. För ett bra liv i en attraktiv region - Utgå från varför och för vem vi finns till

Vi utgår från vår vision *För ett bra liv i en attraktiv region.* Visionen förverkligas genom vårt engagemang i att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, folkhälsa, kultur, utbildning, kollektivtrafik och regional utveckling. Vi behöver ständigt arbeta med frågan ”varför och för vem finns vi till?”.

Figur 5 Varför och för vem vi finns till: vår vision och vårt uppdrag



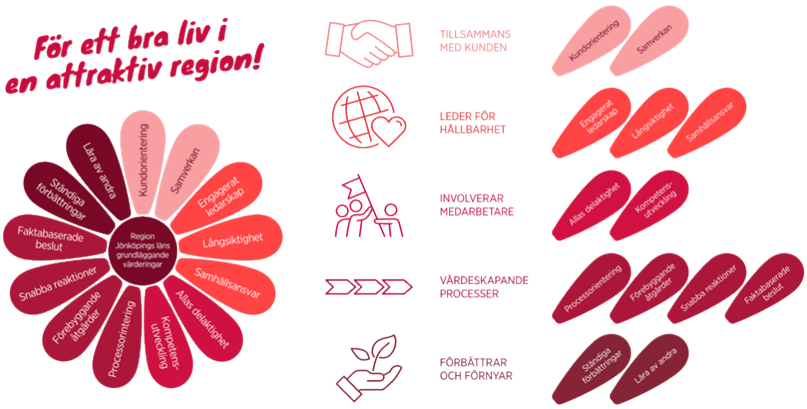
För att leda, arbeta i och utveckla verksamheten använder vi tre enkla regler:
1. Vad är bäst för Esther?
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.

Utifrån visionen och de politiskt beslutade långsiktiga styrdokumenten, med stöd av våra grundläggande värderingar och ledningsstrategier, formuleras strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag och mätetal. Dessa är grunden för verksamhetsplaner och handlingsplaner för förbättring och utveckling inom våra olika verksamhetsområden.

De 13 grundläggande värderingarna har vi haft som bas sedan 1990-talet. Dessa har genom SIQ (Swedish Institute for Quality) konkretiserats till fem framgångsfaktorer som kännetecknar ledande organisationer. Region Jönköpings län har antagit dessa som ledningsstrategier och de harmoniserar

med de fem perspektiven i balanced scorecard (BSC) som vi använder för planering, uppföljning och återkoppling av resultat ur olika perspektiv (figur 8, sidan X).

Figur 6 Vision, grundläggande värderingar och strategier för framgång



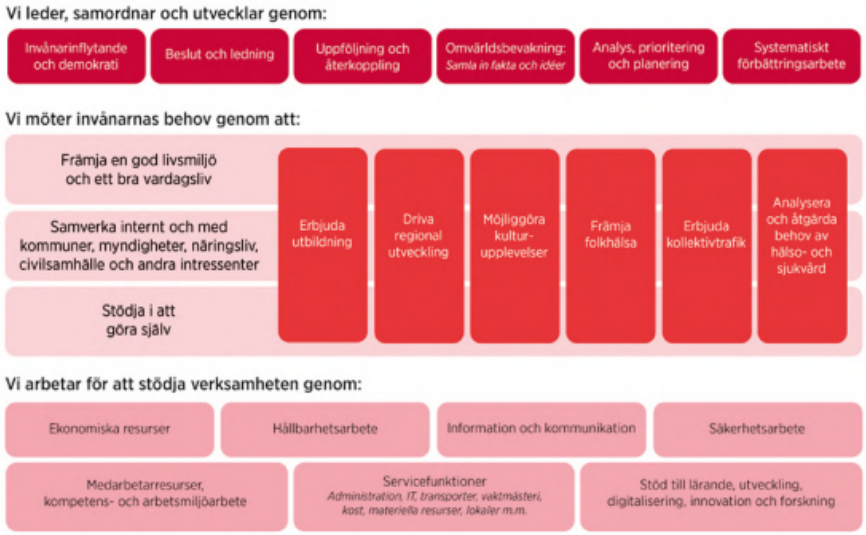
2. Vårt system - Se vårt system som sammanhängande processer

För att uppnå vår vision och verksamhetsidé ser vi oss och agerar som ett sammanhängande system (figur 7, sidan X) av processer och arbetssätt som är ömsesidigt beroende av andra delar i samhället. Processerna delas upp i:

- **Huvudprocesser** som är avsedda att direkt möta invånarnas behov av till exempel folkhälsa, sjukvård, kollektivtrafik och kultur
- **Ledningsprocesser** som beskriver hur vi leder, samordnar och utvecklar verksamheten
- **Stödprocesser** som beskriver hur vi stödjer huvudprocesserna, till exempel resursfördelning, personalutveckling, fastighetsförvaltning, IT och kommunikation

Många av Region Jönköpings läns processer upprepas på flera håll i organisationen och på olika nivåer. För bästa möjliga resultat krävs att dessa processer är snarlika i sin utformning och leder till likartade resultat. En förbättring som genomförts på ett ställe i organisationen har inte nått sin fulla potential förrän den också genomförts på andra ställen i organisationen där samma arbete utförs. Först då kan vi förenkla och förbättra för såväl externa som interna kunder som processen är till för. En process spänner många gånger över flera organisatoriska gränser och för att nå likartade och länsövergripande processer behöver vi samverka på alla nivåer.

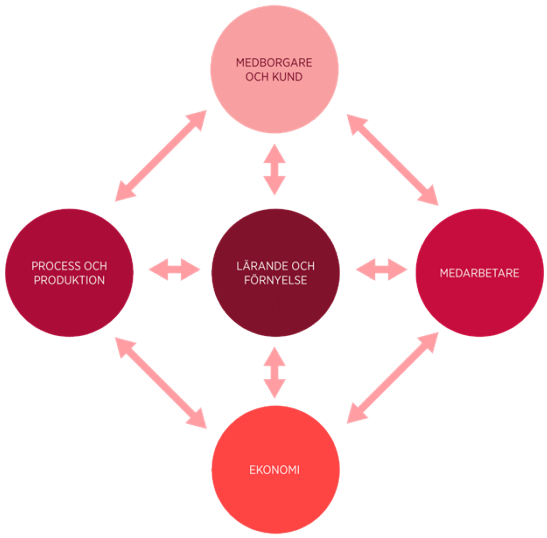
Figur 7 Region Jönköpings län som system



3. Mäta och följa upp

Inom Region Jönköpings län följer vi kontinuerligt processernas och verksamheternas resultat i balanced scorecard (BSC) utifrån fem perspektiv: Medborgare/kund, ekonomi, process/produktion, medarbetare samt lärande och förnyelse (figur 8, sidan x). Dessa perspektiv inkluderar social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet. BSC är ett hjälpmedel för både planering, uppföljning och återkoppling. Inom respektive perspektiv anges strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag, mätetal och målvärden. Verksamheterna anger sedan aktiviteter kopplade till uppdragen i sina verksamhetsplaner. Resultat på alla nivåer följs kontinuerligt via månadsuppföljning, delårsrapporter och årsredovisning.

Figur 8 Balanced scorecard



4. Samla in fakta och idéer

Olika metoder används för att ta reda på invånarnas och andra intressenters nuvarande och framtida behov, krav, önskemål och förväntningar, samt deras synpunkter, förbättringsförslag och klagomål på våra tjänster. Vi tar också reda på relevanta omvärldsfaktorer för att förutse framtida behov, krav, önskemål och förväntningar och efterfrågar förbättringsidéer från medarbetare och andra aktörer. Vi jämför oss med liknande och ledande organisationer och både följer och bedriver forskning inom relevanta områden.

Figur 9 Samla in fakta och idéer



5. Analysera, prioritera och planera

Utifrån resultaten i balanced scorecard och insamlad information, fakta och jämförelser med liknande och ledande verksamheter, analyserar vi vad vi ska fortsätta att göra och vad som behöver förbättras. I arbetet ingår att rangordna och prioritera bland invånarnas och intressenternas behov, krav, önskemål och förväntningar (figur 10, sidan X). Vi strävar efter att skapa så stor effekt som möjligt med de resurser vi har att tillgå. Genom att fasa ut det som skapar mindre värde frigör vi tid och resurser till att satsa på nya prioriterade områden, allt för att ständigt komma närmare vår vision. Prioriterade strategiska mål, uppdrag, mätetal och målvärden formuleras i budget med verksamhetsplan och flerårsplan. Aktiviteter kopplade till uppdragen och andra områden som verksamheterna identifierat som viktiga planeras och formuleras i verksamhetsplaner och vid behov i andra handlingsplaner.

Figur 10 Planera och prioritera



6. Förbättra systematiskt

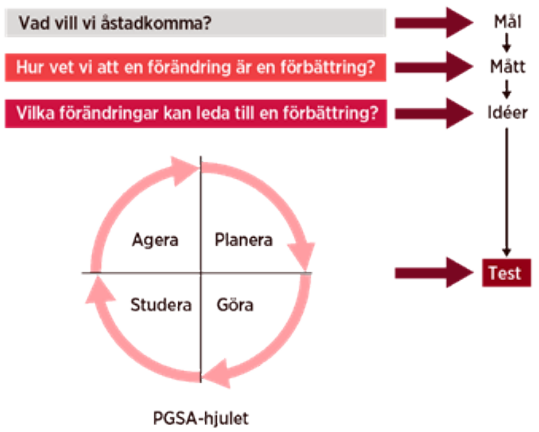
Verksamheten genomför förbättringar och inför nya arbetssätt. Vi testar och prioriterar förbättringsidéer enligt principerna i förbättringsmodellen och PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera):

- Vad vill vi åstadkomma?
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- Vilka förändringar kan leda till en förbättring?

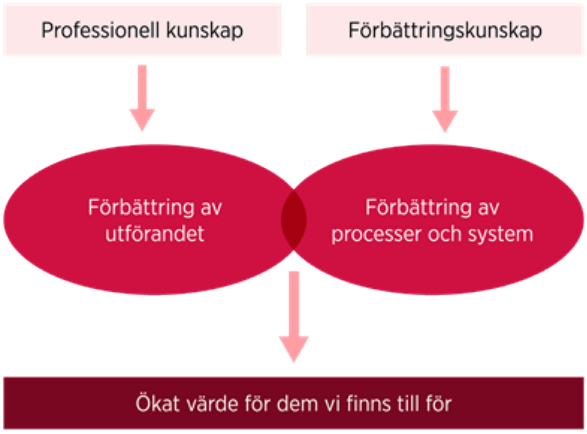
Förbättringsidéerna testas om möjligt i liten skala innan de sprids. Modeller för länsövergripande processförbättring och spridning är nödvändiga för att vi ska kunna hålla jämna steg med omvärlden vad gäller kundnöjdhet, kvalitet och resursförbrukning.

Invånares kompetens och synpunkter är viktiga delar i förbättringsarbetet. I arbetet ingår därför att involvera och samverka med våra invånare för att utveckla processer och tjänster. Med alla medarbetare engagerade i förbättringsarbeten kommer vi allt närmare målet. Vi utgår från att alla medarbetare har två jobb, att göra sitt dagliga arbete och att förbättra det. Därför behöver alla ha både professionell kunskap och förbättringskunskap (figur 12 sidan x). Det innebär att ständigt utveckla sin kunskap inom sin profession och samtidigt ha kunskap om hur man åstadkommer långsiktiga förbättringar genom systemtänkande, förstå variation, kunskap om hur man lär sig och förändringspsykologi.

Figur 11 Förbättringsmodellen med PGSA-hjulet



Figur 12 Vi har alla två jobb



Ledarskap i Region Jönköpings län

Att leda och styra en komplex organisation förutsätter att ledning och medarbetare vet vad uppgiften är och åt vilket håll de ska gå. Det förutsätter en gemensam verklighetsbild och förståelse för de mål som beslutas. Medarbetare ska involveras, vara delaktiga och ges möjlighet att ta ansvar. Ett väl fungerande samverkansklimat är en viktig förutsättning för delaktighet och involvering.

En grundläggande del av chef- och ledarskapet är att skapa förutsättningar för lärande, utveckling och delaktighet, och alltid utifrån invånarnas behov. Därför engageras alla medarbetare i lärande och systematiskt förbättringsarbete inom sina verksamhetsnära arbetslag/mikrosystem och i att förnya sina arbetsprocesser och sin egen kompetens. Förnyelse och innovationer uppmärksammas särskilt.

Hur vi behöver agera som såväl chefer som medarbetare finns beskrivet i *Mitt och ditt ansvar*. Det handlar om vad vi ansvarar för utifrån våra olika roller som medarbetare och som chef. *Mitt och ditt ansvar* används till exempel i samband med rekrytering, medarbetarsamtal och i lönekriterier.

Vi har olika ansvar utifrån vår roll som medarbetare och som chef. Men vi alla – oavsett roll:

Utgår från att värdet skapas tillsammans med dem vi finns till för. Vi har tre enkla regler som vägleder oss:

1. Vad är bäst för Esther?
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.

Uttrycker omtanke och bidrar till tillit genom att visa förtroende och behandla alla med respekt. Vi är medvetna om att normer påverkar hur vi tänker och vad vi gör.

- Uppmärksammar och kommunicerar om det som är viktigt.
- Utvecklar våra arbetssätt och bidrar till att verksamheten förbättras.
- Utforskar och lyssnar till andras idéer och erfarenheter och ger återkoppling.
- Uttrycker uppskattning och ger återkoppling till kollegor och framtidens medarbetare.
- Det är på så sätt vi skapar vi en arbetsplats där jobbet blir roligare och utmaningarna enklare att lösa.

Den som är chef är också ledare, sätter mål, delegerar och följer upp resultat. Den som är chef utvecklar sina medarbetare så att alla är delaktiga och tar ansvar – både för verksamhetens utveckling och för sin egen personliga utveckling.

Vi utövar alla ledarskap i olika sammanhang, både i rollen som medarbetare och i rollen som chef. Ledarskap uppstår i relationen mellan människor och utvecklas i vårt samspel med varandra. Ledare blir vi genom vårt sätt att agera, kommunicera och påverka andra.

Våra fem ledningsstrategier (figur 13, sidan X) är grunden för ett framgångsrikt ledarskap i vår organisation. Det innebär att vi som ledare:

- skapar värde med kunder och intressenter
- leder för hållbarhet
- involverar motiverade medarbetare
- utvecklar värdeskapande processer
- förbättrar verksamheten och skapar innovationer.

På detta sätt utvecklas ett lärandesystem som ständigt strävar efter att nå visionen *För ett bra liv i en attraktiv region*.

Figur 13 Fem ledningsstrategier för framgång



Planeringsförutsättningar

Planeringsförutsättningar belyser länet utifrån följande utgångspunkter: Det aktuella läget, den pågående utvecklingen och dess potentiella konsekvenser för verksamheten. Omvärldsbevakning är ett viktigt moment i planeringsarbetet för att ha kunskap om förutsättningar, möjligheter och utmaningar som präglar samhällsutvecklingen.

Viktigt för analysen är befolkningsutvecklingen och hur den fördelar sig mellan länets olika delar. Fördelningen mellan olika åldersgrupper är central, genom att den påverkar såväl kompetensplanering som behov av samhällsservice och vård. Utbildningsnivå, sysselsättning och hälsoläge är andra väsentliga områden som presenteras. I kapitlet beskrivs också andra omvärldsfaktorer och perspektiv som påverkar regional utveckling, såsom näringsliv och arbetsmarknad, klimatfrågor, energiförsörjning, EU-samarbete och digitalisering. Kapitlet avslutas med en redovisning av aktuella finansiella förutsättningar.

LÄGET I LÄNET

Länets invånare

I det här avsnittet presenteras data och statistik för länet gällande befolkning, utbildning och sysselsättning samt hälsa och levnadsvanor. I Länsbarometern presenteras statistik om befolkningen i Jönköpings län utifrån 130 regionala statistikområden (RegSO) och 13 kommuner. Områdesindelningen är anpassad för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation. För hälsostatistik som inte finns tillgänglig på RegSO-nivå presenteras resultatet för hela kommunen. Statistiken kan jämföras med Jönköpings län som helhet, en kommun eller annat RegSO-område. Länk: www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/lansbarometern/

Befolkning

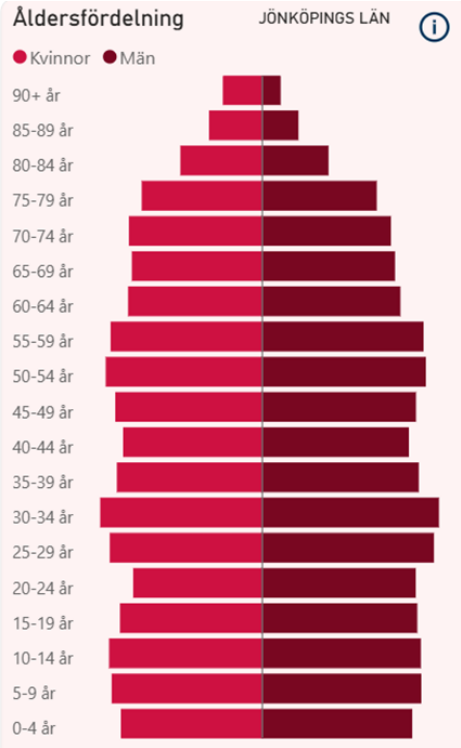
Den 31 december 2024 hade Jönköpings län 370 009 invånare, vilket är en ökning med 1 153 invånare under året. 6 av 13 kommuner ökade sin folkmängd. Ökningen beror på positivt flyttnetto mot utlandet och födelseöverskott (födda minus döda).

Länets befolkning består av 49,2 % kvinnor och 50,8 % män. Andelen:

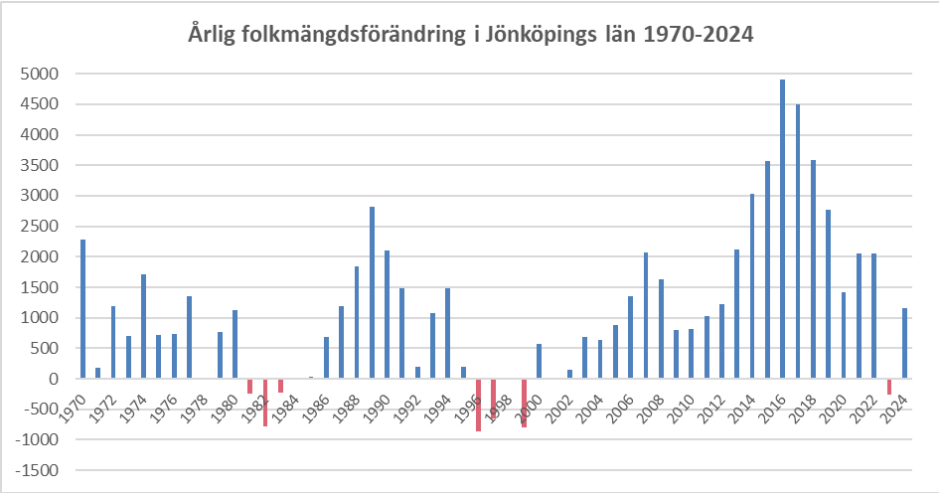
- födda utomlands är 19,5 % (riket 20,8 %)
- 65 år och äldre är 21,6 % (riket 20,8 %)
- 80 år och äldre är 6,6 % (riket 6,1 %)

Den förväntade medellivslängden är högre i länet jämfört med riket. För kvinnorna är medellivslängden 0,5 år längre (85,6 år) och för männen 0,4 år längre (82,4 år) än riket.

Figur XX Befolkningspyramid (år 2023)
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Figur XX Befolkningsutveckling 1970-2024
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Prognos över befolkningsutvecklingen
Enligt SCB:s befolkningsframskrivning som togs fram i april 2024, bedöms utvecklingen i ett längre tidsperspektiv vara mer måttlig de kommande 10 åren.

Prognosen för perioden 2025-2034 är följande:

- Folkmängden ökar med cirka 4 300 (1,2 %)
- Antalet barn och ungdomar i åldrarna 0–18 år minskar med cirka 6 200
- Antalet invånare i förvärvsarbetande åldrar (19–66 år) ökar med drygt 2 600
- Antalet yngre pensionärer (67–79 år) ökar med cirka 1 900 och antalet äldre pensionärer (80 år och äldre) ökar med cirka 6 000

- Inom länet förväntas antal invånare minska i den östra och södra länsdelen med 1 respektive 1,6 procent.
- I den norra länsdelen förväntas antalet invånare öka med 4,1 procent.
- Sammantaget minskar försörjningskvoten under perioden från 82,6 till 82,3*

*Försörjningskvoten visar andelen av befolkningen som är yngre än 20 år och äldre än 64 år (icke förvärvsarbetande åldrar) i förhållande till andelen av befolkningen som är 20–64 år (förvärvsarbetande åldrar).

Figur XX Andel invånare per åldersgrupp
Göra om till diagram i den tryckta budgeten som visar att andelen äldre förväntas öka

Region Jönköpings län	Andel 2025	Andel 2034
Invånare totalt		
0	0,9%	1,0%
1-18	21,3%	19,4%
19-66	58,1%	58,2%
67-79	12,8%	13,1%
80+	6,8%	8,4%

(Källa: SCB, våren 2024)

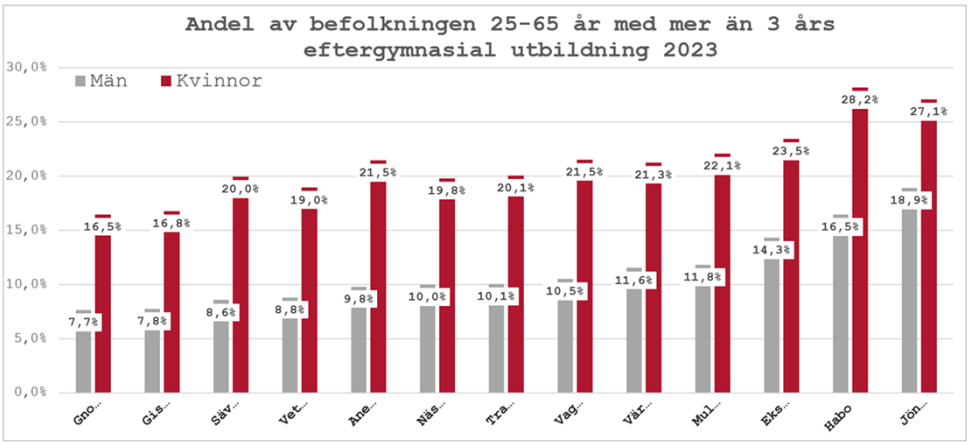
Hushåll
Storleken på hushållen i Jönköpings län varierar från en person till sex personer eller fler. Vanligast är hushåll med två personer, de utgör 29 procent av alla hushåll. 50 procent av länets bostadsbestånd består av småhus (friliggande bostadshus), 44 procent är flerbostadshus (med tre eller fler lägenheter) och 6 procent är specialbostäder. Av alla hushåll i Jönköpings län är 13 procent trångbodda och det finns en stor variation mellan kommunerna i Jönköpings län.

Utbildning
Arbetskraften i Jönköpings län har en lägre utbildningsnivå jämfört med övriga landet. 40 procent av länets befolkning i åldersgruppen 25-64 år har en eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffra för riket är 47 procent. 24 procent av länets befolkning i åldersgruppen 25-64 år har en längre eftergymnasial utbildning (3 år eller mer). Motsvarande siffra för riket är 31 procent.

31 procent av länets kvinnor mellan 25-64 år har en eftergymnasial utbildning längre än 3 år, motsvarande andel bland männen är 17 procent.

En högre utbildningsnivå är viktigt för näringslivets utveckling och för att länet ska trygga en fortsatt god ekonomisk tillväxt. Tillgång till kompetent arbetskraft är en nyckelfaktor för både näringsliv och offentlig sektor.

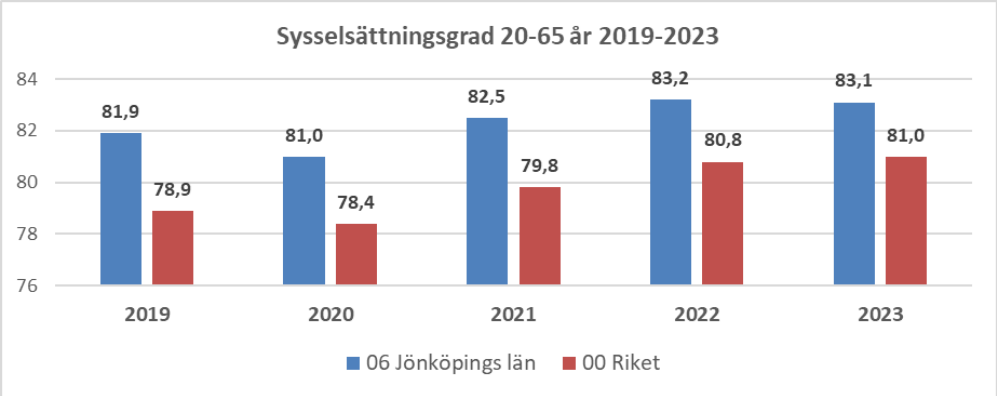
Figur XX Andel av befolkningen 25-65 år med mer än 3 års eftergymnasial utbildning 2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



84,8 procent av länets elever i årskurs 9 var behöriga till gymnasiets yrkesprogram 2023. Utöver ordinarie högskole- och universitetsutbildningar i närområdet finns det också 4 343 yrkeshögskoleplatser (YH) i länet, med slutår 2025 och framåt.

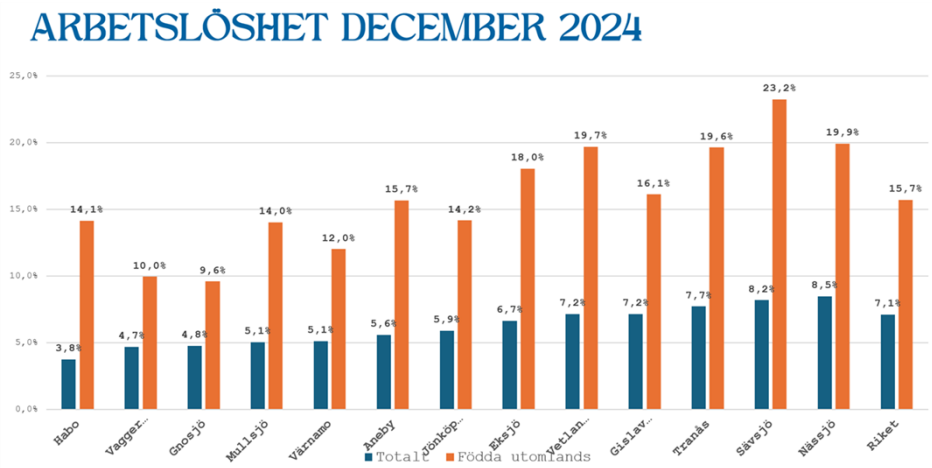
Sysselsättning
83,1 procent av länets invånare i åldersgruppen 20–65 år förvärvsarbetade 2023, vilket är högre än riket, där motsvarande siffra är 81 procent. Endast Halland, Jämtland och Norrbottens län har en högre förvärvsgrad. En stor andel sysselsatta är viktigt för den offentliga ekonomin. För enskilda individer skapar sysselsättning möjlighet till självförsörjning, en god hälsa och bättre livsvillkor. Det finns en variation mellan kommunerna i Jönköpings län och utrikes födda har överlag en lägre sysselsättningsgrad.

Figur XX Förvärvsgrad 20-65 år 2019-2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Arbetslöshet
Av den registerbaserade arbetskraften 16–65 år var i genomsnitt 6,0 procent öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i Jönköpings län under 2024 (riket 6,8 procent). För ungdomar i åldersgruppen 18-24 år var motsvarande siffra 7,7 procent (riket 7,9 procent).

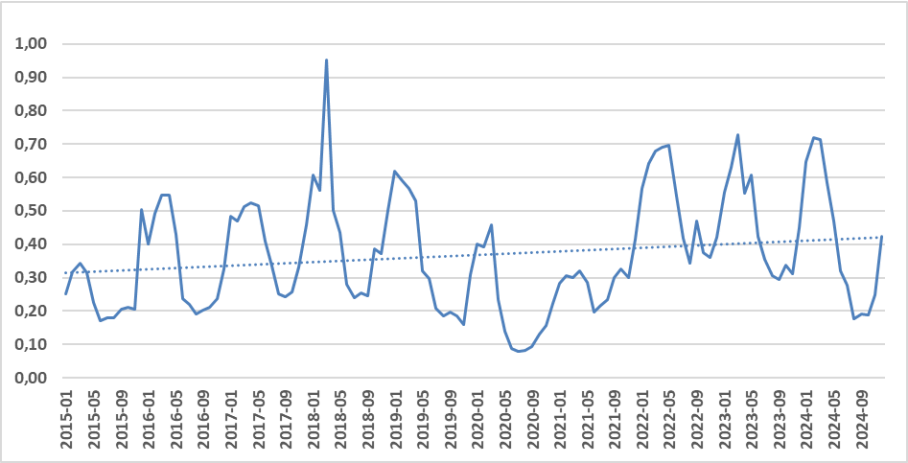
Figur XX Arbetslöshet december 2024
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Under 2023 och 2024 har varselnivåerna varit höga, vilket i sin tur har ökat arbetslösheten. Även långtidsarbetslösheten (mer än 12 mån) och antalet bidragsmottagare av försörjningsstöd har ökat som en följd av lågkonjunkturen.

Det finns mycket som tyder på att kompetensnivån bland inskrivna arbetssökande inte matchar arbetsmarknadens behov. Ett sätt är att mäta detta är andelen kvarvarande (ej tillsatta) platser i länet i förhållande till antalet arbetslösa. Trenden är långsamt stigande de senaste 10 åren. (figur XX).

Figur XX Andel kvarvarande lediga platser per arbetslös person
Ska layoutas till den tryckta budgeten



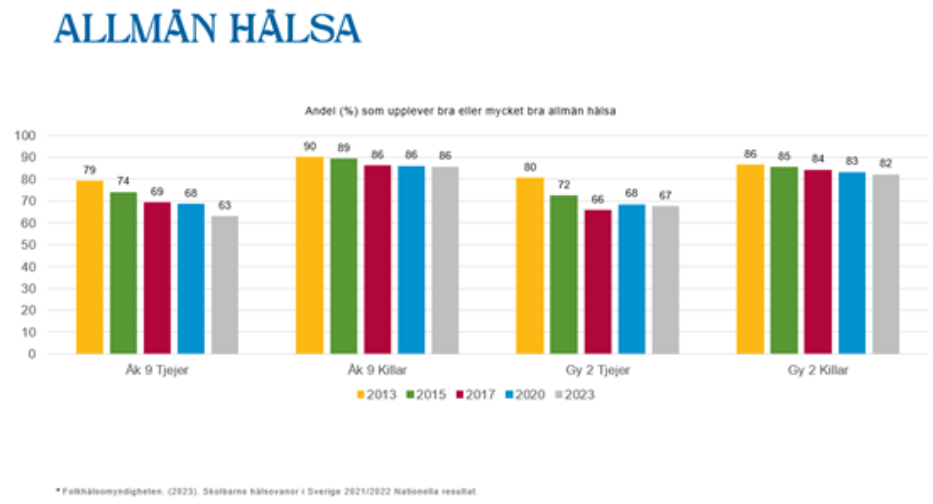
Levnadsvanor och hälsa

Region Jönköpings län arbetar aktivt för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet, både genom att främja hälsa och genom att förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle. Verksamheterna inom både hälso- och sjukvård och regional utveckling är viktiga i folkhälsoarbetet. Möjligheter till arbete och utbildning samt tillgång till fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för invånarnas hälsa.

I Länsbarometern och andra enkäter presenteras levnadsvanor och självskattad hälsa för befolkningen i Jönköpings län. Hälsoläget kan variera mellan kön, åldersgrupper, utbildningslängd och kommuner. För att kunna planera och prioritera verksamheten i Region Jönköpings län och i länets kommuner behövs kunskap om hälsoläget. Medellivslängden för både män och kvinnor ligger sedan många år tillbaka något högre än i riket som helhet.

Barn och unga
Enligt den regionala enkäten Folkhälsoenkät ung finns det tydliga skillnader mellan könen i den självskattade allmänhälsan. En majoritet upplever sin hälsa som bra eller mycket bra, men det finns en negativ trend och då särskilt bland flickor. Flickor upplever också oftare att de har två eller fler psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan.

Figur XX Andel (%) som upplever bra eller mycket bra allmän hälsa
Ska layoutas till den tryckta budgeten



20

* Folkhälsomyndigheten. (2023). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/2022 Nationella resultat.

Figur XX Andel (%) unga som haft två eller fler psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan, de senaste sex månaderna
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Vuxna
Bland den vuxna befolkningen finns skillnader mellan kommunerna i självskattad hälsa och levnadsvanor.

Ohälsotalet är något högre i Jönköpings län jämfört med riket, både för kvinnor och män. Ohälsotalet är något lägre nu jämfört med för några år sedan, både i länet och riket. Ohälsotalet varierar också kraftigt mellan kommunerna i länet. Kvinnor är mer sjukskrivna än män, där sjukskrivningen är mer omfattande i högre åldrar än yngre åldersgrupper.

Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor visar att kvinnor är mer oroliga, stressade, deprimerade och har större sömnsvårigheter än män. En annan uppdelning av data visar att männen som grupp är mer stillasittande, har sämre matvanor, större intag av alkohol och använder mer tobak.

När statistiken jämförs utifrån utbildningsnivå framgår att personer med lägre utbildningsnivå (högst gymnasieutbildning) uppvisar högre andel otillräcklig fysisk aktivitet, sämre matvanor, högre intag av alkohol och tobak jämfört med de med eftergymnasial utbildning.

Männen har en något mer positiv syn på framtiden jämfört med kvinnor.

OMVÄRLD OCH RESURSER

Klimatutmaning och länets koldioxidbudget

Det kommer att bli blötare, torrare och varmare, vilket kommer att få en direkt och indirekt påverkan på länet. Det behövs insatser för att bidra till att både samhälle och näringsliv kan stå emot klimatförändringarna.

Länets koldioxidbudget visar tydligt att takten för att nå målen är och har varit för låg, både globalt och regionalt. Budgeten förtydligar också att det behöver finnas en plan för hur den återstående utsläppsmängden fördelas år för år och vilka åtgärder som krävs. Växthusgasutsläppen i Jönköpings län minskar stadigt men takten är för långsam för att nå klimatmålen. För att vårt län ska uppfylla målen i Parisavtalet, behöver våra utsläpp minska med närmare 18 procent per år enligt den koldioxidbudget som tagits fram för länet.

I Jönköpings län är det framförallt fossila bränslen från inrikes transporter som står för de största utsläppen. Insatser behövs för att främja omställningen av transportsektorn och näringslivet.

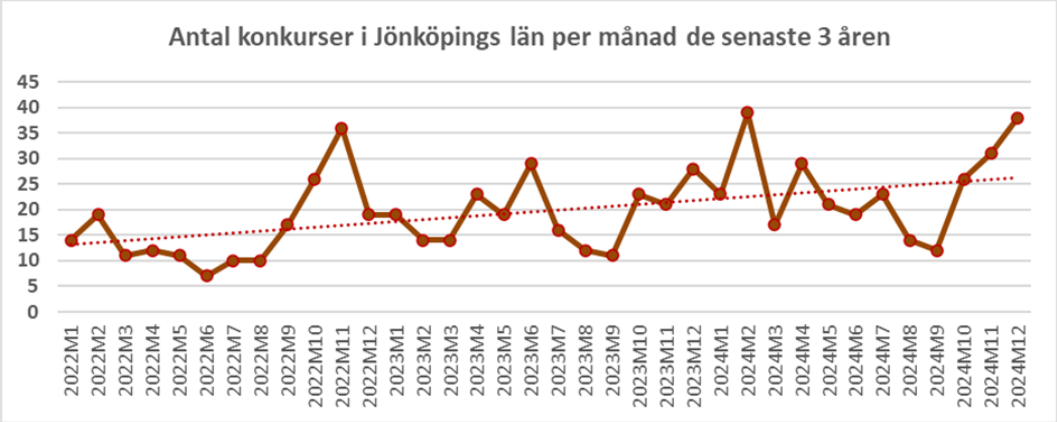
Länk: http://www.climatevisualizer.com

Att utveckla länet hållbart
I den smarta staden skapar innovationer, digitalisering samt miljö- och klimatteknik möjligheter att möta samhällets utmaningar på ett effektivt och hållbart sätt. Städerna behöver vara goda livsmiljöer för människor att leva i utan att för den skull slösa på jordens resurser. Hållbar utveckling är med andra ord en viktig utgångspunkt för smarta städer. Den pågående urbaniseringen innebär en växande miljöbelastning. Urbaniseringen och den demografiska utvecklingen kan skapa motsättningar mellan befolkningsgrupper och utmaningar kring frågor som hälsa och omsorg. Samtidigt finns det i städerna stora möjligheter att ta sig an utmaningarna på ett effektivt sätt – till exempel genom effektiva infrastrukturlösningar och genom att använda den byggda miljön på ett smart sätt och låta den delas av många. Länet har stora möjligheter att gå före i en hållbar stadsutveckling, och det blir då viktigt att ta vara på innovationskraften och på de tekniska verktyg som idag finns tillgängliga.

Landsbygden har långsiktigt goda utvecklingsförutsättningar. De gröna näringarna har en avgörande betydelse för samhällets omställning till en biobaserad och klimatanpassad ekonomi. Landsbygden rymmer stora naturresurser och kulturvärden som erbjuder miljöer för attraktiva permanent- och deltidsboenden, friluftsliv och rekreation. Landsbygden är en värdefull tillgång med stor utvecklingspotential. Landsbygdens sociala och ekonomiska utveckling bygger i högre grad än tätortens på ett samspel mellan privata, offentliga och ideella insatser. Insatser behöver göras för att utöka möjligheten till gröna jobb. Insatser behöver också göras för att ta till vara, tillgängliggöra och utveckla värdefulla natur- och kulturmiljöer.

NÄRINGSLIV
Arbetsmarknaden har präglats av stora omvälvande händelser de senaste åren. Från pandemin och dess effekter till följderna av pågående krig och oro i vår omvärld. Trots höga varselnivåer, ökad arbetslöshet och något fler konkurser (figur XX) är arbetsmarknaden förhållandevis stark i Jönköpings län. Företagen har hanterat den ekonomiska krisen på ett bra sätt.

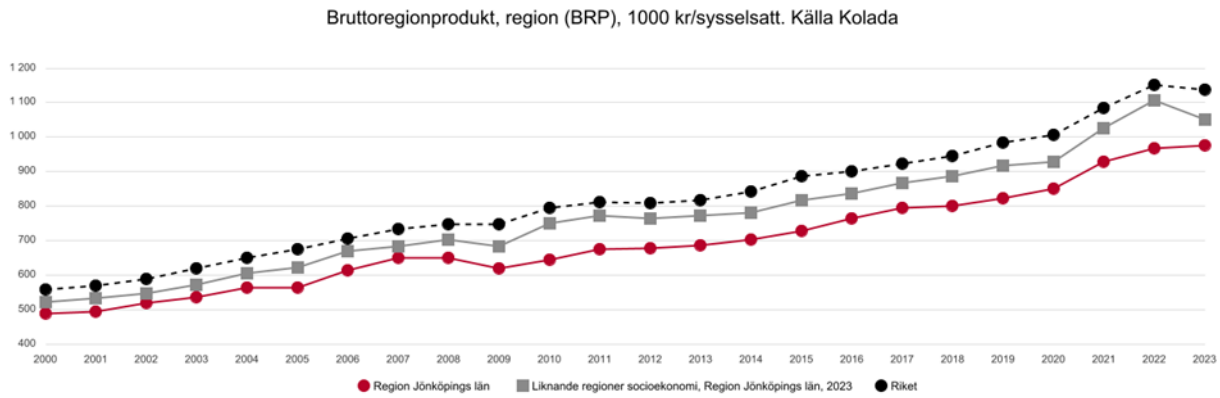
Figur XX Antalet konkurser
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Bidraget till Sveriges BNP (BRP per sysselsatt, bruttoregionprodukt) har under lång tid legat lägre i Jönköpings län än riket och socioekonomiskt liknande regioner (figur XX). Trots lågkonjunktur så ökade länets BRP senaste året medan det minskade för de andra referenserna. Näringslivet genererar alltså ett högre ekonomiskt värde per anställd 2023 än tidigare.

Länets näringsliv har relativt sett lågt kunskaps- och teknologiinnehåll i produkter och tjänster, en låg digital transformationstakt och en lägre grad av hållbarhetsdriven näringslivsutveckling. Kompetensförsörjning är därför en nyckelfråga för näringslivets fortsatta utveckling.

Figur XX BRP per sysselsatt
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Samhällets kompetensutmaning
Både näringslivets företag och offentlig sektor har idag problem med jobbmatchningen eftersom det är svårt att rekrytera personal med rätt erfarenhet och kunskaper. För att Jönköpings län ska fortsätta växa och utvecklas krävs arbetskraft med rätt kompetens.

För att kunna vara anställningsbar på arbetsmarknaden krävs idag i princip att man minst har en godkänd gymnasieexamen. Oftast krävs det någon form av eftergymnasiala studier för att kunna möta arbetsmarknadens behov av spetskompetens.

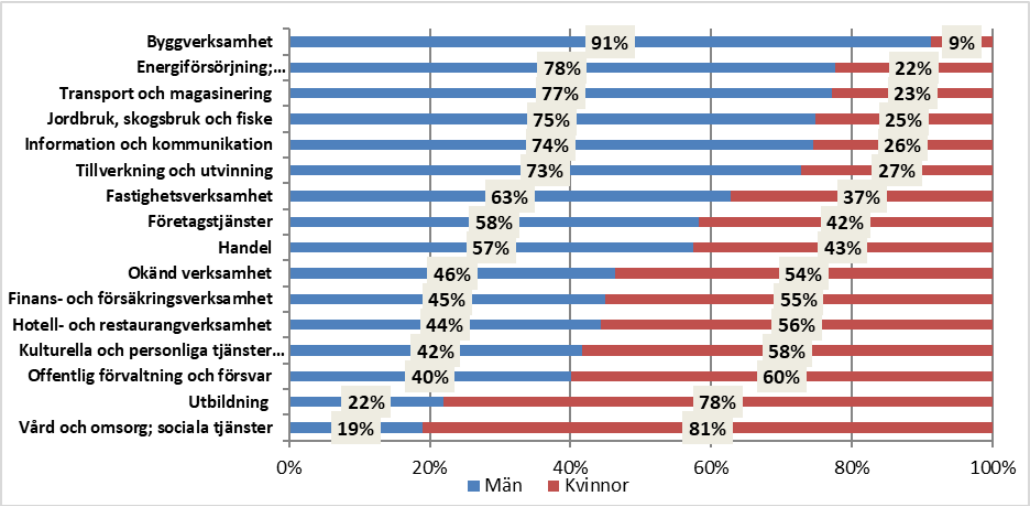
I Jönköpings län arbetar cirka 55 000 personer inom offentlig sektor, det motsvarar en ungefär en tredjedel av länets förvärvsarbetande mellan 20-65 år. Av dessa jobbar 21 procent inom Region Jönköpings län.

Om alla arbetsmarknadssektorers behov slås ihop, kommer efterfrågan på tillgänglig arbetskraft ligga långt över utbudet framöver. Denna arbetskraftsbrist innebär att en stor del av dagens arbetsmarknad behöver effektiviseras framöver. Digitalisering är en väg, men den löser bara en del av behoven. Utländsk arbetskraft är en möjlighet men språkkunskaper och regelverk är ett hinder. Höjd pensionsålder underlättar också, men frågan är om människor vill arbeta längre om det inte är väldigt lönsamt.

Utvecklingen av antalet personer i arbetsför ålder varierar i länets kommuner vilket innebär olika utmaningar kopplat till kompetensförsörjning inom länet.

Ojämlik arbetsmarknad
Arbetsmarknaden i Jönköpings län är tydligt könssegregerad. I många sammanhang strävas det efter att arbetskraftens sammansättning ska spegla befolkningen för att skapa en hållbar utveckling. Arbetslivets sammansättning skiljer sig åt mellan olika branscher. Branscher och sektorer som kräver högre utbildning domineras av kvinnor, medan branscher där gymnasieutbildning i regel räcker domineras av män. Trots detta har männen högre inkomster. För att minska inkomstskillnaderna mellan könen och bredda kunskapsinnehållet i varor och tjänster, behöver fler utbildade tillföras från det kön som är underrepresenterat. Detta långsiktiga arbete måste börja redan i skolans lägre åldrar.

Figur XX Könsfördelning förvärvsarbetande efter näringsgren i Jönköpings län 2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



INFRASTRUKTUR

Genom infrastruktur för energi, bredband och transporter skapar länet förutsättningar för att fortsatt vara en långsiktigt hållbar, attraktiv och innovativ tillväxtregion. En god tillgänglighet är en förutsättning för alla länsinvånares potential ska komma till sin rätt. Infrastruktur är ett viktigt verktyg för tillgänglighet och en enklare vardag för människor.

Transporter

Transportinfrastrukturen i Jönköpings län är starkt präglad av länets läge och det faktum att flera nationella stråk passerar genom länet.

Infrastrukturen i länet behöver utvecklas för att målen i den regionala utvecklingsstrategin ska nås. En välutvecklad infrastruktur skapar förutsättningar för ett väl fungerande transportsystem. För att klara hållbarhetsmålen behöver det ske en förflyttning av transporter från väg till järnväg, samt en överflyttning från fossila drivmedel till fossilfria. De befintliga vägarna behöver underhållas och utvecklas för att bibehålla hög säkerhet och underlätta alla former av miljöanpassade transporter på väg.

På vägsidan gäller detta framförallt E4 och riksväg 40, som årligen hanterar stora trafikvolymer, men även riksväg 26 är klassad som nationell stamväg och har stor betydelse för både långväga och regionala resor och transporter. Trafikmängden på länets vägar ökar för varje år. Detta innebär att slitaget på vägarna också ökar och därmed behovet av drift och underhåll. Historiskt har kostnaden för drift och underhåll ökat snabbare än tillgängliga medel, vilket inneburit att standarden har blivit sämre över tid. Under senare år har anslagen för drift och underhåll ökat betydligt, men det kommer att dröja innan underhållsskulden är löst. Vi kommer framöver att se flera åtgärder på länets vägar och järnvägar som kommer att ha påverkan på trafiken.

De främsta behoven för utveckling av vägnätet i länet är kopplade till att förbättra tillgänglighet och trafiksäkerhet på de större vägarna, att skapa tryggare trafikmiljöer längs statliga vägar inne i länets mindre tätorter samt att bibehålla funktion på länets enskilda vägnät.

Jönköpings län korsas också av flera tungt trafikerade järnvägssträckningar. Länet har ett omfattande järnvägsnät med stationer i samtliga kommuner. Den regionala tågtrafiken är beroende av järnvägens tekniska standard. De långväga järnvägsstråken har kapacitetsproblem, medan låg standard är utmaningen för de lågtrafikerade banorna inom länet. Detta försämrar möjligheten att erbjuda attraktiv trafikering längs järnvägarna. Åtgärder för att möjliggöra en robust trafikering, exempelvis trädsäkring, är mycket viktiga. Det är prioriterat att i samverkan med Trafikverket driva frågan om ett järnvägsnät med hög kvalitet.

Södra stambanan, Jönköpingsbanan och Kust-till kustbanan är elektrifierade och viktiga för person-

och godstrafik ur såväl ett internationellt som nationellt perspektiv. Halmstad-Nässjö-Jönköping (HNJ)-banan, Vaggerydsbanan, Bockabanan och Vetlandabanan är oelektrifierade och har lägre standard. Järnvägarna har betydelse för det regionala resandet och godstrafikens koppling till hamnar på både väst- och ostkusten som exempelvis Halmstad och Oskarshamn.

Region Jönköpings län arbetar tillsammans med Region Östergötland för en ny järnvägsförbindelse mellan Linköping och Jönköping med syfte är att stärkta förbindelser mellan Norrköping, Linköping och Jönköping samt orterna däremellan.

Länets viktigaste stråk och noder för godstransporter på järnväg är Södra stambanan med kombiterminalerna Gamlarp (Nässjö) och Stockaryd (Sävsjö) samt Vaggerydsbanan med kombiterminalerna i Båramo (Skillingaryd), Torsvik och Ljungarum (Jönköping). Länets omlastningscentraler ger goda förutsättningar för intermodala transporter

För att möjliggöra hållbar mobilitet över längre sträckor i hela länet, behöver byten mellan olika transportslag förenklas och stimuleras.

Region Jönköpings län är delägare i flygplatsen Jönköping Airport.

Digitalisering och bredband
Den digitala utvecklingen är en stark drivkraft för regional utveckling. Behoven av digitala lösningar hos företag och offentlig sektor ökar och i takt med det ökar även invånarnas digitala behov. Digitaliseringen har god fart framåt i länet och utmaningarna finns framförallt i att det kan vara svårt att fullt ut realisera nyttorna med de digitala lösningarna. Digitaliseringen behöver drivas framåt för att stärka konkurrenskraft, lösa väldfärdsutmaningar, bidra till ett socialt sammanhållet samhälle samt att hela länet ska utvecklas. Den något långsamma utbyggnaden av bredband bromsar dock möjligheterna till digitalisering för både invånare och företag. Särskilt på landsbygden kvarstår fortfarande stora utmaningar för att nå både företag och hushåll med bredband. Var i länet invånarna bor ska inte avgöra hur god tillgången till bredband är.

Den digitala delaktigheten behöver öka så att grupper och individer inte ska lämnas utanför det digitala samhället. Företag och privatpersoner ska kunna verka och bo både på landsbygden och i staden eller stadsnära områden utan att behöva välja bort attraktiva arbeten eller kulturella och sociala upplevelser. I ett allt mer digitaliserat samhälle är tillgången till digitala tjänster och bredband en fråga om demokrati och delaktighet.

Det finns en påtaglig risk kopplad till ett allt mer digitaliserat samhälle. Skulle el, mobiltelefoni eller internetuppkoppling slås ut som en konsekvens av klimathändelser, terroristhandlingar eller av en fientlig makt, skulle både samhället och varje enskild individ påverkas på många sätt. Länet behöver utvecklas och byggas medvetet, med fokus på resiliens och redundans.

Energiförsörjning
Energikrisen under 2022 har flyttat energifrågan högre upp på agendan på både nationell och regional nivå. Rysslands invasion av Ukraina har gett följdverkningar på den europeiska energimarknaden och ökat behovet av fossilfri energi i Sverige och Europa. I Jönköpings län har vi en låg självförsörjningsgrad av energi och el.

För att samhället och näringslivet ska utvecklas, behöver produktionen av fossilfri energi öka samtidigt som användningen behöver bli mer effektiv och flexibel. Länet har goda förutsättningar för förnybar energiproduktion. Det finns möjligheter till fortsatt utbyggnad av både vindkraft och produktion av solenergi samt biogas.

Flera nationella, regionala och lokala initiativ, såsom energiplanering, har tagits för att påskynda utvecklingen av ett fossilfritt och robust energisystem. I Jönköpings län har vi en gemensam vision för arbete med klimat- och energi. För att nå länets vision om att bli ett fossilfritt och robust plusenergilän krävs att produktionen från förnybara energikällor vara större än den energimängd vi använder.

Region Jönköpings län har genom sin klimat- och energistrategi förbundit sig att stödja åtgärder för att främja:

- ökad produktionen av förnybar energi

- utvecklingen av ett robust energisystem
- en effektiv och flexibel energianvändning

Trafik och hållbarhet
För att nyttja trafiksystemet optimalt och möjliggöra resor som behövs, bör onödiga resor undvikas till förmån för andra lösningar, såsom distansarbete och digitala möten. För både personresor och godstransporter är vägsystemet helt dominerande och att nå fastlagda klimatmål är en utmaning. Att öka andelen hållbart resande och hållbara transporter är viktigt. Förutom att främja en överflyttning till gång- och cykelbanor för de kortaste resorna och till elektrifierade järnvägstransporter och kollektivtrafik för längre resor, är en snabb överflyttning från fossila till fossilfria drivmedel det avgörande.

En snabb elektrifiering av vägtransportsystemet för både tunga fordon och personbilar kräver stora investeringar i både nya fordon och laddstationer i hela landet. Förutom en elektrifiering av vägtransportsystemet är användandet av biodrivmedel den åtgärd som har störst potential att minska vägtransportsystemets beroende av fossila drivmedel.

Del av ett europeiskt sammanhang
Den regionala utvecklingen har ett direkt samband med europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete ska det regionala utvecklingsarbetet bedrivas i syfte att uppfylla regionala mål och mål för EU:s sammanhållningspolitik.

Som en del av EU har länet möjlighet att bidra till och dra nytta av europeiskt samarbete.

På EU-nivå finns mål och strategier kring den dubbla omställningen (twin transition) med EU:s gröna giv och EU:s digitala agenda. Dessa genomsyrar EU-program, initiativ och lagförslag som, när de verkställs, har påverkan på regional nivå.

Omvärldsbevakning och proaktivt påverkansarbete på EU-arenan ökar möjligheten att både bidra till och på sikt dra nytta av utvecklingen. Region Jönköpings län samarbetar med andra regioner och ett lärosäte genom sitt ägande i Småland Blekinge Halland South Sweden med gemensamt kontor i Bryssel. Vidare är Region Jönköpings län värdorganisation för Europa Direkt, EU-kommissionens informationsnätverk. Genom detta värdskap stärks kopplingen mellan regional och europeisk nivå, både strategiskt och praktiskt.

Det regionala utvecklingskapitalet
Medel för det regionala utvecklingsarbetet kommer från regional nivå, men finns också till förfogande på nationell och europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete har Region Jönköpings län rätt att besluta om användningen av vissa statliga medel för regionalt tillväxtarbete, så kallade 1.1-medel. Dessa regleras årligen genom regeringsbeslut av villkor för budgetåret. I beslutet framgår bemyndiganderam och anslag. Bemyndiganderamen fastställer den totala möjliga volymen av pågående utvecklingsprojekt och anslagsramen fastställer volymen medel som är möjlig att betala ut under året. Förutom dessa medel, som tilldelas regional nivå för självständiga beslut utifrån den regionala utvecklingsstrategin, finns möjlighet att söka statliga medel genom utlysningar, framför allt hos Tillväxtverket. Riktade utlysningar där enbart regionalt utvecklingsansvariga aktörer kan söka genomförs genom erbjudanden utifrån de förväntningar nationell nivå har på den regionala nivån.

En stor del av det regionala utvecklingskapitalet kommer från EU:s strukturfonder i form av Europeiska regionala utvecklingsfonden (ERUF) och Europeiska socialfonden (ESF). I strukturfondssammanhang tillhör Jönköpings län tillsammans med Kalmar län, Kronobergs län och Gotlands län regionen Småland och Öarna (NUTS 2-nivå i EU:s regionindelning). Medel från ERUF och ESF tillfaller regional nivå utifrån geografisk tilldelning, med regionala utvecklingsstrategier och EU-mål som utgångspunkter.

EU:s strukturfonder och den kommande långtidsbudgeten (MFF 2028-2034) står inför stora förändringar. EU-kommissionen har inlett en bred debatt om framtida finansieringsprioriteringar, där säkerhet, grön omställning, teknologisk konkurrenskraft och landsbygdsutveckling lyfts fram som centrala utmaningar. Detta kan innebära att vissa traditionella program, såsom sammanhållningspolitiken och den gemensamma jordbrukspolitiken (CAP), får mindre skyddade budgetar än tidigare och i högre grad styrs av nationella prioriteringar och prestationer.

Regionala stöd för kultur, demokrati och hälsa
De regionala stöden grundar sig på Region Jönköpings läns vision *För ett bra liv i en attraktiv region,* vilket innebär ett län med bra miljö, goda möjligheter till arbete, utbildning och utveckling, bra kommunikationer och ett rikt kulturliv. Regionalt stöd utgår också från Region Jönköpings läns grundläggande värderingar och alla människors lika värde.

Stöden ska bidra till att

1. stärka och utveckla demokratin i hela länet
2. ge invånare i hela länet möjlighet att påverka sin livssituation
3. höja bildnings- och utbildningsnivån för invånare i hela länet
4. ge bättre livskvalitet för länets invånare
5. stärka kulturlivets infrastruktur.

Stöd ges till verksamheter som främjar demokrati, social inkludering och en meningsfull fritid för länets invånare. Verksamheter som får stöd från Region Jönköpings län ska vara demokratiskt uppbyggda och bör ha hälsofrämjande, inkluderande, ideologiska, opinionsbildande, demokratiska eller sociala funktioner.

Stöd ges till:

- organisationer inom folkhälsoområdet (folkhälsa, funktionshinder och projekt)
- ungdomsorganisationer, pensionärsorganisationer, studiedistrikt
- kulturområdet i olika former.

De regionala stöden regleras genom ”Grundvillkor för regionalt stöd till civilsamhället och kulturområdet i Jönköpings län” samt riktlinjer för respektive stödform. Grundvillkoren ersätter ”Policy för regionalt stöd till civilsamhället RJL 2022/1068”.

LÅNGTIDSPROGNOS
Inför budgetarbetet har en långtidsprognos för de kommande tio åren tagits fram. Syftet är att ge en bättre framförhållning inför framtida utmaningar samt skapa ett underlag för strategiska beslut. Prognosen har fokuserat bland annat på befolkningsutveckling, personalförsörjning och ekonomi. En central insikt från prognosen är att andelen invånare som är 80 år och äldre förväntas öka markant, medan antalet personer i arbetsför ålder endast ökar marginellt i länet som helhet. I de södra och östra delarna av länet väntas däremot den arbetsföra befolkningen minska, vilket kan innebära utmaningar för tillgången på arbetskraft.

Utifrån dialog kring prognosen har följande områden identifierats som viktiga framöver:

- Anpassning till en åldrande befolkning och förändrade vårdbehov.
- Strategiska beslut för kompetensplanering.
- Åtgärder för att säkerställa ekonomisk hållbarhet och prioritering av investeringar.
- Fortsatt effektivisering och kvalitetsförbättring av verksamheten.

Prognosen ger en viktig vägledning för kommande beslut och planering, vilket är avgörande för att möta regionens långsiktiga behov.

FINANSIELLA FÖRUTSÄTTNINGAR

Finansiellt mål
Region Jönköpings län har en stark och stabil ekonomisk grund som skapats genom ett långsiktigt ansvarstagande. Kostnadsutvecklingen inom framförallt hälso- och sjukvården och kollektivtrafiken kommer att ställa krav på finansiering och kostnadskontroll för en ekonomi i balans. Nya satsningar och reformer samt investeringar i verksamheten ska därför ske med långsiktig stabilitet i fokus. Varje generation bör bära kostnaderna för den service som den beslutar om och själv konsumerar. För att säkerställa en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och hög kvalitet krävs en fortsatt tydlig

prioritering av välfärdens verksamheter. Det övergripande finansiella målet för god hushållning är att vi över tid ska finansiera investeringarna med egna medel.

Utgångspunkten är att Region Jönköpings läns verksamheter inte kostar mer än vad som kan finansieras genom skatteintäkter och statsbidrag. Region Jönköpings läns ekonomiska resultat ska vara på en nivå där såväl konjunktursvängningar, oförutsedda händelser (t.ex. pandemier eller andra särskilda händelser) och framtida åtaganden kan klaras. Det handlar om att klara pensionsåtaganden gentemot personalen, investeringar samt finansiering av all verksamhet som Region Jönköpings län ansvarar för.

Det övergripande finansiella målet innebär följande:

- Årets resultat, exklusive avskrivningar ska täcka årets investeringar
- Det övergripande finansiella målet om egenfinansiering följs i rullande 10 års period med 5 år bakåt, innevarande år och 4 år framåt
- Soliditeten inklusive ansvarsförbindelser för pensionsförpliktelser ska inte understiga 20 %.

Skatteintäkter och statsbidrag/kommunal utjämning ska räcka till verksamhetens nettokostnader, vilket innebär att verksamhetens resultat ska vara i balans.

Resultatet över tid ska utgöra 2 % av skatteintäkter och statsbidrag/kommunal utjämning.

Pensionsskuld
Den 31 december 2024 uppgick Region Jönköpings läns pensionsåtagande till 12,3 miljarder kronor. Pensionsåtagandet regleras i huvudsak genom tre avtal: PA-KL, KAP-KL och AKAP-KR. De samlade finansiella tillgångarna var 11,4 miljarder kronor (marknadsvärde 2024-12-31). Skulden påverkas av justeringar av diskonteringsräntan och prisbasbelopp (inflation).

Den totala kostnaden för pensioner enligt blandmodellen beräknas i budget för 2026 med flerårsplan 2027–2028 till 1 180 miljoner kronor för 2026, 1 324 miljoner kronor för 2027 och 1 398 miljoner kronor för 2028. 2026 års pensionskostnader påverkar verksamhetens nettokostnad med 1 029 miljoner kronor och de finansiella pensionskostnaderna med 152 miljoner kronor.

Finansiella förutsättningar
Region Jönköpings läns finansiella förutsättningar för att tillgodose medborgarnas behov beror i huvudsak på:

- befolkningsutvecklingen i länet relaterad till ökningen i riket
- samhällsekonomins utveckling och dess påverkan på skatteunderlag
- statens transfereringar
- avgiftsnivåer
- skattesats.

Sveriges Kommuner och Regioners bedömning av samhällsekonomin 2025-04-29

Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) skatteunderlagsprognos bygger på antaganden om fortsatt osäkerhet i omvärlden, vilket förväntas förlänga lågkonjunkturen. Prognosen visar på fortsatt svag arbetsmarknad i år och nästa år och att skatteunderlaget ökar nominellt 2025-2028 i takt med historiskt genomsnitt.

Den ekonomiska utvecklingen förväntas leda till en låg BNP-tillväxt under 2025, men en tydligare uppgång bedöms ske från 2026. Sysselsättningen påverkas i mindre grad än produktionen, och företagen väntas i stor utsträckning behålla sin personal. Antalet arbetade timmar ökar marginellt 2025 och mer tydligt från 2026. Arbetslösheten väntas stiga till 8,6 procent under 2025, men vända neråt året därpå.

Inflationen har inledningsvis överstigit Riksbankens mål på 2 procent under 2025, men den dämpade konjunkturen väntas bidra till sjunkande inflation, med en nivå på cirka 1,8 procent under 2026.

Generella statsbidrag och utjämning

Statens bidrag till regionsektorn består främst av kommunalekonomisk utjämning och bidrag för läkemedelsförmånen. Syftet med det kommunala utjämningssystemet är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla regioner för att kunna tillhandahålla likvärdig välfärd och service, oberoende av länsinvånarnas inkomster, geografi, demografi eller socioekonomiska förhållanden. Systemet för kommunalekonomisk utjämning omfattar:

- inkomstutjämning för strukturella skillnader i skatteinkomster (staten garanterar skattekraft på 115 procent)
- kostnadsutjämning för strukturella behovs- och kostnadsskillnader, till följd av till exempel skillnader i demografi, geografi eller socioekonomiska förhållanden.

En regleringspost kan vara positiv eller negativ – det beror på storleken på anslaget och summan av övriga bidrag och avgifter i utjämningssystemet. Regleringsposten fördelas mellan kommunerna respektive regionerna med ett enhetligt belopp per invånare.

Tabell XX Generella statsbidrag och utjämningsbidrag

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Inkomstutjämning	2 260	2 355	2 544	2 643	2 754
Kostnadsutjämning	-55	-53	-5	-4	-5
Regleringsavgift/bidrag	269	135	117	8	-61
Generella sektorsstöd	323				
Läkemedelsbidrag	1 359	1 441	1 553	1 654	1 762
Summa	**4 156**	**3 878**	**4 209**	**4 301**	**4 450**

Statsbidrag för läkemedel

Genom överenskommelser mellan SKR och staten ersatts regionerna med ett särskilt statsbidrag för kostnaden för läkemedelsförmånerna.

En ny behovsmodell för läkemedel infördes 2021 och bygger på samma variabler som den reviderade modellen för hälso- och sjukvården i kostnadsutjämningssystemet. Modellen fördelar statsbidrag till regionerna utifrån bedömt behov snarare än faktisk förbrukning. Den inkluderar även en solidarisk finansiering för att hantera ojämn patientfördelning av kostsamma behandlingar. Fördelningen baseras på läkemedelsförbrukning i olika åldersgrupper och justeras för socioekonomiska faktorer som utbildning, inkomst och hushållstyp. Region Jönköpings läns bidrag för läkemedel beräknas för år 2026 uppgå till 1 553 miljoner kronor.

Riktade statsbidrag/Förordningar

Hälso- och sjukvården

Utöver generella statsbidrag finns flera riktade bidrag och förordningar. Inom hälso- och sjukvården är dessa oftast kopplade till nationella överenskommelser mellan staten och SKR. Överenskommelserna fokuserar på prioriterade utvecklingsområden och reglerar vilka insatser regionerna ska genomföra för att få bidrag samt hur de ska återredovisas. De beslutas årligen av regeringen, oftast i december, och kan gälla ett eller flera år. Bedömningen av förväntade intäkter för riktade statsbidrag år 2026 är 447 miljoner kronor för Region Jönköpings län.

Statsbidragen budgeteras centralt och finansierar permanenta förstärkningar i verksamheten för långsiktighet och för att utveckla verksamheten utifrån intentionerna i överenskommelserna.

Regional utveckling

Inom den kommunalekonomiska utjämningen ingår sedan 2022 en post för att regionerna inom ramen för sitt tillväxtarbete ska fastställa mål och prioriteringar för det regionala

kompetensförsörjningsarbetet. Regionerna ska även tillhandahålla bedömningar av länets kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt.

Region Jönköpings län erhåller även statsbidrag för förvaltningskostnader för uppgifter om regionalt utvecklingsansvar. Detta statsbidrag fördelas inom ramen för Regeringens beslut av anslag för regionala utvecklingsåtgärder. Större delen av statsbidraget hanteras genom Tillväxtverket, se avsnittet ”Det regionala utvecklingskapitalet” *sidan XX.*

Statsbidrag ansöks och erhålls också till kultur inom ramen för kultursamverkansmodellen och genom särskilda beslut samt till utbildningsområdet för de delar som är statsbidragsberättigade för respektive skolform.

Regionskatten
Region Jönköpings läns utdebitering 2026 är 11,76 kronor. Om hänsyn tas till regionernas olika kostnadsansvar för hemsjukvård, kollektivtrafik, färdtjänst med mera (den så kallade justerade skattesatsen), var 2024 för Region Jönköpings län 11,48 kronor, vilket är lägre än genomsnittet för riket.

En viktig förutsättning för fortsatt god samhällsekonomisk tillväxt är att skatten hålls på en långsiktigt hållbar nivå.

Tabell XX Genomförda skatteförändringar sedan 2011

År	Förändring	Kronor	Skattesats
2019	Höjd utdebitering	0,50	11,76
2015	"Skatteväxling" region med mera	0,05	11,26
2014	Skatteväxling av färdtjänst	0,15	11,21
	Höjd utdebitering	0,40	
2013	Skatteväxling av hemsjukvård	0,34	10,66
2012	Skatteväxling av trafik	0,33	11,00
2011			10,67

Finansiella intäkter/kostnader
Årsavkastningen för de finansiella tillgångarna åren 2026–2028 beräknas uppgå till 4,8 procent, vilket motsvarar cirka 500 miljoner kronor per år. Pensionsåtagandet vid 2025 års utgång beräknas uppgå till 12,436 miljarder kronor och beräknas minska till 12,223 miljarder kronor 2028.

Finansiell bedömning 2026–2028
För en långsiktig och finansiellt hållbar utveckling är Region Jönköpings läns finansiella målsättning att över tid uppnå ett finansiellt resultat som ger förutsättning för egenfinansiering av investeringar. Föreliggande resultatbedömning och bedömning kring möjlighet av egenfinansiering av investeringar baseras på följande förutsättningar:

- Verksamhetens nettokostnad för 2026–2028 är en uppräkning av 2025 års budget utifrån SKR:s bedömda pris- och löneförändring.
- Skatteintäkter och kommunal utjämning/statsbidrag utifrån SKR:s bedömning april 2025.
- Oförändrad skattesats 2026 (11,76).
- Utgiftsramar för 2026–2028 har utökats, vilket redovisas i tabell X, sidan XX.

Resultat

I kommunallagen anges att kommuner och regioner ska upprätta en budget så att intäkterna överstiger kostnaderna.

Region Jönköpings län budgeterar ett positivt resultat 2026 enligt blandmodell på 318 miljoner kronor.

Region Jönköpings län har en stark finansiell ställning med en soliditet inklusive pensionsåtagande per 2024-12-31 på 22 procent. Detta har uppnåtts genom hushållning av resurser, för att klara framtida åtaganden och konjunktursvängningar. Det övergripande ekonomiska målet för god hushållning, att Region Jönköpings län över tid ska finansiera investeringar med egna medel uppnås ej för perioden, (-310 miljoner kronor).

I kommande budgetar under kvarvarande mandatperiod kommer också redovisning enligt fullfonderingsmodellen att ske i avsnittet Finansiella rapporter.

Investeringar
Behov av investeringar i lokaler, utrustning och IT uppkommer av olika skäl. Huvuddelen av Region Jönköpings läns investeringar i utrustning avser återinvesteringar för att upprätthålla befintlig kapacitet i verksamheten. Med den tekniska utveckling som sker medför ofta återinvestering i utrustning även nya funktionaliteter. Det kan innebära krav på ombyggnation eller annan anpassning av lokaler för att kunna installera den nya utrustningen. Andra skäl till investeringsbehov är arbetsmiljökrav eller förändrade arbetssätt.

Under 2026 tas det fram en långsiktig ram för fastighetsinvesteringar.

Vid prioritering av vilka investeringar som ska genomföras inom hälso- och sjukvården ska alltid prövning göras om åtgärden stödjer förflyttningen till nära vård. Detta gäller såväl lokaler som utrustning och IT. Hur investeringen påverkar kommande driftkostnader är en viktig aspekt i prioriteringen och tydliggörs inför beslut.

Erfarenheten visar att utfallet av investeringarna sällan når upp till målen i budget och flerårsplan. Bedömningen är att det är realistiskt att fastighetsinvesteringarna uppgår till 85 procent av den beräknade investeringskalkylen för perioden 2026–2030. Egenfinansiering av investeringar under denna period redovisas i tabell X sidan XX. Det övergripande målet för egenfinansiering följs från och med 2026 i rullande tioårsperiod med fem år bakåt, innevarande år och fyra år framåt. Eftersom 2026 är första året vi följer upp enligt denna princip så redovisas endast innevarande år samt de fyra kommande åren. Detta innebär att 2031 kan hela 10-årsperioden redovisas enligt denna princip. Det övergripande ekonomiska målet för god hushållning, att Region Jönköpings län över tid ska finansiera investeringar med egna medel uppnås ej för perioden, (-310 miljoner kronor).

Inom ramen för egenfinansiering ingår även medfinansiering av järnvägsförbindelsen Y:et, beslutat i fullmäktige 2017. När genomförandeavtal tecknas kommer överenskommet belopp belasta resultatet.

Tabell XX Egenfinansiering av investeringar, budget 2026 med plan 2027-2030

Miljoner kronor	Summa 2026-2030	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030
Resultat (sista raden)	1 751	318	275	359	400	400
Avskrivningar	3 350	641	666	671	681	691
Egna medel	**5 101**	**959**	**941**	**1 030**	**1 081**	**1 091**
Investeringar detaljer	-5 411	-1 040	-1 005	-1 157	-1 133	-1 077
Egenfinansiering	**-310**	**-81**	**-64**	**-128**	**-52**	**14**

Tabell XX Förändring jämfört med budget 2025, totalt

Miljoner kronor	2026	2027	2028
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA)			
Dans SMOT	-1,5	-1,5	-1,5
Smålands Turism	-1,5	-1,5	-1,5
Politiska ungdomsorganisationer valår	-0,3	0	0
Summa ANA nämnden	**-3,3**	**-3**	**-3**
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö (TIM)			
Nya fordon, leasing (inkluderar nya samt avyttring)	0	-28,6	-28,6
Ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	-22,5	-22,5	-22,5
Nya fordon, leasing (inkluderar nya samt avyttring)	0	-1,7	-27,8
Ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	22,5	22,5	22,5
Utökning av busstrafik i högtrafik ersätter ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	-12,5	-25	-25
Ny linje 135, (ersätter L133)	-5	-5	-5
Summa TIM nämnden	**-17,5**	**-60,3**	**-86,4**
Nämnden för folkhälsa och sjukvård			
Primärvård	-40	-70	-70
TBE-vaccin barn	7	7	7
Habilitering	-5	-5	-5
Vaccinationer	-10	-10	-10
Tillgänglighet 1177	-5	0	0
BUP/BUH	-5	-5	-5
Primärvård	0	0	-30
Rehabiliteringscentrum och Öron-näsa-hals (audionom, logopeder, arbetsterapeuter med flera)	-5	-5	-5
Medicinsk vård (spec palliativ vård, reumatologen, barnobesitas)	-7	-7	-7
Summa FS nämnden	**-70**	**-95**	**-125**
Regionstyrelsen			
Stöd nämndsekreterare	-1	-1	-1
Skatt på biogas (beslut att skatten tas bort)	14,6	14,6	14,6
Miljöomställningspott (robusthet och miljö)	-5	-5	-5
Stärka beredskapsarbetet	-5	-5	-5
Summa Regionstyrelsen	**3,6**	**3,6**	**3,6**
Summa förändring jämfört med budget 2025	**-87,2**	**-154,7**	**-210,8**

Gemensamt för Region Jönköpings län

Region Jönköpings län verkar inom områden som är avgörande för människors liv och hälsa, men också inom områden som ger länet förutsättningar för en hållbar tillväxt och utveckling. Sambanden mellan dessa områden är starka. Stöd- och servicefunktionernas övergripande uppdrag är att stödja verksamheterna utifrån deras behov och bidra till utveckling och kostnadseffektiv verksamhet. I nära dialog med verksamheterna ska stödfunktionerna ständigt utvecklas och arbeta med ständiga förbättringar för att bidra till en alltmer hållbar verksamhet.

STRATEGISKA MÅL OCH FRAMGÅNGSFAKTORER

I balanced scorecard har strategiska mål och framgångsfaktorer för vårt arbete formulerats. De strategiska målen beskriver vilket tillstånd vi vill uppnå med vårt arbete på en längre tidshorisont. Framgångsfaktorerna beskriver de viktigaste områdena vi behöver arbeta inom för att uppfylla de strategiska målen de närmsta åren. Tabellen nedan beskriver vilka strategiska mål och framgångsfaktorer som finns formulerade i budget 2026 med flerårsplan och hur de hänger samman, därefter följer en beskrivning av de sju strategiska målen.

Strategiskt mål	Framgångsfaktor
Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på	Nöjda kunder och intressenter
	God tillgänglighet
	God och jämlik hälsa
	Vitalt och tillgängligt kulturliv
	Ett demokratiskt och jämställt samhälle
	Utbildningsinnehåll anpassat till elevens behov
Enklare vardag för invånare och medarbetare	Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster
	Samverkan med andra aktörer
Bästa möjliga kvalitet	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande
	Säker verksamhet
	Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer
	Utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU och staten erbjuder
Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion	Innovationsstödjande arbete
	Tillgänglig säker och hållbar infrastruktur
Bäst på att förbättra och förnya	Förbättringskunskap
	Professionell kunskap
	Forskning
Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser	Rätt kompetens och bemanning
	En god arbetsmiljö och hälsa
	Främja kreativitet och delaktighet
God och hållbar hushållning	Kostnadseffektiv verksamhet

GEMENSAMMA INRIKTNINGAR

Kopplat till de sju strategiska målen finns ett antal gemensamma inriktningar, oavsett nämnd eller verksamhet inom Region Jönköpings län. De följer nedan.

Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på
Region Jönköpings län ska bidra till att Jönköpings län är bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på. För att nå ditt behöver vi nöjda kunder och intressenter och skolorna behöver ha ett utbildningsinnehåll som är anpassat till elevernas behov. Vi behöver arbeta för en god tillgänglighet till våra sjukhus och vårdcentraler, men även för ett vitalt och tillgängligt kulturliv.

Region Jönköpings län arbetar för en god och jämlik hälsa och ett demokratiskt och jämställt samhälle. Detta arbete sker i stor utsträckning i samarbete med kommunerna i länet. Tillsammans ska det strategiska arbetet kring jämlik hälsa och jämlika uppväxtvillkor i länet intensifieras. Region Jönköpings län ska aktivt arbeta med konceptet ”Bästa platsen”. Detta görs med fördel genom samverkan och samarbete med länets kommuner och samhällsaktörer med utgångspunkt av invånarkraft och ”Vad är bäst för Esther?”.

Tillsammans i ett större system

Region Jönköpings län och länets 13 kommuner har alla för sin egen organisation och verksamhet formulerat visioner som speglar ambitionen att bidra till ett bra liv. För de cirka 370 000 invånarna i Jönköpings län är det i vardagen oviktigt vilken huvudman som har ansvar för en viss välfärdstjänst, det viktiga är att det fungerar. Därför gör vi det bäst tillsammans - *Tillsammans för ett bra liv för alla*. I arbetet ingår Kommunalt forum, Primärkommunal Samverkan, Länsstyrelsen, Högskolan i Jönköping, Kommunal utveckling och andra samhällsaktörer. Tillsammans utgör vi delar i ett större system för länets invånare.

På flera nivåer och i olika strukturer pågår samverkan för att göra det bästa för invånaren. Men för att det ska få effekt för invånaren behöver vi se oss som ett större system och då är inte minst högsta ledningens insikt och engagemang viktigt. Sedan hösten 2021 har detta synsätt utvecklats på högsta tjänstemannanivå genom ett gemensamt utvecklingsprogram där tillit till varandra, att arbeta gränsöverskridande och samordna resurser, skapa gemensamma strukturer för lärande, kvalitet som strategi och de tre enkla reglerna är exempel på delar som fördjupats. Sedan 2025 genomförs ett gemensamt utvecklingsprogram för nästa chefsnivå inom regionen, kommunerna, Länsstyrelsen med samma inriktning.

Under våren 2025 genomförs inom ramen för arbetet med revidering av styrande dokument dialogmöten i alla 13 kommuner. I dialogerna deltar representanter för alla delar i det större systemet. Resultatet av detta kommer, förutom att påverka inriktningarna i ett antal styrande dokument, att återspeglas i vårt fortsatta gemensamma arbete för invånarna. För att lyckas behöver systemets olika forum och samverkansytor utvecklas vidare, detta arbete är påbörjat under 2025 för att på bästa sätt stödja det gemensamma arbetet för invånarna på alla nivåer, från politisk nivå och genom alla ledningsnivåer i verksamheten.

Den regionala nivån i det demokratiska systemet

Sveriges regioner har två huvuduppdrag; regional utveckling samt folkhälsa och sjukvård. En djup förankring i befolkningen skapas genom att verksamheten leds av folkvalda politiker. En stor förändring av den politiska organisationen gjordes vid regionbildningen inför mandatperioden 2015-2018. Sedan dess har ytterligare förändringar gjorts med införande av personaldelegation, upphandlingsdelegation, demokratiberedning samt politiska sekreterare. Nämndernas roll och uppdrag har utvecklats sedan regionbildningen och en förstärkning av den politiska organisationen gjordes inför mandatperioden 2019-2022. Förvaltningens resurser för att stödja den politiska organisationen har inte förstärkts parallellt och därför genomförs en förstärkning 2026.

Jämlik verksamhet

Mänskliga rättigheter är både mål och medel för en bra och jämlik verksamhet. I vårt dagliga arbete utgår vi från de sex rättighetsprinciperna – icke-diskriminering och jämlikhet, deltagande och inkludering samt transparens och ansvar – för att säkra det rättighetsbaserade arbetet.

Jämställdhet är en grundläggande förutsättning för ett hållbart och demokratiskt samhälle. För Region Jönköpings län innebär detta att säkerställa att alla invånare, oavsett kön, har lika tillgång till välfärdstjänster, inflytande och möjligheter till god hälsa och livskvalitet. Genom att integrera ett jämställdhetsperspektiv i styrning, ledning och uppföljning kan regionen identifiera och åtgärda strukturella skillnader som påverkar invånarnas livsvillkor. För att arbeta mer systematiskt och strategiskt med jämlikhets- och jämställdhetsintegrering behöver arbetet ske i de ordinarie kärnprocesserna. Under 2025 och 2026 medverkar Region Jönköpings län i SKR:s "Modellkoncept för jämställdhetsintegrering".

Region Jönköpings län arbetar för ett jämställt arbetsliv där kvinnor och män har samma villkor och möjligheter. Lika förutsättningar på arbetsmarknaden är viktigt för länets kompetensförsörjning,

Sveriges tillväxt och välfärd. För att vara konkurrenskraftigt behöver Sverige ta vara på både kvinnors och mäns kompetens och innovationskraft. En viktig del i detta är förutsättningarna att starta och driva företag.

För att kunna bedriva en jämlik verksamhet behöver vi vara medvetna om hur normer påverkar oss och vilka normer som kan riskera att leda till ett begränsande förhållningssätt. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv behöver finnas med i beslutsfattande, på alla nivåer och i alla steg av olika processer. Genom att arbeta med integrering av dessa perspektiv säkrar vi att jämställdhetsarbetet blir en del av det ordinarie arbetet.

I vårt arbete med hbtqi-personers rättigheter ingår att ingen ska uppleva sig kränkt eller missförstådd i mötet med vården eller regionens andra verksamheter på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet/könsuttryck. Vidare ska alla känna sig välkomna att arbeta inom vår organisation, oavsett sexuell läggning eller könsidentitet/könsuttryck.

Vi har antagit mål och riktlinjer för arbetet med nationella minoriteters rättigheter, i enlighet med lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Tillgänglighet är ett prioriterat utvecklingsområde för vårt arbete med jämlik verksamhet. I arbetet utgår vi från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Kunskap om barn och ungas rättigheter ska hållas levande och utvecklas inom alla delar av organisationen. Genom ett årligt barnbokslut ges alla verksamheter möjlighet att på ett övergripande sätt redovisa barnrättsarbetet inom den egna verksamheten. Syftet är att säkerställa barnperspektivet inom organisationen. Region Jönköpings län arbetar även utifrån FN:s barnkonvention som bland annat innebär att vi alltid ska göra barnkonsekvensanalyser inför beslut som berör barn. Detta är ett område som behöver utvecklas ytterligare. Vi ska aktivt stötta jämställdhets- och demokratiarbetet inom ideell sektor/civilsamhälle, samtidigt som vi tydligt ska följa upp ekonomiskt stöd till verksamheter. De företag och institutioner som utövar sin verksamhet på uppdrag av oss ska också arbeta för jämställdhet och jämlikhet på sin arbetsplats.

Enklare vardag för invånare och medarbetare
Ett viktigt strategiskt mål för Region Jönköpings län är att göra vardagen enklare för både invånare och medarbetare. För att lyckas med det behöver arbetssätt och digitala tjänster utvecklas i samarbete med andra aktörer.

Digitalisering för en hållbar verksamhet
Samhället blir allt mer digitalt och invånarnas förväntningar på enkla och smidiga tjänster ökar. Samtidigt blir befolkningen äldre, vilket gör att färre personer i arbetsför ålder behöver stödja fler som behöver välfärdstjänster. Digitalisering är en nyckel till att möta dessa utmaningar. Vi vill att våra digitala tjänster ska vara moderna och lika väl utvecklade som i andra samhällssektorer. De ska göra vardagen enklare för invånare och förbättra arbetsmiljön för våra medarbetare. Alla invånare som har möjlighet att använda digitala tjänster ska få tillgång till enkla och sammanhållna lösningar – oavsett om de är patienter, kulturkonsumenter eller resenärer. För att digitaliseringen ska vara inkluderande behöver tjänsterna utformas med särskilt fokus på användarvänlighet och tillgänglighet för olika grupper, inte minst för äldre och personer med funktionsnedsättning. Genom att stärka invånarnas självbestämmande och delaktighet skapas förutsättningar för en mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och regionala utvecklingsinsatser. Det bidrar till att säkerställa att digitala lösningar möter invånarnas olika behov och stärker deras möjlighet att vara aktiva deltagare i samhället. Samtidigt ska de som inte kan eller vill använda digitala tjänster få den service de behöver på andra sätt.

För att utveckla bra digitala tjänster behöver vi

- samordna och hantera data på ett effektivt sätt
- integrera nya system och tjänster på ett smart sätt
- utveckla processer som fungerar tillsammans
- använda enhetliga begrepp och termer både regionalt och nationellt.

Digital kompetens ska vara en självklar del av vår organisation. Alla medarbetare behöver ha

grundläggande digital kunskap, och vi behöver också spetskompetens inom områden som AI, molnlagring, maskininlärning och datasäkerhet.

Förutom att förbättra dagens digitala tjänster måste vi hitta nya lösningar på framtidens utmaningar. Det innebär att vi behöver samarbeta med viktiga digitaliseringspartners både i Sverige och internationellt. Vår utveckling ska alltid utgå från invånarnas och medarbetarnas behov. Genom att samarbeta med patienter, resenärer och kulturkonsumenter kan vi skapa tjänster som verkligen gör nytta.

Digitalisering för bättre service och arbetsmiljö
Digitalisering ska hjälpa oss att

- skapa bättre service för invånare
- underlätta arbetet för våra medarbetare
- göra det enklare att kommunicera och samarbeta.

Genom att automatisera vissa arbetsuppgifter kan vi frigöra tid för det mänskliga mötet där det verkligen behövs. För att lyckas måste vi utveckla våra processer och jobba smartare tillsammans. Digitalisering ska bidra till ökad invånarnytta, stärkt verksamhetseffektivitet och en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling. Genom att minska administrativa arbetsmoment kan mer tid och resurser frigöras till kärnverksamhet, såsom patientkontakt och invånarnära service. För att digitala satsningar ska ge önskad effekt krävs en tydlig implementeringsplan som säkerställer att lösningarna integreras i det dagliga arbetet. För att lyckas med framtidens digitalisering behöver samverkan mellan Region Jönköpings län och länets kommuner stärkas.

Region Jönköpings län ser särskilt stor potential i tillämpningen av AI som ett verktyg för att effektivisera arbetsprocesser och frigöra resurser för att stärka det mänskliga mötet. AI ska tillämpas på ett hållbart och ansvarsfullt sätt med fokus på nytta, etiska överväganden och invånarnas behov. Vi fortsätter att arbeta med Rätt Använd Kompetens (RAK) samtidigt som vi digitaliserar verksamheten. En del arbetsuppgifter kommer att försvinna, medan nya roller skapas.

En trygg och användarvänlig digital miljö
Många av våra tjänster sträcker sig över flera verksamhetsområden och ibland även mellan olika huvudmän. För att skapa effektiva digitala lösningar måste vi

- lagra data på ett sätt som gör den lättillgänglig
- utveckla sammanhållna planer för verksamhetsutveckling
- bygga digitala tjänster som invånarna har förtroende för och kan ta del av
- se till att våra medarbetare känner sig trygga och kompetenta i att använda digitala verktyg.

För att digitaliseringen ska bli en naturlig del av verksamheten behöver vi satsa på utbildning och utveckling. Det krävs både grundläggande digital kompetens för alla medarbetare och spetskompetens inom vissa områden.

Data kommer att spela en allt viktigare roll i vår verksamhet. Vi behöver effektiva system för att hantera och använda data, både i dagliga beslut och för långsiktig planering. Att dela data med våra samarbetspartners blir också viktigare i takt med att lagstiftningen möjliggör det.

Kommunikation som verktyg för måluppfyllelse
Med kommunikation som strategiskt verktyg arbetar vi tillsammans med invånaren i fokus för att förverkliga Region Jönköpings läns mål och visionen om ett bra liv i en attraktiv region. God kommunikation bygger på vår förmåga att ta reda på och förstå vad länsinvånare, medarbetare, samarbetspartners och andra intressenter behöver och vill veta. Kommunikationen ska vara målgruppsanpassad och tillgänglig och alltid utgå från varje enskild målgrupps behov och förutsättningar.

Kommunikationen ska skapa förutsättningar för delaktighet, transparens och trovärdighet mellan chefer och medarbetare och i mötet med kunder och intressenter. Den ska bidra till att öka invånarnas kunskap om Region Jönköpings län och våra erbjudanden och ge möjlighet till insyn och delaktighet. Kommunikationen ska vara en möjliggörare i att engagera medarbetarna i organisationens och arbetsplatsens uppdrag, strategier och mål samt stödja utveckling och ständiga förbättringar.

Kommunikationen bidrar till att stärka organisationskulturen och att forma varumärket Region Jönköpings län.

Ett tydligt kommunikationssystem ska skapa förutsägbarhet och trygghet kring olika kommunikationsinsatsers och kanalers syfte, innehåll och användning. Region Jönköpings län ska utifrån sitt demokratiuppdrag arbeta för att vara en kommunikativ organisation, både inom organisationen och utanför. Kommunikationen ska bidra till en tydlig riktning för verksamheten och till kommunikativa ledare som har kunskap om sitt kommunikationsansvar och förmågan att omsätta det i handling. Chefer och ledare är den viktigaste kanalen i kommunikationen med medarbetarna, och medarbetarna är de bästa ambassadörerna i dialogen med invånare, samarbetspartners och kollegor.

En väl fungerande kommunikation är avgörande för att Region Jönköping län ska arbeta i enlighet med uppdragen och ska tillämpas som verktyg och stöd för att nå uppsatta mål på både kort och lång sikt.

Bästa möjliga kvalitet
Region Jönköpings län ska arbeta för bästa möjliga kvalitet inom all verksamhet. För att nå detta krävs att vi arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, och att vi ska ha en säker verksamhet i alla delar. Vi behöver även ha ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer, samt utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som staten och EU erbjuder.

En global region
Jönköpings läns strategiska läge, den internationellt profilerade högskolan och den ökande globaliseringen skapar förutsättningar för länet att bli en långsiktig hållbar och innovativ tillväxtregion. En förutsättning för Jönköpings läns långsiktigt hållbara utveckling är att länets företag erövrar och blir en del av de globala värdekedjorna. Därför behöver insatser kontinuerligt göras för att stödja företagens internationalisering- och exportambitioner. Globaliseringen ger även möjlighet till kunskaps-och kompetensinfluenser samt ökar möjligheten för internationella företags direktinvesteringar och nyetableringar i länet.

Den regionala nivån och dess utveckling har ett direkt samband med europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete ska det regionala utvecklingsarbetet bedrivas i syfte att uppfylla regionala mål och mål för EU:s sammanhållningspolitik. Som en del av EU har länet möjlighet att bidra till och dra nytta av europeiskt samarbete. På EU-nivå finns mål och strategier kring den dubbla omställningen (twin transition) med EU:s gröna giv och EU:s digitala agenda. Detta genomsyrar EU-program, initiativ och lagförslag som när de verkställs, har påverkan på regional nivå. Omvärldsbevakning och proaktivt påverkansarbete på EU-arenan ökar möjligheten att bidra till och på sikt dra nytta av utvecklingen. 2035 är Jönköpings län ett internationellt konkurrenskraftigt län.

Globaliseringen påverkar hur kulturer, livsåskådningar och värderingar formas. Genom att aktivt delta i globaliseringen och den internationella konkurrensen kan länet skapa nya relationer med andra människor, med andra platser och med andra länder. Genom samverkan kan länet också påverka andra i en mer hållbar och fredlig inriktning utifrån perspektiven i de globala målen. Inriktningen är att Region Jönköpings läns ska bidra till hållbarhet med utgångspunkt i den regionala utvecklingsstrategin och med koppling till EU:s mål och strategier samt till Agenda 2030.

När beroendet av omvärlden ökar och en del av de politiska besluten fattas på europeisk nivå, blir det internationella arbetet en förutsättning för att skapa en långsiktig regional utveckling. Detta är bakgrunden till Region Jönköpings läns internationella policy. Den slår fast att vårt internationella arbete ska främja den regionala utvecklingen och våra olika verksamheter. Genom våra kunskaper och nätverk är vi en resurs för länet vad gäller EU-finansiering och projektstöd.

För att stärka länets möjligheter till hållbar tillväxt och långsiktig konkurrenskraft bedrivs ett aktivt påverkansarbete gentemot såväl staten som EU. Genom dialog och gemensamma initiativ med länets kommuner och aktörer verkar Region Jönköpings län för att lyfta fram strategiskt viktiga frågor kopplade till kompetensförsörjning, infrastruktur och näringslivsutveckling.

Territoriell strategisk planering

Regionen arbetar med att ta fram kunskapsunderlag och arbetssätt som främjar analyser och samverkan på flera nivåer kring de utmaningar och lösningar som är viktigt för genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin.

Rumsliga perspektiv på länets utveckling gör att länets strategier kan sättas i ett större sammanhang, vilket i sin tur ger förutsättningar för bättre samsyn och tydlighet kring långsiktiga prioriteringar och mål.

Säker verksamhet

Sverige genomför nu den största förstärkningen av totalförsvaret sedan kalla kriget. Ett starkt svenskt totalförsvar bidrar till både Sveriges och Natos säkerhet. För Region Jönköpings län innebär detta att organisationen ska säkerställa att de viktigaste samhällsfunktionerna fungerar även under kris och krig. Region Jönköpings län har också en viktig roll i att stödja det militära försvaret, bland annat genom en civil hälso- och sjukvård.

För att stärka vår beredskap pågår ett omfattande arbete med att utveckla Region Jönköpings läns förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig. Parallellt kartläggs och analyseras vilken verksamhet som ska bedrivas under höjd beredskap. Andra prioriterade områden inkluderar samverkan och ledning, utbildning och övning, kapaciteten att omhänderta ett stort antal skadade och sjuka samt försörjningsberedskap.

Region Jönköpings län arbetar för att samordna och stärka det regionala arbetet med civil beredskap och totalförsvar. Fokus ligger på styrning, kontinuitetsplanering och ledningsförmåga inom organisationen. Arbetet omfattar även samverkan med Försvarsmakten inom ramen för värdlandsstöd, skydd av samhällskritisk infrastruktur, säkerhet för förtroendevalda samt robusthet i digitala och administrativa system.

Regionen arbetar också med strategiska frågor som rör krigsorganisation, rådighet över personalresurser, krigsplacering och tydlighet i juridiska och ekonomiska förutsättningar vid höjd beredskap.

Arbete pågår även med att stärka allmän säkerhet, och för det krävs ett nära samarbete med regionala aktörer och näringslivet. Ett viktigt område för att skapa en robust beredskap och förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet, även under kritiska förhållanden, är Region Jönköpings läns lokaler som behöver vara anpassade för de krav som ställs.

Regionerna får sedan flera år statsbidrag som delvis ger ekonomiska förutsättningar för det förstärka arbetet med totalförsvarsuppbyggnaden. Utöver det behöver Region Jönköpings län även ta ansvar för att hantera det förändrade läget vad avser allmän säkerhet, IT-säkerhet och informationssäkerhet (cybersäkerhet). Uppdraget att säkerställa att samhällsviktig verksamhet kan bedrivas i minst tre månader vid allvarliga störningar i samhällets funktionalitet ställer krav på planering, utbildning och övning vilket behöver ske i nära samverkan med verksamheten. För att stödja och underlätta för verksamheten behöver stödet till chefer och verksamheten förstärkas och under 2026 genomförs en satsning.

Cybersäkerhet

Ett modernt och digitaliserat samhälle förutsätter en robust digital infrastruktur. Region Jönköpings län arbetar aktivt för att säkerställa att IT-system, informationshantering och molntjänster uppfyller högt ställda säkerhetskrav. Cyberhot och digitala angrepp är en växande utmaning, och cybersäkerheten är en central del av regionens civilförsvarsarbete.

Fokus ligger både på att förebygga incidenter och att ha förmåga att hantera attacker när de inträffar. Utbildning, övning och kontinuerlig uppföljning är avgörande för att skapa en organisation som är motståndskraftig mot digitala hot och kan upprätthålla trygg service till invånare – även i kris.

Välfärdsbrottslighet

Region Jönköpings län har ett tydligt ansvar att säkerställa att offentliga medel används korrekt och utvecklar därför arbetet med att förebygga, upptäcka och förhindra välfärdsbrottslighet, för att skydda offentliga medel, stärka kontrollsystemen och värna invånarnas förtroende för verksamheten. Under 2025 genomfördes en kartläggning och inventering av befintliga insatser kopplade till att motverka

välfärdsbrottslighet utifrån det uppdrag som gavs i Regionstyrelsen 2023 om att identifiera styrkor, brister och utvecklingsbehov i organisationens kontrollsystem. Med utgångspunkt i resultaten från kartläggningen finns nu en riktlinje och arbetet kommer att utvecklas och förstärkas under 2026. Insatserna omfattar bland annat förbättrad intern styrning och kontroll, ökad kompetens inom organisationen samt fördjupad samverkan med relevanta myndigheter. Genom detta arbete ska förtroendet för regionens verksamhet värnas och förutsättningarna stärkas för att offentliga resurser används till rätt ändamål.

Hållbar upphandling
Upphandling är en strategiskt viktig fråga för Region Jönköpings län. En bra process för upphandling av varor och tjänster har stor betydelse för verksamhetens effektivitet. Region Jönköpings län är i många fall en stor kund och kan genom upphandlingar påverka utbudet på marknaden i en hållbar riktning. Sociala hållbarhetskrav och mer långtgående miljökrav ställs i prioriterade upphandlingar. Region Jönköpings län ställer sig positiv till samverkan med länets kommuner när det gäller gemensamma upphandlingar, för att skapa klokt resursutnyttjande och bättre service till länsinvånarna.

Kraven har höjts och ett bredare perspektiv har tagits kring socialt ansvarstagande, bland annat för att ge fler människor möjlighet att delta och bidra i samhället/alternativt för att ge personer långt ifrån arbetsmarknaden en väg in i arbete.

Vid upphandlingar ges förutsättningar för innovationer och innovationsvänliga lösningar. Region Jönköpings län ska möjliggöra för små och medelstora aktörer, inte minst på landsbygden, samt den idéburna sektorn att konkurrera om Region Jönköpings län avtal när det är relevant.

Cirkulära materialflöden och resurseffektivitet
Region Jönköpings län ska möjliggöra en hållbar tillväxt och resurseffektivitet utifrån ett helhetsperspektiv samt bidra till cirkulär ekonomi där returflöden skapas och material tas tillvara. Andelen cirkulära materialflöden ska öka, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. Att minska användningen av förbrukningsartiklar är prioriterat ur ett klimatperspektiv och vägledning finns för att så långt som möjligt använda flergångsmaterial och i övrigt använda rätt förbrukningsmaterial vid rätt tillfälle. För att få fart i miljöomställningsarbetet skapas under 2026 en miljöomställningspott för att hantera initiala omställningskostnader för verksamheterna.

Hållbara matvanor
Region Jönköpings län bidrar till bland annat regionala livsmedelsstrategin genom att som vårdgivare, arbetsgivare och utbildare förenkla möjligheterna att göra hälsosamma och miljömedvetna matval.

Hållbara resor och transporter
Klimatpåverkan från Region Jönköpings läns transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. Klimatpåverkan från privata resor till vårdinrättningar och medarbetares resor till och från arbetet står för en betydande del av vår totala klimatpåverkan. Privata resor till vårdinrättningar ska minska genom digitala och samordnade vårdmöten och stimulerande av hållbara resealternativ. Region Jönköpings län ska även stimulera medarbetare att välja mer hållbara resealternativ för arbetspendling. Även klimatpåverkan från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, ska minska. Region Jönköpings län har antagit Fossilfritt Sveriges transportutmaning med målet att köpta och utförda transporter ska vara fossilfria år 2030.

Enligt hållbarhetsprogrammet ska en omställning till förnybara drivmedel ske till år 2025. Bussar i allmän kollektivtrafik ska drivas med 100 procent förnybara drivmedel, dieseltåg ska drivas med den andel förnybara drivmedel som är godkänt, dock minst 20 procent förnybara drivmedel, eltåg ska drivas med 100 procent förnybar el och fordon inom serviceresor ska drivas med minst 40 procent förnybara drivmedel, till år 2025. Omställning till förnybara drivmedel innebär ökade kostnader.

Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion
Region Jönköpings län har även som strategiskt mål att vara en långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion. Det betyder att vi behöver arbeta innovationsstödjande och ha en tillgänglig, säker och hållbar infrastruktur.

Hållbar utveckling

En hållbar utveckling tillgodoser alla människors behov och rättigheter idag utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina. För att utvecklingen ska vara hållbar måste vi uppnå hållbarhet inom alla de tre dimensionerna – miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet – och säkerställa att de tre dimensionerna hela tiden samverkar.

Ett miljömässigt hållbart samhälle innebär att ta ansvar för hur vi använder planetens resurser. Vi kan bidra genom att använda våra resurser klokt, minimera utsläpp till luft och vatten, bevara biologisk mångfald och arbeta för en hållbar konsumtion, produktion och samhällsplanering.

Ett socialt hållbart samhälle är ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett bra liv med god hälsa, utan orättvisa skillnader - helt enkelt ett samhälle där människors lika värde står i centrum. Det kräver att människor känner tillit och förtroende gentemot varandra och är delaktiga i samhällsutvecklingen.

Ekonomisk hållbarhet innebär att förvalta och utveckla mänskliga och materiella resurser på ett långsiktigt hållbart sätt. Vi arbetar för en varaktig, inkluderande och hållbar ekonomisk utveckling där varje generation bär kostnaderna för den service som den generationen beslutar om och själv konsumerar.

Region Jönköpings län har höga ambitioner för att bidra till en hållbar utveckling. Hållbarhetsprogrammet beskriver hur Region Jönköpings län ska bidra i detta arbete. Som medlem i Klimatrådet står Region Jönköpings län bakom den klimat- och energistrategi som togs fram tillsammans med Länsstyrelsen i Jönköpings län 2019.

Bäst på att förbättra och förnya

Region Jönköpings län arbetar för att nå det strategiska målet att vara bäst på att förbättra och förnya. Det kräver att vi arbetar med förbättringskunskap, professionell kunskap och forskning.

Universitetsstatus för höjd utbildningsnivå i länet

Högskolan i Jönköping är en internationell högskola med studenter från hela världen som tillsammans med satsningar på forskning, innovation, kultur och kreativa näringar, gör länet attraktivt att leva och arbeta i. Det gör Jönköpings län till en viktig motor för Sveriges tillväxt. Med universitetsstatus kan Högskolan i Jönköping bli en starkare motor för utbildning, forskning och näringslivsutveckling, med en avgörande roll i den gröna omställningen.

Att erhålla universitetsstatus för Högskolan i Jönköping är inte enbart av regional betydelse, utan också en investering i Sveriges långsiktiga konkurrenskraft. Högskolan har en unik position som ett starkt internationellt lärosäte med tydliga profilområden som möter nationella behov inom kompetensförsörjning, klimatomställning och innovation.

Innovation, forskning och utveckling

Forskning, utveckling och innovation ingår i sjukvårdens uppdrag. I takt med de förändringar som sker i omvärlden ska Region Jönköpings län stärka och förnya verksamheten för attraktivitet och tillväxt för att nå bättre folkhälsa och bättre vård. Utgångspunkten är att arbeta med det som skapar värde för invånarna inom hälso- och sjukvård och regional utveckling.

En integrerad klinisk forskning är en nödvändig förutsättning för en kunskapsbaserad, jämlik och högkvalitativ hälso- och sjukvård. Region Jönköpings län stärker den kliniska forskningen genom att stödja regionens forskande medarbetare och forskningsinfrastruktur såsom universitetssjukvårdsenheter, Jönköping Academy och biobanken. Effektivare och mer rättssäkra forskningsprocesser för uttag av hälsodata och vävnadsprover ger bättre tillgång till prov och data, och skapar förutsättningar för bättre forskningskvalitet. Regionen stödjer ansökningar för ett nytt forskningsområde och en ny tandläkarutbildning vid Högskolan i Jönköping.

Behovet av utveckling, innovation, effektiviseringar och medarbetarnas möjligheter att bidra till förnyelse av service och teknologi är stort. Stärkt innovationskraft och förmåga till innovation är viktigt för Region Jönköpings läns verksamheter. Att ge medarbetare rätt förutsättningar för det här stärker långsiktigt Region Jönköpings län som arbetsgivare och leder till att vi kan öka takten i

förnyelsearbetet. För att stödja detta har Region Jönköpings län inrättat en innovationsplattform. Innovation är nya lösningar som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet för våra invånare uppstår då insikter och idéer omsätts i praktiken och nyttiggörs. Det värde som skapas kan anta många former – ekonomiska, sociala eller miljömässiga.

Genom en strukturerad innovationsprocess och stödresurser kopplade till arbetet har därför medarbetare möjlighet att föreslå och själva utveckla innovationer. Innovationsplattformen har etablerad samverkan med partners som kommuner, myndigheter, näringsliv och lärosäten för att säkra nyttiggörandet och för att stärka innovationskraft och förmåga inom regionens verksamheter. Modeller och metoder för arbetet är under utveckling, liksom framtagandet av nödvändiga utbildningssatsningar. Region Jönköpings län arbetar långsiktigt för att främja utbildning, forskning och innovation som en integrerad del av verksamheten. Genom utvecklingen av innovationsplattformen, stöd till forskande medarbetare och samverkan med akademi, näringsliv och andra samhällsaktörer skapas förutsättningar för kunskapsutveckling, kvalitet och kompetensförsörjning. Regionen ser positivt på att medverka i kliniska prövningar som en del i att stärka den kunskapsbaserade vården och främja tillgången till nya behandlingsmetoder.

Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser
För att Region Jönköpings län ska utvecklas till att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser, behövs rätt kompetens och bemanning. Medarbetarna behöver ha en bra arbetsmiljö och förutsättningar för en god hälsa. De ska också kunna vara delaktiga och kreativa i utvecklingen av verksamheten och arbetsplatsen.

En förutsättning för en framgångsrik organisation är motiverade medarbetare som känner sig uppskattade och respekterade. Ledare och medarbetare är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö. Alla ser sin roll i helheten och har ett tydligt mandat att bidra till verksamhetens utveckling.

Vårt mål är att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare och tillsammans skapar vi Sveriges bästa arbetsplats för att kunna erbjuda och bedriva en verksamhet med högsta kvalitet. För att långsiktigt kunna säkerställa kompetensförsörjning och vara en attraktiv arbetsgivare, är en god arbetsmiljö och möjlighet till kompetensutveckling avgörande. Det gäller både för rekrytering och för att behålla viktig kompetens. Alla medarbetare ska ha ett hållbart arbetsliv och möjlighet att påverka sin arbetsmiljö samt ha möjlighet att utvecklas. Medarbetarna är organisationens främsta och viktigaste resurs.

Region Jönköpings län ska vara en god förebild för andra arbetsgivare och lyhörd gentemot medarbetarna. I arbetet med ständiga förbättringar och klok resursanvändning krävs en öppenhet för nya arbetssätt och involverade samt delaktiga medarbetare med möjlighet till inflytande. Kompetensförsörjning och en aktiv personalpolitik är och kommer fortsatt vara en av de strategiskt viktigaste frågorna för utvecklingen av Region Jönköpings län.

Vägen till Sveriges bästa arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser går genom att lyckas med de framgångsfaktorer som uttalats i balanced scorecards medarbetarperspektiv: rätt kompetens och bemanning, god arbetsmiljö och hälsa samt främja kreativitet och delaktighet. För detta behövs arbetssätt som säkerställer att vi når ambitionen. Under de senaste åren har därför ett antal regiongemensamma arbetssätt fastslagits. Arbetssätten utgår från forskning och goda exempel på tillämpning. Att de fullt ut tillämpas i hela verksamheten är avgörande för att vi ska leva upp till ambitionen, liksom arbetet med att stärka chefers förutsättning till ett nära ledarskap och verksamhetsutveckling tillsammans med medarbetarna.

Kompetensplanering är vårt gemensamma arbetssätt för hur vi säkerställer att de resurser vi har möter invånarnas behov idag och i framtiden. *De åtta friskfaktorerna* som baseras på forskning, är vårt gemensamma arbetssätt för hur vi skapar en god arbetsmiljö och hälsa. *Vår värdegrund, organisationskultur och ett hållbart ledarskap* är våra gemensamma arbetssätt för att skapa kreativitet och delaktighet. Arbetssätten ska tillämpas och följas upp systematiskt på Region Jönköpings läns samtliga arbetsplatser.

Våra medarbetare i siffror
Verksamheten utförs dels i egen regi, dels av privata aktörer. Region Jönköpings läns planering och

åtgärder har betydelse för hela verksamheten. Detta avsnitt handlar om medarbetare anställda i Region Jönköpings län.

Vid utgången av 2024 hade Region Jönköpings län 11 783 anställda. Av dem var 11 189 tillsvidareanställda och 594 visstidsanställda. Utöver dessa avlönades motsvarande 304 årsarbetare med timlön under 2024 (tabell X, sidan X).

Region Jönköpings län mäter även antal anställda uttryckt i faktiska årsarbetare, som visar hur många årsarbetare som varit i tjänst i genomsnitt under året. Hänsyn tas i den beräkningen till både tjänstgöringsgrad och frånvaro. Förändring av faktiska årsarbetare kan bero både på fler anställda årsarbetare men också på förändringar i frånvaron (fler eller färre i tjänst). I genomsnitt har antalet faktiska årsarbetare ökat med 279 för hela Region Jönköpings län under 2024 jämfört med 2023. Fördelning och utveckling inom Region Jönköpings läns personalgrupper mätt i faktiska årsarbetare framgår av tabell X, sidan X.

Även om antalet medarbetare i Region Jönköpings län totalt sett har ökat finns det utmaningar. Förutsättningarna att kunna rekrytera och behålla personal kan skilja mellan olika verksamheter och geografiska områden.

Sjukfrånvaron förändras vanligen på ett regelbundet sätt över tid (figur XX, sidan X). Under åren 2020-2022 var sjukfrånvaron något förhöjd beroende på pandemin och Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid minsta symptom. Region Jönköpings läns sjukfrånvaro ligger på en nivå som är under riksgenomsnittet jämfört med andra regioner. Detta är en förbättring jämfört med de senaste åren då sjukfrånvaron varit i nivå med riksgenomsnittet.

Under 2024 var personalomsättningen 7,4 procent. 817 medarbetare slutade sin anställning varav 215 gick i pension. Under samma period tillsvidareanställdes 1 028 medarbetare (figur XX, sidan X).

Tabell XX Anställda inom Region Jönköpings län

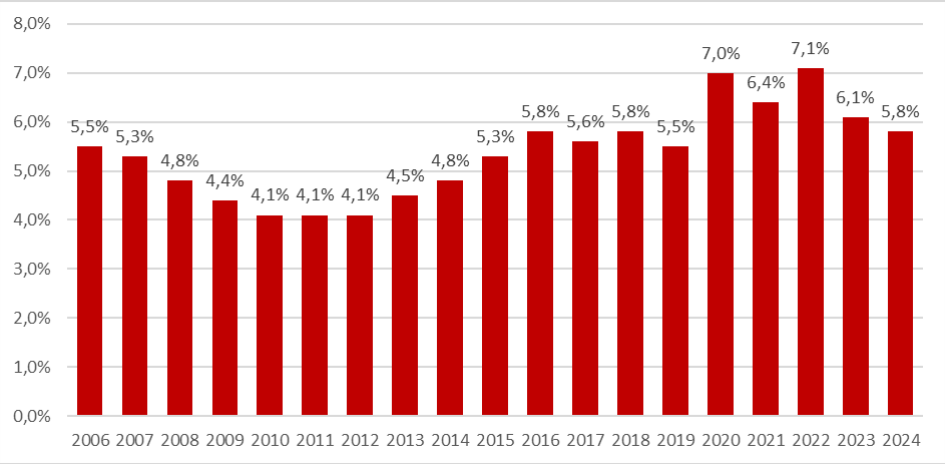
Anställningsform	Kön	Heltid	Deltid	Totalt	Andel heltidsanställda
Antal anställda tillsvidare	Kvinnor	7 722	1 244	8 966	86 %
	Män	2 111	112	2 223	95 %
Antal anställda visstid	Kvinnor	366	67	433	85 %
	Män	145	16	161	90 %
Totalt antal anställda		**10 344**	**1 439**	**11 783**	**88 %**

Tabell XX Yrkesgrupper inom Region Jönköpings län

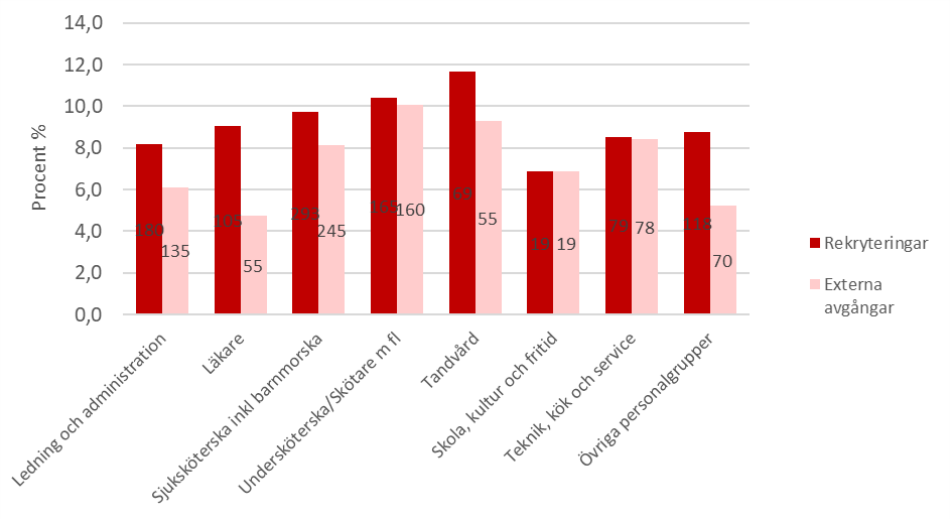
Yrkesgrupp	Faktiska årsarbetare 2022	Faktiska årsarbetare 2023	Faktiska årsarbetare 2024
Ledning och administration	1 914	1 990	2 044
Läkare	1 144	1 163	1 202
Sjuksköterskor (inklusive barnmorskor)	2 360	2 393	2 469
Undersköterska/Skötare med flera	1 362	1 400	1 424
Tandvård	475	483	504
Skola, kultur och fritid	266	259	253

Yrkesgrupp	Faktiska årsarbetare 2022	Faktiska årsarbetare 2023	Faktiska årsarbetare 2024
Teknik, kök och service	834	8 63	882
Övriga personalgrupper	1 044	1 098	1 148
Summa	**9 397**	**9 648**	**9 928**

Figur XX Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, som andel (%) av den tillgängliga ordinarie arbetstiden
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Figur XX Personalomsättning och antal externa avgångar/rekryteringar inom Region Jönköpings län 2024 *(antalet avgångar/rekryteringar står angivet i staplarna)*
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Rätt kompetens och bemanning
Samhällets kompetensutmaning är en av de viktigaste frågorna för kommuner och regioner i Sverige. För att räcka till för invånarnas behov, både nu och i framtiden, behöver vi arbeta med långsiktiga åtgärder och samarbeta – både inom hela organisationen och med andra aktörer, till exempel länets kommuner.

Kompetensplanering är Region Jönköpings läns gemensamma arbetssätt för hur vi säkerställer att de resurser vi har idag möter verksamhetens behov. Med stöd av processen för kompetensplanering analyserar alla chefer sitt behov på kort och lång sikt och genomför åtgärder för att säkra sitt kompetensbehov. Det innebär att hitta andra lösningar på kompetensutmaningar genom förändrade arbetssätt, behålla och utveckla befintlig personal men också att identifiera framtida

rekryteringsbehov.

Ett aktivt arbete med lokala kompetensplaner på varje arbetsplats är en viktig del i att långsiktigt säkra bemanningen. Genom att chefer och medarbetare tillsammans identifierar behov och planerar för framtida kompetens kan verksamheten utvecklas och rustas för att möta invånarnas behov även på sikt.

Arbetet med att identifiera och använda rätt kompetens är centralt på varje nivå och del av organisationen. En ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens och där de gör mest nytta är en förutsättning för kvalitet och resurseffektivitet.

Under 2025 påbörjades projekt med att öka bemanningen på länsdelssjukhusen och projekt om att öka andelen som arbetar helg. Dessa följs upp under 2026. Projekten är en del av arbetet med att möta kompetensutmaningen och de olika behov som finns hos medarbetare gällande arbetstid.

Region Jönköpings län behöver ständigt attrahera och rekrytera nya medarbetare för att våra verksamheter ska kunna utföra sina uppdrag. Under ett år söker cirka 30 000 kandidater jobb i Region Jönköpings län och cirka 1 000 nya medarbetare tillsvidareanställs varje år. En välfungerande rekryteringsprocess och ett bra bemötande av alla arbetssökande är en viktig del i strategin för att trygga kompetensförsörjningen och skapa ett starkt arbetsgivarvarumärke.

Ett särskilt fokus ligger på att attrahera senior kompetens till arbetsplatser där det råder brist på personal, exempelvis under semester och kortare vakanser. Detta för att ta tillvara erfarenhet och säkra bemanningen. För att fortsatt vara en attraktiv arbetsgivare behöver Region Jönköpings län även möta de förväntningar som en ny generation på arbetsmarknaden ställer. Meningsfulla arbetsuppgifter, möjlighet till utveckling och en bra introduktion med mentorskap är viktiga delar för att skapa trygghet, attraktivitet och långsiktighet i nya anställningar. Region Jönköpings län driver en lönepolitik inriktad mot konkurrenskraftiga löner som kan hävda sig på marknaden. Lönebildningen ska stimulera till ökat engagemang och utveckling av verksamhetens produktivitet och kvalitet. Våra kollektivavtal och riktlinjer för lönebildning i Region Jönköpings län ger förutsättningarna för arbetet.

Region Jönköpings län fortsätter arbetet med att minska kostnaderna för hyrbemanning och ska under mandatperioden arbeta för att minska kostnaderna av hyrbemanning till 1 procent av lönekostnaderna. I verksamheternas kompetensplaner ska framgå vilka åtgärder som genomförs för att säkra kompetensförsörjningen och minska beroendet av hyrbemanning.

Kännetecknande för oss som attraktiv arbetsgivare är utbudet av intressanta, utmanande och meningsfulla arbetsuppgifter, och utvecklande yrken som skapar värde för invånarna i länet. En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Var och en behöver därför se sin roll i helheten, ha klara mål, de medel som krävs samt kunskap om hur resultat ska uppnås. För Region Jönköping län som arbetsgivare är det viktigt att medarbetarna känner att de har intressanta och viktiga arbetsuppgifter oavsett var i organisationen de arbetar.

Att alla medarbetare ges möjlighet till relevant och kontinuerlig kompetensutveckling är centralt för att ständigt förbättra och på bästa sätt bedriva verksamhet för de vi är till för. Genom att utveckla och tydliggöra utvecklingsmöjligheter för olika yrken ges medarbetare en möjlighet att utveckla både sig själva och verksamheten.

Verksamhetens behov, regelbundna medarbetarsamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner ligger till grund för att utveckla och tillföra kompetens på ett sätt som stärker såväl individen som verksamheten i sin helhet. Chefen ska, tillsammans med sina medarbetare, på ett individuellt och metodiskt sätt arbeta med kompetensutveckling utifrån verksamhetens nuvarande och framtida behov samt den enskildes och yrkesgruppernas olika förutsättningar.

I samband med att en anställd avslutar sin anställning i regionen eller byter anställning internt inom regionen ska avgångssamtal erbjudas. Synpunkter och erfarenheter ska tas till vara på ett systematiskt och strukturerat sätt för att identifiera behov och förbättringar som kan hjälpa regionen leva upp att vara Sveriges bästa arbetsgivare. Avgångssamtal kan om medarbetaren önskar hållas av annan än närmaste chef.

En god arbetsmiljö och hälsa
Medarbetarskapet bygger på ett välfungerande samarbete mellan kollegor, medarbetare och chefer i det dagliga arbetet. Det är allas gemensamma ansvar att bidra till god arbetsmiljö och god kommunikation.

De åtta friskfaktorerna är Region Jönköping läns gemensamma arbetssätt för hur vi systematiskt skapar bästa arbetsplatsen. Friskfaktorerna sammanfattar de förutsättningar som forskning visar behöver finnas på en arbetsplats för att medarbetarna ska må bra, utvecklas, prestera bra och trivas.

En god och hållbar arbetsmiljö uppnås genom ett gemensamt arbete på arbetsplatsen kring den verksamhet som bedrivs där och de arbetsmiljöfrågor som är kopplade till denna. Genom att tillämpa den vägledning som friskfaktorerna ger kring arbetsmiljöfrågorna säkerställs att inga viktiga aspekter kring verksamheten och arbetsmiljön tappas bort.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska inkludera riskbedömningar, handlingsplaner, åtgärder och uppföljning. Långsiktigt hållbara arbetsvillkor är en viktig förutsättning för att fortsatt vara en attraktiv arbetsgivare. Region Jönköpings län strävar efter god samverkan med fackförbunden, både centralt och lokalt.

Region Jönköpings län ska arbeta för en jämlik grundbemanning inom hälso- och sjukvården, där resurser och arbetsvillkor fördelas rättvist. Målet är att skapa ett hållbart arbetsliv för alla medarbetare. Genom att arbeta med friskfaktorer, möjliggöra heltidsarbete och stödja ett längre arbetsliv, tar vi tillvara på den kompetens och kapacitet som finns bland våra medarbetare och minskar behovet av nyrekrytering. Heltidsarbete bidrar till att möta framtida utmaningar, göra organisationen mer attraktiv och minska rekryteringskostnader, samtidigt som jämställdheten ökar. Medarbetarna ska ges inflytande över sin arbetssituation och kunna påverka sina arbetstider utifrån verksamhetens behov.

Arbetet med aktiva åtgärder och det interna sociala hållbarhetsarbetet för lika rättigheter och möjligheter ingår som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Varje arbetsplats ska arbeta mot målet att skapa arbetsmiljöer som är tillgängliga och inkluderande för alla.

Främjar kreativitet och delaktighet
Genom ledare som är tillgängliga, tydliggör mål, inspirerar och visar vägen skapas en kultur som främjar jämlikhet, kreativitet, innovation och ständiga förbättringar. Ett framgångsrikt chefskap vilar på Region Jönköpings läns ledningsstrategier och är en nyckel till att skapa en attraktiv arbetsplats. Med fokus på invånarnas behov verkar chefen för verksamhetens resultat och utveckling, medarbetares kompetensutveckling, arbetstillfredsställelse och leder det systematiska förbättringsarbetet.

Chefer behöver få rätt förutsättningar för att kunna utöva ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap och nå verksamhetens uppsatta mål. Samlad forskning visar tydligt att arbetsgruppens storlek påverkar både de anställdas arbetsmiljö och kvaliteten på verksamheten. Genom ett rimligt antal medarbetare per chef, en gemensam bild av vad som förväntas av chefer och hur stödet kring chefen ska se ut skapas förutsättningar för ett nära och tillitsfullt ledarskap. Regiongemensamma program och utbildningar kring chefs- och ledarskap är en viktig förutsättning för att kunna leda det systematiska förbättringsarbetet.

Medarbetares delaktighet och engagemang är grunden för att utveckla verksamhetens arbetssätt och dess kvalitet. Grundläggande för att uppnå detta är delaktighet på alla nivåer samt tillit mellan ledare och medarbetare. Genom en gemensam värdegrund skapas en kultur som utvecklar medarbetarengagemang och främjar kreativitet och delaktighet i hela verksamheten. Styrdokumentet *Att vara medarbetare och ledare* i Region Jönköpings län ger förutsättningarna för varje arbetsplats lokala kulturarbete.

För att möjliggöra ett hållbart arbetsliv behöver chefer tillsammans med medarbetare arbeta med frågor som påverkar arbetsvardagen och balansen mellan arbete och fritid, och varje arbetsplats ska ha förutsättningar att ta till vara medarbetarnas engagemang och idéer.

God och hållbar hushållning

Inom Region Jönköpings län är en god och hållbar hushållning ett viktigt strategiskt mål. För att nå målet arbetar alla för en kostnadseffektiv verksamhet.

Utgångspunkten för styrningen är kommunallagens krav på god hushållning, både ur ett verksamhetsperspektiv (ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet) och ur ett finansiellt perspektiv (långsiktig och uthållig finansiering). God ekonomisk hushållning är en förutsättning för att även i framtiden ge invånarna i Region Jönköpings län en god hälso- och sjukvård och regional utveckling.

Verksamhetsmål inom hälso- och sjukvård och regional utveckling ska uppnås med lägsta möjliga resursinsats. För en bra styrprocess krävs att olika verksamhetsnivåers mål, resurstilldelning och resultat är tydliga, i såväl planering som genomförande och uppföljning. En ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet uppnås genom god måluppfyllelse där tjänsten producerats med en hög produktivitet. Kvalitet är Region Jönköpings läns strategi inom alla områden. Genom att prioritera, förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet frigörs resurser och medel till utveckling för nya områden och åtaganden.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Driva på det strategiska arbetet kring jämlik hälsa och jämlika uppväxtvillkor i länet.	Region Jönköpings län ska bidra till att Jönköpings län är bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på. Detta görs med fördel genom samverkan och samarbete med länets kommuner och samhällsaktörer.
Analysera gapen utifrån den reviderade CEMR- deklarationen.	Den europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå (CEMR-deklarationen) är ett verktyg för kommuner och regioner att integrera jämställdhetsperspektivet i all verksamhet. Deklarationen som antogs 2006, uppdaterades i december 2022 framför allt med nio nya artiklar inom sakområden som tidigare täcktes otillräckligt eller inte alls.
Öka kunskap och medvetenhet om jämlikhet och social hållbarhet.	Region Jönköpings läns välfärdstjänster ska vara tillgängliga för alla, ingen invånare ska lämnas utanför.
Erbjuda utbildning om rättigheter och möjligheter till inflytande.	Utveckla arbetet med de fem nationella minoriteternas rättigheter, inklusive uppdraget som finskt förvaltningsområde
Ge möjlighet till praktik och erbjuda arbetstillfällen med låg tröskel.	Ge länsinvånare som står långt ifrån arbete idag möjlighet att bidra med sin kompetens. Detta är en del av arbetet med rätt använd kompetens (RAK).
Under 2025 undersöks behovet av samordnad språkutbildning i länet. Utifrån detta ska en eventuell handlingsplan tas fram.	Det pågår arbete med att undersöka behovet av samordnad språkutbildning för sjukvårdspersonal inom kommuner och Region Jönköpings län i syfte att öka integrationen. Språket är nyckeln in till arbetsmarknaden.

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Erbjuda digitala tjänster som en del av verksamheternas ordinarie utbud.	Erbjuda digitala tjänster som gör att invånarna på ett enkelt sätt kan nå och använda våra tjänster på liknande sätt som andra tjänster i samhället.
Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter.	Att aktivt arbeta med att fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter i Region Jönköping läns verksamheter.
Utforska och införa AI-baserade lösningar.	Undersöka och utveckla tillämpningen. Syftet är att minska manuella och administrativa uppgifter samt att frigöra tid till kärnverksamhet, stärka verksamhetseffektiviteten och öka tillgängligheten för invånare och medarbetare.
Stärka digital kompetens och förståelse för AI i verksamheterna.	Särskilt fokus läggs på hur digitalisering och AI kan tillämpas i det dagliga arbetet. Syftet är att öka delaktigheten i utvecklingen, förbättra implementering av nya lösningar och skapa ökad trygghet i användningen av digitala verktyg.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Stärka Region Jönköpings läns förmåga vid fredstida kriser och ytterst krig.	Stärka Region Jönköpings läns förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig genom att planera och genomföra kompetensutveckling, utbildningar och övningar. Säkerställa en god samverkans- och ledningsförmåga vid alla typer av störningar samt förbättra kapaciteten för omhändertagande av ett stort antal skadade och sjuka i kris- och krigssituationer.
Säkerställa att samhällsviktig verksamhet kan bedrivas i minst tre månader vid allvarliga störningar i samhällets funktionalitet.	Säkerställa en robust och uthållig försörjningsberedskap samt fastigheter och lokaler som möter både akuta och långsiktiga behov vid fredstida kriser och ytterst krig. Genomföra en fördjupad risk- och sårbarhetsanalys med efterföljande kontinuitetsplanering för att möjliggöra att samhällsviktig verksamhet kan upprätthållas vid störningar.
Utveckla och förstärka arbetet för att motverka välfärdsbrott	SKR definierar välfärdsbrottslighet som: ”När en extern aktör – företag eller privatperson – otillbörligen utnyttjar kommunala medel för egen vinning.” Utifrån ett uppdrag från regionstyrelsen 2023, pågår under 2025 kartläggning och inventering av det arbete som redan görs. Detta arbete utvecklas under 2026.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Minska vår klimatpåverkan.	Bidra till att länet klarar sin koldioxidbudget. Den direkt påverkbara klimatpåverkan från till exempel kollektivtrafik, el och värme till fastigheter, jordbruk, medicinska gaser, tjänsteresor med egna fordon, samt godstransporter ska minska med minst 25 procent mellan 2019 och 2025.

Uppdrag	Beskrivning
	Vi ska stimulera våra medarbetare till att välja hållbara resealternativ för arbetspendling och vi ska stimulera patienter att välja hållbara resealternativ till vårdinrättningar.
Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.	Andelen cirkulära materialflöden ska öka, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. Detta bland annat genom att öka materialåtervinningen av vårt avfall, minska användningen av engångsprodukter samt minimera matsvinn.
Utveckla ett hållbart byggande med sund inom- och utomhusmiljö.	Utveckla byggprocessen så att klimatpåverkan tydligare beaktas i tidiga skeden, bland annat genom ökat inslag av trä och andra klimatsmarta konstruktioner. Nybyggnation ska minst motsvara kriterierna för miljöbyggnad silver.
Utveckla miljökrav och sociala krav inklusive uppföljning i upphandlingar.	För miljökrav ska livscykelperspektivet guida oss i val av produkter. Krav på förnybara drivmedel ska ställas vid upphandling av hyrbilar och transporttjänster med målsättningen om minst 80 % förnybara drivmedel senast 2025. Region Jönköpings län har även antagit Fossilfritt Sveriges transportutmaning med målet att både köpta och utförda transporter ska vara fossilfria år 2030. Inom den sociala dimensionen ställer Region Jönköpings län krav på kollektivavtalsliknande villkor i upphandlingar. En god arbetsmiljö och goda arbetsvillkor ska även omfatta personal i upphandlad verksamhet. Region Jönköpings län ställer sig positiv till samverkan med länets kommuner när det gäller gemensamma upphandlingar där det kan skapa klokt resursutnyttjande och bättre service till länsinvånarna.
Främja hälsosamma matvanor med minskad klimatpåverkan.	Uppmärksamma invånare på betydelsen av hälsosamma matvanor för att förebygga vanliga folksjukdomar, samt belysa hur hälsosamma matvanor stämmer överens med hållbara matvanor ur ett miljöperspektiv. Vid inköp av livsmedel ska i första hand väljas livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav och som är ekologiskt producerade, i andra hand livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav, i tredje hand livsmedel som är ekologiskt producerade och i sista hand konventionellt producerade livsmedel. Bland livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav bör vi prioritera livsmedel producerade i länet.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Köpt energi (kWh/m2)	145 kWh/m2	142 kWh/m2	140 kWh/m2	Tertial
Andel förnybart drivmedel - dieseldrivna tåg	20 %	20 %	19 %	År
Klimatpåverkan från direkt påverkbara utsläpp	-25 %	-22 %	-26 %	År
Klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar (ton koldioxidekvivalenter)	-15 %	6 %	3 %	År
Andel ekologiska livsmedel	65 %	59 %	56 %	Tertial

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare	0,124 ton koldioxid/ årsarbetare	0,121 ton koldioxid/ årsarbetare	0,115 ton koldioxid/ årsarbetare	År
Andel svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg	95 %	84 %	80 %	Tertial

Framgångsfaktorer: Utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU och staten erbjuder

Uppdrag	Beskrivning
Integrera EU-frågor i ordinarie planerings-, lednings- och uppföljningsarbete.	Region Jönköpings län ska se EU-frågor och EU-finansiering som en integrerad del (den fjärde nivån) i Region Jönköping läns arbete.
Aktivt bedriva påverkansarbete gentemot staten och EU.	För att stärka länets möjligheter till hållbar tillväxt och långsiktig konkurrenskraft bedrivs ett aktivt påverkansarbete gentemot såväl staten som EU. Genom dialog och gemensamma initiativ med länets kommuner och aktörer verkar Region Jönköpings län för att lyfta fram strategiskt viktiga frågor kopplade till kompetensförsörjning, infrastruktur och näringslivsutveckling.

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer

En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Utveckla verksamhets- och ledarutvecklingsprogram för att inkludera deltagare från länets kommuner.	Erbjuda kompetensutveckling för Region Jönköpings län och kommuner i samverkan, praktisk träning och teoretisk bas.
Aktivt driva på för att Högskolan i Jönköping ska bli ett universitet.	Aktivt bedriva påverkansarbete gentemot staten för att Högskolan i Jönköping ska erhålla universitetsstatus.
Region Jönköpings län ska kunna bidra med lärarresurser på Högskolan i Jönköpings tandläkarutbildning.	Säkerställ relevant nivå på ST-tjänstgöring av tandläkare. Stimulera forskning för såväl allmäntandläkare som specialisttandläkare.

Medarbetare

Involvera motiverade medarbetare

En förutsättning för en framgångsrik organisation är motiverade medarbetare som känner sig uppskattade och respekterade. Ledare och medarbetare är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö. Alla ser sin roll i helheten och har ett tydligt mandat att bidra till verksamhetens utveckling

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag	Beskrivning
Strategisk kompetensplanering.	Kompetensplanering är Region Jönköpings läns gemensamma arbetssätt för att ta reda på om de resurser som finns möter invånarnas behov idag och i framtiden. Med utgångspunkt i analysen arbetar chefer och verksamheter på olika nivåer i organisationen med aktiviteter och åtgärder för att möta kompetensbehovet på lång och kort sikt.
Kompetensutveckling hela arbetslivet.	Att alla medarbetare ges möjlighet till relevant och kontinuerlig kompetensutveckling är centralt för att förbättra och på bästa sätt bedriva verksamhet för de vi är till för. Chefen ska, tillsammans med sina medarbetare, på ett individuellt och metodiskt sätt arbeta med kompetensutveckling utifrån de behov som framkommer i verksamhetens kompetensplan, samt utifrån den enskildes och yrkesgruppernas olika förutsättningar.
Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska, där det är möjligt på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal.	Bra och välfungerande vårdnära servicetjänster är viktiga delar för att verksamheterna ska fungera. Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska, där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt flyttas över till servicepersonal och därmed ge förutsättningar för en effektiv, tillgänglig och säker vård där den samlade kompetensen används på bästa möjliga sätt. Goda exempel från bland annat Region Skåne med en uppgiftsväxling till servicevärdar tas också till vara i arbetet.
Delade tjänster mellan region och kommun.	För att säkra kompetensförsörjningen i länet och möta den demografiska utmaningen med en åldrande befolkning, kommer Region Jönköpings län, ta ett initiativ att tillsammans med kommuner i länet pröva delade anställningar mellan region och kommun. Syftet är att ta till vara kompetens, underlätta rekrytering och utveckla samverkan mellan offentliga arbetsgivare.
Attrahera senior kompetens till arbetsplatser med bristsituation.	Det tidigare beslutet som togs 2019 om att erbjuda pensionerade sjuksköterskor 30 procent högre lön, breddas nu till att omfatta fler vårdprofessioner inom verksamheter med personalbrist.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Faktiska årsarbetare		9 650	9 928	Månad
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	5 %	3,4 %	Månad
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	6,4 %	5,3 %	Tertial

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.	De åtta friskfaktorerna är Region Jönköping läns gemensamma arbetssätt för hur vi systematiskt skapar en god arbetsmiljö och hälsa. Friskfaktorerna sammanfattar de förutsättningar som forskning visar behöver finnas på en arbetsplats för att medarbetarna ska må bra, utvecklas, prestera bra och trivas. Arbetet med friskfaktorerna sker på alla nivåer i organisationen: arbetsplats, klinik/område, verksamhetsområde, övergripande nivå. Friskfaktorerna ska bli en integrerad del av det dagliga arbetet för att förbättra arbetsmiljön. Mål och mätetal, som resultat från undersökningar om arbetsmiljön, sjukfrånvaro och personalomsättning, ska följas upp regelbundet. Arbetet ska ses som en långsiktig process där hela organisationen strävar åt samma håll.
Kontinuerligt arbeta för en välfungerande samverkansstruktur på central och lokal nivå.	Region Jönköpings län ska kontinuerligt arbeta för att samverkansstrukturen fungerar väl på både central och lokal nivå, i syfte att stärka delaktighet och främja ett hållbart arbetsliv.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel heltidsanställda	91 %	88 %	88 %	Tertial
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	6,1 %	5,8 %	Tertial

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Uppdrag	Beskrivning
Arbeta vidare med chefers förutsättningar för ett hållbart chef- och ledarskap.	Region Jönköpings län behöver chefer med rätt förutsättningar att kunna leda och styra verksamhet och medarbetare på ett ändamålsenligt sätt. För att chefer i organisationen ska kunna leda sina medarbetare med ett nära, tillitsfullt ledarskap, som medför att vara tillgänglig och skapa förutsättningar för medarbetarna i deras uppdrag, kan inte antalet medarbetare per chef vara för stort. Rätt form av stöd ska också finnas tillgängligt i syfte att frigöra tid till chefsuppdraget. Genom att skapa förutsättningar för ett nära och tillitsfullt ledarskap så byggs också en kultur som kommer präglas av jämlikhet, kreativitet, innovation och ständiga förbättringar.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Arbetstillfredsställelse (HME)	82 %	79 %	79 %	År
Andel chefer med färre än 35 medarbetare	100 %	Ny mätmetod	Ny mätmetod	Tertial

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer

som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Utveckla en mer hållbar kapitalförvaltning jämfört med jämförbara index.	Vår kapitalförvaltning ska vara hållbar och bidra till minskat fossilberoende. Den befintliga uppföljningsmetoden ska ses över och lämpliga alternativ till uppföljning ska utvärderas.
Genomgång av våra vårdlokaler utanför sjukhusområdena.	I steg ett genomförs en kartläggning och förslag till åtgärder. I nästa steg planeras och genomförs arbetet utifrån föreslagna åtgärder.
Att ta fram underlag för byggnation av ett parkeringshus vid Länssjukhuset Ryhov med syfte att förbättra tillgängligheten för både anställda och besökare.	Detta inkluderar att genomföra en kalkyl för att bedöma kostnaderna för byggnationen och driftskostnaderna på lång sikt. Målet är att säkerställa att parkeringsanläggningen är hållbar och ekonomiskt rimlig samtidigt som den möter behoven hos personalen och underlättar för besökare.
Fortsatt arbete med att integrera lämpliga helägda bolag inom Region Jönköpings läns verksamheter.	Det pågår ett arbete med att se över Region Jönköpings läns helägda bolag i syfte att undersöka vilka delar som är lämpliga att integrera inom regionens verksamheter. Detta innebär en översyn av resurser och verksamheter för att maximera synergierna och förbättra tjänsterna som erbjuds till både invånare och besökare.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Klimatpåverkan kapitalförvaltning, ton CO2e/mnkr av portföljens innehavs totala omsättning	3,9	5,6 ton CO2-ekv/mnkr	3,9 ton CO2-ekv/mnkr	År
Ekonomi i balans	0 mnkr	329 mnkr	571 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Regional utveckling

Målet med det regionala utvecklingsarbetet är att Jönköpings län ska bli Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där invånarna trivs, utvecklas och mår bra.



POLITISK SAMMANFATTNING

Region Jönköpings län har ett tydligt ansvar, men också stora möjligheter att skapa långsiktigt hållbar utveckling i hela länet. Genom samverkan med kommuner, näringsliv, akademi och civilsamhälle arbetar vi för att ta vara på de resurser, idéer och drivkrafter som finns i varje del av länet. Det handlar om att bygga ett län där människor vill leva, arbeta och investera – oavsett om man bor i stad eller på landsbygd.

Under 2026 prioriterar vi därför insatser som gör verklig skillnad för invånare och företag. För att möta kompetensutmaningarna fortsätter vi arbetet med kompetensförsörjning på alla nivåer, samtidigt som våra naturbruksskolor utvecklas till kompetenscentrum för de gröna näringarna. Genom Plan för regional kompetensförsörjning 2024–2028 och ett förstärkt samarbete inom Kompetensrådet skapar vi bättre matchning mellan arbetsmarknadens behov och utbildningsutbudet.

Vi utvecklar länets näringsliv genom fortsatta insatser kopplade till strategin för smart specialisering. Det innebär riktade satsningar inom områden där länet har särskilda styrkor, exempelvis smart industri, skogsnäring, e-handel och livsmedelsförädling. Ett stärkt företagsfrämjande system, inklusive Företagsjouren, bidrar till att fler företag kan växa, ställa om och bli mer konkurrenskraftiga. Inte minst i en tid av snabba förändringar.

Kulturen har en självklar roll i den regionala utvecklingen. Genom Smålands Musik och Teater, våra folkhögskolor och övriga kulturaktörer i länet bidrar vi till ett tillgängligt och vitalt kulturliv. Samtidigt skapar vi bättre förutsättningar för barn och ungas kulturutövande, oavsett var man bor eller vilka ekonomiska förutsättningar man har.

Trafiken är ett av våra viktigaste verktyg för att möjliggöra utveckling. Ett rundare län med fungerande pendling, hållbara resor och goda kommunikationer stärker både arbetsmarknad och livskvalitet. Under 2026 fortsätter vi att utveckla kollektivtrafiken, inte bara som ett transportmedel, utan som ett medel för sammanhållning, hållbarhet och attraktivitet. Arbetet med trafikförsörjningsprogrammet, förstärkta samverkansstrukturer över länsgränser och nya idéer om exempelvis sommarbiljetter med kulturkoppling är uttryck för ett nytt sätt att tänka: där trafiken är en motor för inkludering, klimatmål och ett rikare vardagsliv.

Vi fortsätter också arbetet med att främja hållbar platsutveckling och tillgänglighet i hela länet, både digitalt och fysiskt. Det innebär insatser för bredbandsutbyggnad, landsbygdsservice och lokala utvecklingsprojekt, men också ett strategiskt påverkansarbete för framtidens infrastruktur, inte minst på järnvägssidan. Vår roll är att hålla ihop, prioritera och driva – alltid med fokus på resultat och långsiktig nytta.

Genom tydlig prioritering, helhetssyn och samverkan skapar vi förutsättningar för att varje skattekrona

ska bidra till faktisk förändring. Vår ambition är ett Jönköpings län som är starkt, hållbart och framtidsinriktat – i hela länet, för alla.

Det regionala utvecklingsuppdraget
Samtliga regioner i Sverige har ett regionalt utvecklingsansvar. Uppdraget är lagstadgat och innebär att regionerna ska utarbeta en strategi för länets utveckling och samordna insatser för att genomföra strategin. Det handlar om att, tillsammans med aktörer i länet, arbeta för en hållbar regional utveckling utifrån länets specifika förutsättningar. Det regionala utvecklingsuppdraget finns reglerat i förordning och lag. I korthet innebär uppdraget att regionerna ska

- arbeta fram och fastställa en strategi för utvecklingen i länet
- samordna insatser för att genomföra denna strategi
- besluta om hur medel för regionalt utvecklingsarbete ska användas
- följa upp, utvärdera och redovisa resultaten av arbetet till regeringen
- utföra uppgifter inom ramen för EU:s strukturfondsprogram
- upprätta och fastställa länsplaner för transportinfrastruktur.

Uppdragen kan ses som kärnan i det regionala utvecklingsansvaret och det som staten ålägger regionerna att utföra. I egenskap av direktvalt självstyrande organ har regionerna möjlighet att ta egna initiativ utifrån regionala utmaningar och behov. I Region Jönköpings län är det regionala utvecklingsuppdraget organiserat i en avdelning under den regionala utvecklingsdirektören. I avdelningen ingår även Europa Direkt, Företagsjouren, Biblioteksutveckling och Energikontor Norra Småland. I Regional utveckling ingår, förutom avdelningen, verksamheterna Smålands Musik och Teater (SMOT), Sörängens folkhögskola, Värnamo folkhögskola, Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstads naturbrukscentrum. Oberoende av om uppdragen kommer från staten eller om regionen tar egna initiativ är det regionala utvecklingsansvaret kopplat till att samverka och att arbeta tillsammans med kommuner och andra aktörer för att uppnå en hållbar regional utveckling.

Den regionala utvecklingen är betydelsefull för att alla invånare i vårt län ska kunna leva, arbeta och trivas i en attraktiv miljö. Detta görs genom samverkan mellan exempelvis region, kommun, näringsliv, akademi och civilsamhälle. Detta betyder även att det regionala utvecklingsuppdraget, tillsammans med den regionala utvecklingsstrategin, marknadsförs på ett sätt så att informationen kring uppdraget är välkänt för de som verkar inom området. Genom en god spridning av uppdraget och strategin, där så många som möjligt nås av visionen ökar medvetenheten i länet om hur länet ska utvecklas.

Den regionala utvecklingsstrategin
Den regionala utvecklingsstrategin visar vägen till ett hållbart län. Den regionala utvecklingsstrategin är den regionala visionen kring hur länet ska utvecklas. I strategin konkretiseras internationella och nationella strategier samt styrdokument i ett regionalt perspektiv. Strategin utgör grund för beslut gällande utvecklingsinsatser i länet.

Ansvaret för genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin delas av många olika aktörer. Region Jönköpings län har uppdraget att leda och hålla samman arbetet i länet. Det sker i nära samverkan med t.ex. kommuner, näringsliv, civilsamhälle, akademi och övriga utbildningsaktörer, Länsstyrelsen och statens övriga verksamheter i länet. Region Jönköpings län ansvarar också för analys, utvärdering och redovisning. För att nå framgång i det regionala utvecklingsuppdraget sker samverkan också interregionalt, nationellt och internationellt. Exempel på detta är samverkan inom södra Sverige med Regionsamverkan Sydsverige (RSS) och samverkan inom Småland Blekinge Halland South Sweden (SBHSS) med gemensamt kontor i Bryssel.

Utgångspunkten för den regionala utvecklingsstrategin är Agenda 2030 med de 17 globala målen för hållbar utveckling. Målen är integrerade i strategin och ska vara vägledande för en utveckling i riktning åt ökad ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Under 2025 pågår ett arbete med att revidera den befintliga regionala utvecklingsstrategi för Jönköpings län.

Arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet

Arbetsmarknad och kompetensförsörjning

Förmågan att attrahera och rekrytera samt behålla och utveckla kompetenser är avgörande för att hantera näringslivets och välfärdens utmaningar.

Region Jönköpings län ansvarar för att stärka den regionala kompetensförsörjningen genom att arbeta för en väl fungerande arbetsmarknad, kompetensutveckling och en varaktigt ökad sysselsättning. Underlag för kompetensutveckling ska tas fram genom att kontinuerligt följa och bedöma kommande kompetensbehov och genom att skapa prognoser för arbetsmarknadens kort- och långsiktiga kompetensbehov.

Grunden för det regionala kompetensförsörjningsarbetet är *Plan för regional kompetensförsörjning 2024–2028*. Där betonas vikten av att Region Jönköpings län initierar och driver samverkan för en kompetensförsörjning som matchar efterfrågan och utbud, exempelvis via arenor som Kompetensrådet.

Då det livslånga lärandet spelar stor roll för matchningen på arbetsmarknaden krävs bra strukturer för validering. Det handlar om att tydliggöra befintliga branschvisa valideringsmodeller och att utforma anpassad kompetensutveckling. Det behövs studiemotiverande insatser, valideringsmöjligheter och breda utbildningsinsatser där många olika utförare kan bidra: kommunal vuxenutbildning, yrkeshögskolor, högskolor och folkbildningsorganisationer.

Naturbruksutbildning
Region Jönköpings län är huvudman för samt äger och driver Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstad naturbrukscentrum. Tenhults naturbruksgymnasium har ekologisk profil med gymnasieutbildningar inom häst, djurvård, lantbruk och trädgård. Stora Segerstads naturbrukscentrum erbjuder gymnasieutbildningar inom lantbruk, skog, maskinmekanik och hund. Båda skolorna har elevhem samt anpassad gymnasieskola och utbildningar för vuxna. Finansieringen av gymnasieutbildningen regleras genom ett samverkansavtal med alla länets kommuner, medan utbildningsplatserna inom vuxen- och uppdragsutbildningarna faktureras.

Naturbruksskolorna är viktiga för länets kompetensförsörjning och för de gröna näringarnas utveckling. Skolorna ska vara ledande inom sina områden och det ska ske ett kontinuerligt utvecklingsarbete i syfte att bidra till de gröna näringarnas utveckling. Ambitionen är att utveckla skolorna till reella kompetenscentrum för de gröna näringarna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv.

Folkbildning
Region Jönköpings län är huvudman för och driver två folkhögskolor: Sörängens folkhögskola (Nässjö) och Värnamo folkhögskola. Styrelse för dessa skolor är nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA). Utöver allmän kurs har Sörängens folkhögskola en kulturprofil med kurser inom bland annat skrivande, animation och fotografi. Värnamo folkhögskola har en hälsoprofil och erbjuder även en kurs för personer med funktionsvariation samt flera yrkesutbildningar.

Tillsammans med länets sju rörelsedrivna folkhögskolor är dessa två folkhögskolor en viktig resurs för länets kompetensförsörjning. Folkhögskolan som utbildningsform riktar sig till vuxna och spelar stor roll för utbildning av personer med kort eller ofullständig utbildningsbakgrund. Stort fokus läggs vid att möta varje individs unika erfarenheter, behov och förutsättningar. Pedagogiken betonar aktivt deltagande, samtal och gemensamt lärande i grupp och inkluderar deltagarna i diskussioner om samhälls- och demokratiutveckling. Folkhögskolorna är också en viktig kulturbärare och försörjer kulturlivet med viktig arbetskraft och är ofta nödvändig för att högskolor och universitet ska kunna rekrytera till sina högre utbildningar. Dessutom är den kreativitet som folkhögskolan skapar hos deltagaren viktig oavsett vilket arbete man sedan har i framtiden.

Studieförbunden är också en plats för folkbildning; en möjlighet att tillsammans med andra öka sin kunskap för personlig utveckling och delaktighet i samhället. De bidrar till att stärka demokratin genom att erbjuda inkluderande gemenskap, stödja människors handlingskraft, bidra till ett rikare kulturliv och lyhört möta utbildnings- och folkbildningsbehov i samhället.

Näringsliv
En internationellt konkurrenskraftig tillverkningsindustri har i generationer utgjort basen i länets näringsliv och bidragit till tillväxt och trygga arbetstillfällen. Sådan industri är fortsatt viktig, men det

krävs också en breddning av näringslivsstrukturen för att möta framtida utmaningar.

Jönköpings län behöver fler högteknologiska tillverkningsföretag och fler kunskapsintensiva tjänsteföretag, mer diversifiering och mångfald. Nyföretagandet måste stärkas och normen kring vem som är och kan bli företagare behöver vidgas. Det gör att fler kan bidra till ett företagsamt län, som tar tillvara potentialen för omställning och innovationskraft. Företag i länet står för mycket innovationer vilket inte alltid syns i nationella mätningar. Små och medelstora företag utgör majoriteten av företag i länet. Dessa företag står tillsammans för bland annat flest patentansökningar per capita i landet.

För att bidra till ett växande och innovativt näringsliv har Region Jönköpings län tagit fram en strategi för smart specialisering (S3). Begreppet Smart specialisering är en komponent i EU:s tioåriga strategi för tillväxt och sysselsättning och innebär att regionerna söker global konkurrenskraft genom att identifiera områden där de har fördelar gentemot andra regioner.

För Jönköpings län finns fem prioriterade styrkeområden:

- Smart industri/kunskapsintensiva tillverkningsföretag
- E-handel och logistik
- Skogsnäring och träförädling
- Besöksnäring
- Livsmedel och livsmedelsförädling.

Utöver dessa fem områden pekar strategin för smart specialisering ut tjänstedesign som en gemensam faktor och möjlighet för utveckling och innovation. Strategin förväntas ha stor betydelse för kommande års satsningar och interregional samverkan ökar potential att nå framgång. Inom Småland och Öarna pågår utveckling av en plattform för smart specialisering och liknande initiativ har tagits inom ramen för Småland Blekinge Halland South Sweden med gemensamt kontor i Bryssel.

Flera olika insatser behövs för att stärka näringslivets hållbara tillväxt och ökade konkurrenskraft. En angelägen uppgift är att utveckla samverkan mellan akademi och länets företag. Högskolan i Jönköping utgör en plattform och viktig motor för ökad kompetens samt forsknings- och innovationskapacitet. Framväxande kluster och innovationsmiljöer bidrar till en långsiktigt hållbar tillväxt av näringslivet i hela länet. Ett angeläget uppdrag är att, genom att utgå från befintliga plattformar, skapa beredskap och förutsättningar inför kommande programperiod inom EU.

Aktiv kartläggning och utnyttjande av EU:s fonder och program ska stärka regionens utveckling. Genom strategisk samverkan och ökad kompetens inom EU-finansiering främjas innovation, hållbarhet och internationellt samarbete. Detta säkerställer en konkurrenskraftig region som drar nytta av EU:s möjligheter.

Region Jönköpings län driver en företagsjour för att stötta företag som hamnat i svårigheter. Jourens rådgivare stöttar små och medelstora företag inom alla branscher. Länets företagsfrämjande system främjar också nyföretagande, affärsutveckling och innovationsprocesser genom olika former av samverkan, kunskapshöjande insatser och riktade projektsatsningar. Region Jönköpings län är aktiva i arbetet med dessa företagsfrämjande aktörer. På så sätt bidrar Region Jönköpings län till näringslivets omställning och stärkta konkurrenskraft.

Attraktivitet och livsmiljö

Besöksnäringen utgör en viktig del av länets näringsliv. Den stärker länets attraktivitet och bidrar till att människor vill besöka, starta företag och bosätta sig i länet, samtidigt som den skapar sysselsättning åt grupper som kan ha svårt att etablera sig inom andra branscher. Dagens besöksnäring är mycket mer än traditionell turism och skapar förutsättningar för lokal och regional utveckling, investeringar, service, bevarande och utveckling av unika natur- och kulturmiljöer.

Region Jönköpings län och Smålands Turism har, i nära samverkan med länets kommuner och aktörer från besöksnäringen, tagit fram en besöksnäringsstrategi för åren 2023–2030. I denna har fyra tematiska områden identifierats som centrala när det gäller produkt- och platsutveckling för att skapa fler besöksanledningar: natur, måltid, kultur och evenemang.

Region Jönköpings län avser att stötta projekt inom platsutveckling för att stärka såväl specifika orters attraktionskraft som länets övergripande varumärke. Förmågan att attrahera, behålla och utveckla

kompetenser, företag och kapital är avgörande för att utveckla en attraktiv och konkurrenskraftig region, som främjar samverkan och ser möjligheter i förändringar. Ytterst är det människorna som bidrar med kompetens, driver företag, gör investeringar och som därigenom utvecklar våra samhällen. Civilsamhällets aktörer är en viktig resurs för länets utveckling. Genom dialog och samverkan skapas ett bra utgångsläge för att planera långsiktigt, genomföra förändringar och möta utmaningar.

Människor som bidrar till lokal utveckling attraheras av en öppen, inkluderande, jämställd och barnvänlig livsmiljö, som gör det möjligt att kombinera jobb med ett bra boende och samtidigt ha tillgång till ett varierat kulturutbud, fritidsaktiviteter, naturupplevelser, utbildningsmöjligheter samt kommersiell och samhällelig service.

Utveckling av digital infrastruktur och digitala tjänster är ett utpekat område i Region Jönköpings läns digitaliseringsstrategi. Den digitala utvecklingen kan skapa möjligheter som överbryggar geografiska avstånd och tjänar människor, verksamheter och organisationer runt om i länet. Detta stärker förutsättningar för att kunna leva, bo och arbeta i hela Jönköpings län i livets olika skeden.

Jönköpings läns landsbygdsmiljöer har resurser som är viktiga för utveckling och försörjning av hela länet. Landsbygdsutveckling handlar om flera olika sakområden som kopplar till regional utveckling. Det kan vara såväl fiberutbyggnad, infrastruktur och kollektivtrafik som utveckling av gröna näringar och platsutveckling med bäring på besöksnäringen. En viktig del för likvärdiga möjligheter handlar om tillgänglighet till kommersiell service. Region Jönköpings län regionala serviceprogram syftar till att säkerställa landsbygdens tillgänglighet till kommersiell service fram till 2030. Genom öronmärkta statliga 1:1-medel hanterar och fördelar Region Jönköpings län sådant stöd.

Länet har stora områden med höga natur- och kulturmiljövärden vilket skapar goda förutsättningar för länets besöksnäring såväl som för en god fritid för länets invånare. Hållbara ekosystem och biologisk mångfald samt ett hållbart nyttjande av natur- och kulturmiljöer uppnås genom att arbeta för ett småskaligt odlingslandskap, äldre bebyggelse samt bevarade kulturmiljöer.

Kultur
Kulturen ska vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft med yttrandefriheten som grund. Alla ska ha möjlighet att delta i kulturlivet. Kreativitet, mångfald och konstnärlig kvalitet ska prägla samhällets utveckling. Ett rikt kulturliv och en levande kulturmiljö medverkar till ett områdes attraktivitet, stärker besöksnäringen och skapar arbetstillfällen. Kultur är därmed en betydelsefull faktor för tillväxt och utveckling i länet och har en given plats i arbetet med att göra länet mera attraktivt för både besökande och boende.

Region Jönköpings län utvecklar kulturen i enlighet med den regionala kulturplanen och biblioteksplanen för Jönköpings län. Detta sker inom områdena arkiv, film, teater, musik, litteratur, dans, hemslöjd, bild och form, samtida cirkus, kulturarv och kulturmiljö, spelkultur, samt genom stöd för folkbibliotekens samarbeten och utveckling. Region Jönköpings län är huvudman för SMOT. Tillsammans med Jönköpings kommun och Hembygdsförbundet är Region Jönköpings län stiftare av Jönköpings läns museum och tillsammans med Värnamo kommun och Region Kronoberg stiftare av Smålands konstarkiv. Dessutom stödjer Region Jönköpings län verksamhet som främjar bildning, kulturell mångfald och konstnärligt skapande genom stöd till föreningar och organisationer samt genom ekonomiskt stöd till kulturaktiviteter.

Region Jönköpings län prioriterar att alla barn och unga ska ha rätt till kultur och likvärdiga möjligheter att utveckla sina intressen och talanger. Barn och unga har kunskaper, erfarenheter och perspektiv som inte vuxna har och ska därför ses och behandlas med respekt och som en resurs. Med stöd i FN:s barnkonvention ska barns och ungas skapande uppmuntras inom samtliga kulturformer. Barn och unga ska ges möjlighet att möta professionella kulturskapare som återspeglar hela befolkningen, samt själva prova på olika kreativa uttryck.

Regional kulturplan och kultursamverkansmodellen
Den regionala kulturplanen är ett styrdokument för det kulturpolitiska området på regional nivå och omfattar hela det regionala kulturansvaret, inklusive fördelning av statliga och regionala bidrag till regional kultur. Kulturplanen är ett verktyg för dialogen med staten avseende fördelning av statliga medel, samt en beskrivning om hur Region Jönköpings län vill att kulturområdet ska utvecklas.

Region Jönköpings län ingår i samverkansmodellen för statens stöd till regional kulturverksamhet, den så kallade kultursamverkansmodellen. Målet med modellen är att öka utrymmet för regionala prioriteringar och variationer. Detta innebär att Region Jönköpings län ansvarar för fördelningen av statsbidraget till regional kulturverksamhet.

Samtliga verksamheter inom kultursamverkansmodellen har uppföljningsbara uppdragsbeskrivningar.

De regionala kulturverksamheter som helt eller delvis finansieras med statliga medel via kultursamverkansmodellen är

- Sektionen för kulturutveckling, Region Jönköpings län
- Smålands Musik och Teater, Region Jönköpings län
- Arkiv Jönköpings län
- Jönköpings läns museum
- Riksteatern Jönköpings län
- Vandalorum, museum för konst och design
- ShareMusic & Performing Arts.

Sektionen för kulturutveckling och SMOT styrs av de regionala styrdokument som finns, exempelvis budget med verksamhetsplan. Dessutom ska dessa verksamheter långsiktigt planera och agera enligt de nationella och regionala kulturpolitiska målen, kulturplanens prioriteringar samt den regionala utvecklingsstrategin. Bland annat innebär det att exempelvis SMOT ska erbjuda ett varierat utbud av musik, teater och dans för barn, ungdomar och vuxna samt bidra till ett bra liv i en attraktiv region genom att i första hand med egna ensembler producera professionell scenkonst. Region Jönköpings län bidrar till att främja kultur för barn och unga. Samverkan sker med kommunerna för att sprida utbudet av produktioner som planeras för barn och ungdomar.

Biblioteksutveckling
Biblioteksutveckling arbetar på strategisk nivå för att länets invånare ska erbjudas en relevant och jämlik biblioteksverksamhet av hög kvalitet. Utgångspunkten för verksamheten är folkbibliotekens behov och lokala förutsättningar samt bibliotekslagen, Biblioteksplan Region Jönköpings län och Regional kulturplan 2026-2029 Jönköpings län, som verkar tillsammans med den regionala utvecklingsstrategin för att nå gemensamma målsättningar och andra styrdokument.

Beredskap

För att Region Jönköpings län ska stå starkt under oroliga tider krävs samordnade insatser mellan länsstyrelse, näringsliv och civilsamhälle. Inom Regional Utveckling finns det utpekade områden som är extra viktiga när det kommer till regionens förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig. Exempelvis behövs närproducerade livsmedel och samverkan mellan aktörer för att skapa trygga leveranser av mat och anda förnödenheter. Inom näringslivet krävs också en förmåga att ställa om sin produktion. Även kulturen spelar en viktig roll under oroliga tider då människor behöver både få ta del av och utöva kultur. Ett arbete behövs för att bevara kultur till eftervärlden i händelse av kris eller krig.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Sökande per utbildningsplats (folkhögskolan)	1,5	2,1	2,5	År
Andel antagna i förhållande till antal elever som slutar årskurs 9 i länet (naturbruksskolorna)	3 %	3,1 %	3,3 %	År
NYTT 2026 Fyllnadsgrad platsorganisation för naturbruksprogrammet avseende gymnasieskola och anpassad gymnasieskola.	100 %	Nytt från 2026	Nytt från 2026	År

Framgångsfaktorer: Vitalt och tillgängligt kulturliv

Uppdrag	Beskrivning
SMOT ska producera scenkonst, främja barn och ungas möte med scenkonst och bedriva utvecklingsarbete och fördjupning.	I kultursamverkansmodellen framgår att SMOT ska producera scenkonst som är tillgänglig för invånarna i Jönköpings län och som spelas i Jönköping på SMOT, på turné och spelas för barn och unga i skolan. SMOT ska vidare främja barns och ungas möte med scenkonsten och bedriva utvecklingsarbete och fördjupning inom verksamhetens alla avdelningar.
Se över möjligheten att öka den digitala närvaron i länet för SMOT.	För att fler i länet ska kunna ta del av SMOT:s utbud är det värdefullt att utveckla det digitala utbudet.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Publik SMOT	85 000	81 828	89 725	Tertial
Publik vid föreställningar för barn och ungdom	25 000	19 708	16 746	Tertial
Publik länet (exklusive publik i Kulturhuset Spira).	30 000	13 940	20 730	Tertial

Smålands Musik och Teater

Verksamhetsstatistik	2023	2024
Publik SMOT	81 828	89 725
varav i Kulturhuset Spira	67 139	67 421
varav Jönköpings kommun, exklusive i Kulturhuset Spira	3 100	4 385
varav övriga kommuner i länet	10 840	16 345
varav turné utanför länet	749	1 574
Varav publik vid föreställningar för barn och ungdom SMOT	19 708	16 746
varav i Kulturhuset Spira	16 054	10 938
varav Jönköpings kommun, exklusive i Kulturhuset Spira	676	909
varav övriga kommuner i länet	2 650	4 477
varav turné utanför länet	328	422

Framgångsfaktorer: Utbildningsinnehåll anpassat till elevens behov

Uppdrag	Beskrivning
Andel elever som når gymnasieexamen från naturbruksprogrammet ska öka.	Målet är att öka andelen elever på naturbruksprogrammen som når en godkänd gymnasieexamen.
Deltagarna inom folkhögskolan ska slutföra sina kurser.	Målet är att deltagarna ska slutföra påbörjade kurser.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel elever som når en gymnasieexamen inom 3 år.	100 %	49 %	74 %	År
Andel deltagare som slutför utbildning på allmän kurs på Region Jönköpings län två folkhögskolor.	100 %	Nytt från 2025	Nytt från 2025	År
Andel elever som nått målen för gymnasieexamen.	100 %	78 %	92 %	År

Naturbruksskolorna

Verksamhetsstatistik	2023	2024
Andel som har fått jobb efter avslutad gymnasieutbildning	Nytt från 2024	64 %
Andel avbrott från naturbruksprogrammet	Nytt från 2025	Nytt från 2025

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Bidra till ökad kapacitet i den digitala omställningen bland små och medelstora företag.	Det finns ett stort behov hos små och medelstora företag att öka sin förmåga att bidra till och dra nytta av digital omställning. I Kompetensbarometern, som visar arbetsgivares kompetensbehov, lyfter samtliga branscher en avsaknad av kompetens inom digitalisering och AI.

Framgångsfaktorer: Samverkan med andra aktörer

Uppdrag	Beskrivning
Utveckla arbetet med att initiera och främja samtal om yttrandefrihet, mångfald, demokrati och mänskliga rättigheter samt väcka uppmärksamhet för frågorna.	Skapa och genomföra forum där samtal förs kring yttrandefrihet, mångfald, demokrati och mänskliga rättigheter.
Stärka och utveckla samt tydliggöra formerna för samverkan med civilsamhället.	En produktiv dialog och samverkan ger länets civilsamhällesaktörer ett bra utgångsläge att planera långsiktigt, genomföra förändringar och möta utmaningar, vilket är en viktig förutsättning för länets utveckling. För att nå fram till en samverkansmodell med civilsamhället sker kontinuerlig dialog med civilsamhällets aktörer.

Strategiska mål: Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Framgångsfaktorer: Innovationsstödjande arbete

Uppdrag	Beskrivning
Etablera effektiva strukturer för validering för att öka möjligheten att tillvarata alla länsinvånares potential och kompetens.	De valideringsmodeller som finns på plats, t.ex. branschvis, tydliggörs och kopplas samman med valideringsmöjligheter och kompetensutveckling inom t.ex. vuxenutbildning, folkbildning, yrkeshögskolor och högskoleutbildningar. Matchning på arbetsmarknaden förbättras och livslångt lärande möjliggörs. På sikt utjämnas utbildningsklyftor och utbildningsnivån i hela länet ökar.
Årligen tillhandahålla bedömningar av länets kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt som underlag för kompetensförsörjningsinsatser. Utifrån detta tas en framtidsspaning fram en gång per mandatperiod.	Kompetensbehoven tydliggörs i Kompetensbarometern där översikt länsvis, delregionalt och kommunalt möjliggörs. Underlaget kan användas av arbetsgivare och kan utgöra underlag för dimensionering och genomförande av utbildningar. Det ökar förutsättningarna för lärosätens möjligheter att stärka det regionala kompetensförsörjningsarbetet och bidrar till att utbildningar på olika nivåer som är anpassade efter arbetsmarknadens behov erbjuds.

Uppdrag	Beskrivning
Skapa förutsättningar för ökad omställningsförmåga och försörjningsförmåga.	Förmågan till omställning i näringslivet, vilken är avgörande för en stark konkurrenskraft, kan öka genom olika företagsfrämjande insatser, inte minst genom forskning och utveckling samt interaktion mellan näringsliv och akademi. Länets omställningskapacitet kan öka genom ett mer diversifierat näringsliv med fler högteknologiska tillverkningsföretag och fler kunskapsintensiva tjänsteföretag. Omställningsförmågan kan fungera som ett led i stärkt beredskap utifrån omvärldshändelser, vars påverkan på länet blir alltmer oförutsägbara.
Skapa förutsättningar i länet för att attrahera företagsetableringar och finansiella investeringar samt verka för att företag stannar kvar i länet.	För området krävs samverkan över kommunala och regionala gränser. Ett samordnat och enat län som samverkar i en större geografi ökar förutsättningarna för att dra nytta av och bidra i arbetet med den nationella strategin för utrikeshandel, investeringar och global konkurrenskraft. I arbetet är medlemskapet i Business Sweden centralt liksom det kontinuerliga arbetet med det företagsfrämjande systemet samt samverkan mellan länets kommuner.
Arbeta med de styrkeområden som fastställs i den smarta specialiseringsstrategin och inom dessa skapa förutsättningar för specialisering inom respektive område och utifrån det bygga kapacitet för europeisk samverkan.	För respektive styrkeområde och mellan styrkeområden krävs samordning, företagsfrämjande insatser, interaktion med forskning och ett kompetensförsörjningsperspektiv. Detta ökar förmågan att från styrkeområden utveckla specialisering. En större geografi med ett totalt sett starkare näringsliv har konstaterats som en framgång. Med denna utgångspunkt bedrivs arbetet genom interregional samverkan i Småland och Öarna. För att bidra till och dra nytta av den europeiska arenan används Småland Blekinge Halland South Sweden med kontor i Bryssel.
Skapa förutsättningar för att utveckla naturbruksskolorna till kompetenscentrum för de gröna näringarna.	För detta behöver tillämpad forskning, försöksverksamheter, öppna testbäddar och kompetensutveckling utvecklas på skolorna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv. Stark konkurrenskraft och innovation inom gröna näringar stärker länets förmåga att möta omvärldshändelser som hastigt kan förändra behovet av alltmer egenproducerade livsmedel.
Tillsammans med länets kommuner arbeta med en hållbar och inkluderande platsutveckling utifrån länets specifika förutsättningar.	Genom fokus på platsutveckling skapas attraktivitet för boende, besökare, företag och investeringar. Platsutvecklingsbegreppet öppnar upp för att t.ex. kulturutveckling, näringslivsutveckling, landsbygdsutveckling och besöksnäringsutveckling gemensamt stärker och utvecklar länet. Genom platsutveckling finns möjligheter att stärka demokrati och att möta samhällsutmaningar på ett inkluderande sätt.
Arbeta med landsbygdsutveckling för att ta tillvara hela länets utvecklingskraft och sysselsättningsmöjligheter och för att skapa likvärdiga möjligheter för länets invånare.	Centralt för en stark landsbygdsutveckling är samverkan och att initiera utvecklingsinsatser utifrån platsens förutsättningar och utmaningar. Ett konkret verktyg är möjligheten att ge stöd åt kommersiell service, vilket är både ett näringslivsfrämjande stöd och ett stöd som möjliggör tillgång till service för länets invånare.
Stärka alla barns och ungas möjlighet att ta del av och skapa kultur i Jönköpings län oberoende av socioekonomiska och geografiska förutsättningar.	Kultur till och för barn och unga är prioriterat. Alla barn har, enligt lag, en demokratisk rätt till kultur och ska ha likvärdiga möjligheter att utvecklas. Utifrån ett tillgänglighetsperspektiv är det viktigt att det finns en mångfald av kultur för en mångfald av barn och unga. Kulturrätten är en satsning som ska arbeta med dessa frågor.
Stärka den kulturella infrastrukturen.	Region Jönköpings län ska bidra till att utveckla fler kulturella mötesplatser, främja kulturskapares villkor, främja arrangörskap och publikutveckling i hela länet samt utveckla kommunernas

Uppdrag	Beskrivning
	kapacitet att ta emot professionell kultur som kan spridas utanför den egna kommunen.
Arbeta för en jämnare könsfördelning inom utbildning och på arbetsmarknaden i linje med mål i länets jämställdhetsstrategi.	I länets jämställdhetsstrategi, framtagen av länsstyrelsen, beskrivs att arbete behöver ske för att uppmuntra icke-traditionella karriärsval och motverka en könssegregerad arbetsmarknad. Vidare beskrivs att jämställdhetsperspektivet behöver stärkas i arbetet med utbildning, kompetensförsörjning och arbetsvillkor i länet.
Tydlig, tidsatt uppföljning av de projekt som erhållit bidrag under denna mandatperiod och som kommer att erhålla bidrag inom regional utveckling.	Utveckla uppföljningen och synliggöra effekterna av finansiering till insatser kopplade till den regionala utvecklingsstrategin.
Utveckla kommunikationsinsatserna kopplat till bidrag och finansiering för att tillgängliggöra det regionala utvecklingskapitalet.	Tydliggöra och kommunicera vilka medel som finns att söka och kriterier för dessa.

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer

En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Upprätthålla den pedagogiska kompetensen.	Målet är att samtliga tillsvidareanställda lärare inom gymnasiegemensamma ämnen ska ha lärarlegitimation.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel behöriga lärare	100 %	94 %	100 %	År

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	11,2 mnkr	9,8 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Trafik, infrastruktur och miljö

Kollektivtrafikmyndighetens uppdrag

Region Jönköpings län är regional kollektivtrafikmyndighet enligt kollektivtrafiklagen (SFS 2010:1065). Det innebär ett övergripande ansvar för att planera, samordna och utveckla kollektivtrafiken i länet. Samtidigt ges kollektivtrafikföretag frihet att bedriva kommersiell trafik inom hela länet och i alla geografiska marknadssegment. Enligt lagen ska regionen ta fram ett regionalt trafikförsörjningsprogram som beskriver vilken trafik som kan omfattas av offentlig finansiering.

Trafikförsörjningsprogrammet

Det regionala trafikförsörjningsprogrammet anger mål och inriktning för länets kollektivtrafik – såväl inom länet som över länsgräns där vardagsresande dominerar. I takt med att arbetsmarknadsregioner växer bortom administrativa gränser, är det avgörande att kollektivtrafiken speglar människors faktiska rörelsemönster.

Programmet gäller till 2035 och bygger på bred samverkan med kommuner, kollektivtrafikföretag, organisationer och angränsande regioner. Det utgör grund för de årliga prioriteringarna i budgeten och revideras under 2025 och kommer att antas under början av 2026.

Jönköpings Länstrafik – en pålitlig partner i vardagen

Jönköpings Länstrafik (JLT) är Region Jönköpings läns operativa organisation för kollektivtrafiken och en viktig del i länets regionala utveckling. Kollektivtrafikens utveckling ska bygga på tre perspektiv: resenärens, trafikeringens och samhällets. Den utgör ett strategiskt verktyg för att förverkliga de visioner och mål som beslutats – och är en nyckel för att skapa hållbar utveckling i hela länet och ett mer sammanhållet, "rundare" län.

JLT:s varumärkesplattform lyfter fram organisationens roll som en pålitlig partner i vardagen. Det handlar om att leverera smarta, enkla och tillgängliga resealternativ för alla behov – att underlätta hållbara val och vara en drivkraft för länets utveckling. I detta ligger också att ständigt förbättra erbjudandet, utifrån både resenärernas behov och samhällets långsiktiga mål.

Verksamheten vilar på fem kärnvärden:

Pålitlighet – skapa trygghet genom att hålla vad som lovas

Inkludering – välkomna alla och vara lyhörd för olika behov

Enkelhet – göra det lätt att resa och förstå information

Prisvärdhet – erbjuda god service till rimlig kostnad

Nytänkande – utveckla smarta lösningar för framtidens resande

JLT är en del av människors vardag. Ibland det självklara förstahandsvalet, ibland ett komplement till andra sätt att resa – men alltid ett pålitligt, smidigt och prisvärt alternativ. Genom innovation och samverkan bidrar länets kollektivtrafik till en attraktiv och levande region där fler kan resa hållbart och enkelt.

Länstrafikens uppdrag

Länstrafikens uppdrag är att bedriva och utveckla kollektivtrafiken inom Jönköpings län och i angränsande områden. Uppdraget tar sin utgångspunkt i Region Jönköpings läns vision – För ett bra liv i en attraktiv region. Ett gott liv förutsätter goda möjligheter att resa i vardagen. Länstrafiken ska därför, med ett så välanpassat trafikutbud som möjligt, erbjuda länets invånare prisvärda, trygga och enkla resor till arbete, studier, service och fritid.

Kollektivtrafiken bidrar till en förstorad arbetsmarknadsregion, minskade klimatutsläpp, ett mer hållbart samhälle och en bättre vardag – inom de ekonomiska ramar som finns. För serviceresor är uppdraget särskilt att skapa förutsättningar för vardagen för dem som inte kan resa på annat sätt.

Länets kollektivtrafik omfattar allmän trafik med tåg, regionbussar och stadstrafik. Serviceresor inkluderar färdtjänst, sjukresor och närtrafik, där närtrafiken kompletterar den allmänna trafiken. All

trafik som utförs för Länstrafikens räkning sker genom upphandlade trafikföretag.

Många av länets invånare pendlar till arbete och studier utanför sin hemort, både inom och utanför länsgränsen. Det är därför avgörande att kollektivtrafiken erbjuder goda förbindelser såväl inom länet som till angränsande regioner.

Länsövergripande samarbete i kollektivtrafiken

Region Jönköpings län är en del av flera större arbetsmarknadsregioner där människor dagligen pendlar över länsgränserna. För att kollektivtrafiken fullt ut ska kunna stödja en sammanhållen regional utveckling krävs en stärkt samverkan med angränsande regioner. Nämnden ska därför analysera och föreslå hur samarbetet över länsgränser kan förbättras i syfte att skapa mer attraktiva och välfungerande kollektivtrafiklösningar för resenärer oavsett bostadsort.

Analysen ska fokusera på att identifiera hinder och framgångsfaktorer i dagens samverkan, exempelvis när det gäller trafikplanering, biljettsystem, information, turtäthet och hållplatsstruktur. Målet är att utveckla kollektivtrafiken som ett konkurrenskraftigt alternativ till bilen även i gränsöverskridande resor. Förbättrad samverkan är också avgörande för att uppnå klimatmål, minska trängsel och främja ett sammanhängande och hållbart transportsystem i hela regionen.

Den allmänna kollektivtrafiken

Den allmänna kollektivtrafik som bedrivs av Länstrafiken ska tillgodose invånarnas behov av transporter. Trafiken bedrivs både inom länet och över länsgränserna. Region Jönköpings läns regionfullmäktige beslutar – oftast en gång per år – om den allmänna kollektivtrafikens biljettpriser och åldersgränser.

Region Jönköpings län har en hög ambition för kollektivtrafikens utveckling. Trafiken ska bidra till ett hållbart samhälle, ökad tillgänglighet och stärkt regional sammanhållning. Denna ambition ligger till grund för det regionala trafikförsörjningsprogrammet, som just nu revideras och kommer att beslutas under inledningen av 2026.

Tidigare bedömningar har pekat på ett behov av ökade driftkostnader för att nå programmets mål. I avvaktan på det nya beslutade trafikförsörjningsprogrammet görs dock inga framåtblickade kostnadsangivelser i budgeten.

I den årliga driftkostnadsökningen finns sedan tidigare beslutade satsningar som anskaffning av nya Krösatåg och hyra för ny tågdepå samt utveckling av trafiken. Eftersom leveransen av nya tåg är försenad sker inget ytterligare tillskott av medel för 2026. De medel som tillfördes i 2025 års budget bedöms vara tillräckliga för att täcka kostnaderna när tågen tas i drift under 2026. Fram till dess att de nya tågen är i trafik och medför faktiska kostnader, är behovet av kapitaltillskott begränsat.

Förväntade kostnadsökningar 2026 och framåt innebär att en genomsnittlig uppräkning av biljettpriserna görs enligt index.

Som en del i att främja ett tillgängligt och inkluderande kulturliv samt ett ökat kollektivt resande i länet, ska Region Jönköpings län under 2026 utreda möjligheterna att införa en särskild sommarbiljett för kollektivtrafik. Biljetten bör kunna kombineras med fri entré eller rabatter till utvalda museer och kulturinrättningar i länet. Utredningen ska även ta i beaktning hur kulturverksamheter som deltar ska bli kompenserade.

Införande av sommarbiljetten syftar till att möjliggöra upplevelser för fler, inte minst barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer som annars riskerar att stå utan tillgång till sommaraktiviteter. Initiativet kan därmed bidra till både ökad social hållbarhet och fler resor med kollektivtrafiken under lågtrafikperiod.

Serviceresor

I serviceresor ingår färdtjänst, sjukresor och närtrafik, det vill säga resor som möjliggör människors vardag i lägen när de oftast inte kan resa på något annat sätt. Färdtjänst och sjukresor styrs av rättighetslagar och verksamheten bedrivs alltså inte på kommersiella grunder, men egenavgifter för sjukresor upp till högkostnadsskyddet tas ut av kunderna.

För att kunna beställa en serviceresa krävs alltid ett tillstånd. Den enskilda personen får alltså inte själv

avgöra om en serviceresa är det rätta sättet att resa.

Serviceresorna utförs av upphandlade trafikföretag i form av bussbolag och taxibolag. Vissa av fordonen är specialanpassade för serviceresor. Andra fordon körs även i kommersiell taxitrafik.

Region Jönköpings läns regionfullmäktige beslutar – oftast en gång per år – om egenavgifter för serviceresor. För 2026 föreslås en höjning av egenavgiften för sjukresor från 145 till 150 kr.

Fortsatt utveckling av anropsstyrd linjelagd trafik
Region Jönköpings län ska fortsätta arbetet och pröva anropsstyrd linjelagd trafik som ett komplement till traditionell kollektivtrafik. Syftet är att skapa mer flexibla och kostnadseffektiva lösningar i områden där resandeunderlaget är begränsat.

Beredskap för kollektivtrafiken
Kollektivtrafiken är en samhällsviktig funktion och har också en central roll i det civila försvaret. För att säkerställa att kollektivtrafiken kan fortsätta att fungera även vid fredstida kriser och ytterst krig, krävs en ökad robusthet och beredskap. Om kollektivtrafiken inte fungerar får det omfattande och allvarliga konsekvenser för samhället. Vid storskalig evakuering och ett ökat behov av sjuktransporter under kriser kan det bli nödvändigt att omdirigera kollektivtrafikens fordon för att möta dessa behov och säkerställa samhällets funktionalitet.

Kollektivtrafiken har även en viktig funktion i länets beredskap och totalförsvar. Region Jönköpings län ska därför säkerställa att kollektivtrafiken integreras i länets totalförsvarsplanering. Det inkluderar att kollektivtrafikens resurser kan användas för transportstöd vid evakuering, sjuktransporter, inrymning och mobilisering, i nära samverkan med Försvarsmakten, länsstyrelsen och andra berörda myndigheter.

För att kollektivtrafiken ska kunna fullgöra sin funktion även i kris, ska Region Jönköpings län i relevanta delar ansvara för att en samlad analys och planering görs kring energiförsörjningen. Det inkluderar att identifiera och säkerställa kollektivtrafikens behov av drivmedel i händelse av störningar i tillförseln.

INFRASTRUKTUR

Transportinfrastruktur

En god tillgänglighet är en förutsättning för att alla länsinvånares potential ska komma till sin rätt. Transportinfrastruktur är ett viktigt verktyg för tillgänglighet. Det ska vara enkelt för människor att arbetspendla, resa och turista samt för gods att transporteras. Infrastrukturen i länet behöver utvecklas för att målen i den regionala utvecklingsstrategin ska nås.

För att öka kapaciteten och minska trängseln på järnväg för såväl person- som godstransporter behöver Sverige och Jönköpings län bygga nya järnvägar i ett sammanhållet system. Det är en av de viktigaste samhällsbyggnadsfrågorna för Sverige i modern tid. Region Jönköpings län arbetar tillsammans med Region Östergötland för en fortsättning på Ostlänken från Linköping mot Jönköping i syfte för att stärkta förbindelser mellan Norrköping, Linköping och Jönköping samt orterna däremellan. Detta skapar starka nationella nyttor för både gods- och persontrafik kring några av de mest ansträngda delarna av järnvägssystemet i hela landet. Region Jönköpings län verkar även för att långsiktigt stärka kopplingarna söderut mot Skåne och västerut mot Västra Götaland och Halland, i nära samverkan med berörda grannregioner.

Utvecklingsbehovet på järnvägslinjerna i Jönköpings län är stort. Södra stambanan behöver hålla hög kvalitet och de regionala järnvägarna behöver rustas upp. Det är prioriterat att i samverkan med Trafikverket driva frågan om ett järnvägsnät med hög kvalitet.

Region Jönköpings län arbetar för att öka andelen hållbara resor i länet. För att klara hållbarhetsmålen behöver det ske en förflyttning av transporter från väg till järnväg, samt en överflyttning från fossila drivmedel till fossilfria. De befintliga vägarna behöver utvecklas för att bibehålla hög säkerhet och underlätta alla former av miljöanpassade transporter på väg.

Flygplatsen Jönköping Airport är en resurs för regionens företag och en viktig del i länets beredskap.

Flygplatsen ska fortsätta att utvecklas ekonomiskt och hållbart som en del av en sammanhängande infrastruktur för gods- och persontransporter. En gemensam översyn av flygplatsens framtida roll och användning pågår i samverkan med den andra hälftenägaren Jönköpings kommun.

Digital infrastruktur
En stabil och tillgänglig digital infrastruktur är en grundförutsättning för invånarnas möjlighet att ta del av samhällsservice – inte minst inom hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i de nationella bredbandsmålen och de kvarvarande utmaningarna i länet, ska Region Jönköpings län arbeta strategiskt för att fler invånare får tillgång till pålitlig uppkoppling. Samverkan med kommuner och nätägare är avgörande, liksom att identifiera och främja olika lösningar som kan påskynda bredbandsutbyggnaden och därigenom stärka digitaliseringen i hela länet.

Energiinfrastruktur
Region Jönköpings län ska i samverkan med kommuner, nätägare och andra relevanta aktörer driva en strategisk energiplanering med målet att stärka länets energiförsörjning. Arbetet ska syfta till att öka produktionen av fossilfri energi och att utveckla ett energisystem som är robust, resilient och har tillräcklig redundans för att möta framtidens behov och oförutsedda händelser. Samtidigt ska energianvändningen i länet vara effektiv och flexibel. Region Jönköpings län bejakar alla energislag som kan bidra till ett mer motståndskraftigt och stabilt energisystem. Tillsammans med Länsstyrelsen ska regionen fortsatt leda samverkansplattformen JET, som samlar nationella, regionala och lokala aktörer i frågor som rör elektrifiering och systemomställning.

Kunskapsunderlag och analyser för territoriell strategisk planering
Region Jönköpings län tar fram fakta och analyser om hur länet fungerar – till exempel kring boende, arbetsmarknad, infrastruktur och miljö. Detta blir ett viktigt underlag för beslut och planering, både i regionen och i länets kommuner. Genom gemensam förståelse och samarbete kring länets olika geografiska behov blir det lättare att genomföra strategier som leder till hållbar utveckling.

MILJÖ

Miljö och hållbarhet

Det regionala utvecklingsarbetet ska genomsyras av ekologisk, social och ekonomisk hållbarhet. Tillsammans behöver länet kraftsamla för att öka takten i klimatomställningen och miljömålsarbetet samt minska de sociala klyftorna. Detta måste ske i samklang med målen om god tillväxt i företagen och ökat invånarantal i våra kommuner. Med vägledning utifrån länets klimat- och energistrategi och de nationella miljömålen, ska insatser som bidrar till att minska klimatpåverkan och öka den biologiska mångfalden premieras.

Koldioxidbudget och transportsektorns utmaningar

Länets koldioxidbudget ska vara vägledande för vilka insatser som prioriteras för att minska utsläppen av växthusgaser i Jönköpings län. Efter en period av minskade utsläpp har utvecklingen vänt uppåt från och med 2022, vilket förstärker behovet av riktade och effektiva klimatåtgärder. Transportsektorn är den största utsläppskällan, där persontransporter står för den största andelen, följt av tunga lastbilstransporter. Region Jönköpings län har som ambition att arbeta strategiskt för att minska transporternas påverkan på klimatet, med fokus på insatser som ger störst effekt i relation till koldioxidbudgeten.

Öppnandet av Fehmarn Bält-förbindelsen 2029 väntas leda till ökad genomfartstrafik i södra Sverige, vilket också kan påverka utsläppen i Jönköpings län. För att möta denna utveckling krävs en stärkt regional förmåga att möta detta och ett ökat fokus på att styra transportflöden mot mer klimatsmarta lösningar. Det innebär att utsläppen från transportsektorn måste minska i praktiken – genom att mer gods flyttas över till järnväg, att andelen fossilfria transporter ökar, och att resurseffektiviteten förbättras.

Hållbart resande

En utvecklad och tillgänglig palett av hållbara färdslag bidrar till minskade koldioxidutsläpp och kan stärka ett mer jämlikt samhälle där alla invånare, oavsett ekonomisk förmåga, har möjlighet att resa mellan studier, arbete och boende. Lösningar som premierar hela resan är en förutsättning för att invånare enkelt ska kunna ta del av kultur- och fritidsaktiviteter, service och omsorg utan att belasta klimatet. Även för besöksnäringen är ett välfungerande hållbart transportsystem av yttersta vikt för att lyckas locka turister till alla delar av länet.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel nöjda NKI - allmän trafik - alla länsbor	55 %	46 %	45 %	Tertial
Andel nöjda NKI - allmän trafik - resenärer	65 %	57 %	57 %	Tertial
Andel nöjda NKI - serviceresor	85 %	80 %	80 %	Tertial

NKI= Nöjd kund index

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer
Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Etablera en samverkansarena i syfte att samla relevanta aktörer för att säkerställa ett samordnat och hållbart arbete avseende den framtida elförsörjningen i regionen.	Region Jönköpings län ska vara sammankallande och drivande för ett aktivt regionalt arbete för hållbar energiförsörjning i länet. Arbetet bör i första hand ta sin utgångspunkt i att skapa förutsättningar för den gröna omställningen inom länets industri,

Uppdrag	Beskrivning
	dess expansion samt skapa attraktionskraft för nya företagsetableringar.
Göra separata avsiktsförklaringar med alla länets kommuner om kollektivtrafiken.	Avsiktsförklaringarna ska klargöra vilket ansvar varje part har för att på bästa sätt verka för att göra kollektivtrafiken mer tillgänglig. Det kan gälla linjedragningar, turtäthet, hållplatser och möjlighet till att växla mellan olika fordon vid knutpunkter för smidiga och hållbara resor.
Analysera och föreslå lösningar inom området kollektiv hållbar mobilitet.	Genomföra analys och föreslå lösningar inom området kollektiv hållbar mobilitet för att möjliggöra effektiva, hälsosamma och klimatneutrala resor som är tillgängliga för alla. Uppdraget ska genomföras i samverkan med kommuner och berörda verksamheter inom Region Jönköpings län.
Utred och utveckla konceptet Mobility as a Service (MaaS).	I samverkan med andra aktörer utreda möjligheten att införa en regional MaaS-tjänst där resenärer kan planera, boka och betala resor med olika transportmedel (tåg, buss, taxi, bilpool, cykel m.m.) i ett gemensamt system. Utredningen ska omfatta förutsättningar för pilotprojekt i länet.
Genomföra riktade insatser för ökat kollektivresande.	För att fler ska välja kollektivtrafiken behövs riktade och konkreta åtgärder. Uppdraget innebär att intensifiera det påverkansarbete som redan pågår, samt utveckla och genomföra särskilda prova-på-kampanjer för att sänka trösklarna för nya resenärer. Insatserna ska särskilt rikta sig till målgrupper och geografiska områden där potentialen för ökat kollektivresande är stor. Arbetet ska ske i samverkan med kommuner, arbetsgivare och andra relevanta aktörer. Uppföljning av genomförda insatser och deras effekt på resandet ska redovisas.
Initiera och genomföra arbete med att möjliggöra resa på kallelse till sjukvården.	Initiera och genomföra ett arbete för att möjliggöra resa på kallelse till sjukvården som en del av serviceresorna. Förslaget har lyfts i servicereseutredningen och syftar till att förenkla och förbättra tillgången till sjukresor genom att samordna reseplaneringen med vårdens kallelser. Arbetet ska ske i nära samverkan med berörda verksamheter och omfatta både organisatoriska och tekniska förutsättningar för införande. Målet är att skapa ett mer tillgängligt, effektivt och användarvänligt system, med sikte på implementering från och med 2026.
Utred och inför ökad användning av reklamintäkter från kollektivtrafiken.	Utreda förutsättningarna för att öka intäkter genom reklam på bussar, tåg och stationer med mera. Det kan inkludera invändig samt utvändig reklam, digitala skärmar, sponsrade linjenamn och inuti-fordon-reklam med lokalt fokus.
Utred möjligheten till premiumtjänster i kollektivtrafiken.	Analysera möjligheterna att införa premiumtjänster riktade till pendlare och affärsresenärer, såsom tysta kupéer, co-working-zoner på stationer samt business class-biljetter. Förslagets genomförande knyts till framtida upphandlingar. Förväntningen är att förvaltningen ska ha tagit fram några förslag.
Färdigställ förslag från servicereseutredningen med fokus på kostnadseffektiv förbättrad service.	Identifiera och prioritera de förslag ur servicereseutredningen som ger förbättrad service samtidigt som de bidrar till minskade kostnader. Pendlarkortet till och från arbetet för personer med funktionsnedsättning ska behållas orört.
Utred möjligheten till sommarbiljett med kultur- och museiupplevelser – "Kul Tur 2026".	Utreda möjligheten att införa en sommarbiljett i kollektivtrafiken kopplad till tillgång till länets museer och kulturinrättningar. Förstudien ska också omfatta om och hur muséer och andra kulturaktörer kan kompenseras för eventuella intäktsbortfall genom medel för regional utveckling. Särskilt fokus ska läggas på barnfamiljer med begränsad ekonomi.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Antal resor	24 500 000	22 965 000	22 085 000	Månad

Strategiska mål: Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Framgångsfaktorer: Tillgänglig, säker och hållbar infrastruktur

Uppdrag	Beskrivning
Aktivt driva påverkansarbete för nya stambanor och viktiga vägsträckor i länet.	Region Jönköpings län ska fortsätta driva på för att staten ska bygga nya stambanor enligt Sverigeförhandlingen. Arbete ska också ske för att verka för statlig upprustning av viktiga vägsträckor i länet.
Se över den regionala bredbandsstrategin i syfte att öka tillgången till infrastruktur i form av bredband och mobila nät.	Genomföra en översyn och vid behov revidera den regionala bredbandsstrategin. Arbetet ska ske i samverkan med länets kommuner.
Kommunicera koldioxidbudgeten till organisationer och invånare inom ramen för samverkan inom klimatrådet.	Länets koldioxidbudget ger en riktning om hur snabbt omställningen behöver ske. Det är viktigt att kommunicera resultatet för att stimulera fortsatt omställning.
Med utgångspunkt i länets koldioxidbudget främja insatser som skyndar på den gröna omställningen inom områdena transporter och energiintensiva företag.	Fortsatt stimulera till insatser för att driva på den gröna omställningen i länet. Det handlar både om att stimulera omställningsprojekt från länets aktörer till att ställa om den egna verksamheten för att minska klimatpåverkan.
Bredda plattformen funktionella samband med fler samhällsbyggnadsperspektiv och nya rumsliga kunskapsunderlag samt utveckla den territoriella strategiska planeringen i länet.	Utveckling av den territoriella strategiska planeringen kan inbegripa gemensamma kunskapsunderlag och att tillsammans med relevanta aktörer ta steg för att hitta regionala planeringsprinciper som stärker den regionala utvecklingen.
Säkerställ kollektivtrafikens roll i länets totalförsvarsplanering och civila beredskap.	I samverkan med operatörer, Länsstyrelsen och Försvarsmakten ta fram en regional kris- och beredskapsplan för kollektivtrafiken. Planen ska inkludera transportstöd vid evakuering, inrymning, sjuktransporter och mobilisering. Uppdraget innefattar även att utreda krav på rådighet vid upphandling av trafik, integrera bränsleförsörjning i beredskapsplaneringen samt samverka för att möjliggöra statlig finansiering för beredskapsanpassningar av fordon.

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	-13 mnkr	26 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Folkhälsa och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. *Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.*



POLITISK SAMMANFATTNING

Målet för hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är att länsinvånarna ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som är jämlik och jämställd, har hög patientsäkerhet och hög tillgänglighet samt uppvisar kliniska resultat i toppnivå.

En behovsanpassad hälso- och sjukvård som är personcentrerad innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där vården är samordnad och präglas av kontinuitet och patienten känner tillit till vården. En hälso- och sjukvård av hög kvalitet baseras på bästa tillgängliga evidensbaserade kunskap. Med en jämlik vård ska alla erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande, oavsett kön, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Flickor, pojkar, kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god uppväxt och hälsa samt erbjudas vård på lika villkor. En vård som är tillgänglig i alla delar av länet innebär bland annat att den är lätt att komma i kontakt med och att vården ges i rimlig tid.

Dessa mål förpliktigar och ställer krav på att Region Jönköpings län kontinuerligt arbetar med att vara en attraktiv arbetsgivare och har tillgång till medarbetare och ledarskap, som målmedvetet arbetar för att uppnå detta i samskapande med patienten. För att säkra tillgång till god, sammanhållen och högkvalitativ vård i hela länet fortsätter Region Jönköpings län arbetet med att utveckla och stärka tre akutsjukhus, vårdcentraler, tandvården, förbättrar folkhälsan och samverkan med olika aktörer. Under mandatperioden ska antalet vårdplatser på länets tre akutsjukhus öka efter behov.

Inom vården ska grundbemanningen öka främst inom dygnet runt verksamheten och på vårdcentraler på glesbygd för att säkra en patientsäker vård. Det är viktigt att primärvården i hela länet har den bemanning som tillgodoser behovet hos länets invånare. Det ska vara rätt bemanning på rätt plats. Tillgängligheten till vården behöver bli bättre och personalomsättningen ska minska. Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet. Det innebär en översyn över tillgängligheten till 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdplatser, närakuter och vårdcentraler.

Region Jönköpings län behöver förbättra vården för personer med kronisk sjukdom så att de upplever en så bra livskvalité som möjligt. Arbetet med att förbättra vården för patienter med stora vårdbehov eller kroniska sjukdomar fortsätter att prioriteras. Det preventiva folkhälsoarbetet systematiseras för att

utjämna de påverkbara hälsoskillnaderna inom en generation och arbetas med mer målinriktat genom bland annat riktade insatser via vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden. Arbetet med att stärka attraktiviteten för vårdcentraler i glesbygd fortsätter.

Region Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva och åldras på. Tillsammansbilden utgår ifrån detta och Region Jönköpings län har under lång tid arbetat utifrån den. Tillsammansbilden symboliserar samhället utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Perspektiv som utgår ifrån vardagslivet, stöd för kropp och själ, primärvården och specialiserad sjukhusvård. Fokus ska vara att få vardagslivet att fungera, att det finns stöd för kropp och själ så att primärvård och sjukhusvård undviks så långt som möjligt. De stora kostnaderna ligger i sjukhusvården och här krävs det en förskjutning i vårt sätt att arbeta och tänka kring hälsa. Ett systematiskt arbetssätt behövs för det preventiva folkhälsoarbetet för att undvika utveckling av sjukdom senare i livet.

Det krävs förändrade arbetssätt för att få en förflyttning av hälso- och sjukvård från sjukhusvården till den nära vården, bättre förutsättningar för egenvård och förebyggande insatser. Digitalisering och artificiell intelligens är viktiga verktyg för att transformera arbetssätt och för att minska resursanvändningen. Implementeringen av förändrade arbetssätt och förflyttningen behöver ske successivt. I planen för ”Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030” beskrivs strategier som är framtagna utifrån invånarperspektiv och behov. Strategierna är vägledande i det fortsatta arbetet med att möta och utveckla framtidens behov av hälso- och sjukvård. Under 2026 fortsätter arbetet med att implementera strategiernas innehåll.

Region Jönköpings län fortsätter 2026 och de kommande åren att satsa på primärvården och den nära vården. Målet är en samordning och kontinuitet av vårdinsatser, ökad tillgänglighet och ökad delaktighet där patientens ställning stärks. Med en åldrande befolkning med ökat vårdbehov utgör vårdcentralerna navet för att kunna erbjuda en nära och jämlik vård i hela länet. Vårdcentralerna ska aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja för patienter med stora vårdbehov.

Region Jönköpings län ska stärkas som primärvårdslän, därför stärks kapaciteten med fler distriktsläkare i hela länet under mandatperioden. Här är arbetet med att styra ST-läkare mot primärvården en viktig insats. En jämnare utbyggnad av vårdcentralerna, där patienter har samma möjlighet att få kontinuitet på samtliga vårdcentraler prioriteras. För att utveckla den nära vården har en utvecklingsresurs tillsatts för att driva på processerna, samt att vidta erforderliga åtgärder för att uppnå kontinuitet.

En stark primärvård främjar en jämlik hälsa och kräver en god bemanning. Förstärkningen i primärvården ska öka läkartätheten, som leder till ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården där det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.

Arbetet med att införa överenskommelser inom Region Jönköpings län fortsätter för att främja arbetet med samordning och kontinuitet i vården med en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vårdinsatser. Överenskommelser skall erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Satsningen på införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp fortsätter. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att patienter och närstående ska uppleva en mer förutsägbar, välorganiserad och personcentrerad process oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig, under utredning, behandling, uppföljning eller rehabilitering. Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp Cancer.

Idag finns det stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället avseende till exempel kön, etnisk tillhörighet, utbildningsnivå, geografi och olika socioekonomiska grupper. För att uppnå en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län aktivt stödja människor i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa. Större hänsyn måste tas till socioekonomiska förutsättningar i de olika upptagningsområdena med en nära och trygg vård som ska vara tillgänglig. Ett aktivt arbete behövs för att utjämna dessa hälsoskillnader. Det preventiva folkhälsoarbetet intensifieras under planperioden och ska ha ett livscykelperspektiv, från den gravida mamman till den äldre individen som tar sitt sista andetag. Systematiskt hälsofrämjande arbetssätt leder till ett ökat välbefinnande och i kombination

med ökad utbildningsnivå kan skillnader i ohälsa utjämnas. För att minska hälsoskillnaderna i länet och förbättra folkhälsan behöver samarbetet mellan hälso- och sjukvården, länets kommuner, civilsamhället, idéburet partnerskap, frivilligorganisationer, idrottsföreningar med flera fortsätta att stärkas. Samarbetet med länets 13 kommuner och närliggande regioner ska under planperioden stärkas.

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa fortsätter under 2026, där fortsatta riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga är ett samhällsproblem som behöver hanteras kraftfullt där olika aktörer som finns runt barnet som mår dåligt, behöver samverka och samarbeta och utgå ifrån ”Vad är bäst för barnet och familjen för att erhålla bra uppväxtvillkor”. Ett kraftfullt agerande i tidig ålder kan leda till en meningsfull skolgång och uppväxt och i slutändan en samhällsvinst där samarbetet mellan elevhälsan, barn- och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt. Barnobesitas är ett växande problem bland barn och unga i länet.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Region Jönköpings läns arbete med att bygga ut den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshälsan fortsätter, där barn och ungdomshälsans uppdrag utökades och arbetet med ”En väg in” fortgår. Allt i syfte att förbättra tillgängligheten med målet att ge barn och unga en god hälsa.

Vaccinationer är en viktig åtgärd för att förebygga och utrota smittsamma sjukdomar. Region Jönköpings län ska vara i framkant och arbeta för att vaccininsatserna ska nå alla delar av befolkningen. För att implementera liggande och kommande vaccinationsrekommendationer för vaccinationer tillsätts en arbetsgrupp inom Region Samverkan Sydöstra för att hantera frågan.

Region Jönköpings län driver konkurrensutsatt verksamhet i egen regi (vårdval och tandvård). Samma styrning gäller som för annan verksamhet som bedrivs av Region Jönköpings län. Långsiktiga ambitioner och vägval som inte regleras av regelbok eller lagstiftning behöver förtydligas ytterligare inom områden som till exempel utbuds- och lokaliseringsfrågor och tjänsteutbud/plattformar mot invånarna.

Vissa verksamheter inom Region Jönköping län har haft svårt att hålla sin budget. Handlingsplaner har tagits fram och arbetas aktivt med. En god budgetdisciplin främjar en jämlik vård och resursfördelning och stöttar arbetet med en god kompetensförsörjning. Alla verksamheter har ett ansvar att hålla sin budget.



TILLSAMMANS FÖR BÄSTA MÖJLIGA HÄLSA OCH JÄMLIK VÅRD

När hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län planeras och genomförs utgår vi från vad som är bäst för "Esther och hennes närstående och vänner". Ett särskilt fokus ligger på att stödja Esther att kunna leva ett bra liv så oberoende som möjligt efter hennes förmåga. Personcentrering och samskapande är därför viktigt. Esther ska alltid veta vart hon ska vända sig och vårdcentralen ska vara den naturliga kontaktpunkten. Att fortsatt förstärka primärvården är därför en viktig del av att bygga ut den nära vården. Region Jönköpings län planerar att under året fortsätta att utveckla arbetet med bästa platsen att växa upp, leva och åldras, och strävar efter att "jag som invånare får den vård jag behöver,

när jag behöver den och på det sätt jag behöver."

Region Jönköpings län har tre välfungerande akutsjukhus med stort förtroende hos invånarna. Tillgänglighet till sjukvården i länet är bland den bästa i landet. Det finns ändå områden som behöver förbättras. Vi arbetar ständigt med att förbättra samspelet i hela vårdkedjan, från hemmet till vårdcentralen och vidare till sjukhus när det behövs. Det finns ökade behov inom en del grupper, ett sådant exempel gäller barns och ungas hälsa, där allt fler barn behöver stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdens budget för 2026 omsätter cirka 15 miljarder kronor. Region Jönköpings län arbetar med kvalitet som strategi, vilket innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, samt fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter. Då nya arbetssätt och rutiner införs är det viktigt att värdera nyttan i förhållande till kostnaden och att ta hänsyn till eventuella undanträngningseffekter. På detta sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden. Detta arbete är särskilt viktigt för att kunna fortsätta utveckla vården och skapa attraktiva arbetsförhållanden.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård
Under 2020 togs en plan fram för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen avser sjukvårdsutveckling under en tioårsperiod, fram till 2030. Planen utgör grunden för budget och verksamhetsplan. Under 2025 kommer en översyn och revidering av dokumentet att göras.

I planen beskrivs sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Ett övergripande syfte är att fortsätta stärka patientens ställning och göra det möjligt för människor att ta eget ansvar för sin hälsa. Närhet och tillgänglighet är viktiga utgångspunkter för att utforma hälso- och sjukvård, men omfattar också tjänster, service och samverkan med andra samhällsaktörer. Alla invånare har rätt till god och jämlik vård utifrån behov oavsett var i länet man bor.

Figur XX Sex övergripande strategier



Den nära vården
Nära vård är en viktig del i arbetet med att möta behoven för framtidens hälso- och sjukvård. Huvuddelen av invånarnas behov av hälso- och sjukvård tillgodoses i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; främst inom Region Jönköpings läns egen verksamhet, men även kommunerna och civilsamhället. Den nära vården:

- är en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom
- skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare
- arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms, det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet
- är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan bidra med för patientens hälsa
- är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och ger feedback till steget före och underlättar för steget efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja
- har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård är tillgänglig när den behövs
- använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov
- innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Folkhälsa
Folkhälsan i Jönköpings län förbättras, men det finns fortfarande stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Målet är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation så att alla kan leva ett aktivt och självständigt liv. Region Jönköpings län arbetar för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet genom att främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, bland annat länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle.

I folkhälsoarbetet spelar både hälso- och sjukvården och regional utveckling en central roll. Tillgång till arbete, utbildning samt fritids- och kulturaktiviteter har stor betydelse för befolkningens hälsa. Region Jönköpings län har ett stort ansvar för att leda utvecklingen av samarbete och samverkan. Som prioriteringsgrund för kommunsamverkan används underlag som beskriver variationen i befolkningens hälsa på kommunnivå.

Syftet med Hälsocenter i länets kommuner är att genom ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt ge stöd till att förbättra invånarens fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa. Arbetet underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd. Målgruppen för Hälsocenter är invånare som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Genom ett helhetsgrepp på hälsa lägger vi grunden för att varje individ får möjlighet till rätt stöd för att må bra och växa som människa. Den vuxna befolkningen utgör huvudmålgruppen för Hälsocenter, men andra åldersgrupper kan inkluderas utifrån lokala behov. På individuell nivå kan kultur på recept vara ett bra komplement till andra behandlingar. Alla länets 13 kommuner har ett Hälsocenter. Fokus ligger på att utveckla nätverksbyggande mellan Region Jönköpings län och länets kommuner, samt att i den mån det går öka samverkan med civilsamhället.

Förebyggande insatser ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården och genomsyra all vård och behandling. Verksamheterna ska prioritera att främja patienternas hälsa och livskvalitet genom att stödja arbetet med hälsosamma levnadsvanor samt förebygga och behandla sjukdom. Arbetet med ohälsosamma levnadsvanor följer struktur i tre steg: uppmärksamma, åtgärda och följa upp. Samtal om levnadsvanorna ska vara en naturlig del i patientmötet.

Att arbeta för en jämlik hälsa innebär att vården även ska tillgängliggöras på lika villkor för målgrupper inom funktionshinderområdet, som exempelvis personer med en intellektuell funktionsnedsättning. Vårdens bemötande och erbjudanden ska anpassas efter patienters olika behov och förutsättningar. En stor grupp utrikesfödda invånare lever i utanförskap, vilket försvårar tillgången till hälsoinformation och påverkar stöd och behandling. De behöver information om det svenska sjukvårdssystemet, främjandet av hälsosamma levnadsvanor, tandhälsa, föräldraskapsstöd, hantering av kroniska sjukdomar, våld i nära relationer och insikt i socialtjänstens arbete. Genom samverkan med länets kommuner och andra aktörer vill vi stärka och främja en positiv utveckling i dessa målgrupper och stärka känslan av egenmakt. Hälso- och sjukvården behöver också öka sin

interkulturella kompetens och förståelse för de särskilda kommunikationsbehov som utrikesfödda målgrupper kan ha.

Region Jönköpings län beviljar årligen stöd till länsövergripande organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i länet. Dessa bidrag utgör en viktig stimulans till civilsamhället för att stödja invånarna att bättre hantera och förbättra sin hälsa. Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. Inom funktionsrättsområdet ska stödet bistå föreningar att genom olika mötesplatser sprida information, upplysa och delge kunskap om funktionsnedsättningar samt stödja organisationer till att verka för en förbättrad hälsa.

Bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på
”Bästa platsen” är ett lärande nätverk som utvecklats genom stärkt samverkan mellan kommunerna, Region Jönköpings län och civilsamhället. Det är ett hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete för att stärka barns, ungas och äldres hälsa. Både generella och riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till hälsa, uppväxtvillkor och socioekonomi, men också för att möta den ökande psykiska ohälsan. Målet är att förbättra barns hälsa med två procentenheter per år, men också att stödja barnrättsarbetet. Barns och ungas mänskliga rättigheter ska beaktas och de ska bemötas med respekt, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

Ett länsövergripande barnskyddsteam bedriver utbildning inom kunskapsområdet barn som far illa, bistår konsultativt vid medicinska utredningar och anmälningar till sociala och polisiära myndigheter samt följer upp och kvalitetssäkrar rutiner för handläggning. Barnskyddsteamet ska också utveckla kunskap om hedersrelaterad problematik.

Barnahus är en samverkan mellan polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin, rättsmedicin och BUP (barn- och ungdomspsykiatri) vid misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Barnahus har två övergripande mål, dels att förstärka barns rättigheter och ge barnen bättre stöd, dels att höja kvaliteten på genomförda utredningar så att domstolarna på bättre grunder kan fälla eller fria misstänkta gärningspersoner.

Bästa platsen att åldras på inspireras av Världshälsoorganisationens (WHO:s) arbete med ett äldrevänligt samhälle och hälsosamt åldrande inom områdena hälsa, hälso- och sjukvård, omsorg och rehabilitering, socialt sammanhang och livsmiljö. Tillsammans med länets kommuner skapas och stöds utveckling och förbättringar utifrån lokala behov, möjligheter och utmaningar. Region Jönköpings län vill bidra till att skapa ett mer äldrevänligt län genom samverkan, lärande, erfarenhetsutbyte, inspiration, mål och resultat. Även faktorer som levnadsvanor, delaktighet och känsla av sammanhang samt egenkraft och samskapande beaktas, exempelvis fallförebyggande, fysisk aktivitet och minskat alkoholintag. Dessutom utvecklas arbetssätten för äldre personer med behov av insatser hemma eller på särskilda boenden. Det handlar bland annat om koordinering, fast läkarkontakt och vårdkontakter samt samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus. Geriatrikum har uppgift att sprida kunskap om äldre inom sjukvården för att säkra en jämlik geriatrik i Region Jönköpings län utefter de förutsättningar som finns.

I linje med Nära vård intensifieras arbetet för att mer proaktivt öka den specialiserade vårdens insatser utanför sjukhuset i samverkan med primärvården. Syftet är att kunna ge personer vård i hemmet både i ordinärt och särskilt boende, samt på korttidsboende.

God hälso- och sjukvård
Tillsammans med Region Östergötland och Region Kalmar län har löften tagits fram till patienterna. Som patient i Sydöstra sjukvårdsområdet ska du:

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling samt uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård.

Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för hur patienten upplever sin vård. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Grundläggande för en god hälso- och sjukvård är ett etiskt förhållningssätt. Den etiska värdegrund som uttrycks i bland annat lagstiftning, i riksdagens prioriteringsbeslut, professionernas etiska riktlinjer samt i det synsätt som företräds av WHO och FN, utgör en etisk plattform för hälso- och sjukvården. Här inryms också det viktiga arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Etikrådet har uppdraget att övergripande initiera, stödja och stimulera etikarbetet. Detta innebär bland annat att höja den etiska kompetensen hos medarbetare och förtroendevalda, främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet samt att ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt. Etikrådet erbjuder rådgivning både i frågor som rör enskilda patientärenden men också i mer övergripande etiska frågeställningar.

För att främja en hållbar hälso- och sjukvård behöver vi se hälsa som ett helhetsbegrepp där fysisk, psykisk, social och existentiell hälsa samspelar. Den existentiella dimensionen – att hitta mening, sammanhang och hopp – är avgörande både för patienters återhämtning och för medarbetares välbefinnande. Genom ett helhetsgrepp på hälsa lägger vi grunden för en hållbar och inkluderande hälso- och sjukvård där varje individ får rätt stöd för att må bra och växa som människa.

Medarbetare inom Region Jönköpings län ska ha en grundläggande kompetens avseende existentiell hälsa och kunna integrera den i den egna arbetsmiljön och den vård och det stöd som erbjuds patienterna. Inom det breda folkhälsoarbetet fortsätter utvecklingen av existentiell hälsa i samverkan med länets kommuner, civilsamhället och andra berörda parter.

E-hälsa
Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av gemensamt digitalt tjänsteutbud och servicenivå. Syftet är att främja jämlik hälsa och vård, stärka individens möjlighet att vara delaktig och bidra till ökad självständighet i samhällslivet.

E-hälsa är ett växande område som bidrar till förbättrad vårdkvalitet och effektivitet i verksamheten. Utvecklingen av digitala verktyg ska anpassas efter invånarnas och verksamheternas behov och förutsättningar. Genom nationell, sjukvårdsregional och lokal samverkan kring standardiserade arbetssätt kan vården bli mer effektiv, samtidigt som kvaliteten och patientsäkerheten stärks.

Verksamheten utvecklar arbetssätt där utgångspunkten är rätt information på rätt plats i rätt tid. Digitala tjänster är en del av verksamhetens ordinarie utbud och digitala besök är ett naturligt alternativ till fysiska besök. För att nå detta krävs ständig utveckling och förbättring av vårdens processer, strukturerad vårdinformation, nyttjande av AI och kunskapsstöd. Utveckling av vårdinformationssystem fortsätter för att ännu bättre möta verksamhetens behov. Vårdcentralerna är invånarnas huvudingång till vården. Invånaren ska genom fortsatt utveckling av 1177.se få en bättre tillgänglighet till sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. Exempelvis fortsätter utvecklingen och användningen av webtidbok. Invånaren ska på 1177.se kunna läsa information om sig själv, ha en sammanhållen planering, få direktkontakt med rätt vårdprofession, stöd i sina hälsofrågor och möjlighet att kommunicera med vården digitalt.

Primärvård
När en invånare behöver hälso- och sjukvård ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Vårdcentralernas uppdrag förutsätter multiprofessionell samverkan i team och består av planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och uppföljning. Vårdcentralernas arbete är avgörande för att stärka patienternas möjlighet att leva ett bra liv i sin hemmiljö med så litet behov av sjukhusvård som möjligt.

Vårdcentralens uppgift är att:

- bedöma och behandla sjukdomstillstånd hos de som vänder sig till vårdcentralen
- arbeta aktivt med hälsa och erbjuda förebyggande hälsovård och hälsosamtal
- lära känna och vid behov hålla aktiv kontakt med invånarna som valt vårdcentralen i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa
- ha ett särskilt fokus på psykisk ohälsa och god tillgänglighet till psykosociala team
- erbjuda rehabkoordinering för sjukskrivna invånare med syftet att återgå till arbete eller närma sig arbetsmarknaden
- erbjuda vårdsamordnare, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och särskilda kontaktvägar till patienter som har stora vårdbehov. För dessa grupper kan hembesök med fördel kombineras med digitala kontakter. Vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående genom att arbeta enligt dokumenterad överenskommelse, avtal och rutiner i samverkan för att säkerställa god och effektiv vård. Vårdcentralen ska aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja
- arbeta aktivt med att erbjuda läkarkontinuitet
- erbjuda olika digitala tjänster utifrån behov och möjligheter, för att underlätta för invånarnas kontakt med vårdcentralerna. De digitala besöken ska ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Vårdcentralerna ska anpassa och vid behov utöka sina öppettider utifrån patienternas behov. Ett flexibelt öppethållande kan förbättra tillgängligheten för patienterna, men förutsätter en god bemanning på vårdcentralerna.

Utvecklingen går mot att allt fler sjukvårdsinsatser görs i hemmet och allt svårare sjuka får möjlighet att vårdas hemma. För att möta behoven bör vårdcentralerna samverka med den kommunala sjukvården för att stärka det tvärprofessionella teamarbetet. Även ett utökat samarbete med den specialiserade sjukhusvården kommer att behövas.

Primärvården är en central del i genomförandet av nära vård. Därför fortsätter satsningarna riktade mot primärvården. Att som patient ha enkel och snabb tillgång till sin vårdcentral och läkare är grunden för en välfungerande primärvård.

Patienter med stora vårdbehov, exempelvis multisjuka och äldre samt invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar, ska erbjudas fast läkarkontakt. Det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.

Genom vårdcentralernas uppdrag för akuta patienter, gemensamma arbetssätt och förbättrad tillgänglighet styrs patientströmmarna dagtid och kvällstid från akutmottagningarna till rätt vårdinstans. Dagtid bedrivs närakut på vårdcentralen och på jourtid är den koncentrerad till minst tre platser i länet.

I förfrågningsunderlaget Primärvård inom vårdval i Jönköpings län beskrivs Region Jönköpings läns mål, vårdcentralernas uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och verksamhetsplan.

Under 2024 startades en operativ ledningsgrupp för att stödja och följa uppdrag och aktiviteter utifrån Budget och verksamhetsplan, inklusive förflyttningen och omställningen till nära vård.

Barnhälsovård, barn- och ungdomshälsan, familjecentraler och ungdomsmottagningar
Barnhälsovården i Jönköpings län arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Syftet är att bidra till mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Programmet betonar jämlik hälsovård med generella insatser till alla familjer samt riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.

Barn- och ungdomshälsan arbetar med råd, föräldrastöd och behandling, primärt för målgruppen barn och unga 6–17 år med lindriga till medelsvåra besvär av psykisk ohälsa. En utbyggnad sker successivt för att möta ökande behov.

Familjecentralen utgår från den allmänna kvinno- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt en förebyggande individ- och familjeomsorg (socialtjänst). Familjecentralen stöttar

nyblivna föräldrar samt uppmuntrar och stimulerar jämställt och aktivt föräldraskap. Uppsökande insatser riktas till familjer med behov av extra stöd och andra socioekonomiskt svaga grupper.

Ungdomsmottagningen drivs och finansieras ihop med kommunerna och ska vara lätt tillgänglig i hela länet, både fysiskt och online. Med bred yrkeskunskap och helhetssyn ska personalen arbeta uppsökande, förebyggande och behandlade insatser som rör sexuell, fysisk, psykisk och social hälsa.

Specialiserad somatisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden, medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där vi på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Verksamheterna ska när det är möjligt samordna besök för att underlätta för patienterna.

Utgångspunkter för den specialiserade vården:

- vårdcentralen är basen för länets hälso- och sjukvård
- sjukhusvården fördelas med bredd- och spetskompetens på tre akutsjukhus
- särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor
- resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler ska säkerställas
- verksamheter som har kompetensbrist ska bemannas upp
- en god samverkan ska främjas i hela systemet
- antal vårdplatser ska utgå från vårdbehov
- verksamheten ska vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län har idag tre välfungerande akutsjukhus där majoriteten av invånarna behandlas vid sitt närmaste sjukhus. Operation, undersökning och behandling ska kunna erbjudas nära patienten, så länge det kan göras med hög kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Det kan finnas ett behov av att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping. Under 2022 fattades beslutet att "Utveckla och stärka länets tre akutsjukhus", ett dokument som tydliggör en definition av akutsjukhus i Region Jönköping län och indikerar vad som behövs för att säkerställa detta framöver.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. Verksamheterna som är centraliserad inom Region Jönköpings län ska nå länets invånare jämlikt. Ett kontinuerligt arbete görs för att säkerställa att så sker.

Sjukhusgemensamma frågor hanteras av den lokala sjukhusledningen på respektive sjukhus. Med stark "vi-känsla" stärks såväl delaktighet som transparens, förutsättningar för både jämlik vård och kontinuerlig utveckling.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Det är angeläget med snabbt omhändertagande och korta väntetider till utredning och behandling så att stödinsatser kan erbjudas, vilka kan bli avgörande för framtida personlig utveckling och välmående.

Inom vuxenpsykiatrin ökar antalet patienter med neuropsykiatriska besvär. En flerårig utvecklingssatsning pågår inom området psykisk hälsa. Arbetet omfattar såväl främjande av psykisk hälsa, förebyggande och tidiga insatser som behandling, stöd och rehabilitering för personer med svår psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Även rättspsykiatrin står inför ökade behov trots utökning av antal vårdplatser.

Habiliteringen ska ge stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar. Genom bra habilitering underlättas tillvaron för dessa personer, vilket skapar förutsättningar för större delaktighet i samhällslivet. Behoven av habilitering ökar tack vare fler överlevare som lever längre och att barnhälsovården uppmärksammar funktionsvariationer i mycket låga åldrar.

En flerårig satsning sker på förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa, i syfte

att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa.

Antalet människor som lever med cancer ökar med fem procent årligen. Ökningen beror på att en allt större del av befolkningen är äldre samt att bättre behandlingsmetoder och läkemedel ökar överlevnaden i cancer. De flesta cancerpatienter behandlas enligt standardiserade vårdförlopp, men det behövs fler insatser för att nå förloppens ledtider. Det finns ett utökat behov av uppföljning och rehabilitering under lång tid efter den aktiva cancerbehandlingen. Utvecklingen sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och den nära vården. Det finns även nationella vårdprogram för uppföljning av barncancer, en beskrivning av den vård som ska erbjudas barncanceröverlevarna. Den organiserade prostatacancertestningen är införd och fortsätter enligt plan med nya åldersgrupper.

Under planperioden utreds behov av ytterligare PET-CT, samt cyklotron. Utvecklingen går mot mer minimalinvasiv kirurgi och under planperioden utreds även behovet av operationsrobot på alla sjukhusen.

Ett arbete kring sömlös vård pågår för att skapa möjligheter för de som arbetar i primärvården att tala och överlägga direkt med sjukhusens specialister utan att behöva skicka remiss. Primärvården och sjukhusvården fortsätter även att förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård. Sjukhusspecialisterna bör i högre utsträckning än idag föra dialog med patienternas distriktsläkare när patienten vistas och befinner sig i sjukhusmiljön. Detta ger möjlighet att på ett snabbare och mer involverande sätt ge patienten en mer sammanhållen vård med kortare ledtider.

Region Jönköpings län arbetar utifrån konceptet att patienterna ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver vården. Detta innebär ett snabbt omhändertagande på akutmottagningen och att det finns en ledig vårdplats när det behövs. Det ska vara rätt bemanning på rätt plats.

Inom ambulanssjukvården pågår ett aktivt arbete med att öka tillgängligheten och inställelsetiden för prio 1-larm. På orter där inställelsetiden för ambulanser är lång har vi så kallade IVPA-larm (= I Väntan På Ambulans) i samverkan med kommunal räddningstjänst. Det innebär att räddningstjänsten på aktuell ort får larm via 112 och kan bistå i väntan på ambulans, till exempel med att utföra defibrillering vid hjärtstopp.

Ambulanssjukvården har under en längre tid sett ett ökat behov av transporter med kompetens och utrustning på en vårdnivå mellan en akutambulans och en sjukresa med Serviceresor. I enlighet med utredningsförslaget implementeras under 2025 en dubbelbemannad transportambulans som utgår från Höglandet och som kan ta flera patienter. Fordonet ska förslagsvis gå på en fast linje mellan Höglandssjukhuset, Länssjukhuset Ryhov och Linköpings universitetssjukhus måndag till fredag. Utvärdering av effekten av transportambulansen görs under 2026. Funktionen med inre befäl på SOS Alarm har permanentats under 2024.

Rehabiliteringen är ett viktigt område inom den nära vården, där arbete för att säkerställa jämlika förutsättningar behöver ske. En viktig del i den personcentrerade vården är att ta till vara individens resurser och erbjuda professionell kompetens för att stödja och utveckla dessa.

Rehabiliteringsverksamheterna omfattar många olika professioner och kompetenser som erbjuder mångskiftande insatser och aktiviteter. Inom området finns en bred rehabiliteringsresurs med fokus på funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar, störningar och skador samt behandling mot smärta. Samarbete mellan specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändig för att trygga och säkra övergångarna och skapa en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att vid behov stödja kommunernas rehabiliteringspersonal och följa upp hela processen. I ett flertal vårdförlopp och riktlinjer lyfts rehabiliteringsinsatser fram som nödvändiga och verksamheter förväntas erbjuda dem. Digitala verktyg för rehabiliteringsprocessen ska fortsätta utvecklas.

Våld i nära relation är ett prioriterat område. I hela länet fortsätter arbetet med bemötande, behandling och rehabilitering för personer som är våldsutövare, samt för de personer som utsatts för våld. En insats är kompetensutveckling; alla medarbetare erbjuds ett utbildningsprogram med fokus på våld i nära relation inklusive hedersrelaterat våld.

Delar av ögonsjukvården bedrivs i vårdval. I förfrågningsunderlaget Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län beskrivs våra mål, uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av

regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och flerårsplan. Något ytterligare vårdval planeras inte att införas under mandatperioden.

I ett samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialtjänst hanteras och utvecklas sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet är att stödja personer som är sjukskrivna i återgången till arbetslivet. Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska bedömningen, behandlingen och rehabiliteringen. Rehabkoordinatorer finns dels på alla vårdcentraler och dels inom specialiserad vård på de enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande.

Fler personer i arbete eller studier är målet även för insatser via länets tre samordningsförbund. Det innebär finansiell samordning och stöd till gemensamma insatser och samverkan mellan Region Jönköpings län, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Insatserna syftar till att fler personer i yrkesverksam ålder ska nå egen försörjning.

Tandvård
Ansvaret för tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). Region Jönköpings län har ett övergripande ansvar att planera all tandvård. Den tandvård som regionen bedriver kallas för Folktandvård enligt tandvårdslagen. Alla barn och unga 3-19 år ska ha en tandläkare som är ansvarig för tandvården, vilket innebär att varje individ som är folkbokförd i region Jönköpings län listas till en tandläkare och den vårdgivare som den ansvarige tandläkaren tillhör. Patienter kan remitteras till Folktandvårdens specialisttandvård för behandling som inte kan anses ligga inom ramen för vårdansvaret gällande allmäntandvård. Remittering till specialisttandvården sker utan kostnad för remitterande vårdgivare och specialisttandvården kan utan kostnad konsulteras angående tandvård för barn och unga.

Folktandvården ska svara för:

- regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år de fyller 19
- specialisttandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år
- övrig tandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år i den omfattning som regionen bedömer lämplig. Lag (2024:1099).

Det ska finnas tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd ska erbjudas tandvård.

Inom allmäntandvården kan både barn från tre års ålder och ungdomar och vuxna, fritt välja tandvårdsaktör (Folktandvård eller privattandvård). Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Tandvårdens mål är en god och jämlik munhälsa och tandvård på lika villkor för alla i regionen. Länets barn och unga ska erbjudas högkvalitativ och lättillgänglig tandvård. Enligt tandvårdslagen ska tandvården bedrivas så den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonal och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa är tydlig. Av den anledningen är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet viktigt för alla patientgrupper. Allt fler äldre har egna tänder kvar högt upp i åren, vilket ställer stora krav på samverkan mellan omsorg, vård och tandvård. För att kunna möta det ökade behovet måste nya arbetssätt och samarbeten utvecklas, så att rätt kompetens används inom olika områden.

Folktandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars hälsa. Tandvården kan även ta ett utökat ansvar för att identifiera personer med hälsorisker.

Avgörande för att nå god tillgänglighet är att rekrytera och behålla medarbetare. För att bedriva god och jämlik tandvård i Region Jönköpings län är det viktigt att fortsatt ge ekonomiska anslag till små kliniker i glesbygd.

Tandvård för personer med särskilda behov
Region Jönköpings län har ansvar att erbjuda tandvård till vuxna patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd. Det är personer i särskilda och egna

boenden samt personer som omfattas av lagen om stöd och service till funktionshindrade. Med giltigt intyg erbjuds dessa patientgrupper nödvändig tandvård och en kostnadsfri munhälsobedömning (uppsökande verksamhet) (N-tandvård). Tandvård ges även till andra patientgrupper som ett led i en sjukdomsbehandling (S-tandvård). Det kan till exempel vara infektionssanering inför vissa kirurgiska ingrepp. Vi ansvarar också för vissa diagnosbaserade grupper, där patienter har stora svårigheter att sköta sin munhygien till följd av en funktionsnedsättning (F-tandvård).

Hos många av dessa patienter finns möjlighet att förbättra munhälsan betydligt, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Arbete pågår med att förbättra samarbetet mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling samt tandvård till vissa grupper med långvariga sjukdomar eller funktionshinder betalar patienten öppenvårdsavgift. Denna tandvård finansieras av Region Jönköpings län inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Det är viktigt att alla de personer som har ”Intyg om nödvändig tandvård” får sitt tandvårdsbehov bedömt och, vid behov, sådan tandvård utförd. Målet är att öka andelen personer med god munhälsa och andelen som får nödvändig tandvård utförd.

Specialisttandvård
Länsinvånarnas behov av specialisttandvård tillgodoses huvudsakligen genom Folktandvårdens specialisttandvård (Odontologiska institution, OI). Tillgången till specialiserad tandvård är avgörande för en god hälsa och livskvalitet, då befolkningen lever längre och behåller sina egna tänder långt upp i åldern, med ökat vårdbehov som följd. Konsultation och kompetensstödjande arbete gentemot allmäntandvården, både i offentlig respektive privat regi är en viktig del i specialisttandvårdens uppdrag, för att öka allmäntandvårdens möjligheter till ett bredare omhändertagande och att erbjuda vård på rätt vårdnivå. Ett annat uppdrag som specialisttandvården via OI har är att erbjuda specialist-tjänstgöringsplaser (ST) inom samtliga nio odontologiska specialiteter, såväl för nationellt behov som för egen kompetensförsörjning. Det omfattande inflödet av patientbesök och komplexa remisser tillgodoser väl den bredd och svårighetsgrad som behövs för detta uppdrag.

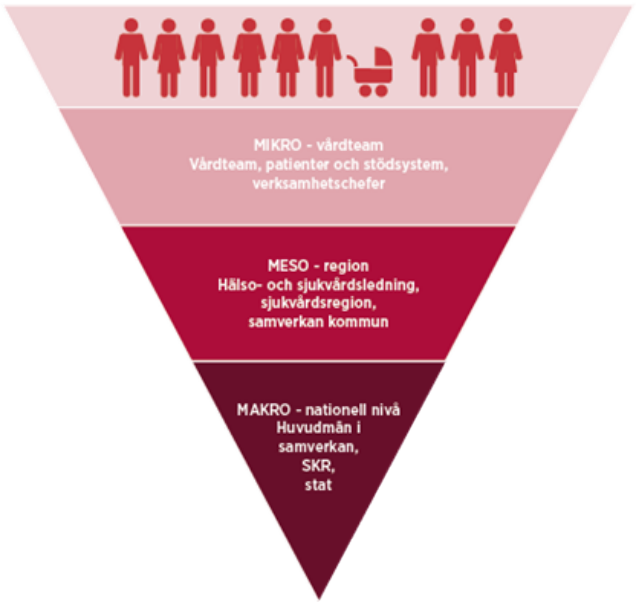
Kunskapsstyrning – Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa
Utgångspunkten för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda god och jämlik vård. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrning bidrar till det värde som skapas i mötet mellan vårdpersonal och patient.

Sveriges regioner samverkar i Nationellt system för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård utifrån visionen ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika”. Systemet omfattar samverkan kring kunskapsstöd, stöd för uppföljning och analys och stöd för utveckling och ledarskap. Det organiserar även samverkan med statliga myndigheter, kommuner, patient- och professionsföreningar.

Medarbetare från Region Jönköpings län bidrar med kompetens till nationell och sjukvårdsregional nivå i systemet. Vi anpassar vår lokala kunskapsstyrning utifrån arbetet i programområden och samverkansgrupper. Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap för fyra av totalt 26 nationella programområden. Uppdraget i denna roll är att identifiera utvecklingsbehov och prioritera nationella insatser för att minska variation.

Genom samverkan i länsgemensamma programområden fokuserar vi på tillämpning av gemensam kunskap, processutveckling tillsammans med patienterna, resultatuppföljning, arbetsfördelning och effektivitet i användningen av befintliga resurser.

Figur XX Nationellt system för kunskapsstyrning fördelas uppdrag och ansvar mellan makro-, meso- och mikronivå



Region Jönköpings län inför och använder nationella vårdförlopp för att systematiskt säkerställa bästa möjliga resultat med så liten variation som möjligt. Vårdförloppen täcker en eller flera delar av en vårdkedja. De beskriver flöde, åtgärder, patientens medverkan samt mål och indikatorer för uppföljning. Vid införande av vårdförlopp beaktar vi risken för undanträngningseffekter.

Sydöstra sjukvårdsregionen är ledande i utvecklingen av metoder för praktisk användning av nationella kvalitetsregister, och Registercentrum sydost har särskild kompetens inom patientmedverkan, patientrapporterade mått och förbättringskunskap.

Smittskydd, vårdhygien och Strama
Smittskydd har en myndighetsroll som bland annat innebär att särskilt övervaka de sjukdomar som regleras av smittskyddslagen, att stödja vården i smittskyddsåtgärder och smittspårning samt att hantera utbrott. Det epidemiologiska läget i länet övervakas och det pågår arbete för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar.

Vaccinationer är en av de viktigaste åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. Utvecklingen av nya vaccin sker i snabb takt och under de närmaste åren kommer flera nya vaccin att bli tillgängliga. Region Jönköpings län har höga ambitioner när det gäller vaccinering, framförallt de vaccin som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten exempelvis mot influensa, covid-19 och pneumokocker. Region Jönköpings län ska sträva efter att vaccinationsinsatserna når alla delar av befolkningen, inklusive svårnådda grupper, för att säkerställa hög täckning och ett effektivt skydd mot sjukdomar. Under 2025 bildas en grupp med smittskyddsläkare för att i Sydöstra sjukvårdsregionen samordna vaccinationsarbetet.

Ett kontinuerligt arbete sker för att förebygga vårdrelaterade infektioner på sjukhus, inom primärvården och inom kommunal vård och omsorg. Med hjälp av hygienombud på varje avdelning mäts följsamheten till basala hygienrutiner och stort fokus läggs på utbildning av medarbetare i olika verksamheter. Konceptet Antibiotikasmart vårdcentral och Antibiotikasmart klinik är ett effektivt arbetssätt där vårdhygien och Strama (ett nationellt nätverk i samverkan mot antibiotikaresistens) stödjer vårdverksamheterna i att ta ett samlat grepp om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. En fråga som tar allt mer av vårdhygiens tid i anspråk är infektionsrisker relaterade till nybyggnation eller renoveringsarbeten i vårdlokaler.

Patientsäkerhet
Region Jönköpings län har som mål att vara bland de ledande i Sverige och världen när det gäller patientsäkerhetsarbete. Den hälso- och sjukvård som utförs ska vara god och säker – överallt och alltid. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Det krävs ett kontinuerligt utvecklingsarbete med fokus på att uppnå säkerhet genom att

optimera processer i vården samt på strategier för riskhantering. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för säkra arbetssätt för att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Figur XX Områden inom den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet



Vår organisation och vårt arbetssätt inom patientsäkerhet samordnas med det arbete som görs i nationellt, sjukvårdsregionalt och regionalt perspektiv i den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. En lokal samverkansgrupp tydliggör ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet. Ett viktigt utvecklingsområde är arbete med patientsäkerhet i anslutning till utvecklingen av den nära vården.

Viktiga framgångsfaktorer är att hälso- och sjukvården är personcentrerad, kunskapsbaserad, resultatorienterad samt organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Vi har följande strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet:

- utveckla och använda bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet
- arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt
- utveckla och använda arbetssätt för riskhantering
- utveckla och använda arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården för att skapa ett resilient system
- begränsning av vårdskadans skadeverkningar om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Fortsatt satsning på patientsäkerhetsutbildning av medarbetare och ledare på alla nivåer, samt utveckling och forskning i nationella och internationella nätverk möjliggör utveckling. Metodikum, Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, har en central betydelse för kompetensutveckling och teamträning. Patienters och brukares erfarenheter och kunnande tas tillvara för att utveckla nya arbetssätt.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, patientsäkerhetskultur, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, att förebygga skador av högriskläkemedel och olämplig polyfarmaci, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

Läkemedel

Region Jönköpings län arbetar på såväl lokal, regional och nationell nivå för att nå en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling och -användning. Målet är att ha behandlingsresultat i toppklass, men med en läkemedelskostnad som ligger i nivå med riket.

Nya läkemedel ger möjlighet till bättre behandling, men behöver vägas mot fortsatt ökade läkemedelskostnader. En osäker omvärld med ökat antal läkemedelsbrister innebär att arbetet med att trygga läkemedelsförsörjningen är fortsatt centralt. En patientsäker och kunskapsbaserad läkemedelsanvändning är av stor vikt. Omställningen till nära vård innebär samskapande med invånare där fokus ligger på att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet och proaktivt kring läkemedelsområdet.

Hjälpmedelsverksamhet

Området omfattar övergripande hjälpmedelsfrågor, verksamhet vid hjälpmedelscentral, audionommottagning och syncentral samt ortopedtekniska hjälpmedel. Hjälpmedelscentralen ansvarar för hjälpmedelsförsörjning till både Region Jönköpings läns verksamheter och till länets kommuner. Det är viktigt att den sammanhållna hjälpmedelsverksamheten fungerar på bästa möjliga sätt, för att kunna möta länsinvånarnas behov av hjälpmedel. Regelverket Hjälpmedel i Jönköpings län är gemensamt och målet är att länsinvånarna ska få samma möjlighet till hjälpmedel oavsett bostadsort och vem som är huvudman i det enskilda fallet.

Samverkan med kommunerna
Samverkan med länets kommuner sker utifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan. Tre strategigrupper inom områdena barn och ungdomar, psykiatri och missbruk samt äldre ansvarar för att omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsområden och utifrån årliga handlingsplaner genomföra aktiviteter i samverkan, där de gemensamma resurserna tas till vara på bästa sätt.

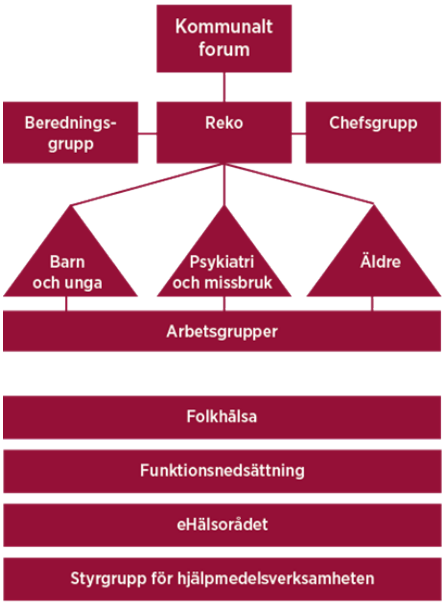
När allt mer vård ska ges nära hemmet finns behov av resurseffektiva arbetssätt. Befolkningsstrukturen med allt fler äldre invånare samt teknisk och digital utveckling kräver nya samverkansstrukturer. En utredning pågår för att möjliggöra för kommunerna att använda samma journalsystem som Region Jönköpings län. Detta för att underlätta kommunikation och informationsöverföring i patientflödet. Vi arbetar i samverkan utifrån länsinvånarnas perspektiv genom att utgå från frågan "Vad är bäst för Esther?"

Det gemensamma arbetet utgår från värdegrunden:

- vi utgår från patientens/brukarens behov
- vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser
- vi bemöter varandra med respekt och visar tillit vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

Utöver de tre strategigrupperna finns grupper inom folkhälsa, funktionsnedsättning och e-hälsa samt en styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten.

Figur XX Kommunalt forum är ett nätverk med politiker från Region Jönköpings län och länets kommuner för samråd och inriktningsbeslut i frågor inom folkhälsa och sjukvård och regional utveckling



Arbetet som sker i samverkan med kommunerna är omfattande. Exempel inom strategigruppen Barn och unga är familjecentraler, barn- och ungdomshälsan, barnahus och ungdomsmottagningar inklusive ungdomsmottagning online. Strategigrupp Äldre leder arbetet kring Trygg och säker vård och omsorg samt palliativ vård i nära samarbete med vårdcentraler, kommuner och sjukhus samt i dialog med patienter och närstående. Detta är ett tydligt exempel på hur alla parter arbetar för att patienten ska få den bästa vården. Strategigrupp Psykiatri och missbruk leder samarbetet inom beroendevård med tillnyktringsenhet, beroendemottagning, sprutbytesmottagning och arbete kring våld i nära relationer.

Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen
Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland) regleras i Samverkansnämndens reglemente, regionsamverkansavtalet och årliga överenskommelser med övergripande mål att:

- tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård
- främja och bidra till invånarnas hälsa
- främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen
- solidariskt hjälpa varandra.

Samverkansnämnden beslutar om vilken sjukvård som ska samordnas inom sjukvårdsregionen. Nämnden hanterar också samverkansfrågor inom exempelvis kompetensförsörjning, digitalisering, regional utveckling och dialog med statliga myndigheter. Regionsjukvårdsledningen bereder Samverkansnämndens ärenden och verkställer nämndens beslut genom direktiv till sjukvårdsregionala verksamheter och respektive region. Regionsjukvårdsledningen följer upp kvalitet, produktion och ekonomi.

De tre regionerna utökar det gemensamma arbetet inom sex strategiska områden:

- ledning och styrning
- patientens egenkraft och samskapande
- kunskapsstyrning
- långsiktig och hållbar arbetsfördelning
- effektiva processer
- attrahera och utveckla kompetenser.

Exempel på gemensamt arbete är operationsplanering, införande av dokumenterad överenskommelse med patienter, ledarutveckling, upphandling och digital utveckling. Det finns även ambitioner att samarbeta kring universitetssjukvård och nationellt högspecialiserad vård. I det ökade gemensamma arbetet ingår systematisk uppföljning och att samnyttja resurser med spetskompetens.

En stor del av den sjukvårdsregionala samverkan sker i regionala programområden. Programområdena

konkretiserar sjukvårdsregionens patientlöften och verkar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård i hela sjukvårdsregionen. Programområdena stöds av fyra kunskapsråd med företrädare för regionernas sjukvårdsledningar och samverkansgrupper för exempelvis uppföljning och analys, digital utveckling, läkemedel och patientsäkerhet. I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning. Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Samverkan är även viktig med andra närliggande regioner och kommuner, för att underlätta och förbättra för invånare och patienter som bor vid länsgränsen.

Civil beredskap för hälso- och sjukvården
Hälso- och sjukvården är en samhällsviktig funktion med en central roll i det civila försvaret. Det är viktigt att upprätthålla funktionaliteten inom hälso- och sjukvården i krig. Om sjukvården inte fungerar får det konsekvenser för människors liv och hälsa. Det påverkar också försvarsmaktens förmåga att försvara Sverige då den civila sjukvården är nödvändig även för försvarsmaktens behov av sjukvård.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) beskrivs vilka förmågor och obligatoriska funktioner som ska finnas i Region Jönköpings län. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. För att ha en god förmåga vid kris- och katastrofmedicinska händelser krävs planläggning, utbildning och övningar. Risker och sårbarheter analyseras fortlöpande och är grunden för planeringsarbetet.

För hälso- och sjukvårdens beredskap och civilt försvar förväntas planeringstakten öka. Arbete pågår med uppgifter inom krigsorganisation och dess bemanning (hela sjukvårdsystemet ska beaktas i arbetet), samverkan och ledning, planeringssamverkan, utbildning och övning av hälso- och sjukvårdens och dess stödfunktioners förmåga vid fredstida kriser, höjd beredskap och krig, omhändertagande av många skadade, det vill säja stärka förmågan att hantera masskadeutfall, försörjningsberedskap samt motståndskraft som innefattar robusthetshöjande åtgärder inom områdena cybersäkerhet och kontinuitetshantering. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Arbetet med att stärka det civila försvaret för hälso- och sjukvården kommer att behöva intensifieras. Även en robust läkemedelsförsörjning behöver säkerställas genom ett kontinuerligt arbete med lokaler, logistiklösningar, lagernivåer och information.

Lärande och förnyelse
I planen för framtidens hälso- och sjukvård är en av strategierna att leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans, men även att utveckla framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

För att garantera en god hälsa behövs samverkan med patient, närstående och brukarorganisationer liksom samverkan och helhetssyn mellan vårdgivare. Region Jönköpings län är en av två internationella knutpunkter för forskning och utveckling av detta arbete under benämningen co-production. Utvecklings- och kvalitetsarbetet med öppenhet, helhetssyn och samverkan, tydliga mål och tidplaner samt uppföljning är en nyckel till fortsatt utveckling.

Arbetet med värdeutveckling sker genom att öka kvalitet och minska kostnader, vilket förutsätter nya arbetssätt. Lärande och förnyelse är en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att vara lyhörd för idéer och förslag. Förbättringsarbetet är långsiktigt och präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, som omfattar ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan.

Inom hälso- och sjukvård görs översyn av olika specialistområden för att skapa en jämlik vård. Utgångspunkten för arbetet är folkhälsa och partnerskap med patienten. Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) är ett arbetssätt som utgår från våra invånares behov av vård och hjälper verksamheter att anpassa sina arbetssätt och processer för att leverera vård på ett tillgängligt, jämlikt, effektivt och hållbart sätt. Kostnad per patient (KPP) är ett exempel på ett uppföljnings- och analysverktyg för att styra resurser mot jämlikhet och kostnadseffektivitet. Utveckling av nya arbetssätt, fokus på innovation, hälsa och egenvård liksom Rätt använd kompetens (RAK) och digitalisering är även viktiga delar i planerna.

Dialoger med invånarna ger underlag till verksamhetsutveckling och politiska beslut. Exempel är dialogmöten tillsammans med patientföreningar, politiker och verksamhetsföreträdare, där aktuella utvecklingsområden kan diskuteras.

Forskning och utveckling
Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation. Därför stimulerar och finansierar vi sedan länge klinisk forskning och skapar stödresurser till kunskapsbaserad vård, till exempel biblioteksverksamhet. En effekt av det är att organisationen har många aktiva forskare och en mycket god vetenskaplig aktivitet, vilket bidrar till sjukvårdens kvalitet och attraktionskraft.

Den decentraliserade läkarutbildningen och universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har de senaste åren utvecklats allt mer och är av stor betydelse för den kliniska forskningen och den kliniska utvecklingen även i vår organisation.

För att stödja genomförande av klinisk forskning finns en klinisk prövningsenhet och en sjukvårdsregional stödstruktur för klinisk forskning, Forum Sydost.

Forskningsrådet i sydöstra sjukvårdsregionen, FORSS, ger projektmedel till länet för forskning och utveckling. Vi stödjer i likhet med övriga sjukvårdshuvudmän i Sverige nationellt sökbara forskningsmedel till klinisk behandlingsforskning.

Högskolan i Jönköping och Region Jönköpings län har ett gemensamt arbete, Jönköping Academy, som idag är en etablerad nationell och internationell arena för samproduktion och spridning av kunskap som bidrar till bättre hälsa och välfärd. Genom forskning om förbättring, samskapande, patientsäkerhet och förändringsledarskap samt genom nyttiggörande av vunnen kunskap ska Jönköping Academy förnya och förbättra hälso- och sjukvård och välfärd till gagn för befolkningen.

Odontologiska Institutionen bedriver epidemiologisk och kliniknära forskning av hög kvalitet och med god spridning. Att fortsatt behålla välmeriterade medarbetare, god bemanning samt ett etablerat samarbete med andra akademiska institutioner, är nödvändigt för att garantera den vetenskapliga kompetens som förutsätts för att kunna erbjuda ST-verksamhet och forskning av hög kvalitet.

Då den nationella finansieringen av ST har förändrats, är det nödvändigt att Region Jönköpings län säkerställer fortsatt finansiering på kort och lång sikt. Detta för att attraktivitet och utbildningsförmåga över tid ska kunna garanteras och den kliniska specialistkompetensen bibehållas på nuvarande nivå. En långsiktigt säkerställd ST-verksamhet är också av vikt för att möta behovet av akademisk kompetens, liksom forsknings- och handledarkompetens till en planerad tandläkarutbildning i samverkan med Högskolan i Jönköping.

Ekonomi
Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att nå målen. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. En god budgetdisciplin främjar en jämlik vård och resursfördelning och stöttar arbetet med en god kompetensförsörjning. Alla verksamheter har ett ansvar att hålla sin budget.

Prissättningen inom verksamhetsområde psykiatri, rehabilitering och diagnostik bygger på fast bemanning och långsiktig stabil ekonomi. Då det finns ett stort utbildningsbehov och hyrpersonal inom diagnostik och röntgen överstiger kostnaderna den satta budgeten. Vidare leder arbetet med kloka kliniska val till minskad volym. Den ekonomiska effekten av detta nås under kommande planperiod då det initialt finns stora fasta kostnader.

Det krävs lättillgänglig och rättvisande information om såväl prestationer som resultat. Då kan resurser ställas i relation till utförda prestationer och nådda resultat. Kostnad per patient (KPP) och kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) är viktiga stöd för en kostnadseffektiv verksamhet.

För att bedöma kostnadseffektivitet är det också viktigt att vi jämför oss med övriga regioner. Inriktningsmålet är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, samtidigt som vi levererar behandlingsresultat i toppklass.

De riktade statsbidragen inom hälso- och sjukvård är i vissa fall knutna till en nationell överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR), och i andra fall till förordningar från Socialstyrelsen. Överenskommelser fokuserar på identifierade områden som är viktiga för utvecklingen av den samlade hälso- och sjukvården i Sverige. Samarbetet mellan SKR och regeringen sker inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. Både överenskommelserna och förordningarna beslutas separat av regeringen, oftast i december för det kommande året. I besluten för de riktade statsbidragen, som kan vara ett- eller flerårigа, regleras insatser som regionerna behöver utföra för att erhålla statsbidragen samt hur insatserna ska återredovisas.

Den nya socialtjänstlagen kan komma att innebära konsekvenser för Region Jönköpings län. Eventuella förändringar och resursbehov behöver värderas inför kommande år.

Patientavgifter
Hälso- och sjukvårdens avgifter, egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet redovisas i intranätet, på Region Jönköpings läns webbplats rjl.se/1177.se samt i särskild bilaga till budgeten.

Tandvårdstaxan
Tandvård bedrivs på en öppen marknad med fri prissättning och etableringsfrihet, med tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspris som utgångspris. Referenspriserna ligger till grund för beräkningen av hur stor del av kostnaden staten betalar inom högkostnadsskyddet vid en tandvårdsbehandling när kostnaderna enligt referenspris överstiger 3 000 kronor under en period på 12 månader. Region Jönköpings län avviker från referensprislistan med cirka 7 procent 2025. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköpings län en låg avgift i tandvårdstaxan.

Barntandvård inom allmäntandvård finansieras av barntandvårdspeng. Finansiering av specialiserad barn- och ungdomstandvård ingår i det regionala anslaget för specialisttandvård. Allmäntandvård för vuxna finansieras av patientavgifter och ersättning från den statliga tandvårdsförsäkringen.

Följande principer avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan
- den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika cirka 7 procent från referensprislistans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislistan inte höjas mer än normalt inför 2026
- frisktandvården ska vara självfinansierad
- barntandvårdspengen ökar med index.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.
Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation
Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag	Beskrivning
Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.	För att skapa en tydlig och samordnad vård ska en dokumenterad överenskommelse erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Den klargör vem som gör vad och innehåller en sammanhållen planering, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och bokade tider i samråd. Ett arbete pågår med att bland annat förtydliga vem som ska skriva överenskommelser, vid vilka tillfällen, i vilken omfattning, hur den ska dokumenteras i journalsystemet och hur den ska synliggöras för patienterna.
Öka patientens kunskap om sin sjukdom.	Vi ska ha välinformerade och trygga patienter i hela Jönköpings län. Exempel på åtgärder är införandet av patientens kunskapsstöd och att skapa mötesplatser och nätverk för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående.
Uppföljning av omställningen till nära vård.	En operativ ledningsgrupp tillsattes under 2024 för att följa upp Budget och verksamhetsplan inklusive förflyttningen mot nära vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter.	90 %	88 %	81 %	År
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver - Instämmer helt/delvis.	90 %	92 %	91 %	År
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region.	75 %	79 %	82 %	År

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.	Invånaren ska genom 1177.se få en bättre tillgänglighet till sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. 1177 direkt, som är en e-tjänst för automatiserad symtombedömning, hänvisning och chatt, bidrar tillsammans med utveckling av 1177 på telefon till bättre tillgänglighet till sjukvårdsrådgivning.
Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon.	Resultatet av utredningen kan leda till förändringar av arbetssätt för 1177 på telefon. I väntan på förändringar utifrån utredningens resultat görs en ettårig satsning för att stärka kapaciteten och tillgängligheten till 1177 på telefon.
Utveckling av ingångarna till vården utifrån utredning och arbete som påbörjats under 2025.	Utredning av ingångar till vården genomförs under 2025 och detta tillsammans med arbetet med digitala lösningar och utveckling av 1177 på telefon ska underlätta för patienten i kontakten med vården.
Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.	Tillgängligheten ska förbättras inom alla områden.

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra tillgängligheten till audionommottagningen.	Ekonomisk förstärkning och översyn av arbetssätt för att öka tillgängligheten till audionommottagningen.
Förbättra tillgängligheten till reumatologen.	Stärka tillgängligheten för patienter med kroniska reumatologiska sjukdomar genom ekonomiskt tillskott.
Förbättra tillgängligheten och arbetssätt för logopedens ansvarsområde.	Rehabiliteringscentrum stärks för uppdraget att förbättra tillgängligheten för logopedens ansvarsområde och hur arbetssätt kan utvecklas inom nära vård.
Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.	För patienter med stora vårdbehov ska det vara enkelt att komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt och de ska erbjudas särskilda kontaktvägar inom primärvården.
Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.	Det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.
Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.	God tillgänglighet till den primära nivån och specialistnivå för utredning och behandling när det behövs. Ekonomisk förstärkning görs till Barn- och ungdomspsykiatrin samt till Barn- och ungdomshälsan.
Förbättra tillgängligheten till habiliteringen.	Ekonomisk satsning på habiliteringen efter som behovet ökar tack vare fler överlevare som lever längre och att barnhälsovården uppmärksammar funktionsvariationer i mycket låga åldrar.
Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.	Det innebär en översyn över tillgängligheten och samarbetet inom 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdavdelningar/mottagningar, närakuter och vårdcentraler, samt samarbete med kommunerna. De äldre är en särskilt viktig målgrupp.
Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.	Detta innebär att det finns en ledig vårdplats när det behövs.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	85 %	89 %	Månad
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	69 %	72 %	Månad
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	73 %	75 %	Månad
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	78 %	79 %	Månad
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	71 %	72 %	Månad
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	90 %	91 %	89 %	Tertial
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	59 %	64 %	Månad

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra folkhälsan hos länets invånare.	Tillsammans med länets kommuner och civilsamhället arbeta med att skapa förbättringar utifrån lokala behov och gemensamma möjligheter och utmaningar.
Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.	Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare genom bland annat insatser från hälsokommunikatörer och med spridning och utveckling av konceptet Hälsoguider till fler kommuner. Öka den kulturella förståelsen inom hälso- och sjukvården om hur målgruppens behov kan skilja sig i bemötande i förhållande till andra. Beakta särskilt hur arbetet sker i socioekonomiskt utsatta områden.
Förbättra barn och ungas hälsa.	Arbetet för barn och ungas hälsa behöver fortsätta att utvecklas. För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras exempelvis områden som att fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Exempel på aktiviteter är spridning av elevhälsocentraler. Ungdomsmottagningen ska arbeta tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler för att arbeta mer förebyggande. Stärk samverkan med övriga samhällsaktörer i brottsförebyggande arbete för barn och unga.
Stärka arbetet med barnobesitas.	Obesitas hos barn är ett växande problem. För behandling av obesitas hos barn och för att följa det nationella vårdprogrammet bildas barnobesitasteam inom specialistvården. Ekonomiska resurser tillförs till uppdraget.
Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.	Familjecentralerna genomför utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler och arbetar uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.
Främja äldres hälsa.	Arbeta riktat mot äldre för att främja äldres hälsa, identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid och ofrivillig ensamhet. Fokus även på levnadsvanor, framförallt stillasittande och äldres alkoholvanor. Nya samverkansformer etableras och utvecklas med fokus på ett äldrevänligt län och ett äldrevänligt hälso- och sjukvårdssystem.
Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.	Arbeta aktivt med att sprida gemensamt framtagna arbetssätt för att arbeta proaktivt inom nära vård. Utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner och stärka den lokala samverkan mellan vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården. Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
Fortsätta arbetet för en jämlik geriatrisk vård i länet.	Det är viktigt att säkra en jämlik geriatrik i Region Jönköpings län utifrån de förutsättningar som finns. Geriatrikum har uppgiften att sprida kunskap om äldre inom sjukvården.
Förbättra tandvården för patienter med särskilda behov.	Hos många patienter med särskilda behov finns möjlighet att förbättra munhälsan betydligt, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.
Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.	Folktandvården ska vara ute på förskolor och kommunicera vikten av förebyggande tandvård.
Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.	Kontinuerligt arbete görs för att säkra att invånarna får jämlik vård i hela länet.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel approximalt kariesfria 19-åringar.	70 %	75 %	72 %	År

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.	Implementering av digitala tjänster och system ska utgå från invånarnas och verksamheternas behov och ske på ett för verksamheten kostnadseffektivt sätt som också bidrar till kvalitetsförbättringar av vården. I arbetet ingår bland annat att införa lösningar och nya arbetssätt för ordinerad egenmonitorering, digitala kallelser, digital patientinformation, sammanhållen planering och webtidbok. I Cosmic införs nya mer effektiva sätt att dokumentera och möjliggöra daglig styrning i vården genom realtidsdata.
1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.	Vårdcentralerna är invånarnas huvudingång till vården. Genom 1177.se når invånaren sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. Genom att logga in på 1177.se kan invånaren bland annat läsa sin journal, kommunicera med vården, förnya recept och boka, omboka eller avboka tider.
Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.	Vårdens framgång avgörs av hur väl vi samverkar utifrån patientens behov. Målet är att Esther ska uppleva vården som ett sammanhållet system med tydlig samordning och kontinuitet. Ett arbete pågår för att skapa möjligheter för att ha dialog mellan de som arbetar i primärvården och på sjukhusen. Systemet utvecklas att även förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag	Beskrivning
Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor.	Stöd till vården i det systematiska arbetet med att uppmärksamma, åtgärda och följa upp personer som har behov av stöd till levnadsvaneförändring. Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv.

Uppdrag	Beskrivning
	Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa.
Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.	Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändigt för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen.
Samordna och utveckla arbetet kring suicidprevention i länet.	En nyligen framtagen Regional handlingsplan ligger till grund för Region Jönköpings läns suicidpreventionsarbete. Arbetet sker i samarbete med länets kommuner.
Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.	Vaccinationer är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. Vaccination mot influensa och covid-19 erbjuds inför vintersäsongen. Pneumokockvaccination är nu ett nationellt program och erbjuds året runt.
Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.	Antalet fall av TBE ökar och smittan breder ut sig över större delar av länet. Effektiva vaccin finns för både barn och vuxna. Sedan 2024 erbjuds kostnadsfri vaccination mot TBE för barn mellan 3 och 18 år.
I samverkan i sydöstra sjukvårdsområdet införs successivt vaccinationer enligt folkhälsomyndighetens rekommendationer.	Vaccinationer är en av de viktigaste åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. Utvecklingen av nya vaccin sker i snabb takt och under de närmaste åren kommer flera nya vaccin att bli tillgängliga. Region Jönköpings län ska följa Folkhälsomyndighetens vaccinationsrekommendationer och sträva efter att vaccinationsinsatserna når alla delar av befolkningen, inklusive svårnådda grupper, för att säkerställa hög täckning och ett effektivt skydd mot sjukdomar.
Vaccinera män upp till 26 år mot HPV.	Under 2026 införs avgiftsfri vaccinering mot HPV för alla personer upp till 26 års ålder i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendation.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.	Målet är god och säker vård, överallt, alltid. Kontinuerligt arbete för att bibehålla och stärka de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhet; engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare behöver ske i samverkan över länet.
Arbeta med rätt antibiotikaanvändning och att minska vårdrelaterade infektioner.	Hälso- och sjukvård ska arbeta systematiskt med att förebygga vårdrelaterade infektioner och ha en rationell antibiotikaanvändning. Detta uppnås genom att bland annat säkerställa en god hygienisk standard och upprätthålla en god följsamhet till antibiotikarekommendationer. Genom att delta i konceptet ”Antibiotikasmart” erbjuder Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) stöttning på flera olika organisatoriska nivåer.
Agera för en säker läkemedelsanvändning.	För att minska negativa händelser orsakade av läkemedel sker arbetet med att minska olämplig polyfarmaci, förebygga fel i vårdövergångar och minimera skador orsakade av högriskläkemedel.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Vårdprevention.	90 %	Resultat saknas	Resultat saknas	Tertial

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård.	Underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap. Minska variation med hjälp av resultatjämförelser och gemensamma kunskapsstöd. Öka patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Effektivisera samverkan mellan vårdnivåer och öka samverkan med kommunerna. Ett prioriterat område är omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar.
Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.	Standardiserade vårdförlopp handlar om att personer med misstänkt cancer ska mötas av en välorganiserad, helhetsorienterad, professionell process, utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Speciellt fokus ligger på att förbättra ledtiderna samt stärka rehabiliteringskedjan.
Öka deltagandet i screeningprogram och catch up-vaccination mot HPV bland grupper som inte deltar.	Identifiera grupper som i mindre utsträckning deltar i screeningprogram eller catch up-vaccination mot HPV. Det kan exempelvis vara personer med olika typer av funktionsnedsättning.
Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	En effektiv vård utvecklas inom länet så att behandling kan ges så nära patienten som möjligt med bibehållen hög patientsäkerhet.
Utökning av intensivvården i länet.	En utökning är genomförd med en intensivvårdsplats på Ryhov. Personalförstärkning på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus genomförs under en treårsperiod.
Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.	Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län. Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) samverkar med länets kommuner och primärvård i utvecklingen av den palliativa vården. Ekonomiskt tillskott för att fortsätta arbetet i enlighet med överenskommelse inom den palliativa vården.
För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.	Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård. Personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap.
Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.	Exempel på utvecklingsområden är - bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom - utveckla utredning, stöd och behandling för personer som har eller som riskerar utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) - införa vård och insatsprogram för psykiatrisk sjukdom.
Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.	För att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning sker kontinuerligt arbete med lokaler, logistiklösningar, lagernivåer och information. Arbete pågår ständigt kring tillgänglighet av läkemedel, t ex restnoterade läkemedel och kontinuitet samt med att uppnå en klok läkemedelsanvändning ur miljösynpunkt.
Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.	För att uppnå en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling sker dialog med verksamheterna, upphandling av läkemedel och ordnat införande utifrån nationella, regionala och lokala avtal.
Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.	För att öka patientdelaktighet i läkemedelsbehandlingen i den mån patienten önskar, kan och vill, bedrivs insatser kring att samskapa vård med invånare. Fokus ligger på att arbeta mer personcentrerat,

Uppdrag	Beskrivning
	sammanhållet och proaktivt, till exempel genom omställningen till nära vård.
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.	Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. Ett kontinuerligt arbete görs för att säkerställa att så sker. Handlingsplanen för att stärka länsklinikerna följs årligen.
Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.	Utifrån konceptet Kloka kliniska val, arbeta med att minska över-, under- och feldiagnostik och behandling. Minska lågvärdesvård, och främja patientcentrerad vård (involvera patienterna i beslut av diagnostik och behandling), ökad grad av evidensbaserad praxis.
Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.	Övergången från barn till vuxen inom somatisk vård, habilitering, primärvård, psykiatri behöver förbättras och ske på ett strukturerat sätt. Det finns en ökad risk att hamna i kläm mellan barn- och vuxenverksamhet bland barn som söker när de närmar sig 18 års ålder.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Indikatorer i öppna jämförelser.	60 %	48 %	71 %	År
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid.	80 %	33 %	43 %	Månad
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF.	70 %	97 %	91 %	Månad

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer
En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag	Beskrivning
Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.	Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) är en arbetsmetod för att utifrån patientperspektiv på ett resurseffektivt sätt anpassa verksamheters planering och arbetssätt, för att uppnå en sammanhållen vård över verksamhetsgränser.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter.	Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning.
Utredning av konsekvenserna vid övergången från AT till BT tjänstgöring.	En utredning görs för att tydliggöra vad övergången från AT till BT tjänstgöring får för konsekvenser för verksamheten på kort och lång sikt.

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag	Beskrivning
Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.	En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård. Stödja professur på Jönköping Academy.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Antal forskarutbildade medarbetare.	>125	156	167	År
Antal publikationer.	>150 st.	161	175	År

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Se över att resurserna har en jämlik fördelning utifrån länsinvånarnas behov av vård.	Budgeten kan justeras utifrån förändrade behov och införandet av nya arbetssätt.
Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.	Ambitionen är att successivt förstärka den nära vården. Primärvårdens budget utöver index ska öka.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	-322 mnkr	-225 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Finansiella rapporter

Det övergripande finansiella målet för god hushållning är att Region Jönköpings län över tid ska finansiera investeringarna med egna medel. Utgångspunkten är att Region Jönköpings läns verksamheter inte kostar mer än vad som kan finansieras genom skatteintäkter och statsbidrag.

RESULTATBUDGET

Resultatbudgeten omfattar verksamhetsförändringar som redovisats i tidigare avsnitt. Pris- och löneförändringar liksom förändringar i skatteintäkter och kommunal utjämning för åren 2026–2028 är baserade på Sveriges Kommuner och Regioners bedömningar per april 2025.

Tabell XX Resultaträkning

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Verksamhetens nettokostnad	-15 083	-15 344	-15 831	-16 386	-16 930
Skatteintäkter	10 834	11 350	11 683	12 195	12 688
Kommunal utjämning o statsbidrag	4 156	3 878	4 209	4 301	4 450
Verksamhetens resultat (före finansnetto)	**-93**	**-116**	**61**	**110**	**208**
Finansnetto	-28	153	257	165	151
Resultat	**-121**	**37**	**318**	**275**	**359**

Tabell XX Kassaflöde

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Den löpande verksamheten					
Årets resultat	-121	37	318	275	359
Avskrivningar	577	572	641	666	671
Avsättningar (netto)	1 248	393	69	166	199
Rörelsekapitalförändring och pensionsplacerings förändring	-1 047	-388	-450	-450	-450
Kassaflöde från löpande verksamhet	**657**	**614**	**578**	**657**	**779**
Investeringsverksamhet	-1 492	-1 263	-1 040	-1 005	-1 157
Förändring långfristiga fordringar och skulder	620	-3	-3	-3	-3
Förändring likvida medel – kassaflöde rörelseplaceringar	**-215**	**-652**	**-465**	**-351**	**-381**

Tabell XX Balansbudget

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Tillgångar					
Anläggningstillgångar	8 242	8 933	9 332	9 671	10 157
Omsättningstillgångar	12 772	12 508	12 493	12 592	12 661
– varav finansiella omsättningstillgångar	11 430	11 166	11 151	11 250	11 319
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 825**	**22 263**	**22 818**
Eget kapital, avsättningar och skulder					
Eget kapital	9 072	9 109	9 427	9 702	10 061
Avsättningar (pensioner mm)	7 855	8 248	8 317	8 483	8 682
Skulder	4 087	4 084	4 081	4 078	4 075
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 825**	**22 263**	**22 818**

Tabell XX Finansiella nyckeltal

procent	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Resultat i förhållande till skatt och statsbidrag	-0,8%	0,2%	2,0%	1,7%	2,1%

Nettokostnadsförändring	12,4%	1,7%	3,2%	3,5%	3,3%
Skatteintäkter och statsbidrag/ utjämning -förändring	5,2%	1,6%	4,4%	3,8%	3,9%
Soliditet	43,2%	42,5%	43,2%	43,6%	44,1%

FULLFONDERING

Tabell XX Resultaträkning

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Verksamhetens nettokostnad	-14 746	-15 007	-15 501	-16 060	-16 609
Skatteintäkter	10 834	11 350	11 683	12 195	12 688
Kommunal utjämning o statsbidrag	4 156	3 878	4 209	4 301	4 450
Verksamhetens resultat (före finansnetto)	**244**	**221**	**391**	**436**	**529**
Finansnetto	-437	-25	174	44	27
Resultat	**-193**	**196**	**565**	**480**	**556**

Tabell XX Kassaflöde

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Den löpande verksamheten					
Årets resultat	-193	196	565	480	556
Avskrivningar	577	572	641	666	671
Avsättningar (netto)	1 320	234	-178	-39	2
Rörelsekapitalförändring och pensionsplacerings förändring	-1 047	-388	-450	-450	-450
Kassaflöde från löpande verksamhet	**657**	**614**	**578**	**657**	**779**
Investeringsverksamhet	-1 492	-1 263	-1 040	-1 005	-1 157
Förändring långfristiga fordringar och skulder	620	-3	-3	-3	-3
Förändring likvida medel – kassaflöde rörelseplaceringar	**-215**	**-652**	**-465**	**-351**	**-381**

Tabell XX Balansbudget

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Tillgångar					
Anläggningstillgångar	8 242	8 933	9 332	9 671	10 157
Omsättningstillgångar	12 772	12 508	12 493	12 592	12 661
– varav finansiella omsättningstillgångar	11 430	11 166	11 151	11 250	11 319
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 825**	**22 263**	**22 818**
Eget kapital, avsättningar och skulder					
Eget kapital	4 629	4 825	5 390	5 870	6 426
Avsättningar (pensioner mm)	12 298	12 532	12 354	12 315	12 317
Skulder	4 087	4 084	4 081	4 078	4 075
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 825**	**22 263**	**22 818**

Tabell XX Finansiella nyckeltal

procent	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Verksamhetens resultat i förhållande till skatt och statsbidrag	1,6%	1,5%	2,5%	2,6%	3,1%
Nettokostnadsförändring	12,5%	1,8%	3,3%	3,6%	3,4%
Skatteintäkter och statsbidrag/ utjämning -förändring	5,2%	1,6%	4,4%	3,8%	3,9%
Soliditet	22,0%	22,5%	24,7%	26,4%	28,2%

Regionfullmäktiges direktiv till styrelse och nämnder avseende budget 2026

GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER

Beräkning av verksamhetens nettokostnad

Utgiftsramarna per nämnd och verksamhetsområde utgår från beslutad budget för 2025 med hänsyn tagen till beslutade förändringar under året samt de utökningsramar som påverkar.

Regionfullmäktige fördelar budgeten på nivåerna regionstyrelse och nämnder samt utgiftsramar per verksamhetsområde. Utgiftsramarna är uppräknade med index för kostnadsökningar avseende löner och priser (LPIK: Löne- och prisförändringar för regioner) vilket fastställs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Utgiftsförändringar i budgeten för 2026 finns specificerade i tabell X sidan XX.

Generella och riktade statsbidrag

Huvudprincipen för generella, riktade statsbidrag och förordningar är att de är en del av finansieringen för Region Jönköpings län.

Regionstyrelsen och nämndernas ansvar

Regionstyrelsen ska leda och samordna förvaltningen av Region Jönköpings läns angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas och de regionägda bolagens verksamhet. Regionstyrelsen och nämnderna har att fatta beslut inom ramen för Budget med verksamhetsplan 2026.

Regionstyrelse och nämnder har befogenhet att inom nämndens totala budgetram under året göra förändringar mellan verksamhetsområden i de fall det är en del i att uppnå fullmäktiges beslutade Budget med verksamhetsplan 2026. Utöver det har regionstyrelse och nämnder befogenhet att inom ram under året göra förändringar till följd av oförutsedda händelser eller annan händelse, som till sin karaktär eller av tidsskäl inte kan avvakta beslut i regionfullmäktige.

Regionstyrelsens anslag för oförutsedda utgifter med mera uppgår till 45 miljoner kronor. Detta är avsatt för större oförutsedda händelser som kräver att Region Jönköpings län tar ansvar och kan behöva göra något utöver det som tidigare beslutats.

Regionstyrelsen har att pröva frågan om medel ska anvisas för ökade lokalkostnader i anslagsfinansierad verksamhet till följd av större fastighetsinvestering. Samma gäller vid ökade kapitalkostnader i anslagsfinansierad verksamhet till följd av större inventarieinvestering. Finansiering sker med utrymme för ökade avskrivningskostnader.

Partistöd och partianslag

Partianslag

I syfte att ge de partier som är företrädda i regionfullmäktige förutsättningar för partigruppsarbete så anvisar regionfullmäktige en årlig budget.

Det totala partianslaget beslutas i budget och fördelas vidare till respektive parti. Beräkningen fastslås i RJL 2021/857, Arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län.

- 2 % av totala budgetbeloppet fördelas proportionerligt till de partier som representerade i fullmäktige
- Resterande del fördelas utifrån antal mandat.

Respektive partigrupp äger rätt att fritt disponera anvisade medel för ändamål som är värdeskapande för det politiska uppdraget inom Region Jönköpings län. Detta kan som exempel avse

- gruppmöten för beredning av ärenden inför beslut och framtagande av planer/strategier
- kompetensutveckling (föreläsningar, deltagande i konferenser)
- arvodering av enskild ledamot för särskilda uppdrag.

Ersättning till förtroendevalda för partigruppsarbete bör inte överstiga de nivåer som anges i beslutade

arvodesregler. Respektive partigrupp kan besluta om lägre nivåer om ekonomin eller andra förutsättningar motiverar en sådan avvikelse.

Reglering av över- och underskott:

- Årliga avvikelser som uppstår mellan anvisad budget och faktisk kostnad balanseras till påföljande år
- Efter sista året i varje mandatperiod ska eventuellt underskott regleras.

Det är respektive partigrupp som beslutar hur underskott ska regleras. Exempel på reglering är att nya regiongruppen under kommande mandatperiod förbrukar motsvarande lägre belopp eller att reglering helt eller delvis sker genom avdrag på partistöd. Om reglering ska ske genom avdrag på partistöd förutsätts överenskommelse med länsorganisationen.

Vid överskott får viss del överföras till ny mandatperiod. I RJL 2018/3172 beslutades:

- Godkänna att 10 000 kr per mandat för 2018 med ett maximalt belopp om 200 000 kr per parti förs över till mandatperioden 2019-2022 samt att
- Samma regelverk för överföring av partianslag ska gälla även efter valet 2022.

Partistöd

För att stärka den kommunala demokratin får kommuner och regioner ge ett ekonomiskt bidrag och annat stöd till politiska partier. Partistöd får ges till de politiska partier som är representerade i fullmäktige och som är en juridisk person. Ett parti är representerat om den fått mandat i fullmäktige.

Regionfullmäktige anvisar årligen en ram för partistöd, se beslut från landstingsstyrelsen LJ 2014/1422

- Varje parti som är representerat i fullmäktige erhåller ett grundstöd på 25 000 kr
- Resterande del av ramen delas med 81 (antal ledamöter).

Partistöd får ges också till ett parti som har upphört att vara representerat i fullmäktige, dock endast under ett år efter det att representationen upphörde. Kommunallag 2 kap 29§. Lag (2019:835).

För Region Jönköpings län del tillämpas dessa regler i enlighet med kommunallagen. Praktiskt tillvägagångssätt är att det parti som lämnar fullmäktige får en så kallad fallskärm och får sitt senaste partistöd uppräknat med nästa års fastställd uppräkningsfaktor. Den totala ramen för övriga partiet minskas med detta belopp där de proportionerligt bidrar till en fallskärm under år 1.

Regionen ska enligt kommunallagen kontrollera att partistödet som utbetalats används för att stärka den regionala demokratin. Syftet med lagen är att visa hur partiernas stöd används mer transparent. Detta ska ske i form av en årlig redovisning tillsammans med en granskningsrapport. Granskningen görs av den redovisande organisationens utsedda kontrollant, exempelvis revisor eller utsedd representant av partiet.

Uppföljning/ internkontroll

Månadsrapport och delårsrapport är en del av internkontroll. Regionstyrelse och nämnder ska genom månadsrapporter från förvaltningen löpande följa verksamhet och ekonomi. Efter april ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en månadsrapport som innehåller en ekonomisk helårsprognos. Efter augusti ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en delårsrapport med sammanfattning av hur verksamheten utvecklas mot de mål som anges i budgeten samt ekonomisk helårsprognos. För helåret ska regionstyrelsen lämna årsredovisning till regionfullmäktige.

I delårsrapporten efter augusti och i årsredovisningen ska återrapporteringen spegla regionfullmäktiges fördelning per nämnd, i årsredovisningen även per verksamhetsområden.

Regionstyrelsen ska genom sin uppsiktsplikt följa övriga nämnders verksamhet och ekonomi. Nämnd med låg måluppfyllelse avseende systemmätetal, oavsett perspektiv inom balanced scorecard, ska i samband med månadsrapport per april, delårsrapport per augusti samt i samband med verksamhetsberättelsen per december i protokollet till ärendet beskriva vilka åtgärder nämnden vidtagit eller avser att vidta i syfte att nå förbättrad måluppfyllelse. Med låg måluppfyllelse avses i

första hand systemmätetal som inte har full måluppfyllelse. Protokollet delges regionstyrelsen inför dess behandling av månadsrapport per april, delårsrapport per augusti samt årsredovisning. Nämndens ordförande redogör även muntligen vid styrelsens sammanträde för åtgärderna.

Regionstyrelsen ska enligt kommunallagen utöva uppsikt över de regionägda bolagen på samma sätt som styrelsen har tillsyn över den verksamhet som bedrivs inom den egna organisationen. Uppsiktsplikten innebär att regionstyrelsen ska hålla sig informerad om bolagens verksamhet och hur bolagens förhåller sig till gällande styrdokument och lagstiftning. Regionstyrelsen ska även för varje bolag i årliga beslut, bedöma om den verksamhet som bolaget bedrivit under året varit förenlig med det kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Kommunala koncernföretag

Region Jönköpings län har valt att bedriva viss verksamhet i annan form, till exempel som aktiebolag. Kommunallagen ställer krav på inflytande och kontroll över all kommunal verksamhet, även den som ägs och bedrivs i annan form. Regionen följer löpande upp verksamheten bland annat i årsredovisningar. För de regionala bolagen genomförs även regelbundna dialoger med bolagsledningarna samt årliga uppsiktsärenden där regionen också analyserar om bolagen har verkat inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Tabell XX Region Jönköpings läns kommunala koncernföretag, ägarandel över 20 %

Företag	Ägarandel (%)
Smålands Turism AB	100
RJL Älghunden 4 AB	100
RJL Tågdepån Nässjö AB	100
Jönköpings Airport AB	50
ALMI Företagspartner Jönköping AB	49
Bostadsbyggen i Jönköping AB	49
TvNo Textilservice AB	49

Tabell XX Budget 2026 per nämnd och verksamhetsområde i miljoner kronor

	Aktuell budget 2025-04 mnkr	Budget 2026 mnkr
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA)		
Centralt budgeterade anslag	-163	-166
Utbildning och kultur	-137	-142
	-299	**-308**
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö (TIM)		
Centralt budgeterade anslag	-12	-12
Jönköpings länstrafik	-1 326	-1 367
	-1 337	**-1 379**
Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)		
Centralt budgeterade anslag	-3 959	-4 200
RO20 Privata vårdgivare	-59	-60
Folktandvården	-151	-152
Medicinsk vård	-3 201	-3 255
Kirurgisk vård	-3 414	-3 470
Psykiatri rehab o diagnostik	-1 511	-1 541
Vårdcentralerna Bra Liv	0	0
	-12 295	**-12 677**
Regionstyrelsen (RS)		
Centralt budgeterade anslag	-312	-432
Regionledningskontoret	-643	-656
IT-centrum	-11	-11
Verksamhetsstöd och service	-360	-367
	-1 326	**-1 465**
Parlamentariska nämnden (Politisk verksamhet)	-0,2	-0,2
Patientnämnden (Politisk verksamhet)	-1,5	-1,5
Verksamhetens nettokostnad	**-15 259**	**-15 831**
Skatteintäkter och utjämning	**15 228**	**15 892**
Verksamhetens resultat (före finansnetto)	**-31**	**61**
Finansnetto	**68**	**257**
Årets resultat	**37**	**318**

REGIONSTYRELSEN OCH NÄMNDERNAS ANSVAR – EGNA VERKSAMHETSOMRÅDEN

Budget för egna verksamhetsområden

Regionfullmäktiges beslutade Budget med verksamhetsplan 2026 anger utgiftsramar och verksamhetsmål som ska nås för Region Jönköpings läns samlade åtagande, oavsett vem som utför verksamheten. Regionstyrelsen har ansvar för att samordna arbetet med förvaltningsbudget i vilka verksamhetsuppdrag och budget konkretiseras. För de delar av verksamheten som utförs i egen regi, ska styrelse och nämnder senast i november anta styrelse respektive nämndens verksamhetsplan och godkänna budgeterade anslag för styrelsen respektive nämnders ansvarsområden.

Budgetprinciper för verksamhet i egen regi, ersättningsformer

Huvudsakligen ges ett budgeterat anslag till respektive verksamhetsområde. Några verksamhetsområden omfattas helt eller delvis av andra ersättningsformer. Regionstyrelse och nämnder har att tillämpa följande former för fördelning av budget till verksamhetsområden (tabell XX sidan XXX).

Tabell XX Ersättningsformer

Verksamhetsområde	Anslag	Annan ersättning
Hälso- och sjukvård		
Vårdcentralerna Bra Liv		Primärvård som ingår i vårdval ersätts enligt Primärvård inom vårdval i Jönköpings län.
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	Budgetram för psykiatri Budgetram vid specifika uppdrag (till exempel mammografi).	Intäkter från köpande enheter (diagnostik)
Folktandvården	Budgetram för vissa delar av specialisttandvården: - tandvård som inte kan finansieras genom intäkter från patient och försäkring - forskning och utveckling - utbildning av specialist-tandläkare med flera. Budgetram för vissa delar av allmäntandvården: - utbildningsansvar - läkemedel - tolkkostnader - underskottskliniker	Allmäntandvård och specialisttandvård för vuxna finansieras av patientavgifter enligt fastställda taxor och ersättning från den statliga tandvårds-försäkringen. Barntandvårdspeng enligt fastställd nivå. Rörlig ersättning för nyutexaminerade tandläkare och tandhygienister.
Medicinsk vård	Budgetram	
Kirurgisk vård	Budgetram	Basuppdrag inom Specialiserad ögonsjuk-vård (öppenvård) bedrivs inom vårdval och ersätts enligt regelboken ”Ögonsjuk-vård inom vårdval i Jönköpings län.
Regional utveckling		
Verksamhet inom Regional utveckling, utbildning och kultur	Budgetram	Naturbruksskolor finansieras via elevpeng.
Länstrafiken	Budgetram	
Övrigt		
Politisk verksamhet	Budgetram	
Interna serviceverksamheter: IT-centrum, Regionledningskontoret, Verksamhetsstöd och service	Budgetram för vissa delar	Intäkter från köpande enheter för vissa tjänster

RESULTATBALANSERING

För anslagsfinansierad verksamhet avslutas budgetåret utan att årets resultat förs vidare till ett resultatsaldo. Samma princip gäller för de intäktsfinansierade serviceverksamheterna.

För verksamheter i egen regi inom vårdval Jönköpings län förs årets nettoresultat vidare i ett resultatsaldo till kommande år. För Folktandvårdens konkurrensutsatta delar förs årets nettoresultat vidare i ett resultatsaldo till kommande år. Regionstyrelsen fastställer resultatet i samband med behandling av årsredovisning. Om det ackumulerade saldot är negativt ska en åtgärdsplan upprättas med en plan för återställande inom tre år. Åtgärdsplanen fastställs av respektive nämnd och delges regionstyrelsen.

Naturbruksskolorna är inte anslagsfinansierade utan bedriver verksamhet genom eleversättningar från elevernas hemkommuner samt övriga intäkter. Nettoresultatet i sin helhet förs därför vidare till ett

resultatsaldo.

Tandvård

Folktandvårdens prissättning bör inte avvika för mycket från TLV:s (Tandvård- och läkemedelsförmånsverket) referenspriser för att inte påverka högkostnadsskyddets ogynnsamt för den enskilde. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på självkostnad

I självkostnaden för Folktandvården ska av konkurrensskäl mervärdeskatt ingå, trots att den kommunala sektorn har generell avdragsrätt för mervärdesskatt. Avdragsrätten redovisas därför tekniskt som en intäkt utanför Folktandvården. För 2026 är denna beräknad till 28 miljoner kronor.

INVESTERINGAR

Beslut och genomförande

Regionfullmäktige beslutar om en årlig investeringsram och budget utifrån målet om egenfinansiering över en period om 10 år. Den beslutade ramen är fördelad mellan fastigheter och inventarier.

I budget beskrivs en investeringsplan över fem år. Första året är en fastställd investeringsram och budget och år två till fem är en plan (tabell XX sidan XXX).

Regionfullmäktige beslutar om alla enskilda investeringsärenden över 20 miljoner kronor och investeringsärenden som är av principiell karaktär. Regionstyrelsen beslutar investeringsärenden över fem miljoner kronor upp till 20 miljoner kronor. Under året sker återkoppling om planeringsprocessen.

Regionstyrelsen beslutar löpande under året om genomförande av investeringar. Regionstyrelsen har att, utifrån finansiellt mål om egenfinansiering av investeringar, tillse att investeringar som beslutas ryms inom beslutad investeringsram och budget samt beakta hur dessa påverkar kommande års investeringsutrymme i lagd plan. Berörd nämnd ska ges möjlighet att yttra sig innan regionstyrelsen fattar beslut om genomförande av en investering.

Inventarier

Utrymmet för inventarier är fördelat mellan ospecificerade investeringar och specificerade investeringar. Beslut om specificerade investeringar ska fattas av regionstyrelsen. Beslut om ospecificerade investeringar fattas i verksamheten.

Ospecificerad investering:
60 tusen kronor - 5 miljoner kronor

Specificerad investering:
Över 5 miljoner kronor

Fastigheter, ombyggnationer

Årliga insatser som görs för att vidmakthålla befintlig standard betraktas som fastighetsunderhåll. Ombyggnader och utbyten av komponenter eller åtgärder som avsevärt förbättrar tillgångens prestanda betraktas som investering. Begränsade utgifter (lägre än 0,6 miljoner kronor) ska direkt avskrivas.

Uppföljning

Regionstyrelsen ska följa upp investeringar mellan 5 - 10 miljoner kronor genom anmälningsärenden från förvaltningen. För investeringar över tio miljoner kronor ska Regionstyrelsen till regionfullmäktige upprätta en särskild slutredovisning. I slutredovisningen görs en avstämning mot budget samt ekonomiska och kvalitetsmässiga effekter av investeringen.

Tabell XX Investeringsbudget 2026 och plan 2027-2030

Miljoner kronor	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030
Fastigheter om- och nybyggnation	911	870	1 050	903	955
Övrigt, ej egen investering	0	0	0	100	0
Inventarier	265	265	265	265	265
TOTAL INVESTERINGSKALKYL	**1 176**	**1 135**	**1 315**	**1 268**	**1 220**

- varav pågående/beslutade projekt	816	419	283	265	265
- utrymme för nya beslut	223	585	875	868	812
BERÄKNAD UTBETALNING	**1 040**	**1 005**	**1 157**	**1 133**	**1 077**

AVGIFTER OCH PRISER

Avgifter och priser för hälso- och sjukvård, tandvård, kultur och kollektivtrafik redovisas i bilagor till Budget med verksamhetsplan 2026. Hälso- och sjukvårdens avgifter redovisas förutom i bilaga, även på Region Jönköping läns webbplatser. Om behov uppstår att under året förändra avgifter ska dessa förändringar beslutas av regionfullmäktige. Beslut om tillfälliga prisförändringar/erbjudanden inom kollektivtrafik och folktandvård kan fattas av respektive nämnd.

Bilagor som beslutats i fullmäktige i anslutning till beslut om budget 2026:

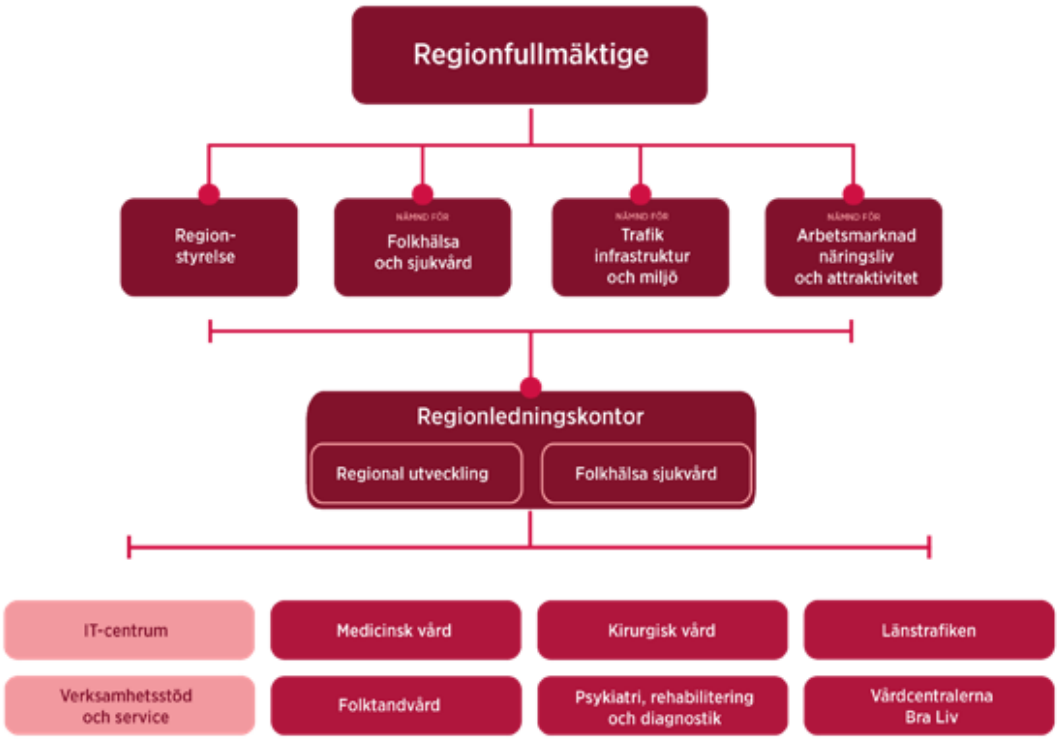
- patientavgifter i hälso- och sjukvården
- tandvårdstaxa folktandvården
- egenavgifter och bidrag hjälpmedel
- regelbok – Primärvård inom vårdval i Jönköpings län
- regelbok – Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län
- kollektivtrafikpriser
- regelverk sjukresor, färdtjänst, riksfärdtjänst
- principer för prissättning vid Kulturhuset Spira
- avgifter för internat, kost och logi, vid Region Jönköpings läns skolor

Bilagor



RSAU: Regionstyrelsens arbetsutskott, RS: Regionstyrelsen, RF: Regionfullmäktige

Översikt över styrning och organisation för Region Jönköpings län.



§ 92

Budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028 Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö

Diarienummer: RJL 2025/9

Beslut

Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö

- överlämnar förslag till Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 inklusive bilagor till regionstyrelsen.

Det noteras att Eric Hedlund (L) ej deltar i beslutet.

Reservationer

Centerpartiet, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna reserverar sig mot beslutet till förmån för egna budgetförslag.

Sammanfattning

Ett förslag till budget med flerårsplan för 2027–2028 för Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö har tagits fram. Förslaget presenteras för nämnden i bifogad skrivelse med bilagor. Förslaget överlämnas till regionstyrelsen.

Förslag till beslut

Tommie Ekered (M), Tobias Gyllensten (S) och Eva Nilsson (M) yrkar bifall till samverkans förslag till budget 2026 med flerårsplan 2027-2028 inklusive bilagor. Krister Hansson-Dahl (S) yrkar för socialdemokraterna bifall till samverkans förslag till budget 2026 med flerårsplan 2027-2028 inklusive bilagor. Tobias Gyllensten (S) och Eva Nilsson (M) yrkar avslag på övriga budgetförslag.

Pernilla Ivarsson (KD) och Per Danielsson (KD) yrkar bifall till Kristdemokraternas förslag till budget 2026 med flerårsplan 2027-2028.

Anders Gustafsson (SD) yrkar bifall till Sverigedemokraternas förslag till budget.

Leif Andersson (C) yrkar bifall till Centerpartiets förslag till budget 2026 med flerårsplan 2027-2028.

Eric Hedlund (L) meddelar att han inte deltar i beslutet.

Beslutsgång

Ordförande Tommie Ekered (M) ställer samtliga budgetförslag mot varandra och finner att nämnden beslutat att överlämna Samverkan Region Jönköpings läns förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö, till regionstyrelsen.

Beslutsunderlag

- Beslut Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö – presidium 2025-06-04 § 97
- Missiv: Budget 2026 med flerårsplan för 2027–2028 Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö 2025-05-28
- Missiv: Samverkan Region Jönköpings läns förslag till budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028 Nämnd för trafik infrastruktur och miljö
- Förslag till Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 för nämnd för trafik, infrastruktur och miljö
- Bilaga: Biljettsortiment och priser för kollektivtrafik 2026
- Bilaga: Regelverk för riksfärdtjänst 2026
- Bilaga: Regelverk för färdtjänst 2026
- Bilaga: Regelverk för sjuk- och behandlingsresor 2026
- Centerpartiets Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan för 2027-2028
- Kommunals skrivelse till budget 2026 NTIM, NFS och RS
- Fysioterapeuternas medskick till budget NFS och NTIM
- Sverigedemokraternas budget 2026 Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö
- Kristdemokraternas budget 2026 med flerårsplan 2027-2018 inkl. bilagor

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Region Jönköpings län

Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Region Jönköpings län

Regional utveckling

Målet med det regionala utvecklingsarbetet är att Jönköpings län ska bli Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där invånarna trivs, utvecklas och mår bra.



POLITISK SAMMANFATTNING

Region Jönköpings län har ett tydligt ansvar, men också stora möjligheter att skapa långsiktigt hållbar utveckling i hela länet. Genom samverkan med kommuner, näringsliv, akademi och civilsamhälle arbetar vi för att ta vara på de resurser, idéer och drivkrafter som finns i varje del av länet. Det handlar om att bygga ett län där människor vill leva, arbeta och investera – oavsett om man bor i stad eller på landsbygd.

Under 2026 prioriterar vi därför insatser som gör verklig skillnad för invånare och företag. För att möta kompetensutmaningarna fortsätter vi arbetet med kompetensförsörjning på alla nivåer, samtidigt som våra naturbruksskolor utvecklas till kompetenscentrum för de gröna näringarna. Genom Plan för regional kompetensförsörjning 2024–2028 och ett förstärkt samarbete inom Kompetensrådet skapar vi bättre matchning mellan arbetsmarknadens behov och utbildningsutbudet.

Vi utvecklar länets näringsliv genom fortsatta insatser kopplade till strategin för smart specialisering. Det innebär riktade satsningar inom områden där länet har särskilda styrkor, exempelvis smart industri, skogsnäring, e-handel och livsmedelsförädling. Ett stärkt företagsfrämjande system, inklusive Företagsjouren, bidrar till att fler företag kan växa, ställa om och bli mer konkurrenskraftiga. Inte minst i en tid av snabba förändringar.

Kulturen har en självklar roll i den regionala utvecklingen. Genom Smålands Musik och Teater, våra folkhögskolor och övriga kulturaktörer i länet bidrar vi till ett tillgängligt och vitalt kulturliv. Samtidigt skapar vi bättre förutsättningar för barn och ungas kulturutövande, oavsett var man bor eller vilka ekonomiska förutsättningar man har.

Trafiken är ett av våra viktigaste verktyg för att möjliggöra utveckling. Ett rundare län med fungerande pendling, hållbara resor och goda kommunikationer stärker både arbetsmarknad och livskvalitet. Under 2026 fortsätter vi att utveckla kollektivtrafiken, inte bara som ett transportmedel, utan som ett medel för sammanhållning, hållbarhet och attraktivitet. Arbetet med trafikförsörjningsprogrammet, förstärkta samverkansstrukturer över länsgränser och nya idéer om exempelvis sommarbiljetter med kulturkoppling är uttryck för ett nytt sätt att tänka: där trafiken är en motor för inkludering, klimatmål och ett rikare vardagsliv.

Vi fortsätter också arbetet med att främja hållbar platsutveckling och tillgänglighet i hela länet, både digitalt och fysiskt. Det innebär insatser för bredbandsutbyggnad, landsbygdsservice och lokala utvecklingsprojekt, men också ett strategiskt påverkansarbete för framtidens infrastruktur, inte minst på järnvägssidan. Vår roll är att hålla ihop, prioritera och driva – alltid med fokus på resultat och långsiktig nytta.

Genom tydlig prioritering, helhetssyn och samverkan skapar vi förutsättningar för att varje skattekrona

ska bidra till faktisk förändring. Vår ambition är ett Jönköpings län som är starkt, hållbart och framtidsinriktat – i hela länet, för alla.

Det regionala utvecklingsuppdraget
Samtliga regioner i Sverige har ett regionalt utvecklingsansvar. Uppdraget är lagstadgat och innebär att regionerna ska utarbeta en strategi för länets utveckling och samordna insatser för att genomföra strategin. Det handlar om att, tillsammans med aktörer i länet, arbeta för en hållbar regional utveckling utifrån länets specifika förutsättningar. Det regionala utvecklingsuppdraget finns reglerat i förordning och lag. I korthet innebär uppdraget att regionerna ska

- arbeta fram och fastställa en strategi för utvecklingen i länet
- samordna insatser för att genomföra denna strategi
- besluta om hur medel för regionalt utvecklingsarbete ska användas
- följa upp, utvärdera och redovisa resultaten av arbetet till regeringen
- utföra uppgifter inom ramen för EU:s strukturfondsprogram
- upprätta och fastställa länsplaner för transportinfrastruktur.

Uppdragen kan ses som kärnan i det regionala utvecklingsansvaret och det som staten ålägger regionerna att utföra. I egenskap av direktvalt självstyrande organ har regionerna möjlighet att ta egna initiativ utifrån regionala utmaningar och behov. I Region Jönköpings län är det regionala utvecklingsuppdraget organiserat i en avdelning under den regionala utvecklingsdirektören. I avdelningen ingår även Europa Direkt, Företagsjouren, Biblioteksutveckling och Energikontor Norra Småland. I Regional utveckling ingår, förutom avdelningen, verksamheterna Smålands Musik och Teater (SMOT), Sörängens folkhögskola, Värnamo folkhögskola, Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstads naturbrukscentrum. Oberoende av om uppdragen kommer från staten eller om regionen tar egna initiativ är det regionala utvecklingsansvaret kopplat till att samverka och att arbeta tillsammans med kommuner och andra aktörer för att uppnå en hållbar regional utveckling.

Den regionala utvecklingen är betydelsefull för att alla invånare i vårt län ska kunna leva, arbeta och trivas i en attraktiv miljö. Detta görs genom samverkan mellan exempelvis region, kommun, näringsliv, akademi och civilsamhälle. Detta betyder även att det regionala utvecklingsuppdraget, tillsammans med den regionala utvecklingsstrategin, marknadsförs på ett sätt så att informationen kring uppdraget är välkänt för de som verkar inom området. Genom en god spridning av uppdraget och strategin, där så många som möjligt nås av visionen ökar medvetenheten i länet om hur länet ska utvecklas.

Den regionala utvecklingsstrategin
Den regionala utvecklingsstrategin visar vägen till ett hållbart län. Den regionala utvecklingsstrategin är den regionala visionen kring hur länet ska utvecklas. I strategin konkretiseras internationella och nationella strategier samt styrdokument i ett regionalt perspektiv. Strategin utgör grund för beslut gällande utvecklingsinsatser i länet.

Ansvaret för genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin delas av många olika aktörer. Region Jönköpings län har uppdraget att leda och hålla samman arbetet i länet. Det sker i nära samverkan med t.ex. kommuner, näringsliv, civilsamhälle, akademi och övriga utbildningsaktörer, Länsstyrelsen och statens övriga verksamheter i länet. Region Jönköpings län ansvarar också för analys, utvärdering och redovisning. För att nå framgång i det regionala utvecklingsuppdraget sker samverkan också interregionalt, nationellt och internationellt. Exempel på detta är samverkan inom södra Sverige med Regionsamverkan Sydsverige (RSS) och samverkan inom Småland Blekinge Halland South Sweden (SBHSS) med gemensamt kontor i Bryssel.

Utgångspunkten för den regionala utvecklingsstrategin är Agenda 2030 med de 17 globala målen för hållbar utveckling. Målen är integrerade i strategin och ska vara vägledande för en utveckling i riktning åt ökad ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Under 2025 pågår ett arbete med att revidera den befintliga regionala utvecklingsstrategi för Jönköpings län.

Trafik, infrastruktur och miljö

Kollektivtrafikmyndighetens uppdrag

Region Jönköpings län är regional kollektivtrafikmyndighet enligt kollektivtrafiklagen (SFS 2010:1065). Det innebär ett övergripande ansvar för att planera, samordna och utveckla kollektivtrafiken i länet. Samtidigt ges kollektivtrafikföretag frihet att bedriva kommersiell trafik inom hela länet och i alla geografiska marknadssegment. Enligt lagen ska regionen ta fram ett regionalt trafikförsörjningsprogram som beskriver vilken trafik som kan omfattas av offentlig finansiering.

Trafikförsörjningsprogrammet

Det regionala trafikförsörjningsprogrammet anger mål och inriktning för länets kollektivtrafik – såväl inom länet som över länsgräns där vardagsresande dominerar. I takt med att arbetsmarknadsregioner växer bortom administrativa gränser, är det avgörande att kollektivtrafiken speglar människors faktiska rörelsemönster.

Programmet gäller till 2035 och bygger på bred samverkan med kommuner, kollektivtrafikföretag, organisationer och angränsande regioner. Det utgör grund för de årliga prioriteringarna i budgeten och revideras under 2025 och kommer att antas under början av 2026.

Jönköpings Länstrafik – en pålitlig partner i vardagen

Jönköpings Länstrafik (JLT) är Region Jönköpings läns operativa organisation för kollektivtrafiken och en viktig del i länets regionala utveckling. Kollektivtrafikens utveckling ska bygga på tre perspektiv: resenärens, trafikeringens och samhällets. Den utgör ett strategiskt verktyg för att förverkliga de visioner och mål som beslutats – och är en nyckel för att skapa hållbar utveckling i hela länet och ett mer sammanhållet, "rundare" län.

JLT:s varumärkesplattform lyfter fram organisationens roll som en pålitlig partner i vardagen. Det handlar om att leverera smarta, enkla och tillgängliga resealternativ för alla behov – att underlätta hållbara val och vara en drivkraft för länets utveckling. I detta ligger också att ständigt förbättra erbjudandet, utifrån både resenärernas behov och samhällets långsiktiga mål.

Verksamheten vilar på fem kärnvärden:

Pålitlighet – skapa trygghet genom att hålla vad som lovas

Inkludering – välkomna alla och vara lyhörd för olika behov

Enkelhet – göra det lätt att resa och förstå information

Prisvärdhet – erbjuda god service till rimlig kostnad

Nytänkande – utveckla smarta lösningar för framtidens resande

JLT är en del av människors vardag. Ibland det självklara förstahandsvalet, ibland ett komplement till andra sätt att resa – men alltid ett pålitligt, smidigt och prisvärt alternativ. Genom innovation och samverkan bidrar länets kollektivtrafik till en attraktiv och levande region där fler kan resa hållbart och enkelt.

Länstrafikens uppdrag

Länstrafikens uppdrag är att bedriva och utveckla kollektivtrafiken inom Jönköpings län och i angränsande områden. Uppdraget tar sin utgångspunkt i Region Jönköpings läns vision – För ett bra liv i en attraktiv region. Ett gott liv förutsätter goda möjligheter att resa i vardagen. Länstrafiken ska därför, med ett så välanpassat trafikutbud som möjligt, erbjuda länets invånare prisvärda, trygga och enkla resor till arbete, studier, service och fritid.

Kollektivtrafiken bidrar till en förstorad arbetsmarknadsregion, minskade klimatutsläpp, ett mer hållbart samhälle och en bättre vardag – inom de ekonomiska ramar som finns. För serviceresor är uppdraget särskilt att skapa förutsättningar för vardagen för dem som inte kan resa på annat sätt.

Länets kollektivtrafik omfattar allmän trafik med tåg, regionbussar och stadstrafik. Serviceresor inkluderar färdtjänst, sjukresor och närtrafik, där närtrafiken kompletterar den allmänna trafiken. All

trafik som utförs för Länstrafikens räkning sker genom upphandlade trafikföretag.

Många av länets invånare pendlar till arbete och studier utanför sin hemort, både inom och utanför länsgränsen. Det är därför avgörande att kollektivtrafiken erbjuder goda förbindelser såväl inom länet som till angränsande regioner.

Länsövergripande samarbete i kollektivtrafiken

Region Jönköpings län är en del av flera större arbetsmarknadsregioner där människor dagligen pendlar över länsgränserna. För att kollektivtrafiken fullt ut ska kunna stödja en sammanhållen regional utveckling krävs en stärkt samverkan med angränsande regioner. Nämnden ska därför analysera och föreslå hur samarbetet över länsgränser kan förbättras i syfte att skapa mer attraktiva och välfungerande kollektivtrafiklösningar för resenärer oavsett bostadsort.

Analysen ska fokusera på att identifiera hinder och framgångsfaktorer i dagens samverkan, exempelvis när det gäller trafikplanering, biljettsystem, information, turtäthet och hållplatsstruktur. Målet är att utveckla kollektivtrafiken som ett konkurrenskraftigt alternativ till bilen även i gränsöverskridande resor. Förbättrad samverkan är också avgörande för att uppnå klimatmål, minska trängsel och främja ett sammanhängande och hållbart transportsystem i hela regionen.

Den allmänna kollektivtrafiken

Den allmänna kollektivtrafik som bedrivs av Länstrafiken ska tillgodose invånarnas behov av transporter. Trafiken bedrivs både inom länet och över länsgränserna. Region Jönköpings läns regionfullmäktige beslutar – oftast en gång per år – om den allmänna kollektivtrafikens biljettpriser och åldersgränser.

Region Jönköpings län har en hög ambition för kollektivtrafikens utveckling. Trafiken ska bidra till ett hållbart samhälle, ökad tillgänglighet och stärkt regional sammanhållning. Denna ambition ligger till grund för det regionala trafikförsörjningsprogrammet, som just nu revideras och kommer att beslutas under inledningen av 2026.

Tidigare bedömningar har pekat på ett behov av ökade driftkostnader för att nå programmets mål. I avvaktan på det nya beslutade trafikförsörjningsprogrammet görs dock inga framåtblickade kostnadsangivelser i budgeten.

I den årliga driftkostnadsökningen finns sedan tidigare beslutade satsningar som anskaffning av nya Krösatåg och hyra för ny tågdepå samt utveckling av trafiken. Eftersom leveransen av nya tåg är försenad sker inget ytterligare tillskott av medel för 2026. De medel som tillfördes i 2025 års budget bedöms vara tillräckliga för att täcka kostnaderna när tågen tas i drift under 2026. Fram till dess att de nya tågen är i trafik och medför faktiska kostnader, är behovet av kapitaltillskott begränsat.

Förväntade kostnadsökningar 2026 och framåt innebär att en genomsnittlig uppräkning av biljettpriserna görs enligt index.

Som en del i att främja ett tillgängligt och inkluderande kulturliv samt ett ökat kollektivt resande i länet, ska Region Jönköpings län under 2026 utreda möjligheterna att införa en särskild sommarbiljett för kollektivtrafik. Biljetten bör kunna kombineras med fri entré eller rabatter till utvalda museer och kulturinrättningar i länet. Utredningen ska även ta i beaktning hur kulturverksamheter som deltar ska bli kompenserade.

Införande av sommarbiljetten syftar till att möjliggöra upplevelser för fler, inte minst barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer som annars riskerar att stå utan tillgång till sommaraktiviteter. Initiativet kan därmed bidra till både ökad social hållbarhet och fler resor med kollektivtrafiken under lågtrafikperiod.

Serviceresor

I serviceresor ingår färdtjänst, sjukresor och närtrafik, det vill säga resor som möjliggör människors vardag i lägen när de oftast inte kan resa på något annat sätt. Färdtjänst och sjukresor styrs av rättighetslagar och verksamheten bedrivs alltså inte på kommersiella grunder, men egenavgifter för sjukresor upp till högkostnadsskyddet tas ut av kunderna.

För att kunna beställa en serviceresa krävs alltid ett tillstånd. Den enskilda personen får alltså inte själv

avgöra om en serviceresa är det rätta sättet att resa.

Serviceresorna utförs av upphandlade trafikföretag i form av bussbolag och taxibolag. Vissa av fordonen är specialanpassade för serviceresor. Andra fordon körs även i kommersiell taxitrafik.

Region Jönköpings läns regionfullmäktige beslutar – oftast en gång per år – om egenavgifter för serviceresor. För 2026 föreslås en höjning av egenavgiften för sjukresor från 145 till 150 kr.

Fortsatt utveckling av anropsstyrd linjelagd trafik
Region Jönköpings län ska fortsätta arbetet och pröva anropsstyrd linjelagd trafik som ett komplement till traditionell kollektivtrafik. Syftet är att skapa mer flexibla och kostnadseffektiva lösningar i områden där resandeunderlaget är begränsat.

Beredskap för kollektivtrafiken
Kollektivtrafiken är en samhällsviktig funktion och har också en central roll i det civila försvaret. För att säkerställa att kollektivtrafiken kan fortsätta att fungera även vid fredstida kriser och ytterst krig, krävs en ökad robusthet och beredskap. Om kollektivtrafiken inte fungerar får det omfattande och allvarliga konsekvenser för samhället. Vid storskalig evakuering och ett ökat behov av sjuktransporter under kriser kan det bli nödvändigt att omdirigera kollektivtrafikens fordon för att möta dessa behov och säkerställa samhällets funktionalitet.

Kollektivtrafiken har även en viktig funktion i länets beredskap och totalförsvar. Region Jönköpings län ska därför säkerställa att kollektivtrafiken integreras i länets totalförsvarsplanering. Det inkluderar att kollektivtrafikens resurser kan användas för transportstöd vid evakuering, sjuktransporter, inrymning och mobilisering, i nära samverkan med Försvarsmakten, länsstyrelsen och andra berörda myndigheter.

För att kollektivtrafiken ska kunna fullgöra sin funktion även i kris, ska Region Jönköpings län i relevanta delar ansvara för att en samlad analys och planering görs kring energiförsörjningen. Det inkluderar att identifiera och säkerställa kollektivtrafikens behov av drivmedel i händelse av störningar i tillförseln.

INFRASTRUKTUR

Transportinfrastruktur

En god tillgänglighet är en förutsättning för att alla länsinvånares potential ska komma till sin rätt. Transportinfrastruktur är ett viktigt verktyg för tillgänglighet. Det ska vara enkelt för människor att arbetspendla, resa och turista samt för gods att transporteras. Infrastrukturen i länet behöver utvecklas för att målen i den regionala utvecklingsstrategin ska nås.

För att öka kapaciteten och minska trängseln på järnväg för såväl person- som godstransporter behöver Sverige och Jönköpings län bygga nya järnvägar i ett sammanhållet system. Det är en av de viktigaste samhällsbyggnadsfrågorna för Sverige i modern tid. Region Jönköpings län arbetar tillsammans med Region Östergötland för en fortsättning på Ostlänken från Linköping mot Jönköping i syfte för att stärkta förbindelser mellan Norrköping, Linköping och Jönköping samt orterna däremellan. Detta skapar starka nationella nyttor för både gods- och persontrafik kring några av de mest ansträngda delarna av järnvägssystemet i hela landet. Region Jönköpings län verkar även för att långsiktigt stärka kopplingarna söderut mot Skåne och västerut mot Västra Götaland och Halland, i nära samverkan med berörda grannregioner.

Utvecklingsbehovet på järnvägslinjerna i Jönköpings län är stort. Södra stambanan behöver hålla hög kvalitet och de regionala järnvägarna behöver rustas upp. Det är prioriterat att i samverkan med Trafikverket driva frågan om ett järnvägsnät med hög kvalitet.

Region Jönköpings län arbetar för att öka andelen hållbara resor i länet. För att klara hållbarhetsmålen behöver det ske en förflyttning av transporter från väg till järnväg, samt en överflyttning från fossila drivmedel till fossilfria. De befintliga vägarna behöver utvecklas för att bibehålla hög säkerhet och underlätta alla former av miljöanpassade transporter på väg.

Flygplatsen Jönköping Airport är en resurs för regionens företag och en viktig del i länets beredskap.

Flygplatsen ska fortsätta att utvecklas ekonomiskt och hållbart som en del av en sammanhängande infrastruktur för gods- och persontransporter. En gemensam översyn av flygplatsens framtida roll och användning pågår i samverkan med den andra hälftenägaren Jönköpings kommun.

Digital infrastruktur
En stabil och tillgänglig digital infrastruktur är en grundförutsättning för invånarnas möjlighet att ta del av samhällsservice – inte minst inom hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i de nationella bredbandsmålen och de kvarvarande utmaningarna i länet, ska Region Jönköpings län arbeta strategiskt för att fler invånare får tillgång till pålitlig uppkoppling. Samverkan med kommuner och nätägare är avgörande, liksom att identifiera och främja olika lösningar som kan påskynda bredbandsutbyggnaden och därigenom stärka digitaliseringen i hela länet.

Energiinfrastruktur
Region Jönköpings län ska i samverkan med kommuner, nätägare och andra relevanta aktörer driva en strategisk energiplanering med målet att stärka länets energiförsörjning. Arbetet ska syfta till att öka produktionen av fossilfri energi och att utveckla ett energisystem som är robust, resilient och har tillräcklig redundans för att möta framtidens behov och oförutsedda händelser. Samtidigt ska energianvändningen i länet vara effektiv och flexibel. Region Jönköpings län bejakar alla energislag som kan bidra till ett mer motståndskraftigt och stabilt energisystem. Tillsammans med Länsstyrelsen ska regionen fortsatt leda samverkansplattformen JET, som samlar nationella, regionala och lokala aktörer i frågor som rör elektrifiering och systemomställning.

Kunskapsunderlag och analyser för territoriell strategisk planering
Region Jönköpings län tar fram fakta och analyser om hur länet fungerar – till exempel kring boende, arbetsmarknad, infrastruktur och miljö. Detta blir ett viktigt underlag för beslut och planering, både i regionen och i länets kommuner. Genom gemensam förståelse och samarbete kring länets olika geografiska behov blir det lättare att genomföra strategier som leder till hållbar utveckling.

MILJÖ

Miljö och hållbarhet

Det regionala utvecklingsarbetet ska genomsyras av ekologisk, social och ekonomisk hållbarhet. Tillsammans behöver länet kraftsamla för att öka takten i klimatomställningen och miljömålsarbetet samt minska de sociala klyftorna. Detta måste ske i samklang med målen om god tillväxt i företagen och ökat invånarantal i våra kommuner. Med vägledning utifrån länets klimat- och energistrategi och de nationella miljömålen, ska insatser som bidrar till att minska klimatpåverkan och öka den biologiska mångfalden premieras.

Koldioxidbudget och transportsektorns utmaningar

Länets koldioxidbudget ska vara vägledande för vilka insatser som prioriteras för att minska utsläppen av växthusgaser i Jönköpings län. Efter en period av minskade utsläpp har utvecklingen vänt uppåt från och med 2022, vilket förstärker behovet av riktade och effektiva klimatåtgärder. Transportsektorn är den största utsläppskällan, där persontransporter står för den största andelen, följt av tunga lastbilstransporter. Region Jönköpings län har som ambition att arbeta strategiskt för att minska transporternas påverkan på klimatet, med fokus på insatser som ger störst effekt i relation till koldioxidbudgeten.

Öppnandet av Fehmarn Bält-förbindelsen 2029 väntas leda till ökad genomfartstrafik i södra Sverige, vilket också kan påverka utsläppen i Jönköpings län. För att möta denna utveckling krävs en stärkt regional förmåga att möta detta och ett ökat fokus på att styra transportflöden mot mer klimatsmarta lösningar. Det innebär att utsläppen från transportsektorn måste minska i praktiken – genom att mer gods flyttas över till järnväg, att andelen fossilfria transporter ökar, och att resurseffektiviteten förbättras.

Hållbart resande

En utvecklad och tillgänglig palett av hållbara färdslag bidrar till minskade koldioxidutsläpp och kan stärka ett mer jämlikt samhälle där alla invånare, oavsett ekonomisk förmåga, har möjlighet att resa mellan studier, arbete och boende. Lösningar som premierar hela resan är en förutsättning för att invånare enkelt ska kunna ta del av kultur- och fritidsaktiviteter, service och omsorg utan att belasta klimatet. Även för besöksnäringen är ett välfungerande hållbart transportsystem av yttersta vikt för att lyckas locka turister till alla delar av länet.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel nöjda NKI - allmän trafik - alla länsbor	55 %	46 %	45 %	Tertial
Andel nöjda NKI - allmän trafik - resenärer	65 %	57 %	57 %	Tertial
Andel nöjda NKI - serviceresor	85 %	80 %	80 %	Tertial

NKI= Nöjd kund index

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer
Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Etablera en samverkansarena i syfte att samla relevanta aktörer för att säkerställa ett samordnat och hållbart arbete avseende den framtida elförsörjningen i regionen.	Region Jönköpings län ska vara sammankallande och drivande för ett aktivt regionalt arbete för hållbar energiförsörjning i länet. Arbetet bör i första hand ta sin utgångspunkt i att skapa förutsättningar för den gröna omställningen inom länets industri,

Uppdrag	Beskrivning
	dess expansion samt skapa attraktionskraft för nya företagsetableringar.
Göra separata avsiktsförklaringar med alla länets kommuner om kollektivtrafiken.	Avsiktsförklaringarna ska klargöra vilket ansvar varje part har för att på bästa sätt verka för att göra kollektivtrafiken mer tillgänglig. Det kan gälla linjedragningar, turtäthet, hållplatser och möjlighet till att växla mellan olika fordon vid knutpunkter för smidiga och hållbara resor.
Analysera och föreslå lösningar inom området kollektiv hållbar mobilitet.	Genomföra analys och föreslå lösningar inom området kollektiv hållbar mobilitet för att möjliggöra effektiva, hälsosamma och klimatneutrala resor som är tillgängliga för alla. Uppdraget ska genomföras i samverkan med kommuner och berörda verksamheter inom Region Jönköpings län.
Utred och utveckla konceptet Mobility as a Service (MaaS)	I samverkan med andra aktörer utreda möjligheten att införa en regional MaaS-tjänst där resenärer kan planera, boka och betala resor med olika transportmedel (tåg, buss, taxi, bilpool, cykel m.m.) i ett gemensamt system. Utredningen ska omfatta förutsättningar för pilotprojekt i länet.
Genomföra riktade insatser för ökat kollektivresande	För att fler ska välja kollektivtrafiken behövs riktade och konkreta åtgärder. Uppdraget innebär att intensifiera det påverkansarbete som redan pågår, samt utveckla och genomföra särskilda prova-på-kampanjer för att sänka trösklarna för nya resenärer. Insatserna ska särskilt rikta sig till målgrupper och geografiska områden där potentialen för ökat kollektivresande är stor. Arbetet ska ske i samverkan med kommuner, arbetsgivare och andra relevanta aktörer. Uppföljning av genomförda insatser och deras effekt på resandet ska redovisas.
Initiera och genomföra arbete med att möjliggöra resa på kallelse till sjukvården	Initiera och genomföra ett arbete för att möjliggöra resa på kallelse till sjukvården som en del av serviceresorna. Förslaget har lyfts i servicereseutredningen och syftar till att förenkla och förbättra tillgången till sjukresor genom att samordna reseplaneringen med vårdens kallelser. Arbetet ska ske i nära samverkan med berörda verksamheter och omfatta både organisatoriska och tekniska förutsättningar för införande. Målet är att skapa ett mer tillgängligt, effektivt och användarvänligt system, med sikte på implementering från och med 2026.
Utred och inför ökad användning av reklamintäkter från kollektivtrafiken	Utreda förutsättningarna för att öka intäkter genom reklam på bussar, tåg och stationer med mera. Det kan inkludera invändig samt utvändig reklam, digitala skärmar, sponsrade linjenamn och inuti-fordon-reklam med lokalt fokus.
Utred möjligheten till premiumtjänster i kollektivtrafiken	Analysera möjligheterna att införa premiumtjänster riktade till pendlare och affärsresenärer, såsom tysta kupéer, co-working-zoner på stationer samt business class-biljetter. Förslagets genomförande knyts till framtida upphandlingar. Förväntningen är att förvaltningen ska ha tagit fram några förslag.
Färdigställ förslag från servicereseutredningen med fokus på kostnadseffektiv förbättrad service	Identifiera och prioritera de förslag ur servicereseutredningen som ger förbättrad service samtidigt som de bidrar till minskade kostnader. Pendlarkortet till och från arbetet för personer med funktionsnedsättning ska behållas orört.
Utred möjligheten till sommarbiljett med kultur- och museiupplevelser – "Kul Tur 2026"	Utreda möjligheten att införa en sommarbiljett i kollektivtrafiken kopplad till tillgång till länets museer och kulturinrättningar. Förstudien ska också omfatta om och hur muséer och andra kulturaktörer kan kompenseras för eventuella intäktsbortfall genom medel för regional utveckling. Särskilt fokus ska läggas på barnfamiljer med begränsad ekonomi.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Antal resor	24 500 000	22 965 000	22 085 000	Månad

Strategiska mål: Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Framgångsfaktorer: Tillgänglig, säker och hållbar infrastruktur

Uppdrag	Beskrivning
Aktivt driva påverkansarbete för nya stambanor och viktiga vägsträckor i länet.	Region Jönköpings län ska fortsätta driva på för att staten ska bygga nya stambanor enligt Sverigeförhandlingen. Arbete ska också ske för att verka för statlig upprustning av viktiga vägsträckor i länet.
Se över den regionala bredbandsstrategin i syfte att öka tillgången till infrastruktur i form av bredband och mobila nät.	Genomföra en översyn och vid behov revidera den regionala bredbandsstrategin. Arbetet ska ske i samverkan med länets kommuner.
Kommunicera koldioxidbudgeten till organisationer och invånare inom ramen för samverkan inom klimatrådet.	Länets koldioxidbudget ger en riktning om hur snabbt omställningen behöver ske. Det är viktigt att kommunicera resultatet för att stimulera fortsatt omställning.
Med utgångspunkt i länets koldioxidbudget främja insatser som skyndar på den gröna omställningen inom områdena transporter och energiintensiva företag.	Fortsatt stimulera till insatser för att driva på den gröna omställningen i länet. Det handlar både om att stimulera omställningsprojekt från länets aktörer till att ställa om den egna verksamheten för att minska klimatpåverkan.
Bredda plattformen funktionella samband med fler samhällsbyggnadsperspektiv och nya rumsliga kunskapsunderlag samt utveckla den territoriella strategiska planeringen i länet.	Utveckling av den territoriella strategiska planeringen kan inbegripa gemensamma kunskapsunderlag och att tillsammans med relevanta aktörer ta steg för att hitta regionala planeringsprinciper som stärker den regionala utvecklingen.
Säkerställ kollektivtrafikens roll i länets totalförsvarsplanering och civila beredskap.	I samverkan med operatörer, Länsstyrelsen och Försvarsmakten ta fram en regional kris- och beredskapsplan för kollektivtrafiken. Planen ska inkludera transportstöd vid evakuering, inrymning, sjuktransporter och mobilisering. Uppdraget innefattar även att utreda krav på rådighet vid upphandling av trafik, integrera bränsleförsörjning i beredskapsplaneringen samt samverka för att möjliggöra statlig finansiering för beredskapsanpassningar av fordon.

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	-13 mnkr	26 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

FÖRSLAG PRISJUSTERING
2026

Priser 2026

Indexuppräkning på 1,8%. Enkelbiljett och 24-timmarsbiljett lämnas oförändrat. Övriga biljetter räknas upp med 2,7% i snitt.

Biljettyp	Pris			Förändring *(kr)*			Förändring *(%)*		
Enkelbiljetter	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**
Vuxen	40 kr	80 kr	160 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Ungdom	24 kr	48 kr	96 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Tillsammans	***25% rabatt** på det totala biljettpriset när två eller fler personer reser på samma biljett.*								
24-timmarsbiljett	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**
Vuxen	80 kr	160 kr	320 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Ungdom	48 kr	96 kr	192 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Tillsammans	***25% rabatt** på det totala biljettpriset när två eller fler personer reser på samma biljett.*								
Flexbiljetter	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**
Flex 10/30 Vuxen	405 kr	470 kr	690 k	10 kr	25 kr	35 kr	*2,5%*	*3,3%*	*3,0%*
Flex 20/60 Vuxen	785 kr	905 kr	1 335 kr	20 kr	25 kr	35 kr	*2,6%*	*2,8%*	*2,7%*
30-dagarsbiljett	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**
Vuxen	815 kr	950 kr	1 355 kr	20 kr	25 kr	35 kr	*2,5%*	*2,7%*	*2,7%*
Ungdom	-	-	230 kr	-	-	5 kr	-	-	*2,2%*
Senior	-	-	230 kr	-	-	5 kr	-	-	*2,2%*
Student	610 kr	715 kr	1 020 kr	15 kr	20 kr	30 kr	*2,5%*	*2,9%*	*3,0%*
90-dagarsbiljett	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**
Vuxen	2 200 kr	2 565 kr	3 660 kr	50 kr	65 kr	95 kr	2,3%	2,6%	2,7%
Ungdom	-	-	690 kr	-	-	15 kr	-	-	2,2%
Senior	-	-	690 kr	-	-	15 kr	-	-	2,2%
Student	1 645 kr	1 930 kr	2 755 kr	40 kr	55 kr	80 kr	2,5%	2,9%	3,0%
365-dagarsbiljett	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**
Vuxen	7 745 kr	9 025 kr	12 875 kr	190 kr	235 kr	330 kr	*2,5%*	*2,7%*	*2,6%*
Barnvagn	835 kr	885 kr	1 050 kr	25 kr	25 kr	30 kr	*3,1%*	*2,9%*	*2,9%*
Klassbiljett	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**	**1 zon**	**2 zoner**	**Län**
6-15 resande	150 kr	300 kr	600 kr	5 kr	10 kr	15 kr	*3,4%*	*3,4%*	*2,6%*
16-25 resande	300 kr	595 kr	1 200 kr	10 kr	15 kr	35 kr	*3,4%*	*2,6%*	*3,0%*
26-35 resande	445 kr	895 kr	1 795 kr	10 kr	25 kr	50 kr	*2,3%*	*2,9%*	*2,9%*

Biljetter över länsgräns

Sydtaxan *(Blekingetrafiken, Hallandstrafiken, Kalmar Länstrafik, Länstrafiken Kronoberg, Skånetrafiken)*		
Enkelbiljett	Vuxen/Ungdom	*Addering av zoner med **25% rabatt** för den första zonen i respektive län.*
24-timmarsbiljett	Vuxen/Ungdom	
Flexbiljett 10/30	Vuxen	
30-dagarsbiljett	Vuxen	*Addering av zoner med **35% rabatt** för den första zonen i respektive län.*
365-dagarsbiljett	Vuxen	
Västra Götaland *(Västtrafik)*		
Enkelbiljett	Vuxen/Ungdom	Addering av zoner (inget gränsavdrag).
24-timmarsbiljett	Vuxen/Ungdom	
Flex 10/30*	Vuxen	Addering av zoner med ***15% rabatt*** för den första zonen i respektive län.
30-dagarsbiljett	Vuxen	
365-dagarsbiljtt	Vuxen	

** Finns ej i Västtrafiks biljettsortiment och går endast köpa hos Jönköpings Länstrafik.*

Övrigt

Resekort	30 kr (vid köp av nytt resekort)
Tilläggsavgift	1 500 kr (om biljett saknas eller vid ogiltig/felaktig biljett).

Datum för prisjustering

7 januari eller nästkommande vardag. Enligt överenskommelse i sydtaxesamarbetet.

Regelverk för färdtjänst

Regelverk för färdtjänst

Allmänt
Färdtjänst är en kompletterande kollektiv transportform till de allmänna kommunikationerna. Val av fordon eller transportform för resan avgörs utifrån funktionshindrets art och resenärens hjälpbehov vid varje restillfälle.

Syfte
Region Jönköpings län i Jönköpings län och dess förvaltning Jönköpings Länstrafik ansvarar för att utreda och pröva tillstånd till färdtjänst för invånare i Jönköpings län. Som stöd i handläggningen av färdtjänst har Region Jönköpings län förutom Lag om färdtjänst (1997:736) samt domstolarnas domar och prejudikat. Som komplement har Region Jönköpings län skapat ett regelverk för färdtjänst.

Syftet med regelverket är att det ska fungera som en vägledning vid myndighetsutövning/handläggning och som ett hjälpmedel för att den som ansöker om färdtjänst skall kunna bedömas rättssäkert utifrån samma grund. Regelverket kan inte inskränka en persons rättigheter i förhållande till lagen men kan däremot ha bestämmelser i frågor som inte regleras i färdtjänstlagen.

Tillstånd till färdtjänst
Tillstånd för färdtjänst beskrivs i Lag om färdtjänst (1997:736) enligt följande paragrafer:

6§ Färdtjänst får anlitas av den som efter ansökan har fått tillstånd till det. Frågor om tillstånd prövas av kommunen där den sökande är folkbokförd eller, om kommunens uppgifter enligt denna lag överlåtits till den regionala kollektivtrafikmyndigheten i länet, av denna myndighet (tillståndsgivaren).

Lag (2010: 1068).

7§ Tillstånd till färdtjänst skall meddelas för dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel. Om sökanden är under 18 år skall prövningen göras i förhållande till barn i motsvarande ålder utan funktionshinder.
Tillståndet omfattar inte transporter som av någon annan anledning bekostas av det allmänna. Lag (2006:1114).

8§ Om den som söker tillstånd till färdtjänst behöver ledsagare under resorna, skall tillståndet gälla även ledsagaren.

9§ Tillstånd till färdtjänst meddelas för viss tid eller tills vidare.
Tillstånd får i skälig omfattning förenas med föreskrifter om

1. vilket färdsätt som får användas,
2. inom vilket område resor får göras, och
3. hur många resor tillståndet omfattar.

Sådana resor som kan anses vara väsentliga för tillståndshavaren får begränsas till antalet endast om det finns synnerliga skäl. Om det finns särskilda skäl, får tillståndet även i övrigt förenas med villkor. Lag (2006:1114).

Färdtjänstformer

För den som är folkbokförd i Jönköpings län finns det möjlighet att ansöka om färdtjänsttillstånd. Färdtjänst finns i följande former:

Färdtjänst

Med färdtjänst avses resor inom den egna kommunen. Resorna regleras i detta regelverk.

Länsfärdtjänst

Med länsfärdtjänst avses resor inom Jönköpings län och max 3 mils resväg in i angränsande län. Resorna regleras i detta regelverk.

Resa i annan kommun utanför länet

Med resa i annan kommun avses resa vid vistelse i annan kommun utanför länet. Om inget annat anges gäller regelverk ”Färdtjänst” även för resa i annan kommun utanför Jönköpings län.

Övrigt

Under de närmaste åren kan en del försök med utvidgad och tidtabellagda

serviceresor och kombination av resor, till exempel anslutning till tåg för resor inom länet, komma att prövas. Vid sådana försök blir de regler som i förekommande fall beslutas i särskild ordning överordnade detta regelverk.

Regelverk

1. Ansvar för färdtjänst
Varje kommun, eller om kommunen överlåtit ansvaret till den regionala kollektivtrafikmyndigheten, ansvarar för att anordna färdtjänst av god kvalitet enligt Lag om färdtjänst, SFS 1997:736.
Med den ansvariga myndigheten avses i detta regelverk Region Jönköpings län med dess verksamhetsområde Jönköpings Länstrafik.

2. Rätt till färdtjänst
Den som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel har rätt till färdtjänst.

3. Ansökan om tillstånd
Ansökan om färdtjänsttillstånd görs hos den ansvariga myndigheten. Färdtjänst medges jämlikt 7 § i Lag om färdtjänst till personer med varaktigt funktionshinder av minst tre månader.

4. Beslut
Den ansvariga myndigheten svarar för myndighetsutövningen för färdtjänst och meddelar beslut.

5. Överklagande av beslut
Tillståndsgivarens beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten. Lag (2010:1068). Överklagandet ska ske skriftligt och vara den ansvariga myndigheten tillhanda inom tre veckor efter att sökanden fått del av beslutet.

6. Giltighetstid
Färdtjänsttillstånd är som regel tidsbegränsat. Färdtjänsttillstånd kan beviljas utan tidsbegränsning om funktionsnedsättningen bedöms vara livslång, trots eventuell framtida medicinsk utveckling. I bedömningen ska även tas hänsyn till förbättrad tillgänglighet i kollektivtrafiken och framtida nya trafiklösningar med olika servicenivåer i samband med/eller under resan.

7. Återkallande
Färdtjänsttillstånd kan återkallas om förutsättningarna för tillståndet inte längre finns eller om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelser av de föreskrifter och villkor som gäller för färdtjänst.

8. Färdtjänstens omfattning
Färdtjänsten omfattar arbets-, studie- och fritidsresor. Resa får ske inom Jönköpings län och max 3 mils resväg in i angränsande län. Vid resa utanför länsgränsen ska resan påbörjas eller avslutas i Jönköpings län. För resor inom annan kommun utanför länsgränsen, se punkt 9. Färdtjänst får inte användas till tjänsteresor.

9. Resa inom annan kommun
Tillstånd för färdtjänst kan ges vid tillfällig vistelse i annan kommun utanför Jönköpings län. Resan prövas resa för resa och kan förenas med speciella villkor. Under en 14-dagarsperiod beviljas max 6 enkelresor och under en 12-månadersperiod beviljas max 60 enkelresor.

10. Färdsätt
Den färdtjänstberättigade kan inte själv välja färdsätt vid beställning av resa. Den färdtjänstberättigade erbjuds det färdsätt som är möjligt utifrån vad som framgår av beviljat färdtjänsttillstånd.

11. Beställning av resa
Beställning av färdtjänstresa ska ske i god tid via beställningscentralen för Serviceresor. Resa beställs senast två timmar före önskad avresa. Fram- och återresa går att beställa vid samma tillfälle. Avbeställning av resa ska ske senast 30 min innan resan skulle påbörjats. Ändring av bokad resa resulterar i en ny beställning. Önskan om avresetid eller ankomsttid ska anges vid beställning av resan. Den färdtjänstberättigade erhåller avresetid.

12. Justerad avresetid
För att kunna samordna resorna på bästa sätt kan resan senareläggas eller tidigareläggas - ändrad tid meddelas kund. Saknas lediga fordonsresurser erbjuds alternativ restid.

13. Hämtning
Resenär ska vara klar för hämtning i god tid. Hämtning kan ske från 5 minuter före och upp till 10 minuter efter avtalad hämtningstid. Detta betraktas inte som försening. Efter denna tid bör resenär kontakta Serviceresor för besked. Resenär ska meddelas när avtalad tid inte kan hållas.

14. Samåkning
Färdtjänstresor samordnas. Begäran om särskild förare, fordon eller transportör kan inte tillgodoses.

15. Resväg
Acceptabel omväg och restid motsvarar restiden för en genomsnittstid för olika resealternativ på likvärdig sträcka inom linjetrafiken inklusive väntetid för byten inom linjetrafiken. Uppehåll under resan medges inte.

16. Antal resor
Den enskilde avgör som regel själv i vilken utsträckning färdtjänst behöver användas. Tillståndsgivaren äger rätt att föreskriva hur många resor tillståndet omfattar (9 §).

17. Tider
Färdtjänstresa kan utföras följande tider:
Måndag - torsdag kl. 06.00-24.00
Fredag kl. 06.00-02.00
Lördag kl. 07.00-02.00
Söndag och helgdag kl. 07.00-24.00.
Resan ska vara avslutad före kl. 24.00 alternativt kl. 02.00. Härutöver kan Länstrafiken efter samråd med brukarorganisationerna besluta om resor till kl. 02.00 vid några av årets helgdagar.

18. Avgifter och faktura
För färdtjänstresa uttas en egenavgift motsvarande enkelbiljett i Länstrafikens gällande prislista (lägst en zon). Vid resa utanför länsgränsen tillkommer, utöver aktuellt zonpris, en extraavgift motsvarande priset 2 gånger för första zon. Färdtjänstberättigade barn (0-6år) och ungdomar betalar enligt Länstrafikens prislista för skolungdom. Vid erläggande av egenavgift eftersträvas så jämna pengar som möjligt och förare växlar max 200-kronorssedel. Om resa beställts och inte ska genomföras ska avbokning ske senast 30 minuter innan resan skulle påbörjas, om avbokning inte sker kan avgift faktureras med 150kr/beställd resa. Samtliga egenavgifter, inklusive pris för arbetsresor, kan faktureras kund. Kund anmäler detta vid ett tillfälle t.ex. i samband med beställning av resa alternativt vid erhållande av färdtjänsttillstånd. Faktureringen gäller tills vidare. Kund erhåller faktura på samtliga utförda resor i efterskott avseende färdtjänst, arbetsresor och sjukresor. Egenavgift för medresenär inkluderas i faktureringen. Sker inte betalning enligt faktura kan kund stängas av från faktureringen, betalning sker då med kontanter/bankkort innan resan påbörjas.
Egenavgift för resa inom annan kommun utanför Jönköpings län (enligt punkt 9) är 14 kr per km dock minst 65 kr per enkelresa. Priset inkluderar även en medresenär/ledsagare.

19. Förarassistans
Den färdtjänstberättigade som är i behov av assistans till och från bostaden kan erbjudas detta. Det ska framgå av färdtjänsttillståndet om förarassistans är beviljad.
Förarassistans innebär att föraren hämtar och lämnar den färdtjänstberättigade i bostaden eller i annan lokal.

20. Ledsagare
Den färdtjänstberättigade som är i behov av hjälp under resan kan beviljas ledsagare. Behovet av ledsagare ska vara knutet till resan och inte vistelsen på resmålet. Med ledsagare avses en person som följer med den färdtjänstberättigade

för att denna ska kunna genomföra en resa. Ledsagaren ska kunna bistå med all den service som behövs och även vara behjälplig mellan bostad och påstigningsplats. Ledsagare får inte själv vara innehavare av färdtjänsttillstånd eller ha behov av förarens assistans eller egna förflyttningshjälpmedel. Behovet av ledsagare ska framgå av tillståndet. Barn under 7 år reser alltid med ledsagare. Ledsagare betalar ingen egenavgift.

21. Medresenär
Den färdtjänstberättigade har rätt att ha med en medresenär som inte är ledsagare. Egna barn under 12 år har också rätt att följa med på resan och räknas då som medresenär utöver ovan angivna medresenär. Önskemålet om medresenär ska meddelas vid beställning av resan. Medresenär betalar egenavgift motsvarande enkelbiljett i Länstrafikens gällande prislista (lägst en zon) och barn 0-6 år åker gratis om vuxen finns i samma bokning.

22. Arbetsresor
Den färdtjänstberättigade kan använda färdtjänst för resa mellan bostaden och arbetsplatsen. Här inräknas även resa till och från skola för den som deltar i vuxenstudier. För den som regelbundet måste resa före kl. 06.00 eller efter kl. 24.00 beviljas undantag från ovanstående restider. Arbetsresor kan betalas med en fast månadskostnad som följer priset på Länstrafikens periodkort, 30-dagarskort för vuxen, och antal zoner. Vid arbetsresa över länsgräns gäller Länstrafikens periodkort, 30-dagarskort för vuxen, med länsgiltighet. Fakturering sker för hela månader i efterskott, 11 månader per år. Vid utebliven betalning av fakturan förfaller möjligheten till en månadskostnad och resorna betalas vid varje enskild resa enligt avgiften för övriga färdtjänstresor enligt punkt 18. För färdtjänstberättigad som reser till arbete finns möjlighet att inkludera lämning/hämtning på förskola/fritids för egna barn (max 12 år) i anslutning till resa till/från arbetet. Arbetsresor gäller upp till 69 års ålder.

23. Skolskjuts
Färdtjänst kan inte nyttjas av elev som är beviljad skolskjuts till och från grundskola eller särskola inklusive gymnasiesärskola eller för resor under skoltid.

24. Hjälpmedel
Det ska framgå av färdtjänsttillståndet vilka förflyttningshjälpmedel som får medtas i fordonet. Vid beställning av resa ska den färdtjänstberättigade uppge vilka förflyttningshjälpmedel som ska tas med. Ledsagare och medresenär kan inte ta med egna förflyttningshjälpmedel, krycka/käpp är undantaget.
Om en färdtjänstberättigad behöver sitta i rullstol under färd ska rullstolen vara godkänd för persontransport i fordon och vara utrustad för detta enligt rullstolstillverkarens anvisningar. Färdtjänstberättigad ansvarar själv för att kontrollera att rullstol är godkänd.
Förflyttningshjälpmedel får vara max mått: L1500 mm, B850mm, H1450mm samt vara avsedd och godkänd för transport i fordon.
Övriga hjälpmedel hanteras eventuellt som bagage se punkt 27 .

25. Förflyttning i trappa/Trappklättrare
För färdtjänstberättigad som inte själv kan förflytta sig i en trappa till/från den egna bostaden kan förflyttning beviljas med trappklättrare i samband med resan. Förflyttning med trappklättrare kan beviljas under max 18 månader eller med max 24 enkelresor per år så länge färdtjänsttillståndet är giltigt. Endast ett av alternativen kan väljas. Om färdtjänstberättigad bor på särskilt boende, enligt beslut från äldre- och funktionshinderomsorgen, finns möjlighet till max 24 enkelresor per år för besök på tidigare folkbokföringsadress. Förflyttning med trappklättrare utförs inte inne i bostad/lägenhet och inte utomhus. (Totalvikt av rullstol och färdtjänstberättigad vid trappklättring får vara maximalt 160 kg). För förflyttning i trappa med trappklättrare gäller att uppdraget ska vara genomförbart och ska kunna ske utan risker för förare och/eller färdtjänstberättigad. Bedöms risker finnas utförs inte förflyttning.

26. Liggande transport
För färdtjänstberättigad som behöver liggande transport sker transporten på bår. Förflyttning med bår i trappa utförs inte. Förare i serviceresefordon kan endast vara ett stöd vid förflyttning för att komma på och av bår. Föraren utför inte lyfthjälp för att komma på och av bår. (Totalvikt för bår och färdtjänstberättigad får vara maximalt 160 kg).

27. Bagage
Bagage får tas med på resan, i normalfallet två normalstora väskor/kassar. Ledsagare och/eller medresenär får max ta med en normalstor väska/kasse per person. Med bagage därutöver kan färdtjänstresa inte utföras.

28. Husdjur
Färdtjänst är en persontransport och husdjur får inte medfölja. Undantag gäller för certifierad assistanshund/ledarhund som får medfölja utan avgift. Certifiering eller legitimation ska kunna uppvisas på begäran.

29. Allmän kollektivtrafik
Om färdtjänstberättigad kan resa med den allmänna kollektivtrafiken (buss eller tåg) med hjälp av någon, finns möjlighet att få och använda ”Ta med en vän” kort. Färdtjänstberättigad betalar sin resa enligt Länstrafikens ordinarie priser och vännen reser med utan kostnad genom att stämpla ”Ta med en vän” kortet. Kortet gäller vid resa med Jönköpings Länstrafiks bussar och tåg inom Jönköpings län. Kortet är giltigt så länge färdtjänsttillstånd är giltigt.

30. Förändringar
Inför större förändringar i färdtjänstverksamheten ska synpunkter inhämtas genom kommunala handikappråd, kommunala pensionärsråd och Länsrådet för funktionsnedsättning.

31. Tillämpningsföreskrifter
Reglernas praktiska tillämpningsföreskrifter utformas av ansvarig förvaltning Jönköpings Länstrafik.

32 Allmänna ordningsregler och säkerhet vid resa
Den färdtjänstberättigade inklusive eventuell ledsagare/medresenär är skyldig att följa bestämmelserna i Ordningslagen (1993:1617) och från tid till annan tillämplig lagstiftning.
Den färdtjänstberättigad är skyldig att följa förares anvisningar och tillsägelser. Om den färdtjänstberättigade inte rättar sig efter detta riskerar att bli avvisad från fordonet och därmed förlora rätten till att åka vid detta tillfälle. Är färdtjänstberättigad berusad eller uppträder på ett sådant sätt att det kan misstänkas att personen kommer att störa ordningen eller på annat sätt äventyra säkerheten i trafiken, kan påstigning nekas. Resan kan även nekas på grund av sanitära skäl.

33. Ikraftträdande
2026-01-01, om inget annat anges.

_____

Regelverk för riksfärdtjänst

Allmänt
Riksfärdtjänst är en ersättning för reskostnad för den som på grund av stor och varaktig funktionsnedsättning inte kan resa till normala reskostnader inom Sverige utan måste resa på ett särskilt kostsamt sätt. Riksfärdtjänst är avsedd för personer vars funktionsnedsättning är varaktig. Med varaktig menas att funktionsnedsättningen förväntas bestå i minst sex månader.

Syfte
Region Jönköpings län i Jönköpings län och dess förvaltning Jönköpings Länstrafik ansvarar för att utreda och pröva tillstånd till riksfärdtjänst för invånare i Jönköpings län. Som stöd i handläggningen av riksfärdtjänst har Region Jönköpings län förutom Lag om riksfärdtjänst (1997:735) domstolarnas domar och prejudikat. Som komplement har Region Jönköpings län skapat ett regelverk för riksfärdtjänst.

Syftet med regelverket är att det ska fungera som en vägledning vid myndighetsutövning/handläggning och som ett hjälpmedel för att den som ansöker om riksfärdtjänst skall kunna bedömas rättssäkert utifrån samma grund.

Regelverket kan inte inskränka en persons rättigheter i förhållande till lagen men kan däremot ha bestämmelser i frågor som inte regleras i riksfärdtjänstlagen.

Tillstånd för riksfärdtjänst
Tillstånd för riksfärdtjänst beskrivs i Lag (1997:735) om Riksfärdtjänst enligt följande paragrafer:

4 § Riksfärdtjänst får anlitas av den som efter ansökan har fått tillstånd till det. Frågor om tillstånd prövas av kommunen där den sökande är folkbokförd eller, om kommunens uppgifter enligt denna lag överlåtits till trafikhuvudmannen i länet, av trafikhuvudmannen (tillståndsgivaren). Lag 2006:1115).

5 § Tillstånd ska meddelas om
1. resan till följd av den sökandes funktionshinder inte till normala reskostnader kan göras med allmänna kommunikationer eller inte kan göras utan ledsagare,
2. ändamålet med resan är rekreation eller fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet,
3. resan görs inom Sverige från en kommun till en annan kommun,
4. resan görs med taxi, ett för ändamålet särskilt anpassat fordon eller med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare, och
5. resan inte av någon annan anledning bekostas av det allmänna.
Om sökande är under 18 år skall prövningen göras i förhållande till barn i motsvarande ålder utan funktionshinder. Lag (2006:1115).

6 § Om den som söker tillstånd till riksfärdtjänst behöver ledsagare under resan, skall tillståndet gälla även ledsagaren.

7 § Tillstånd till riksfärdtjänst får förenas med föreskrifter om färdsätt.

Regelverk

1. Ansökan
Den som är folkbokförd i Jönköpings län kan ansöka om och få tillstånd för riksfärdtjänst. Ansökan görs för varje resa. Ansökan bör vara Länstrafiken tillhanda senast tre veckor innan avresa. Inför storhelger bör ansökan göras tidigare, till exempel vid jul- och nyårshelg då ansökan ska göras senast den 15 november.

2. Beslut
Den ansvariga myndigheten svarar för myndighetsutövning för riksfärdtjänst. Beslut meddelas skriftligt och kan överklagas till Förvaltningsrätten. Riksfärdtjänst beviljas inte retroaktivt.

3. Ändamål eller annan betalare
Ändamålet med resan ska vara rekreation, fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet. Resan ska ske inom Sverige, från en kommun till en annan. Riksfärdtjänst är inte avsedd för resa med ändamål tjänsteresa, arbete, utbildning, sjukvård eller medicinsk behandling. Ersättning enligt riksfärdtjänstlagen beviljas inte för resa som bekostas av det allmänna (stat, kommun eller region).

4. Val av färdmedel
Region Jönköpings län beslutar om färdsätt med beaktande av resenärens funktionshinder. Val av färdmedel ska användas utifrån följande prioriteringar, med hänsyn till resenärens funktionshinder:

1. Allmänna kommunikationer;

2. Allmänna kommunikationer med ledsagare
3. Allmänna kommunikationer med ledsagare i kombination med servicesefordon
4. Servicesefordon
5. Servicesefordon med ledsagare

Ersättning för resa med hyrbil eller privatbil medges inte.

Riksfärdtjänstresa sker i första hand med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare och i andra hand med särskilt anpassade fordon (servicesefordon.) Det är resenärens funktionshinder som avgör vilket färdsätt som beviljas och eventuellt hjälpbehov av ledsagare under resan. Resa med servicesefordon beviljas endast om resa med allmänna kommunikationer inte kan genomföras, trots stöd av ledsagare. Resa med servicesefordon beviljas inte på grund av att allmänna kommunikationer saknas på sträckan, går vid fel tidpunkt eller att det är långt till hållplats. Dyrare färdsätt för att ledsagare inte kan ordnas beviljas inte.

Förskjutning av resa kan ske för att möjliggöra lägre biljettpris alternativt samåkning. Samåkning kan innebära längre resväg och/eller längre restider. För resa upp till 20 mil kan avresetiden förskjutas eller tidigareläggas maximalt 6 timmar och för längre resa kan avresetiden förskjutas eller tidigareläggas maximalt 12 timmar.

Den som fått tillstånd till riksfärdtjänst ska betala en egenavgift. Egenavgiften betalas i enlighet med regeringens föreskrifter (f.n. 1993:1148).

Vid beslut om resa med allmänna kommunikationer köper resenär biljett på egen hand på billigaste sätt. Underlag som styrker biljettkostnad, antingen biljett eller kvitto på e-biljett skickas till Jönköpings Länstrafik, Färdtjänstenheten, efter genomförd resa. Ersättning för merkostnad av resa betalas ut till resenär. Vid beslut om resa med servicesefordon bokas resa av Jönköping Länstrafik, Färdtjänstenheten, och resenär betalar egenavgift till förare.

Samordning av resa med servicesefordon sker regelmässigt där det är möjligt och planeras i sin helhet av Jönköpings Länstrafik eller av företag som på uppdrag av Jönköpings Länstrafik ska samordna resa. Uppehåll under resa utöver toalettbesök är inte tillåtet. Vid längre resa kan matpaus tillåtas.

5. Ledsagare
Med ledsagare avses en person som måste följa med resenär för att denne ska kunna genomföra en riksfärdtjänstresa. Behovet av ledsagare ska vara knutet till resan och inte vistelsen på resmålet. Ledsagare ska kunna bistå med all den service/hjälp som behövs för att resenär ska kunna genomföra resa. Resenär måste själv ordna ledsagare. Ledsagare betalar ingen egenavgift. Behov av ledsagare ska framgå av beslutet. Barn under 7 år reser alltid med ledsagare. Vid resa med

servicetaxefordon får ledsagaren inte själv vara i behov av assistans från föraren eller ta med förflyttningshjälpmedel.

6. Medresenär
Vid resa med allmänna kommunikationer får obegränsat antal medresenärer följa med. Medresenär bokar sin egen resa och betalar pris enligt linjetrafikens priser.

Vid resa med servicetaxefordon får en medresenär följa med om det framgår av beslut. Medresenär betalar samma egenavgift som resenär och detta gäller även barn under 12 år. Finns egna barn under 12 år kan flera medresenärer förekomma.

7. Hjälpmedel och bagage
Vid resa med allmänna kommunikationer får hjälpmedel och bagage tas med enligt de regler som gäller hos respektive trafikföretag.
Vid resa med servicetaxefordon ska det framgå av beslutet vilka förflyttningshjälpmedel som får tas med på aktuell resa. Ledsagare och medresenär kan inte ta med egna förflyttningshjälpmedel, krycka/käpp är undantaget. Om resenär behöver sitta i rullstol under färd ska rullstolen vara godkänd för persontransport i fordon och vara utrustad för detta enligt rullstolstillverkarens anvisningar. Resenär ansvarar själv för att kontrollera att rullstol är godkänd. Förflyttningshjälpmedel får vara max mått: L1500 mm, B850mm, H1450 mm samt vara avsedd för transport i fordon. Övriga hjälpmedel hanteras eventuellt som bagage. I servicetaxefordon får resenär ta med två normalstora väskor/kassar. Ledsagare och/eller medresenär får ta med max en normalstor väska/kasse per person.

8. Husdjur
Vid resa med allmänna kommunikationer får djur medfölja enligt de regler som gäller hos respektive trafikföretag. Vid resa med servicetaxefordon får endast certifierad assistanshund följa med. Certifiering eller legitimation ska kunna uppvisas på begäran.

9. Avbokning
Jönköping Länstrafik, Färdtjänstenheten, ansvarar inte för avbokning av resa med allmänna kommunikationer. Vid resa med servicetaxefordon ska resenär avboka resan så snart det är känt att resan inte kan genomföras. Under kontorstid sker avbokning till företag som på uppdrag av Jönköpings Länstrafik ska utföra resan och för kännedom till Jönköping Länstrafik, Färdtjänstenheten. Utanför kontorstid kontaktar resenär i första hand det företag som på uppdrag av Jönköpings Länstrafik ska utföra resan (för närvarande Riksfärdtjänsten Sverige AB). I andra hand kontaktar resenär respektive trafikföretag. Vid försent avbokad resa kan kostnader för hela/delar av resan faktureras resenär.

10. Återkallelse av tillstånd
Enligt riksfärdtjänstlagen, 6 § kap, får en tillståndsgivare återkalla ett tillstånd för riksfärdtjänst om förutsättningarna inte längre finns eller om tillståndshavaren

gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelser av de föreskrifter som gäller för riksfärdtjänst. Föreskrifter får ändras, om ändrade förhållanden föranleder det. Återkallelse av tillstånd kan i praktiken förekomma endast i de fall vederbörande har ett tillstånd som gäller tillsvidare, för viss tid eller för ett visst antal resor.

11. Vilka beslut får överklagas
Alla beslut enligt 4-7 samt 9 §§ riksfärdtjänstlagen får överklagas enligt förvaltningslagens bestämmelser.

12. Tillämpningsföreskrifter
Reglernas praktiska tillämpningsföreskrifter utformas av ansvarigt verksamhetsområde Jönköpings Länstrafik.

13 Allmänna ordningsregler och säkerhet vid resa
Resenären inklusive eventuell ledsagare/medresenär är skyldig att följa bestämmelserna i Ordningslagen (1993:1617) och från tid till annan tillämplig lagstiftning.
Resenären är skyldig att följa förares anvisningar och tillsägelser. Om resenären inte rättar sig efter detta riskerar att bli avvisad från fordonet och därmed förlora rätten till att åka vid detta tillfälle. Är resenären berusad eller uppträder på ett sådant sätt att det kan misstänkas att personen kommer att störa ordningen eller på annat sätt äventyra säkerheten i trafiken, kan påstigning nekas. Resan kan även nekas på grund av sanitära skäl.

14. Ikraftträdande
2026-01-01 om inget annat anges.

Regelverk för sjuk- och behandlingsresor

1. Inledning

Rätten till sjukresor regleras i lagen (1991:419) om sjukreseersättning vid sjukresor. I lagen ges hänvisningar till lagar och förordningar som i sin tur pekar ut den vård och de behandlingar som berättigar till ersättning för resekostnader. Vidare anges att frågor om resekostnadsersättning skall prövas av sjukvårdshuvudmannen och att denna prövning skall ske enligt de grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer.
Sjukvårdshuvudmannen har med andra ord stora friheter att själv utforma innehållet och omfattningen av sjukreseverksamheten.

1.1 Vem omfattas av regelverket för sjukresor?

Alla personer som omfattas av AFL (Lagen om allmän försäkring) har rätt till sjukreseersättning enligt detta regelverk. Försäkrade enligt AFL är alla svenska och utländska medborgare som är bosatta i Sverige. EU/EES medborgare, samt medborgare i Schweiz, som inte är bosatta i Sverige, har rätt till akutsjukvård och sjukresa när de tillfälligt vistas här. Detta enligt samma regler som gäller för svenska medborgare. Även asylsökande omfattas av detta regelverk.

1.2 Utbetalning av sjukreseersättning

Begäran om sjukreseersättning ska lämnas till Sjukreseenheten inom 2 år efter resedatum. Lämnas begäran senare får patienten ingen ersättning.

1.3 Preskriptionstid

Om patient eller dödsbo inte hämtat ut pengar som Sjukreseenheten utanordnat är preskriptionstiden 10 år.

1.4 Omprövning av beslut

Beslut som grundar sig på det av Regionstyrelsen antagna regelverket kan inte omprövas på tjänstemannanivå.

1.5 Övrigt

Vid missbruk eller otillbörligt nyttjande av sjukresor har Regionen möjlighet att hänvisa sökanden till eget transportalternativ.

Detsamma gäller om patienten utsatt transportör för hot, våld eller olämpligt beteende i övrigt.

Ovanstående gäller sjukresor och ska ej påverka patientens möjlighet till icke-planerade sjukresor.

Resa till/från vården genom eget transportalternativ ersättas i efterhand enligt regelverket för sjukresor under förutsättning att sjukresan varit behövligt med hänvisning till patientens hälsotillstånd.

Med missbruk eller otillbörligt nyttjande avses nyttjande av sjukresa i avsaknad av adekvat medicinskt behov som inte kan styrkas med intyg.
Med hot, våld eller olämpligt beteende i övrigt avses ärende där resenär polisanmälts på grund av dennes beteende eller omständigheter i övrigt vid sjukresa.

2. Färdsätt

Generellt är det alltid billigare färdsätt som gäller. Det är alltid hälsotillståndet som avgör vilket färdsätt som patienten kan få ersättning/intyg för.

Hälsotillståndet avgör hur länge en patient kan vänta när tiden i vården inte passar med tåg- eller busstider. Bedömning om patient får åka med serviceresefordon istället för med tåg/buss med anledning av hälsotillståndet kan endast göras av behandlande vårdgivare.

2.1 Privat bil

Milersättning inom länet lämnas endast för resor till vissa återkommande kvalificerade behandlingar vid länets sjukhus se punkt 3.

Ersättning ges för närmaste (inte snabbaste) resväg och beräknas från patientens folkbokföringsadress till närmaste vårdgivare som kan ge relevant vård.

Om en patient som fått specialist- eller vårdgarantiremiss är berättigad att få åka sjukresa istället blir skjutsad till vården av en person som därefter reser tillbaka, utan att patienten följer med, dras ingen egenavgift för returresan. Detta gäller endast för resor utanför länet med egen bil.

2.2 Buss eller tåg

I första hand ska patienten åka buss eller tåg. Patienten bör försöka få tid på vårdcentral eller sjukhus som passar med buss- eller tågtiderna. Busshållplats finns oftast vid vårdinrättningarna.

Innan patienten får åka sjukresa på grund av att buss- eller tågtider inte passar måste patienten ha försökt ändra tiden för besöket.

Ersättning för buss- och tågresor inom länet lämnas endast för vissa resor till återkommande kvalificerad vård vid länets sjukhus se punkt 3.

2.3 Sjukresa med servicebilar

Den som på grund av sitt hälsotillstånd inte själv kan köra, åka kollektivt eller på annat sätt ta sig till vården har rätt till sjukresa med servicebilar.

Bedömning om patient får åka med servicebilar istället för annat transportmedel med anledning av hälsotillståndet kan endast göras av behandlande vårdgivare. Intyg för sjukresa behövs inte för personer över 85 år.

Vårdgivare ger tillstånd till resa i samband med att resa bokas alternativt att vårdgivare ger tillstånd för en eller flera resor.

Resan beställs via Beställningscentralen för Serviceresor per telefon alternativt bokas digital av vårdgivare enligt gällande regelverk.

Patienten kan åka sjukresa med servicebilar från olycksplats/vistelseplats eller sin folkbokföringsadress till valfri vårdcentral inom länet som ingår i Vårdval och i övrigt till närmaste vårdgivare som kan ge relevant vård. Saknas allmänna kommunikationer helt kan patienten få resa med sjukresa med servicebilar till närmaste busshållplats eller tågstation.

Planerade vårdbesök med medicinskt behov av sjukresa beställs via Beställningscentralen för Serviceresor alternativt digitalt av vårdgivare senast kl. 16.00 en vardag i förväg. Sjukresorna ska i möjligaste mån samordnas. Behandlande vårdgivare kan bevilja ensamåkning om synnerliga skäl finns, t ex att patienten är mycket infektionskänslig, eller om patienten själv har en smittsam sjukdom.

Vid akuta besök i vården kan beställning ske dygnet runt.

Vården beställer hemresan eller utfärdar digitalt intyg som både styrker besöket i vården samt behovet av färdsätt. Egenavgift som för sjukresa erläggs.

I de fall som vårdgivaren inte intygar att hälsotillståndet kräver serviceresa kan Sjukreseenheten i efterhand fakturera patienten.

Den som inte utnyttjar en beställd resa kan faktureras för den kostnad som uppstår om avbeställning av resan inte görs senast 30 minuter före planerad hämtning.

Resor till/från vården sker i samband med vårdbesöket, d v s det är inte tillåtet att bryta vårdkedjan med privata ärenden före eller efter vårdbesöket.

Finns färdtjänsttillstånd berättigar detta till att åka sjukresa enligt villkoren i giltigt färdtjänsttillstånd.

2.4 Flyg
För att flygresa ska beviljas krävs intyg från remitterande läkare/vårdgivare att hälsotillståndet kräver detta färdsätt.

2.5 Övrigt vid sjukresa
Resa medges till valfri vårdcentral inom länet som ingår i vårdval och i övrigt till närmaste vårdgivare inom länet som kan ge vård. Den som själv väljer att söka vård på annan ort får stå för merkostnaderna som den längre resan innebär. Detta gäller såväl inom som utanför länet. Det gäller även när personen på eget initiativ begärt att få bli remitterad till annan vårdgivare (valfrihetsremiss).

I vissa fall kan ersättning ges för resa till annan plats än bostaden (folkbokföringsadress).

Vid alla resor med servicefordon utanför länet och krävs en specialistvårdsremiss. Vårdgivaren ska även ha gjort en bedömning av patientens behov av sjukresa med servicefordon. Detta gäller bara när patientens hälsotillstånd är sådant att privat bil och allmänna kommunikationer inte kan användas.

3. Sjukresor inom länet
Ersättningen för buss, tåg och privat bil inom länet ersätts inte, med undantag av sjukresor till vissa återkommande kvalificerade behandlingar vid länets sjukhus.

Med återkommande menas minst 10 resor (20 enkelresor) inom 4 månader.

Det är alltid den planerade behandlingen (vårdformen) som avgör. Det innebär att en dialyspatient som bryter armen har rätt till ersättning för resorna till dialysen men inte till ortopeden.

Digitalt intyg alt att vården beställer resan gäller för sjukresa med servicefordon.

För de ersättningsberättigade bil, buss- och tågresorna finns en särskild blankett. Respektive avdelning/mottagning skriver under och skickar in denna blankett till Sjukreseenheten för utbetalning. Underskriften innebär att avdelningen/mottagningen intygar att behandlingen är en av de godkända behandlingarna samt att patienten deltagit angivna datum.

Följande behandlingar ger rätt till ersättning under förutsättning att tidsramarna ovan uppfylls:

- Dialysbehandling
- Cancerbehandling inkl strålbehandling
- Lung- och allergimottagningen

- Dagsjukvård Anorexienheten (inkl. uppföljningsbesök)
- Dagsjukvård Ätstörningsenheten på Psykiatriska kliniken,
- Dagsjukvård på Reumatologmottagningen på Ortoped och Reumatologkliniken,
- Dagsjukvård Rehabiliteringsmedicinska kliniken,
- Övriga besök hos läkare som uppfyller tidsramarna ovan, till exempel ECT-behandling.
- För barn och unga under 18 år gäller att man kan få ersättning för bil, buss eller tåg om barnet behandlats på Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Länssjukhuset Ryhov eller Habiliteringscentrum.

För besök till Hematologen Cytostatika kan man få ersättning för resa med bil, buss eller tåg vid minst 10 behandlingar inom en period av 6 månader.

4 Sjukresor utomläns, specialistvårdsremiss

För att få sjukreseersättning vid utomlänsvård (gäller även inom Europa) krävs alltid specialistvårdsremiss eller vårdgarantiremiss utfärdad av behörig läkare inom Region Jönköpings län såvida vårdbehovet inte uppstått akut vid vistelse i annat län eller region. För resa med servicerесefordon utanför länet ska remitterande läkare göra en bedömning av patientens hälsotillstånd och upprätta en specialistvårdsremiss.

För resa mellan sjukhus och patienthotell utanför länet gäller samma egenavgift som för resor som är berättigade till ersättning.

5 Utomlänspatienters hemresor och våra länsbors hemresor från annat län

Olika regler för sjuk- och behandlingsresor gäller när man får vård i annan region. Vårdregionen ska informera patienten om att denna kan få stå för resekostnaden själv beroende på vilka regler som gäller.

Kontakta alltid hemregionen före hemresan. Dessa resor beställs via Beställningscentralen för Serviceresor i patientens hemregion. Med hemregion avses den region där patienten är folkbokförd.

Regionen ersätter kostnad för resa till närmaste vårdinrättning efter akut insjuknande eller olycka vid vistelse i annat län.

Hemresa efter sådant akut insjuknande eller olycka ansvarar patienten själv för. Fakturor på sådana resor från andra regioner betalas inte av Region Jönköpings län.

6 Regler för personer från EU/EES-länder och övriga länder

6.1 EU/EES-medborgare och nordiska medborgare.

Utländska medborgare som under tillfällig vistelse inom en region, drabbas av akut sjukdom eller olycksfall har rätt till akut sjukvård enligt hälso-och sjukvårdslagen (HSL). Patienter som omfattas av EU/EES-avtalet ska visa EU-kort och intyg som styrker identiteten för att få sjukvårdsförmåner till samma kostnad som svenska medborgare. För patienter från nordiska länder räcker det med pass eller annan ID-handling som styrker identitet och nationalitet.

Sjukvårdsförmånerna för EU/EES-medborgare och nordiska medborgare omfattar även akut sjukresa från vistelseort alternativt olycksplats till närmsta vårdgivare.

Sjukresan ska ske med det färdsätt som patientens tillstånd kräver. Patienten betalar samma egenavgift som länsinvånare för sin sjukresa

Patient från EU/EES-land har också rätt till returresa till vistelseort eller tillfällig bostad i Sverige efter avslutad vård. Samma regler som för svenska medborgare gäller.

6.2 Medborgare från övriga länder

Medborgare från övriga länder har inte rätt till sjukresor eller till ersättning för resor till och från sjukvården. Detta gäller även överflyttningsresor. För asylsökande se punkt 5.

7 Reseersättning och egenavgift

Generellt sett är det endast den del av resekostnaden som överstiger egenavgiften, som ersätts av regionen.

7.1 Privat bil

Privat bil ersätts med Skatteverkets schablonbelopp för resor med egen bil med avdrag för egenavgift 150 kr enkel resa.

Ersättning inom länet lämnas endast för resor till viss återkommande kvalificerad vård vid länets sjukhus. Se punkt 3.

Parkeringsavgifter ersätts endast när det är en anslutningsresa till tåg eller buss.

Övriga parkeringsavgifter, biltullar, broavgifter samt trängselskatt ersätts inte.

Vid resan med privat bil är det samma ersättning per kilometer oavsett hur många som åker med i fordonet.

7.2 Buss, tåg, flyg och färja

Biljettkostnader för 2:a klass ersätts med avdrag för egenavgift motsvarande enkelbiljett linjetrafiken 1 zon per enkel resa, undantag flyg och färja med bil där egenavgiften är 150 kr. I annat fall Länstrafikens lägsta zonpriser. Vid beställning av resa via Internet ersätts även bokningsavgift.

Vid behandlingsserier förutsätts t ex zonkort eller länskort.

Ersättning inom länet lämnas endast för resor till viss återkommande kvalificerad vård vid länets sjukhus. Se punkt 3.

7.3 Serviceresor

Egenavgift för sjukresa med som beställs hos beställningscentralen för Serviceresor är 150 kr enkel resa.

Patienten ska betala en egenavgift enkel resa, t ex en patient som åkt sjukresa till vårdcentralen och därefter remitterats vidare betalar ingen ny egenavgift. Detsamma gäller för de som betalat egenavgift för anslutningsresa till annat fordon.

Intagna på kriminalvårdsanstalt betalar ingen egenavgift. Hemregionen debiteras.

Ålderspensionärer (över 65 år) som reser till geriatrisk dagsjukvård betalar ingen egenavgift.

Patient som reser till/från vården på grund av allmänfarlig sjukdom enl. Smittskyddslagen (SML) betalar egenavgift och kan ansöka om återbetalning av egenavgift fn hos försäkringskassan.

Donator och ledsagare betalar ingen egenavgift.

7.4 Asylsökande

Hälsotillståndet avgör färdsätt till vården för akut vård.

Enligt lag ska de asylsökandes egenavgift för sjukresor i vara högst 40 kronor. För att den lägre avgiften ska gälla måste patienten visa LMA-kortet för föraren i samband med betalning. Justering i efterhand tillåts inte. Fakturering kan inte ske. Egenavgift 40kr gäller även för dem som fått permanent uppehållstillstånd (PUT) men inte blivit kommunplacerad. Dessa personer ska uppvisa LMA-kort eller PUT-bevis. Asylsökande har inte rätt till reseersättning för resor med egen bil, buss eller tåg.

7.5 Reseersättning ledsagare

Behovet av ledsagare ska alltid vara styrkt av vårdgivaren.

En förutsättning för att ledsagarens kostnader för allmänna kommunikationer ska ersättas är att patientens ålder eller tillstånd motiverar att någon följer med och att ledsagaren hjälper patienten med t ex betalning, bagage och liknande. Gäller endast för resor utanför länet.

För barn under 18 år krävs inte vårdgivarens intyg om att en ledsagare behövs, undantag är digitalt intyg då detta anges. I normalfallet godkänns endast en ledsagare. I de fall barnet behöver tillsyn/hjälp under färden av fler, kan två ledsagare accepteras.

Endast de faktiska kostnaderna för resan ersätts enligt detta regelverk. Förlorad arbetsförtjänst, utlägg för kost etc. ersätts inte.

En ledsagare kan följa med patienten i servicefordonet om patientens ålder eller tillstånd motiverar att någon följer med och att ledsagaren hjälper patienten med t ex betalning, bagage och liknande. Ledsagaren betalar ingen egenavgift. Behandlande vårdgivare kan intyga att ytterligare en ledsagare behövs under färden (alternativt en ledsagare utöver vad färdtjänsttillståndet medger). Om fler ledsagare följer med faktureras patienten för kostnaden i efterhand.

Stannar patienten kvar för vård (utanför länet) får ledsagaren resa hem med billigaste färdsätt (tåg eller buss). Ingen egenavgift dras. Observera att den som följer med i ambulans inte får ersättning för hemresan. Resor för enbart följeslagare med Serviceresefordon medges inte. Om vården beställer resa för person som inte är patient faktureras avdelningen/mottagningen för resans totala kostnad.

All reseersättningen ansöks av patient och betalas till patient.

Boende på särskilt boende jämställs med eget boende. Om kommunens personal är med som ledsagare gäller samma regler som för medföljande anhöriga.

Eventuella merkostnader för personalens återresa med taxi ersätts inte enligt detta regelverk.

När personal följer med som vårdare under transport vid t ex överflyttning ska detta anges vid beställningen. Detta gäller även för återresa utan patient. Samåkning enligt gällande regler ska ske för återresa.

7.6 Forskning och donation

För patienter som kallas i forskningssyfte till annan region ges reseersättning endast om remitterande klinik i hemregionen givit sitt godkännande till fortsatt forskning/uppföljning. Specialistvårdsremiss krävs. För patienter som är skrivna i Jönköpings län och som ingår i studie- och forskningsprojekt, gäller följande:

Den som av hälsoskäl inte förmår att resa med allmänna kommunikationer eller privat bil kan beställa sin resa via Serviceresor och vården intygar behovet. Ingen reseersättning för privat bil, buss eller tåg utgår inom länet.

Patientens hemregion står för donatorns resor. Sjukreseenheten betalar ut ersättning utan avdrag för egenavgift.

7.7 Barn och barnperspektivet

Ersättning för resa till besök hos sjukt barn (ej fyllt 18 år) kan i vissa fall betalas. Bestämmelserna om färdsätt, belopp och egenavgift gäller även för dessa resor. Reseersättning ges när förälderns/föräldrarnas eller den anhöriges besök ingått som en aktiv del i behandlingen av barnet. Det kan gälla besök till Anorexienhetens dagsjukvård inom länet eller efter remitterad vård till sjukhus utanför länet.

Ersättning för resa och övernattning kan ges för en besöksresa i veckan (oavsett om det är en ren besöksresa eller om besöket kombineras med t ex läkar-kurator- psykologsamtal) hos barn som vårdas akut eller efter specialist- eller vårdgaranti på sjukhus utanför länet. Ett besök per vecka ersätts även om den andra föräldern eller annan anhörig vistas stadigvarande hos barnet på sjukhuset. Ingen egenavgift för besöksresor.

Barnets folkbokföringsadress avgör varifrån reseersättning utbetalas. I vissa enstaka fall kan ersättning beviljas för resa från annan ort i eller utanför vårt län.

Om ett barn, som t ex bor med en vårdnadshavare i Jönköping, får behandling på Universitetssjukhuset i Linköping kan vårdnadshavare, som är bosatt i Halmstad, få reseersättning från Halmstad till Linköping för deltagande vid exempelvis psykologsamtal. En individuell prövning görs alltid. Vikten av att båda föräldrarna deltar i behandlingen ska styrkas av vårdgivaren.

För barn under 18 år krävs inte vårdgivarens intyg om att en ledsagare behövs. I normalfallet godkänns endast en ledsagare. I de fall barnet behöver tillsyn/hjälp under färden av fler, kan 2 ledsagare accepteras. Barn under 7 år reser alltid med ledsagare. Vid digitala intyg anges alltid ev behov av ledsagare oavsett ålder.

7.8 Övernattning

Kostnader för övernattning på patienthotell eller på särskilt anvisat hotell kan ersättas om det blir billigare än att resa fram och tillbaka två eller flera dagar i rad.

Övernattning kan även ersättas om det blir orimligt att resa samma dag som besöket är planerat, t.ex. planerat läkarbesök före kl. 10:00 kan vara skäl till övernattning måste ske. (Billigaste boende ersätts dock max 1600kr/natt t.ex. om resa måste påbörjas före kl. 04:30.)

Om övernattning ordnas i privat boende kan ersättning ges enligt de bestämmelser som gäller för Sveriges Kommuner och Regioner.

7.9 Ej ersättningsberättigade resor

Följande är exempel på resor som inte omfattas av regelverket för sjuk- och behandlingsresor:

•Taxiresor som beställs direkt via taxi.

•Resor till vårdgivare utan avtal med regionen eller anslutna till Försäkringskassan.

•Anhörigas besöksresor (vissa undantag för besök hos barn på sjukhus).

•Resor mellan privat adress och särskilt boende som jämställs med eget

boende

•Dagvård med social inriktning

•Förebyggande hälsovård (t.ex. MVC, BVC, familjecentral, BB-hemvård, vaccinationer, hälsokontroller efter generella kallelser till vissa målgrupper t.ex. mammografi, cellprovtagning, aortascreening etc.)

•Friskvård

•Bassängträning i kommunalt eller privat badhus som inte leds av sjukgymnast

•Företagshälsovård (läkare, sjukgymnast etc.)

•Apotek

•Optiker

•Frisör

•Familjerådgivning

8. Regler för gästdialys

Patienten måste ha en remiss (valfrihetsremiss). Ersättning för resa som är längre än resan från hemorten till hemsjukhuset betalas under en sjudagarsperiod per år. Under denna vecka får egenavgiften tillgodoräknas i högkostnadsskyddet alternativt högkostnadsskydd utnyttjas. Sjukreseenheten kan utfärda betalningsförbindelse för taxi under denna tid.

För övriga längre resor gäller de vanliga reglerna om valfrihet utanför länet. Det innebär att patienten får stå för merkostnaden för längre resor. Egenavgiften får inte tillgodoräknas i högkostnadsskyddet och betalningsförbindelse för taxi kan inte skrivas.

Kortare resor ersätts alltid men endast en sjudagarsperiod per år räknas in i högkostnadsbeloppet. Under denna vecka får egenavgiften tillgodoräknas i högkostnadsskyddet. Sjukreseenheten kan utfärda betalningsförbindelse för taxi under denna tid.

9. Permission och permissionsresor

9.1 Betalning vid permissioner

För resdag betalar patienten patientavgift för sluten vård. För permissionsdag betalar patienten ingen patientavgift.

9.2 Resdag

Som resdag räknas den dag patienten lämnar avdelningen för att gå på permission. Som resdag räknas också den dag patienten återkommer till avdelningen efter avslutad permission.

9.3 Permissionsdag

Som permissionsdag räknas den dag då patienten vistas utanför sjukhuset i minst 12 timmar mellan kl. 00.00 och kl. 24.00. Detta gäller även de dagar när man reser till och från sjukhuset.

9.4 Omfattning av permissionen

Permissionen får omfatta högst tre dagar, detta exklusive resdagar. Undantag: Avsteg från denna regel får i undantagsfall göras för patienter som vårdas på psykiatriska kliniken och där permissionen ingår som ett led i behandlingen.

9.5 Permissionsresor

För att ersättning ska utgå måste permissionen vara på initiativ av behandlande vårdgivaren och ingå som ett led i behandlingen.

Huvudregeln är att reseersättning ges för resa till/från bostaden. I vissa fall kan ersättning ges för resa till annan plats än bostaden t ex till en anhörig. Merkostnader överstigande en mils längre resa får patienten stå för själv.

Om patientens hälsotillstånd är sådant att allmänna kommunikationsmedel inte kan användas och anhöriga inte kan skjutsa så kan servicerесefordon beställas via Serviceresor och vården intygar behovet. För barn upp till 16 år (som inte har färdtjänst)

krävs särskilda skäl för att beviljas sjukresa, eftersom det i normalfallet är vårdnadshavares ansvar att ordna resan.

Andra resor i samband med permission är inte sjukresor och får inte beställas via Serviceresor.

Vården beställer resan om patienten av hälsoskäl inte själv kan köra, inte klarar av att åka tåg eller buss och inte har någon närstående som kan skjutsa. Patienten betalar ingen egenavgift.

10. Högkostnadsskydd för sjukresor

För att få högkostnadsskydd för sjukresor ska patienten inom tolv månader ha betalat minst 2 700 kr i egenavgifter. Endast ersättningsberättigade resor ingår i högkostnadsskyddet och patienten är själv ansvarig för att spara kvitton och underlag.

Barn under 18 år i samma familj har gemensamt högkostnadsskydd. Det åligger förälder att meddela sjukreseenheten vilka barn som ska omfattas av högkostnadsskyddet.

Vid resa med egen bil registrerar Sjukreseenheten resekostnaderna manuellt efter att underlag lämnats in. Beräkning av högkostnadsskydd sker med automatik för resor som beställs och utförs med Länstrafikens Serviceresefordon. Detta innebär att när första sjukresan sker (alt nuvarande högkostnadsskydd går ut) påbörjas beräkning av egenavgiften och när belopp (f.n.) 2 700 kr uppnåtts inom en 12-månadsperiod sker ingen debitering av avgift inom 12-månadsperioden. Manuella justeringar av datum kan inte ske.

Högkostnadsskydd för sjukresor får endast utfärdas för personer som är folkbokförda i Jönköpings län.

11. Ikraftträdande

2026-01-01, om inget annat anges.

§ 85

Budget 2026 med flerårsplan för 2027–2028 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2025/8

Beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

- överlämnar förslag inklusive bilagor till Budget 2026 med flerårsplan för 2027–2028 Nämnd för folkhälsa och sjukvård till regionstyrelsen.

Reservation

Kristdemokraterna, Centerpartiet och Sverigedemokraterna reserverar sig mot beslutet till förmån för egna förslag.

Sammanfattning

Ett förslag till budget med flerårsplan för 2027–2028 gällande nämnden för folkhälsa och sjukvård har tagits fram. Förslaget presenteras för nämnden i bifogad skrivelse med bilagor.

Förslag till beslut

- Förslag av den politiska ledningen (Socialdemokraterna, Moderaterna, Vårddemokraterna) enligt bilaga
- Förslag av Kristdemokraterna enligt bilaga
- Förslag av Centerpartiet enligt bilaga
- Förslag av Sverigedemokraterna enligt bilaga

Beslutsgång

Ordföranden ställer den politiska ledningens förslag mot vart och ett av de övriga förslagen och finner att nämnden beslutar enligt den politiska ledningens förslag.

Beslutsunderlag

- Beslut NFSP 2025-06-04 Budget 2026 med flerårsplan för 2027–2028 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Missiv: Budget 2026 med flerårsplan för 2027–2028 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Budget 2026 med flerårsplan för 2027–2028 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Bilaga: Egenavgifter och bidrag 2026 – hjälpmedelsområdet
- Bilaga: Patientavgifter i vården 2026
- Bilaga: Regelbok 2026 Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län
- Bilaga: Regelbok 2026 Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län
- Kristdemokraternas förslag till budget 2026
- Centerpartiets förslag till budget 2026
- Sverigedemokraternas förslag till budget 2026

Beslutet skickas till
Regionstyrelsen
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Region Jönköpings län

Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Folkhälsa och sjukvård

Folkhälsa och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. *Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.*



POLITISK SAMMANFATTNING

Målet för hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är att länsinvånarna ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som är jämlik och jämställd, har hög patientsäkerhet och hög tillgänglighet samt uppvisar kliniska resultat i toppnivå.

En behovsanpassad hälso- och sjukvård som är personcentrerad innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där vården är samordnad och präglas av kontinuitet och patienten känner tillit till vården. En hälso- och sjukvård av hög kvalitet baseras på bästa tillgängliga evidensbaserade kunskap. Med en jämlik vård ska alla erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande, oavsett kön, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Flickor, pojkar, kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god uppväxt och hälsa samt erbjudas vård på lika villkor. En vård som är tillgänglig i alla delar av länet innebär bland annat att den är lätt att komma i kontakt med och att vården ges i rimlig tid.

Dessa mål förpliktigar och ställer krav på att Region Jönköpings län kontinuerligt arbetar med att vara en attraktiv arbetsgivare och har tillgång till medarbetare och ledarskap, som målmedvetet arbetar för att uppnå detta i samskapande med patienten. För att säkra tillgång till god, sammanhållen och högkvalitativ vård i hela länet fortsätter Region Jönköpings län arbetet med att utveckla och stärka tre akutsjukhus, vårdcentraler, tandvården, förbättrar folkhälsan och samverkan med olika aktörer. Under mandatperioden ska antalet vårdplatser på länets tre akutsjukhus öka efter behov.

Inom vården ska grundbemanningen öka främst inom dygnet runt verksamheten och på vårdcentraler på glesbygd för att säkra en patientsäker vård. Det är viktigt att primärvården i hela länet har den bemanning som tillgodoser behovet hos länets invånare. Det ska vara rätt bemanning på rätt plats. Tillgängligheten till vården behöver bli bättre och personalomsättningen ska minska. Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet. Det innebär en översyn över tillgängligheten till 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdplatser, närakuter och vårdcentraler.

Region Jönköpings län behöver förbättra vården för personer med kronisk sjukdom så att de upplever en så bra livskvalité som möjligt. Arbetet med att förbättra vården för patienter med stora vårdbehov eller kroniska sjukdomar fortsätter att prioriteras. Det preventiva folkhälsoarbetet systematiseras för att

utjämna de påverkbara hälsoskillnaderna inom en generation och arbetas med mer målinriktat genom bland annat riktade insatser via vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden. Arbetet med att stärka attraktiviteten för vårdcentraler i glesbygd fortsätter.

Region Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva och åldras på. Tillsammansbilden utgår ifrån detta och Region Jönköpings län har under lång tid arbetat utifrån den. Tillsammansbilden symboliserar samhället utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Perspektiv som utgår ifrån vardagslivet, stöd för kropp och själ, primärvården och specialiserad sjukhusvård. Fokus ska vara att få vardagslivet att fungera, att det finns stöd för kropp och själ så att primärvård och sjukhusvård undviks så långt som möjligt. De stora kostnaderna ligger i sjukhusvården och här krävs det en förskjutning i vårt sätt att arbeta och tänka kring hälsa. Ett systematiskt arbetssätt behövs för det preventiva folkhälsoarbetet för att undvika utveckling av sjukdom senare i livet.

Det krävs förändrade arbetssätt för att få en förflyttning av hälso- och sjukvård från sjukhusvården till den nära vården, bättre förutsättningar för egenvård och förebyggande insatser. Digitalisering och artificiell intelligens är viktiga verktyg för att transformera arbetssätt och för att minska resursanvändningen. Implementeringen av förändrade arbetssätt och förflyttningen behöver ske successivt. I planen för ”Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030” beskrivs strategier som är framtagna utifrån invånarperspektiv och behov. Strategierna är vägledande i det fortsatta arbetet med att möta och utveckla framtidens behov av hälso- och sjukvård. Under 2026 fortsätter arbetet med att implementera strategiernas innehåll.

Region Jönköpings län fortsätter 2026 och de kommande åren att satsa på primärvården och den nära vården. Målet är en samordning och kontinuitet av vårdinsatser, ökad tillgänglighet och ökad delaktighet där patientens ställning stärks. Med en åldrande befolkning med ökat vårdbehov utgör vårdcentralerna navet för att kunna erbjuda en nära och jämlik vård i hela länet. Vårdcentralerna ska aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja för patienter med stora vårdbehov.

Region Jönköpings län ska stärkas som primärvårdslän, därför stärks kapaciteten med fler distriktsläkare i hela länet under mandatperioden. Här är arbetet med att styra ST-läkare mot primärvården en viktig insats. En jämnare utbyggnad av vårdcentralerna, där patienter har samma möjlighet att få kontinuitet på samtliga vårdcentraler prioriteras. För att utveckla den nära vården har en utvecklingsresurs tillsatts för att driva på processerna, samt att vidta erforderliga åtgärder för att uppnå kontinuitet.

En stark primärvård främjar en jämlik hälsa och kräver en god bemanning. Förstärkningen i primärvården ska öka läkartätheten, som leder till ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården där det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.

Arbetet med att införa överenskommelser inom Region Jönköpings län fortsätter för att främja arbetet med samordning och kontinuitet i vården med en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vårdinsatser. Överenskommelser skall erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Satsningen på införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp fortsätter. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att patienter och närstående ska uppleva en mer förutsägbar, välorganiserad och personcentrerad process oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig, under utredning, behandling, uppföljning eller rehabilitering. Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp Cancer.

Idag finns det stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället avseende till exempel kön, etnisk tillhörighet, utbildningsnivå, geografi och olika socioekonomiska grupper. För att uppnå en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län aktivt stödja människor i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa. Större hänsyn måste tas till socioekonomiska förutsättningar i de olika upptagningsområdena med en nära och trygg vård som ska vara tillgänglig. Ett aktivt arbete behövs för att utjämna dessa hälsoskillnader. Det preventiva folkhälsoarbetet intensifieras under planperioden och ska ha ett livscykelperspektiv, från den gravida mamman till den äldre individen som tar sitt sista andetag. Systematiskt hälsofrämjande arbetssätt leder till ett ökat välbefinnande och i kombination

med ökad utbildningsnivå kan skillnader i ohälsa utjämnas. För att minska hälsoskillnaderna i länet och förbättra folkhälsan behöver samarbetet mellan hälso- och sjukvården, länets kommuner, civilsamhället, idéburet partnerskap, frivilligorganisationer, idrottsföreningar med flera fortsätta att stärkas. Samarbetet med länets 13 kommuner och närliggande regioner ska under planperioden stärkas.

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa fortsätter under 2026, där fortsatta riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga är ett samhällsproblem som behöver hanteras kraftfullt där olika aktörer som finns runt barnet som mår dåligt, behöver samverka och samarbeta och utgå ifrån ”Vad är bäst för barnet och familjen för att erhålla bra uppväxtvillkor”. Ett kraftfullt agerande i tidig ålder kan leda till en meningsfull skolgång och uppväxt och i slutändan en samhällsvinst där samarbetet mellan elevhälsan, barn- och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt. Barnobesitas är ett växande problem bland barn och unga i länet.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Region Jönköpings läns arbete med att bygga ut den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshälsan fortsätter, där barn och ungdomshälsans uppdrag utökades och arbetet med ”En väg in” fortgår. Allt i syfte att förbättra tillgängligheten med målet att ge barn och unga en god hälsa.

Vaccinationer är en viktig åtgärd för att förebygga och utrota smittsamma sjukdomar. Region Jönköpings län ska vara i framkant och arbeta för att vaccininsatserna ska nå alla delar av befolkningen. För att implementera liggande och kommande vaccinationsrekommendationer för vaccinationer tillsätts en arbetsgrupp inom Region Samverkan Sydöstra för att hantera frågan.

Region Jönköpings län driver konkurrensutsatt verksamhet i egen regi (vårdval och tandvård). Samma styrning gäller som för annan verksamhet som bedrivs av Region Jönköpings län. Långsiktiga ambitioner och vägval som inte regleras av regelbok eller lagstiftning behöver förtydligas ytterligare inom områden som till exempel utbuds- och lokaliseringsfrågor och tjänsteutbud/plattformar mot invånarna.

Vissa verksamheter inom Region Jönköping län har haft svårt att hålla sin budget. Handlingsplaner har tagits fram och arbetas aktivt med. En god budgetdisciplin främjar en jämlik vård och resursfördelning och stöttar arbetet med en god kompetensförsörjning. Alla verksamheter har ett ansvar att hålla sin budget.



TILLSAMMANS FÖR BÄSTA MÖJLIGA HÄLSA OCH JÄMLIK VÅRD

När hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län planeras och genomförs utgår vi från vad som är bäst för "Esther och hennes närstående och vänner". Ett särskilt fokus ligger på att stödja Esther att kunna leva ett bra liv så oberoende som möjligt efter hennes förmåga. Personcentrering och samskapande är därför viktigt. Esther ska alltid veta vart hon ska vända sig och vårdcentralen ska vara den naturliga kontaktpunkten. Att fortsatt förstärka primärvården är därför en viktig del av att bygga ut den nära vården. Region Jönköpings län planerar att under året fortsätta att utveckla arbetet med bästa platsen att växa upp, leva och åldras, och strävar efter att "jag som invånare får den vård jag behöver,

när jag behöver den och på det sätt jag behöver."

Region Jönköpings län har tre välfungerande akutsjukhus med stort förtroende hos invånarna. Tillgänglighet till sjukvården i länet är bland den bästa i landet. Det finns ändå områden som behöver förbättras. Vi arbetar ständigt med att förbättra samspelet i hela vårdkedjan, från hemmet till vårdcentralen och vidare till sjukhus när det behövs. Det finns ökade behov inom en del grupper, ett sådant exempel gäller barns och ungas hälsa, där allt fler barn behöver stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdens budget för 2026 omsätter cirka 15 miljarder kronor. Region Jönköpings län arbetar med kvalitet som strategi, vilket innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, samt fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter. Då nya arbetssätt och rutiner införs är det viktigt att värdera nyttan i förhållande till kostnaden och att ta hänsyn till eventuella undanträngningseffekter. På detta sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden. Detta arbete är särskilt viktigt för att kunna fortsätta utveckla vården och skapa attraktiva arbetsförhållanden.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård
Under 2020 togs en plan fram för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen avser sjukvårdsutveckling under en tioårsperiod, fram till 2030. Planen utgör grunden för budget och verksamhetsplan. Under 2025 kommer en översyn och revidering av dokumentet att göras.

I planen beskrivs sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Ett övergripande syfte är att fortsätta stärka patientens ställning och göra det möjligt för människor att ta eget ansvar för sin hälsa. Närhet och tillgänglighet är viktiga utgångspunkter för att utforma hälso- och sjukvård, men omfattar också tjänster, service och samverkan med andra samhällsaktörer. Alla invånare har rätt till god och jämlik vård utifrån behov oavsett var i länet man bor.

Figur XX Sex övergripande strategier



Den nära vården
Nära vård är en viktig del i arbetet med att möta behoven för framtidens hälso- och sjukvård. Huvuddelen av invånarnas behov av hälso- och sjukvård tillgodoses i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; främst inom Region Jönköpings läns egen verksamhet, men även kommunerna och civilsamhället. Den nära vården:

- är en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom
- skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare
- arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms, det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet
- är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan bidra med för patientens hälsa
- är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och ger feedback till steget före och underlättar för steget efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja
- har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård är tillgänglig när den behövs
- använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov
- innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Folkhälsa
Folkhälsan i Jönköpings län förbättras, men det finns fortfarande stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Målet är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation så att alla kan leva ett aktivt och självständigt liv. Region Jönköpings län arbetar för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet genom att främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, bland annat länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle.

I folkhälsoarbetet spelar både hälso- och sjukvården och regional utveckling en central roll. Tillgång till arbete, utbildning samt fritids- och kulturaktiviteter har stor betydelse för befolkningens hälsa. Region Jönköpings län har ett stort ansvar för att leda utvecklingen av samarbete och samverkan. Som prioriteringsgrund för kommunsamverkan används underlag som beskriver variationen i befolkningens hälsa på kommunnivå.

Syftet med Hälsocenter i länets kommuner är att genom ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt ge stöd till att förbättra invånarens fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa. Arbetet underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd. Målgruppen för Hälsocenter är invånare som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Genom ett helhetsgrepp på hälsa lägger vi grunden för att varje individ får möjlighet till rätt stöd för att må bra och växa som människa. Den vuxna befolkningen utgör huvudmålgruppen för Hälsocenter, men andra åldersgrupper kan inkluderas utifrån lokala behov. På individuell nivå kan kultur på recept vara ett bra komplement till andra behandlingar. Alla länets 13 kommuner har ett Hälsocenter. Fokus ligger på att utveckla nätverksbyggande mellan Region Jönköpings län och länets kommuner, samt att i den mån det går öka samverkan med civilsamhället.

Förebyggande insatser ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården och genomsyra all vård och behandling. Verksamheterna ska prioritera att främja patienternas hälsa och livskvalitet genom att stödja arbetet med hälsosamma levnadsvanor samt förebygga och behandla sjukdom. Arbetet med ohälsosamma levnadsvanor följer struktur i tre steg: uppmärksamma, åtgärda och följa upp. Samtal om levnadsvanorna ska vara en naturlig del i patientmötet.

Att arbeta för en jämlik hälsa innebär att vården även ska tillgängliggöras på lika villkor för målgrupper inom funktionshinderområdet, som exempelvis personer med en intellektuell funktionsnedsättning. Vårdens bemötande och erbjudanden ska anpassas efter patienters olika behov och förutsättningar. En stor grupp utrikesfödda invånare lever i utanförskap, vilket försvårar tillgången till hälsoinformation och påverkar stöd och behandling. De behöver information om det svenska sjukvårdssystemet, främjandet av hälsosamma levnadsvanor, tandhälsa, föräldraskapsstöd, hantering av kroniska sjukdomar, våld i nära relationer och insikt i socialtjänstens arbete. Genom samverkan med länets kommuner och andra aktörer vill vi stärka och främja en positiv utveckling i dessa målgrupper och stärka känslan av egenmakt. Hälso- och sjukvården behöver också öka sin

interkulturella kompetens och förståelse för de särskilda kommunikationsbehov som utrikesfödda målgrupper kan ha.

Region Jönköpings län beviljar årligen stöd till länsövergripande organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i länet. Dessa bidrag utgör en viktig stimulans till civilsamhället för att stödja invånarna att bättre hantera och förbättra sin hälsa. Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. Inom funktionsrättsområdet ska stödet bistå föreningar att genom olika mötesplatser sprida information, upplysa och delge kunskap om funktionsnedsättningar samt stödja organisationer till att verka för en förbättrad hälsa.

Bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på
”Bästa platsen” är ett lärande nätverk som utvecklats genom stärkt samverkan mellan kommunerna, Region Jönköpings län och civilsamhället. Det är ett hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete för att stärka barns, ungas och äldres hälsa. Både generella och riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till hälsa, uppväxtvillkor och socioekonomi, men också för att möta den ökande psykiska ohälsan. Målet är att förbättra barns hälsa med två procentenheter per år, men också att stödja barnrättsarbetet. Barns och ungas mänskliga rättigheter ska beaktas och de ska bemötas med respekt, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

Ett länsövergripande barnskyddsteam bedriver utbildning inom kunskapsområdet barn som far illa, bistår konsultativt vid medicinska utredningar och anmälningar till sociala och polisiära myndigheter samt följer upp och kvalitetssäkrar rutiner för handläggning. Barnskyddsteamet ska också utveckla kunskap om hedersrelaterad problematik.

Barnahus är en samverkan mellan polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin, rättsmedicin och BUP (barn- och ungdomspsykiatri) vid misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Barnahus har två övergripande mål, dels att förstärka barns rättigheter och ge barnen bättre stöd, dels att höja kvaliteten på genomförda utredningar så att domstolarna på bättre grunder kan fälla eller fria misstänkta gärningspersoner.

Bästa platsen att åldras på inspireras av Världshälsoorganisationens (WHO:s) arbete med ett äldrevänligt samhälle och hälsosamt åldrande inom områdena hälsa, hälso- och sjukvård, omsorg och rehabilitering, socialt sammanhang och livsmiljö. Tillsammans med länets kommuner skapas och stöds utveckling och förbättringar utifrån lokala behov, möjligheter och utmaningar. Region Jönköpings län vill bidra till att skapa ett mer äldrevänligt län genom samverkan, lärande, erfarenhetsutbyte, inspiration, mål och resultat. Även faktorer som levnadsvanor, delaktighet och känsla av sammanhang samt egenkraft och samskapande beaktas, exempelvis fallförebyggande, fysisk aktivitet och minskat alkoholintag. Dessutom utvecklas arbetssätten för äldre personer med behov av insatser hemma eller på särskilda boenden. Det handlar bland annat om koordinering, fast läkarkontakt och vårdkontakter samt samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus. Geriatrikum har uppgift att sprida kunskap om äldre inom sjukvården för att säkra en jämlik geriatrik i Region Jönköpings län utefter de förutsättningar som finns.

I linje med Nära vård intensifieras arbetet för att mer proaktivt öka den specialiserade vårdens insatser utanför sjukhuset i samverkan med primärvården. Syftet är att kunna ge personer vård i hemmet både i ordinärt och särskilt boende, samt på korttidsboende.

God hälso- och sjukvård
Tillsammans med Region Östergötland och Region Kalmar län har löften tagits fram till patienterna. Som patient i Sydöstra sjukvårdsområdet ska du:

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling samt uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård.

Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för hur patienten upplever sin vård. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Grundläggande för en god hälso- och sjukvård är ett etiskt förhållningssätt. Den etiska värdegrund som uttrycks i bland annat lagstiftning, i riksdagens prioriteringsbeslut, professionernas etiska riktlinjer samt i det synsätt som företräds av WHO och FN, utgör en etisk plattform för hälso- och sjukvården. Här inryms också det viktiga arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Etikrådet har uppdraget att övergripande initiera, stödja och stimulera etikarbetet. Detta innebär bland annat att höja den etiska kompetensen hos medarbetare och förtroendevalda, främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet samt att ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt. Etikrådet erbjuder rådgivning både i frågor som rör enskilda patientärenden men också i mer övergripande etiska frågeställningar.

För att främja en hållbar hälso- och sjukvård behöver vi se hälsa som ett helhetsbegrepp där fysisk, psykisk, social och existentiell hälsa samspelar. Den existentiella dimensionen – att hitta mening, sammanhang och hopp – är avgörande både för patienters återhämtning och för medarbetares välbefinnande. Genom ett helhetsgrepp på hälsa lägger vi grunden för en hållbar och inkluderande hälso- och sjukvård där varje individ får rätt stöd för att må bra och växa som människa.

Medarbetare inom Region Jönköpings län ska ha en grundläggande kompetens avseende existentiell hälsa och kunna integrera den i den egna arbetsmiljön och den vård och det stöd som erbjuds patienterna. Inom det breda folkhälsoarbetet fortsätter utvecklingen av existentiell hälsa i samverkan med länets kommuner, civilsamhället och andra berörda parter.

E-hälsa
Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av gemensamt digitalt tjänsteutbud och servicenivå. Syftet är att främja jämlik hälsa och vård, stärka individens möjlighet att vara delaktig och bidra till ökad självständighet i samhällslivet.

E-hälsa är ett växande område som bidrar till förbättrad vårdkvalitet och effektivitet i verksamheten. Utvecklingen av digitala verktyg ska anpassas efter invånarnas och verksamheternas behov och förutsättningar. Genom nationell, sjukvårdsregional och lokal samverkan kring standardiserade arbetssätt kan vården bli mer effektiv, samtidigt som kvaliteten och patientsäkerheten stärks.

Verksamheten utvecklar arbetssätt där utgångspunkten är rätt information på rätt plats i rätt tid. Digitala tjänster är en del av verksamhetens ordinarie utbud och digitala besök är ett naturligt alternativ till fysiska besök. För att nå detta krävs ständig utveckling och förbättring av vårdens processer, strukturerad vårdinformation, nyttjande av AI och kunskapsstöd. Utveckling av vårdinformationssystem fortsätter för att ännu bättre möta verksamhetens behov. Vårdcentralerna är invånarnas huvudingång till vården. Invånaren ska genom fortsatt utveckling av 1177.se få en bättre tillgänglighet till sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. Exempelvis fortsätter utvecklingen och användningen av webtidbok. Invånaren ska på 1177.se kunna läsa information om sig själv, ha en sammanhållen planering, få direktkontakt med rätt vårdprofession, stöd i sina hälsofrågor och möjlighet att kommunicera med vården digitalt.

Primärvård
När en invånare behöver hälso- och sjukvård ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Vårdcentralernas uppdrag förutsätter multiprofessionell samverkan i team och består av planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och uppföljning. Vårdcentralernas arbete är avgörande för att stärka patienternas möjlighet att leva ett bra liv i sin hemmiljö med så litet behov av sjukhusvård som möjligt.

Vårdcentralens uppgift är att:

- bedöma och behandla sjukdomstillstånd hos de som vänder sig till vårdcentralen
- arbeta aktivt med hälsa och erbjuda förebyggande hälsovård och hälsosamtal
- lära känna och vid behov hålla aktiv kontakt med invånarna som valt vårdcentralen i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa
- ha ett särskilt fokus på psykisk ohälsa och god tillgänglighet till psykosociala team
- erbjuda rehabkoordinering för sjukskrivna invånare med syftet att återgå till arbete eller närma sig arbetsmarknaden
- erbjuda vårdsamordnare, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och särskilda kontaktvägar till patienter som har stora vårdbehov. För dessa grupper kan hembesök med fördel kombineras med digitala kontakter. Vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående genom att arbeta enligt dokumenterad överenskommelse, avtal och rutiner i samverkan för att säkerställa god och effektiv vård. Vårdcentralen ska aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja
- arbeta aktivt med att erbjuda läkarkontinuitet
- erbjuda olika digitala tjänster utifrån behov och möjligheter, för att underlätta för invånarnas kontakt med vårdcentralerna. De digitala besöken ska ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Vårdcentralerna ska anpassa och vid behov utöka sina öppettider utifrån patienternas behov. Ett flexibelt öppethållande kan förbättra tillgängligheten för patienterna, men förutsätter en god bemanning på vårdcentralerna.

Utvecklingen går mot att allt fler sjukvårdsinsatser görs i hemmet och allt svårare sjuka får möjlighet att vårdas hemma. För att möta behoven bör vårdcentralerna samverka med den kommunala sjukvården för att stärka det tvärprofessionella teamarbetet. Även ett utökat samarbete med den specialiserade sjukhusvården kommer att behövas.

Primärvården är en central del i genomförandet av nära vård. Därför fortsätter satsningarna riktade mot primärvården. Att som patient ha enkel och snabb tillgång till sin vårdcentral och läkare är grunden för en välfungerande primärvård.

Patienter med stora vårdbehov, exempelvis multisjuka och äldre samt invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar, ska erbjudas fast läkarkontakt. Det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.

Genom vårdcentralernas uppdrag för akuta patienter, gemensamma arbetssätt och förbättrad tillgänglighet styrs patientströmmarna dagtid och kvällstid från akutmottagningarna till rätt vårdinstans. Dagtid bedrivs närakut på vårdcentralen och på jourtid är den koncentrerad till minst tre platser i länet.

I förfrågningsunderlaget Primärvård inom vårdval i Jönköpings län beskrivs Region Jönköpings läns mål, vårdcentralernas uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och verksamhetsplan.

Under 2024 startades en operativ ledningsgrupp för att stödja och följa uppdrag och aktiviteter utifrån Budget och verksamhetsplan, inklusive förflyttningen och omställningen till nära vård.

Barnhälsovård, barn- och ungdomshälsan, familjecentraler och ungdomsmottagningar
Barnhälsovården i Jönköpings län arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Syftet är att bidra till mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Programmet betonar jämlik hälsovård med generella insatser till alla familjer samt riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.

Barn- och ungdomshälsan arbetar med råd, föräldrastöd och behandling, primärt för målgruppen barn och unga 6–17 år med lindriga till medelsvåra besvär av psykisk ohälsa. En utbyggnad sker successivt för att möta ökande behov.

Familjecentralen utgår från den allmänna kvinno- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt en förebyggande individ- och familjeomsorg (socialtjänst). Familjecentralen stöttar

nyblivna föräldrar samt uppmuntrar och stimulerar jämställt och aktivt föräldraskap. Uppsökande insatser riktas till familjer med behov av extra stöd och andra socioekonomiskt svaga grupper.

Ungdomsmottagningen drivs och finansieras ihop med kommunerna och ska vara lätt tillgänglig i hela länet, både fysiskt och online. Med bred yrkeskunskap och helhetssyn ska personalen arbeta uppsökande, förebyggande och behandlade insatser som rör sexuell, fysisk, psykisk och social hälsa.

Specialiserad somatisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden, medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där vi på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Verksamheterna ska när det är möjligt samordna besök för att underlätta för patienterna.

Utgångspunkter för den specialiserade vården:

- vårdcentralen är basen för länets hälso- och sjukvård
- sjukhusvården fördelas med bredd- och spetskompetens på tre akutsjukhus
- särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor
- resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler ska säkerställas
- verksamheter som har kompetensbrist ska bemannas upp
- en god samverkan ska främjas i hela systemet
- antal vårdplatser ska utgå från vårdbehov
- verksamheten ska vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län har idag tre välfungerande akutsjukhus där majoriteten av invånarna behandlas vid sitt närmaste sjukhus. Operation, undersökning och behandling ska kunna erbjudas nära patienten, så länge det kan göras med hög kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Det kan finnas ett behov av att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping. Under 2022 fattades beslutet att "Utveckla och stärka länets tre akutsjukhus", ett dokument som tydliggör en definition av akutsjukhus i Region Jönköping län och indikerar vad som behövs för att säkerställa detta framöver.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. Verksamheterna som är centraliserad inom Region Jönköpings län ska nå länets invånare jämlikt. Ett kontinuerligt arbete görs för att säkerställa att så sker.

Sjukhusgemensamma frågor hanteras av den lokala sjukhusledningen på respektive sjukhus. Med stark "vi-känsla" stärks såväl delaktighet som transparens, förutsättningar för både jämlik vård och kontinuerlig utveckling.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Det är angeläget med snabbt omhändertagande och korta väntetider till utredning och behandling så att stödinsatser kan erbjudas, vilka kan bli avgörande för framtida personlig utveckling och välmående.

Inom vuxenpsykiatrin ökar antalet patienter med neuropsykiatriska besvär. En flerårig utvecklingssatsning pågår inom området psykisk hälsa. Arbetet omfattar såväl främjande av psykisk hälsa, förebyggande och tidiga insatser som behandling, stöd och rehabilitering för personer med svår psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Även rättspsykiatrin står inför ökade behov trots utökning av antal vårdplatser.

Habiliteringen ska ge stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar. Genom bra habilitering underlättas tillvaron för dessa personer, vilket skapar förutsättningar för större delaktighet i samhällslivet. Behoven av habilitering ökar tack vare fler överlevare som lever längre och att barnhälsovården uppmärksammar funktionsvariationer i mycket låga åldrar.

En flerårig satsning sker på förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa, i syfte

att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa.

Antalet människor som lever med cancer ökar med fem procent årligen. Ökningen beror på att en allt större del av befolkningen är äldre samt att bättre behandlingsmetoder och läkemedel ökar överlevnaden i cancer. De flesta cancerpatienter behandlas enligt standardiserade vårdförlopp, men det behövs fler insatser för att nå förloppens ledtider. Det finns ett utökat behov av uppföljning och rehabilitering under lång tid efter den aktiva cancerbehandlingen. Utvecklingen sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och den nära vården. Det finns även nationella vårdprogram för uppföljning av barncancer, en beskrivning av den vård som ska erbjudas barncanceröverlevarna. Den organiserade prostatacancertestningen är införd och fortsätter enligt plan med nya åldersgrupper.

Under planperioden utreds behov av ytterligare PET-CT, samt cyklotron. Utvecklingen går mot mer minimalinvasiv kirurgi och under planperioden utreds även behovet av operationsrobot på alla sjukhusen.

Ett arbete kring sömlös vård pågår för att skapa möjligheter för de som arbetar i primärvården att tala och överlägga direkt med sjukhusens specialister utan att behöva skicka remiss. Primärvården och sjukhusvården fortsätter även att förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård. Sjukhusspecialisterna bör i högre utsträckning än idag föra dialog med patienternas distriktsläkare när patienten vistas och befinner sig i sjukhusmiljön. Detta ger möjlighet att på ett snabbare och mer involverande sätt ge patienten en mer sammanhållen vård med kortare ledtider.

Region Jönköpings län arbetar utifrån konceptet att patienterna ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver vården. Detta innebär ett snabbt omhändertagande på akutmottagningen och att det finns en ledig vårdplats när det behövs. Det ska vara rätt bemanning på rätt plats.

Inom ambulanssjukvården pågår ett aktivt arbete med att öka tillgängligheten och inställelsetiden för prio 1-larm. På orter där inställelsetiden för ambulanser är lång har vi så kallade IVPA-larm (= I Väntan På Ambulans) i samverkan med kommunal räddningstjänst. Det innebär att räddningstjänsten på aktuell ort får larm via 112 och kan bistå i väntan på ambulans, till exempel med att utföra defibrillering vid hjärtstopp.

Ambulanssjukvården har under en längre tid sett ett ökat behov av transporter med kompetens och utrustning på en vårdnivå mellan en akutambulans och en sjukresa med Serviceresor. I enlighet med utredningsförslaget implementeras under 2025 en dubbelbemannad transportambulans som utgår från Höglandet och som kan ta flera patienter. Fordonet ska förslagsvis gå på en fast linje mellan Höglandssjukhuset, Länssjukhuset Ryhov och Linköpings universitetssjukhus måndag till fredag. Utvärdering av effekten av transportambulansen görs under 2026. Funktionen med inre befäl på SOS Alarm har permanentats under 2024.

Rehabiliteringen är ett viktigt område inom den nära vården, där arbete för att säkerställa jämlika förutsättningar behöver ske. En viktig del i den personcentrerade vården är att ta till vara individens resurser och erbjuda professionell kompetens för att stödja och utveckla dessa.

Rehabiliteringsverksamheterna omfattar många olika professioner och kompetenser som erbjuder mångskiftande insatser och aktiviteter. Inom området finns en bred rehabiliteringsresurs med fokus på funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar, störningar och skador samt behandling mot smärta. Samarbete mellan specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändig för att trygga och säkra övergångarna och skapa en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att vid behov stödja kommunernas rehabiliteringspersonal och följa upp hela processen. I ett flertal vårdförlopp och riktlinjer lyfts rehabiliteringsinsatser fram som nödvändiga och verksamheter förväntas erbjuda dem. Digitala verktyg för rehabiliteringsprocessen ska fortsätta utvecklas.

Våld i nära relation är ett prioriterat område. I hela länet fortsätter arbetet med bemötande, behandling och rehabilitering för personer som är våldsutövare, samt för de personer som utsatts för våld. En insats är kompetensutveckling; alla medarbetare erbjuds ett utbildningsprogram med fokus på våld i nära relation inklusive hedersrelaterat våld.

Delar av ögonsjukvården bedrivs i vårdval. I förfrågningsunderlaget Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län beskrivs våra mål, uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av

regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och flerårsplan. Något ytterligare vårdval planeras inte att införas under mandatperioden.

I ett samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialtjänst hanteras och utvecklas sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet är att stödja personer som är sjukskrivna i återgången till arbetslivet. Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska bedömningen, behandlingen och rehabiliteringen. Rehabkoordinatorer finns dels på alla vårdcentraler och dels inom specialiserad vård på de enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande.

Fler personer i arbete eller studier är målet även för insatser via länets tre samordningsförbund. Det innebär finansiell samordning och stöd till gemensamma insatser och samverkan mellan Region Jönköpings län, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Insatserna syftar till att fler personer i yrkesverksam ålder ska nå egen försörjning.

Tandvård
Ansvaret för tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). Region Jönköpings län har ett övergripande ansvar att planera all tandvård. Den tandvård som regionen bedriver kallas för Folktandvård enligt tandvårdslagen. Alla barn och unga 3-19 år ska ha en tandläkare som är ansvarig för tandvården, vilket innebär att varje individ som är folkbokförd i region Jönköpings län listas till en tandläkare och den vårdgivare som den ansvarige tandläkaren tillhör. Patienter kan remitteras till Folktandvårdens specialisttandvård för behandling som inte kan anses ligga inom ramen för vårdansvaret gällande allmäntandvård. Remittering till specialisttandvården sker utan kostnad för remitterande vårdgivare och specialisttandvården kan utan kostnad konsulteras angående tandvård för barn och unga.

Folktandvården ska svara för:

- regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år de fyller 19
- specialisttandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år
- övrig tandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år i den omfattning som regionen bedömer lämplig. Lag (2024:1099).

Det ska finnas tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd ska erbjudas tandvård.

Inom allmäntandvården kan både barn från tre års ålder och ungdomar och vuxna, fritt välja tandvårdsaktör (Folktandvård eller privattandvård). Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Tandvårdens mål är en god och jämlik munhälsa och tandvård på lika villkor för alla i regionen. Länets barn och unga ska erbjudas högkvalitativ och lättillgänglig tandvård. Enligt tandvårdslagen ska tandvården bedrivas så den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonal och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa är tydlig. Av den anledningen är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet viktigt för alla patientgrupper. Allt fler äldre har egna tänder kvar högt upp i åren, vilket ställer stora krav på samverkan mellan omsorg, vård och tandvård. För att kunna möta det ökade behovet måste nya arbetssätt och samarbeten utvecklas, så att rätt kompetens används inom olika områden.

Folktandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars hälsa. Tandvården kan även ta ett utökat ansvar för att identifiera personer med hälsorisker.

Avgörande för att nå god tillgänglighet är att rekrytera och behålla medarbetare. För att bedriva god och jämlik tandvård i Region Jönköpings län är det viktigt att fortsatt ge ekonomiska anslag till små kliniker i glesbygd.

Tandvård för personer med särskilda behov
Region Jönköpings län har ansvar att erbjuda tandvård till vuxna patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd. Det är personer i särskilda och egna

boenden samt personer som omfattas av lagen om stöd och service till funktionshindrade. Med giltigt intyg erbjuds dessa patientgrupper nödvändig tandvård och en kostnadsfri munhälsobedömning (uppsökande verksamhet) (N-tandvård). Tandvård ges även till andra patientgrupper som ett led i en sjukdomsbehandling (S-tandvård). Det kan till exempel vara infektionssanering inför vissa kirurgiska ingrepp. Vi ansvarar också för vissa diagnosbaserade grupper, där patienter har stora svårigheter att sköta sin munhygien till följd av en funktionsnedsättning (F-tandvård).

Hos många av dessa patienter finns möjlighet att förbättra munhälsan betydligt, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Arbete pågår med att förbättra samarbetet mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling samt tandvård till vissa grupper med långvariga sjukdomar eller funktionshinder betalar patienten öppenvårdsavgift. Denna tandvård finansieras av Region Jönköpings län inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Det är viktigt att alla de personer som har ”Intyg om nödvändig tandvård” får sitt tandvårdsbehov bedömt och, vid behov, sådan tandvård utförd. Målet är att öka andelen personer med god munhälsa och andelen som får nödvändig tandvård utförd.

Specialisttandvård
Länsinvånarnas behov av specialisttandvård tillgodoses huvudsakligen genom Folktandvårdens specialisttandvård (Odontologiska institution, OI). Tillgången till specialiserad tandvård är avgörande för en god hälsa och livskvalitet, då befolkningen lever längre och behåller sina egna tänder långt upp i åldern, med ökat vårdbehov som följd. Konsultation och kompetensstödjande arbete gentemot allmäntandvården, både i offentlig respektive privat regi är en viktig del i specialisttandvårdens uppdrag, för att öka allmäntandvårdens möjligheter till ett bredare omhändertagande och att erbjuda vård på rätt vårdnivå. Ett annat uppdrag som specialisttandvården via OI har är att erbjuda specialist-tjänstgöringsplaser (ST) inom samtliga nio odontologiska specialiteter, såväl för nationellt behov som för egen kompetensförsörjning. Det omfattande inflödet av patientbesök och komplexa remisser tillgodoser väl den bredd och svårighetsgrad som behövs för detta uppdrag.

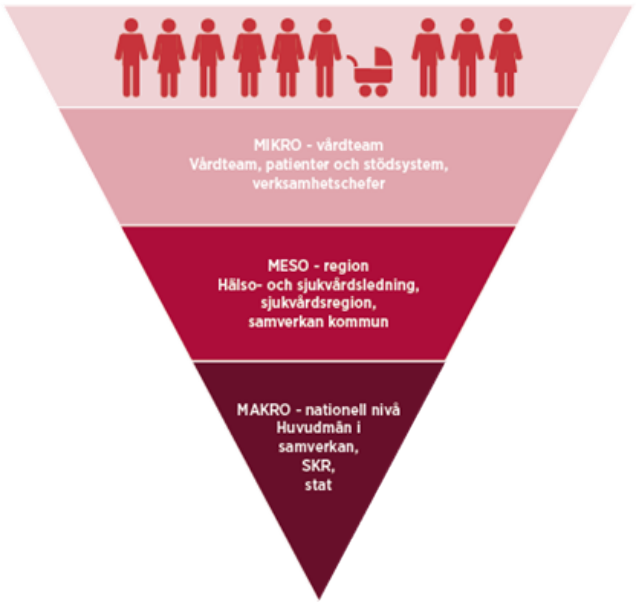
Kunskapsstyrning – Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa
Utgångspunkten för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda god och jämlik vård. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrning bidrar till det värde som skapas i mötet mellan vårdpersonal och patient.

Sveriges regioner samverkar i Nationellt system för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård utifrån visionen ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika”. Systemet omfattar samverkan kring kunskapsstöd, stöd för uppföljning och analys och stöd för utveckling och ledarskap. Det organiserar även samverkan med statliga myndigheter, kommuner, patient- och professionsföreningar.

Medarbetare från Region Jönköpings län bidrar med kompetens till nationell och sjukvårdsregional nivå i systemet. Vi anpassar vår lokala kunskapsstyrning utifrån arbetet i programområden och samverkansgrupper. Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap för fyra av totalt 26 nationella programområden. Uppdraget i denna roll är att identifiera utvecklingsbehov och prioritera nationella insatser för att minska variation.

Genom samverkan i länsgemensamma programområden fokuserar vi på tillämpning av gemensam kunskap, processutveckling tillsammans med patienterna, resultatuppföljning, arbetsfördelning och effektivitet i användningen av befintliga resurser.

Figur XX Nationellt system för kunskapsstyrning fördelas uppdrag och ansvar mellan makro-, meso- och mikronivå



Region Jönköpings län inför och använder nationella vårdförlopp för att systematiskt säkerställa bästa möjliga resultat med så liten variation som möjligt. Vårdförloppen täcker en eller flera delar av en vårdkedja. De beskriver flöde, åtgärder, patientens medverkan samt mål och indikatorer för uppföljning. Vid införande av vårdförlopp beaktar vi risken för undanträngningseffekter.

Sydöstra sjukvårdsregionen är ledande i utvecklingen av metoder för praktisk användning av nationella kvalitetsregister, och Registercentrum sydost har särskild kompetens inom patientmedverkan, patientrapporterade mått och förbättringskunskap.

Smittskydd, vårdhygien och Strama
Smittskydd har en myndighetsroll som bland annat innebär att särskilt övervaka de sjukdomar som regleras av smittskyddslagen, att stödja vården i smittskyddsåtgärder och smittspårning samt att hantera utbrott. Det epidemiologiska läget i länet övervakas och det pågår arbete för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar.

Vaccinationer är en av de viktigaste åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. Utvecklingen av nya vaccin sker i snabb takt och under de närmaste åren kommer flera nya vaccin att bli tillgängliga. Region Jönköpings län har höga ambitioner när det gäller vaccinering, framförallt de vaccin som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten exempelvis mot influensa, covid-19 och pneumokocker. Region Jönköpings län ska sträva efter att vaccinationsinsatserna når alla delar av befolkningen, inklusive svårnådda grupper, för att säkerställa hög täckning och ett effektivt skydd mot sjukdomar. Under 2025 bildas en grupp med smittskyddsläkare för att i Sydöstra sjukvårdsregionen samordna vaccinationsarbetet.

Ett kontinuerligt arbete sker för att förebygga vårdrelaterade infektioner på sjukhus, inom primärvården och inom kommunal vård och omsorg. Med hjälp av hygienombud på varje avdelning mäts följsamheten till basala hygienrutiner och stort fokus läggs på utbildning av medarbetare i olika verksamheter. Konceptet Antibiotikasmart vårdcentral och Antibiotikasmart klinik är ett effektivt arbetssätt där vårdhygien och Strama (ett nationellt nätverk i samverkan mot antibiotikaresistens) stödjer vårdverksamheterna i att ta ett samlat grepp om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. En fråga som tar allt mer av vårdhygiens tid i anspråk är infektionsrisker relaterade till nybyggnation eller renoveringsarbeten i vårdlokaler.

Patientsäkerhet
Region Jönköpings län har som mål att vara bland de ledande i Sverige och världen när det gäller patientsäkerhetsarbete. Den hälso- och sjukvård som utförs ska vara god och säker – överallt och alltid. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Det krävs ett kontinuerligt utvecklingsarbete med fokus på att uppnå säkerhet genom att

optimera processer i vården samt på strategier för riskhantering. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för säkra arbetssätt för att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Figur XX Områden inom den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet



Vår organisation och vårt arbetssätt inom patientsäkerhet samordnas med det arbete som görs i nationellt, sjukvårdsregionalt och regionalt perspektiv i den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. En lokal samverkansgrupp tydliggör ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet. Ett viktigt utvecklingsområde är arbete med patientsäkerhet i anslutning till utvecklingen av den nära vården.

Viktiga framgångsfaktorer är att hälso- och sjukvården är personcentrerad, kunskapsbaserad, resultatorienterad samt organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Vi har följande strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet:

- utveckla och använda bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet
- arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt
- utveckla och använda arbetssätt för riskhantering
- utveckla och använda arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården för att skapa ett resilient system
- begränsning av vårdskadans skadeverkningar om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Fortsatt satsning på patientsäkerhetsutbildning av medarbetare och ledare på alla nivåer, samt utveckling och forskning i nationella och internationella nätverk möjliggör utveckling. Metodikum, Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, har en central betydelse för kompetensutveckling och teamträning. Patienters och brukares erfarenheter och kunnande tas tillvara för att utveckla nya arbetssätt.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, patientsäkerhetskultur, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, att förebygga skador av högriskläkemedel och olämplig polyfarmaci, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

Läkemedel

Region Jönköpings län arbetar på såväl lokal, regional och nationell nivå för att nå en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling och -användning. Målet är att ha behandlingsresultat i toppklass, men med en läkemedelskostnad som ligger i nivå med riket.

Nya läkemedel ger möjlighet till bättre behandling, men behöver vägas mot fortsatt ökade läkemedelskostnader. En osäker omvärld med ökat antal läkemedelsbrister innebär att arbetet med att trygga läkemedelsförsörjningen är fortsatt centralt. En patientsäker och kunskapsbaserad läkemedelsanvändning är av stor vikt. Omställningen till nära vård innebär samskapande med invånare där fokus ligger på att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet och proaktivt kring läkemedelsområdet.

Hjälpmedelsverksamhet

Området omfattar övergripande hjälpmedelsfrågor, verksamhet vid hjälpmedelscentral, audionommottagning och syncentral samt ortopedtekniska hjälpmedel. Hjälpmedelscentralen ansvarar för hjälpmedelsförsörjning till både Region Jönköpings läns verksamheter och till länets kommuner. Det är viktigt att den sammanhållna hjälpmedelsverksamheten fungerar på bästa möjliga sätt, för att kunna möta länsinvånarnas behov av hjälpmedel. Regelverket Hjälpmedel i Jönköpings län är gemensamt och målet är att länsinvånarna ska få samma möjlighet till hjälpmedel oavsett bostadsort och vem som är huvudman i det enskilda fallet.

Samverkan med kommunerna
Samverkan med länets kommuner sker utifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan. Tre strategigrupper inom områdena barn och ungdomar, psykiatri och missbruk samt äldre ansvarar för att omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsområden och utifrån årliga handlingsplaner genomföra aktiviteter i samverkan, där de gemensamma resurserna tas till vara på bästa sätt.

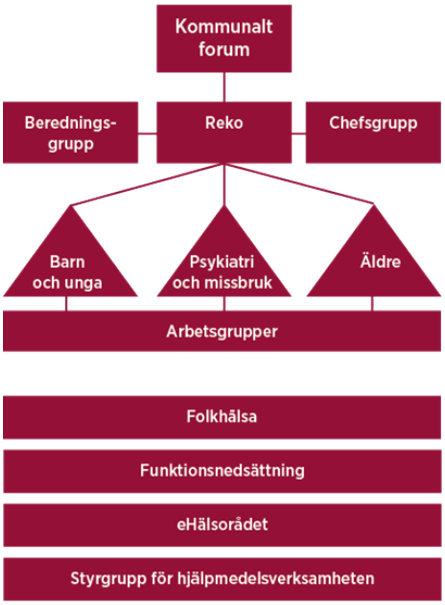
När allt mer vård ska ges nära hemmet finns behov av resurseffektiva arbetssätt. Befolkningsstrukturen med allt fler äldre invånare samt teknisk och digital utveckling kräver nya samverkansstrukturer. En utredning pågår för att möjliggöra för kommunerna att använda samma journalsystem som Region Jönköpings län. Detta för att underlätta kommunikation och informationsöverföring i patientflödet. Vi arbetar i samverkan utifrån länsinvånarnas perspektiv genom att utgå från frågan "Vad är bäst för Esther?"

Det gemensamma arbetet utgår från värdegrunden:

- vi utgår från patientens/brukarens behov
- vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser
- vi bemöter varandra med respekt och visar tillit vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

Utöver de tre strategigrupperna finns grupper inom folkhälsa, funktionsnedsättning och e-hälsa samt en styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten.

Figur XX Kommunalt forum är ett nätverk med politiker från Region Jönköpings län och länets kommuner för samråd och inriktningsbeslut i frågor inom folkhälsa och sjukvård och regional utveckling



Arbetet som sker i samverkan med kommunerna är omfattande. Exempel inom strategigruppen Barn och unga är familjecentraler, barn- och ungdomshälsan, barnahus och ungdomsmottagningar inklusive ungdomsmottagning online. Strategigrupp Äldre leder arbetet kring Trygg och säker vård och omsorg samt palliativ vård i nära samarbete med vårdcentraler, kommuner och sjukhus samt i dialog med patienter och närstående. Detta är ett tydligt exempel på hur alla parter arbetar för att patienten ska få den bästa vården. Strategigrupp Psykiatri och missbruk leder samarbetet inom beroendevård med tillnyktringsenhet, beroendemottagning, sprutbytesmottagning och arbete kring våld i nära relationer.

Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen
Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland) regleras i Samverkansnämndens reglemente, regionsamverkansavtalet och årliga överenskommelser med övergripande mål att:

- tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård
- främja och bidra till invånarnas hälsa
- främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen
- solidariskt hjälpa varandra.

Samverkansnämnden beslutar om vilken sjukvård som ska samordnas inom sjukvårdsregionen. Nämnden hanterar också samverkansfrågor inom exempelvis kompetensförsörjning, digitalisering, regional utveckling och dialog med statliga myndigheter. Regionsjukvårdsledningen bereder Samverkansnämndens ärenden och verkställer nämndens beslut genom direktiv till sjukvårdsregionala verksamheter och respektive region. Regionsjukvårdsledningen följer upp kvalitet, produktion och ekonomi.

De tre regionerna utökar det gemensamma arbetet inom sex strategiska områden:

- ledning och styrning
- patientens egenkraft och samskapande
- kunskapsstyrning
- långsiktig och hållbar arbetsfördelning
- effektiva processer
- attrahera och utveckla kompetenser.

Exempel på gemensamt arbete är operationsplanering, införande av dokumenterad överenskommelse med patienter, ledarutveckling, upphandling och digital utveckling. Det finns även ambitioner att samarbeta kring universitetssjukvård och nationellt högspecialiserad vård. I det ökade gemensamma arbetet ingår systematisk uppföljning och att samnyttja resurser med spetskompetens.

En stor del av den sjukvårdsregionala samverkan sker i regionala programområden. Programområdena

konkretiserar sjukvårdsregionens patientlöften och verkar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård i hela sjukvårdsregionen. Programområdena stöds av fyra kunskapsråd med företrädare för regionernas sjukvårdsledningar och samverkansgrupper för exempelvis uppföljning och analys, digital utveckling, läkemedel och patientsäkerhet. I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning. Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Samverkan är även viktig med andra närliggande regioner och kommuner, för att underlätta och förbättra för invånare och patienter som bor vid länsgränsen.

Civil beredskap för hälso- och sjukvården
Hälso- och sjukvården är en samhällsviktig funktion med en central roll i det civila försvaret. Det är viktigt att upprätthålla funktionaliteten inom hälso- och sjukvården i krig. Om sjukvården inte fungerar får det konsekvenser för människors liv och hälsa. Det påverkar också försvarsmaktens förmåga att försvara Sverige då den civila sjukvården är nödvändig även för försvarsmaktens behov av sjukvård.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) beskrivs vilka förmågor och obligatoriska funktioner som ska finnas i Region Jönköpings län. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. För att ha en god förmåga vid kris- och katastrofmedicinska händelser krävs planläggning, utbildning och övningar. Risker och sårbarheter analyseras fortlöpande och är grunden för planeringsarbetet.

För hälso- och sjukvårdens beredskap och civilt försvar förväntas planeringstakten öka. Arbete pågår med uppgifter inom krigsorganisation och dess bemanning (hela sjukvårdsystemet ska beaktas i arbetet), samverkan och ledning, planeringssamverkan, utbildning och övning av hälso- och sjukvårdens och dess stödfunktioners förmåga vid fredstida kriser, höjd beredskap och krig, omhändertagande av många skadade, det vill säja stärka förmågan att hantera masskadeutfall, försörjningsberedskap samt motståndskraft som innefattar robusthetshöjande åtgärder inom områdena cybersäkerhet och kontinuitetshantering. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Arbetet med att stärka det civila försvaret för hälso- och sjukvården kommer att behöva intensifieras. Även en robust läkemedelsförsörjning behöver säkerställas genom ett kontinuerligt arbete med lokaler, logistiklösningar, lagernivåer och information.

Lärande och förnyelse
I planen för framtidens hälso- och sjukvård är en av strategierna att leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans, men även att utveckla framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

För att garantera en god hälsa behövs samverkan med patient, närstående och brukarorganisationer liksom samverkan och helhetssyn mellan vårdgivare. Region Jönköpings län är en av två internationella knutpunkter för forskning och utveckling av detta arbete under benämningen co-production. Utvecklings- och kvalitetsarbetet med öppenhet, helhetssyn och samverkan, tydliga mål och tidplaner samt uppföljning är en nyckel till fortsatt utveckling.

Arbetet med värdeutveckling sker genom att öka kvalitet och minska kostnader, vilket förutsätter nya arbetssätt. Lärande och förnyelse är en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att vara lyhörd för idéer och förslag. Förbättringsarbetet är långsiktigt och präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, som omfattar ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan.

Inom hälso- och sjukvård görs översyn av olika specialistområden för att skapa en jämlik vård. Utgångspunkten för arbetet är folkhälsa och partnerskap med patienten. Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) är ett arbetssätt som utgår från våra invånares behov av vård och hjälper verksamheter att anpassa sina arbetssätt och processer för att leverera vård på ett tillgängligt, jämlikt, effektivt och hållbart sätt. Kostnad per patient (KPP) är ett exempel på ett uppföljnings- och analysverktyg för att styra resurser mot jämlikhet och kostnadseffektivitet. Utveckling av nya arbetssätt, fokus på innovation, hälsa och egenvård liksom Rätt använd kompetens (RAK) och digitalisering är även viktiga delar i planerna.

Dialoger med invånarna ger underlag till verksamhetsutveckling och politiska beslut. Exempel är dialogmöten tillsammans med patientföreningar, politiker och verksamhetsföreträdare, där aktuella utvecklingsområden kan diskuteras.

Forskning och utveckling
Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation. Därför stimulerar och finansierar vi sedan länge klinisk forskning och skapar stödresurser till kunskapsbaserad vård, till exempel biblioteksverksamhet. En effekt av det är att organisationen har många aktiva forskare och en mycket god vetenskaplig aktivitet, vilket bidrar till sjukvårdens kvalitet och attraktionskraft.

Den decentraliserade läkarutbildningen och universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har de senaste åren utvecklats allt mer och är av stor betydelse för den kliniska forskningen och den kliniska utvecklingen även i vår organisation.

För att stödja genomförande av klinisk forskning finns en klinisk prövningsenhet och en sjukvårdsregional stödstruktur för klinisk forskning, Forum Sydost.

Forskningsrådet i sydöstra sjukvårdsregionen, FORSS, ger projektmedel till länet för forskning och utveckling. Vi stödjer i likhet med övriga sjukvårdshuvudmän i Sverige nationellt sökbara forskningsmedel till klinisk behandlingsforskning.

Högskolan i Jönköping och Region Jönköpings län har ett gemensamt arbete, Jönköping Academy, som idag är en etablerad nationell och internationell arena för samproduktion och spridning av kunskap som bidrar till bättre hälsa och välfärd. Genom forskning om förbättring, samskapande, patientsäkerhet och förändringsledarskap samt genom nyttiggörande av vunnen kunskap ska Jönköping Academy förnya och förbättra hälso- och sjukvård och välfärd till gagn för befolkningen.

Odontologiska Institutionen bedriver epidemiologisk och kliniknära forskning av hög kvalitet och med god spridning. Att fortsatt behålla välmeriterade medarbetare, god bemanning samt ett etablerat samarbete med andra akademiska institutioner, är nödvändigt för att garantera den vetenskapliga kompetens som förutsätts för att kunna erbjuda ST-verksamhet och forskning av hög kvalitet.

Då den nationella finansieringen av ST har förändrats, är det nödvändigt att Region Jönköpings län säkerställer fortsatt finansiering på kort och lång sikt. Detta för att attraktivitet och utbildningsförmåga över tid ska kunna garanteras och den kliniska specialistkompetensen bibehållas på nuvarande nivå. En långsiktigt säkerställd ST-verksamhet är också av vikt för att möta behovet av akademisk kompetens, liksom forsknings- och handledarkompetens till en planerad tandläkarutbildning i samverkan med Högskolan i Jönköping.

Ekonomi
Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att nå målen. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. En god budgetdisciplin främjar en jämlik vård och resursfördelning och stöttar arbetet med en god kompetensförsörjning. Alla verksamheter har ett ansvar att hålla sin budget.

Prissättningen inom verksamhetsområde psykiatri, rehabilitering och diagnostik bygger på fast bemanning och långsiktig stabil ekonomi. Då det finns ett stort utbildningsbehov och hyrpersonal inom diagnostik och röntgen överstiger kostnaderna den satta budgeten. Vidare leder arbetet med kloka kliniska val till minskad volym. Den ekonomiska effekten av detta nås under kommande planperiod då det initialt finns stora fasta kostnader.

Det krävs lättillgänglig och rättvisande information om såväl prestationer som resultat. Då kan resurser ställas i relation till utförda prestationer och nådda resultat. Kostnad per patient (KPP) och kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) är viktiga stöd för en kostnadseffektiv verksamhet.

För att bedöma kostnadseffektivitet är det också viktigt att vi jämför oss med övriga regioner. Inriktningsmålet är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, samtidigt som vi levererar behandlingsresultat i toppklass.

De riktade statsbidragen inom hälso- och sjukvård är i vissa fall knutna till en nationell överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR), och i andra fall till förordningar från Socialstyrelsen. Överenskommelser fokuserar på identifierade områden som är viktiga för utvecklingen av den samlade hälso- och sjukvården i Sverige. Samarbetet mellan SKR och regeringen sker inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. Både överenskommelserna och förordningarna beslutas separat av regeringen, oftast i december för det kommande året. I besluten för de riktade statsbidragen, som kan vara ett- eller flerårigа, regleras insatser som regionerna behöver utföra för att erhålla statsbidragen samt hur insatserna ska återredovisas.

Den nya socialtjänstlagen kan komma att innebära konsekvenser för Region Jönköpings län. Eventuella förändringar och resursbehov behöver värderas inför kommande år.

Patientavgifter
Hälso- och sjukvårdens avgifter, egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet redovisas i intranätet, på Region Jönköpings läns webbplats rjl.se/1177.se samt i särskild bilaga till budgeten.

Tandvårdstaxan
Tandvård bedrivs på en öppen marknad med fri prissättning och etableringsfrihet, med tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspris som utgångspris. Referenspriserna ligger till grund för beräkningen av hur stor del av kostnaden staten betalar inom högkostnadsskyddet vid en tandvårdsbehandling när kostnaderna enligt referenspris överstiger 3 000 kronor under en period på 12 månader. Region Jönköpings län avviker från referensprislistan med cirka 7 procent 2025. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköpings län en låg avgift i tandvårdstaxan.

Barntandvård inom allmäntandvård finansieras av barntandvårdspeng. Finansiering av specialiserad barn- och ungdomstandvård ingår i det regionala anslaget för specialisttandvård. Allmäntandvård för vuxna finansieras av patientavgifter och ersättning från den statliga tandvårdsförsäkringen.

Följande principer avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan
- den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika cirka 7 procent från referensprislistans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislistan inte höjas mer än normalt inför 2026
- frisktandvården ska vara självfinansierad
- barntandvårdspengen ökar med index.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.
Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation
Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag	Beskrivning
Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.	För att skapa en tydlig och samordnad vård ska en dokumenterad överenskommelse erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Den klargör vem som gör vad och innehåller en sammanhållen planering, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och bokade tider i samråd. Ett arbete pågår med att bland annat förtydliga vem som ska skriva överenskommelser, vid vilka tillfällen, i vilken omfattning, hur den ska dokumenteras i journalsystemet och hur den ska synliggöras för patienterna.
Öka patientens kunskap om sin sjukdom.	Vi ska ha välinformerade och trygga patienter i hela Jönköpings län. Exempel på åtgärder är införandet av patientens kunskapsstöd och att skapa mötesplatser och nätverk för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående.
Uppföljning av omställningen till nära vård.	En operativ ledningsgrupp tillsattes under 2024 för att följa upp Budget och verksamhetsplan inklusive förflyttningen mot nära vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter.	90 %	88 %	81 %	År
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver - Instämmer helt/delvis.	90 %	92 %	91 %	År
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region.	75 %	79 %	82 %	År

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.	Invånaren ska genom 1177.se få en bättre tillgänglighet till sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. 1177 direkt, som är en e-tjänst för automatiserad symtombedömning, hänvisning och chatt, bidrar tillsammans med utveckling av 1177 på telefon till bättre tillgänglighet till sjukvårdsrådgivning.
Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon.	Resultatet av utredningen kan leda till förändringar av arbetssätt för 1177 på telefon. I väntan på förändringar utifrån utredningens resultat görs en ettårig satsning för att stärka kapaciteten och tillgängligheten till 1177 på telefon.
Utveckling av ingångarna till vården utifrån utredning och arbete som påbörjats under 2025.	Utredning av ingångar till vården genomförs under 2025 och detta tillsammans med arbetet med digitala lösningar och utveckling av 1177 på telefon ska underlätta för patienten i kontakten med vården.
Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.	Tillgängligheten ska förbättras inom alla områden.

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra tillgängligheten till audionommottagningen.	Ekonomisk förstärkning och översyn av arbetssätt för att öka tillgängligheten till audionommottagningen.
Förbättra tillgängligheten till reumatologen.	Stärka tillgängligheten för patienter med kroniska reumatologiska sjukdomar genom ekonomiskt tillskott.
Förbättra tillgängligheten och arbetssätt för logopedens ansvarsområde.	Rehabiliteringscentrum stärks för uppdraget att förbättra tillgängligheten för logopedens ansvarsområde och hur arbetssätt kan utvecklas inom nära vård.
Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.	För patienter med stora vårdbehov ska det vara enkelt att komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt och de ska erbjudas särskilda kontaktvägar inom primärvården.
Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.	Det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.
Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.	God tillgänglighet till den primära nivån och specialistnivå för utredning och behandling när det behövs. Ekonomisk förstärkning görs till Barn- och ungdomspsykiatrin samt till Barn- och ungdomshälsan.
Förbättra tillgängligheten till habiliteringen.	Ekonomisk satsning på habiliteringen efter som behovet ökar tack vare fler överlevare som lever längre och att barnhälsovården uppmärksammar funktionsvariationer i mycket låga åldrar.
Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.	Det innebär en översyn över tillgängligheten och samarbetet inom 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdavdelningar/mottagningar, närakuter och vårdcentraler, samt samarbete med kommunerna. De äldre är en särskilt viktig målgrupp.
Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.	Detta innebär att det finns en ledig vårdplats när det behövs.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	85 %	89 %	Månad
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	69 %	72 %	Månad
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	73 %	75 %	Månad
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	78 %	79 %	Månad
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	71 %	72 %	Månad
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	90 %	91 %	89 %	Tertial
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	59 %	64 %	Månad

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra folkhälsan hos länets invånare.	Tillsammans med länets kommuner och civilsamhället arbeta med att skapa förbättringar utifrån lokala behov och gemensamma möjligheter och utmaningar.
Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.	Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare genom bland annat insatser från hälsokommunikatörer och med spridning och utveckling av konceptet Hälsoguider till fler kommuner. Öka den kulturella förståelsen inom hälso- och sjukvården om hur målgruppens behov kan skilja sig i bemötande i förhållande till andra. Beakta särskilt hur arbetet sker i socioekonomiskt utsatta områden.
Förbättra barn och ungas hälsa.	Arbetet för barn och ungas hälsa behöver fortsätta att utvecklas. För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras exempelvis områden som att fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Exempel på aktiviteter är spridning av elevhälsocentraler. Ungdomsmottagningen ska arbeta tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler för att arbeta mer förebyggande. Stärk samverkan med övriga samhällsaktörer i brottsförebyggande arbete för barn och unga.
Stärka arbetet med barnobesitas.	Obesitas hos barn är ett växande problem. För behandling av obesitas hos barn och för att följa det nationella vårdprogrammet bildas barnobesitasteam inom specialistvården. Ekonomiska resurser tillförs till uppdraget.
Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.	Familjecentralerna genomför utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler och arbetar uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.
Främja äldres hälsa.	Arbeta riktat mot äldre för att främja äldres hälsa, identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid och ofrivillig ensamhet. Fokus även på levnadsvanor, framförallt stillasittande och äldres alkoholvanor. Nya samverkansformer etableras och utvecklas med fokus på ett äldrevänligt län och ett äldrevänligt hälso- och sjukvårdssystem.
Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.	Arbeta aktivt med att sprida gemensamt framtagna arbetssätt för att arbeta proaktivt inom nära vård. Utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner och stärka den lokala samverkan mellan vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården. Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
Fortsätta arbetet för en jämlik geriatrisk vård i länet.	Det är viktigt att säkra en jämlik geriatrik i Region Jönköpings län utifrån de förutsättningar som finns. Geriatrikum har uppgiften att sprida kunskap om äldre inom sjukvården.
Förbättra tandvården för patienter med särskilda behov.	Hos många patienter med särskilda behov finns möjlighet att förbättra munhälsan betydligt, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.
Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.	Folktandvården ska vara ute på förskolor och kommunicera vikten av förebyggande tandvård.
Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.	Kontinuerligt arbete görs för att säkra att invånarna får jämlik vård i hela länet.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel approximalt kariesfria 19-åringar.	70 %	75 %	72 %	År

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.	Implementering av digitala tjänster och system ska utgå från invånarnas och verksamheternas behov och ske på ett för verksamheten kostnadseffektivt sätt som också bidrar till kvalitetsförbättringar av vården. I arbetet ingår bland annat att införa lösningar och nya arbetssätt för ordinerad egenmonitorering, digitala kallelser, digital patientinformation, sammanhållen planering och webtidbok. I Cosmic införs nya mer effektiva sätt att dokumentera och möjliggöra daglig styrning i vården genom realtidsdata.
1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.	Vårdcentralerna är invånarnas huvudingång till vården. Genom 1177.se når invånaren sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. Genom att logga in på 1177.se kan invånaren bland annat läsa sin journal, kommunicera med vården, förnya recept och boka, omboka eller avboka tider.
Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.	Vårdens framgång avgörs av hur väl vi samverkar utifrån patientens behov. Målet är att Esther ska uppleva vården som ett sammanhållet system med tydlig samordning och kontinuitet. Ett arbete pågår för att skapa möjligheter för att ha dialog mellan de som arbetar i primärvården och på sjukhusen. Systemet utvecklas att även förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag	Beskrivning
Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor.	Stöd till vården i det systematiska arbetet med att uppmärksamma, åtgärda och följa upp personer som har behov av stöd till levnadsvaneförändring. Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv.

Uppdrag	Beskrivning
	Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa.
Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.	Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändigt för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen.
Samordna och utveckla arbetet kring suicidprevention i länet.	En nyligen framtagen Regional handlingsplan ligger till grund för Region Jönköpings läns suicidpreventionsarbete. Arbetet sker i samarbete med länets kommuner.
Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.	Vaccinationer är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. Vaccination mot influensa och covid-19 erbjuds inför vintersäsongen. Pneumokockvaccination är nu ett nationellt program och erbjuds året runt.
Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.	Antalet fall av TBE ökar och smittan breder ut sig över större delar av länet. Effektiva vaccin finns för både barn och vuxna. Sedan 2024 erbjuds kostnadsfri vaccination mot TBE för barn mellan 3 och 18 år.
I samverkan i sydöstra sjukvårdsområdet införs successivt vaccinationer enligt folkhälsomyndighetens rekommendationer.	Vaccinationer är en av de viktigaste åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. Utvecklingen av nya vaccin sker i snabb takt och under de närmaste åren kommer flera nya vaccin att bli tillgängliga. Region Jönköpings län ska följa Folkhälsomyndighetens vaccinationsrekommendationer och sträva efter att vaccinationsinsatserna når alla delar av befolkningen, inklusive svårnådda grupper, för att säkerställa hög täckning och ett effektivt skydd mot sjukdomar.
Vaccinera män upp till 26 år mot HPV.	Under 2026 införs avgiftsfri vaccinering mot HPV för alla personer upp till 26 års ålder i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendation.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.	Målet är god och säker vård, överallt, alltid. Kontinuerligt arbete för att bibehålla och stärka de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhet; engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare behöver ske i samverkan över länet.
Arbeta med rätt antibiotikaanvändning och att minska vårdrelaterade infektioner.	Hälso- och sjukvård ska arbeta systematiskt med att förebygga vårdrelaterade infektioner och ha en rationell antibiotikaanvändning. Detta uppnås genom att bland annat säkerställa en god hygienisk standard och upprätthålla en god följsamhet till antibiotikarekommendationer. Genom att delta i konceptet ”Antibiotikasmart” erbjuder Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) stöttning på flera olika organisatoriska nivåer.
Agera för en säker läkemedelsanvändning.	För att minska negativa händelser orsakade av läkemedel sker arbetet med att minska olämplig polyfarmaci, förebygga fel i vårdövergångar och minimera skador orsakade av högriskläkemedel.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Vårdprevention.	90 %	Resultat saknas	Resultat saknas	Tertial

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård.	Underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap. Minska variation med hjälp av resultatjämförelser och gemensamma kunskapsstöd. Öka patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Effektivisera samverkan mellan vårdnivåer och öka samverkan med kommunerna. Ett prioriterat område är omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar.
Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.	Standardiserade vårdförlopp handlar om att personer med misstänkt cancer ska mötas av en välorganiserad, helhetsorienterad, professionell process, utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Speciellt fokus ligger på att förbättra ledtiderna samt stärka rehabiliteringskedjan.
Öka deltagandet i screeningprogram och catch up-vaccination mot HPV bland grupper som inte deltar.	Identifiera grupper som i mindre utsträckning deltar i screeningprogram eller catch up-vaccination mot HPV. Det kan exempelvis vara personer med olika typer av funktionsnedsättning.
Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	En effektiv vård utvecklas inom länet så att behandling kan ges så nära patienten som möjligt med bibehållen hög patientsäkerhet.
Utökning av intensivvården i länet.	En utökning är genomförd med en intensivvårdsplats på Ryhov. Personalförstärkning på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus genomförs under en treårsperiod.
Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.	Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län. Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) samverkar med länets kommuner och primärvård i utvecklingen av den palliativa vården. Ekonomiskt tillskott för att fortsätta arbetet i enlighet med överenskommelse inom den palliativa vården.
För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.	Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård. Personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap.
Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.	Exempel på utvecklingsområden är - bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom - utveckla utredning, stöd och behandling för personer som har eller som riskerar utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) - införa vård och insatsprogram för psykiatrisk sjukdom.
Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.	För att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning sker kontinuerligt arbete med lokaler, logistiklösningar, lagernivåer och information. Arbete pågår ständigt kring tillgänglighet av läkemedel, t ex restnoterade läkemedel och kontinuitet samt med att uppnå en klok läkemedelsanvändning ur miljösynpunkt.
Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.	För att uppnå en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling sker dialog med verksamheterna, upphandling av läkemedel och ordnat införande utifrån nationella, regionala och lokala avtal.
Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.	För att öka patientdelaktighet i läkemedelsbehandlingen i den mån patienten önskar, kan och vill, bedrivs insatser kring att samskapa vård med invånare. Fokus ligger på att arbeta mer personcentrerat,

Uppdrag	Beskrivning
	sammanhållet och proaktivt, till exempel genom omställningen till nära vård.
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.	Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. Ett kontinuerligt arbete görs för att säkerställa att så sker. Handlingsplanen för att stärka länsklinikerna följs årligen.
Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.	Utifrån konceptet Kloka kliniska val, arbeta med att minska över-, under- och feldiagnostik och behandling. Minska lågvärdesvård, och främja patientcentrerad vård (involvera patienterna i beslut av diagnostik och behandling), ökad grad av evidensbaserad praxis.
Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.	Övergången från barn till vuxen inom somatisk vård, habilitering, primärvård, psykiatri behöver förbättras och ske på ett strukturerat sätt. Det finns en ökad risk att hamna i kläm mellan barn- och vuxenverksamhet bland barn som söker när de närmar sig 18 års ålder.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Indikatorer i öppna jämförelser.	60 %	48 %	71 %	År
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid.	80 %	33 %	43 %	Månad
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF.	70 %	97 %	91 %	Månad

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer
En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag	Beskrivning
Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.	Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) är en arbetsmetod för att utifrån patientperspektiv på ett resurseffektivt sätt anpassa verksamheters planering och arbetssätt, för att uppnå en sammanhållen vård över verksamhetsgränser.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter.	Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning.
Utredning av konsekvenserna vid övergången från AT till BT tjänstgöring.	En utredning görs för att tydliggöra vad övergången från AT till BT tjänstgöring får för konsekvenser för verksamheten på kort och lång sikt.

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag	Beskrivning
Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.	En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård. Stödja professur på Jönköping Academy.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Antal forskarutbildade medarbetare.	>125	156	167	År
Antal publikationer.	>150 st.	161	175	År

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Se över att resurserna har en jämlik fördelning utifrån länsinvånarnas behov av vård.	Budgeten kan justeras utifrån förändrade behov och införandet av nya arbetssätt.
Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.	Ambitionen är att successivt förstärka den nära vården. Primärvårdens budget utöver index ska öka.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	-322 mnkr	-225 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Patientavgifter i vården 2026 Sid.

- Nytt för året 2
- Patientavgifter i korthet 3
- Grundläggande bestämmelser för patientavgifter 5
- Patientavgifter vid remittering 6
- Betalning 7
- Högkostnadsskydd för öppenvård – eFrikort 8
- Patientavgifter och avgiftskoder i Cosmic 11
- Förtydligande om patientavgifter A-Ö 21
- Patienter i slutenvård 30
- Intygsavgifter 32
- Avgifter för intyg och möten – sjukskrivningsprocessen 36
- Journal- och röntgenkopior 39
- Vaccinationer 41
- Avgiftsfria åtgärder enligt smittskyddslagen (SmL) 43
- Avgiftsfria besök och åtgärder 45
- Patientavgifter för tandvård som ingår i hälso- och sjukvård 48
- Patientavgifter i ögonsjukvård 49
- Patientavgifter, debiteringar och regelverk 50
  - vård av personer från andra länder

Nytt för året - 2026

- Inga nyheter/förändringar gällande patientavgifter

Patientavgifter - i korthet

Oavsett *när* man kontaktar vården, *vem* man möter och om besöket görs på sjukhus eller vårdcentral så kostar ett fysiskt besök 250 kr i patientavgift.
Om en kontakt genomförs via distans och den bedöms som en kvalificerad kontakt så kostar dessa besök 100 kr i patientavgift oavsett vårdnivå, vem man möter och via vilken kanal kontakten utförs.
Även mellanliggande provtagning och receptförskrivning (utan samband med annan kontakt) kostar 100 kr i patientavgift.

Ett urval/ex. på vård/besök/kontakt	Avgift
• Fysiska vårdkontakter • Allmänläkarvård och sjukvårdande behandling • Specialistsjukvård, primärvård samt närakut och akutmottagning • Hembesök, dagsjukvård, vaccinationer, vård av utomlänspatient • Bokade besök inför/efter KBT via internet • Vård på plats av ambulanspersonal • Avgift för sena återbud eller uteblivet besök – fysiska besök	250: -
• Kvalificerade vårdkontakter på distans • Provtagning mellan besök (s.k mellanliggande provtagn) • Bentäthetsmätning, aortascreening, blodtryck, EKG, Telefon-EKG, Band-EKG • Hälsovård, t ex viktgrupp, hälsokurva • Graviditetstest • Recept via telefon eller via nätet, inklusive ”dosförpackade läkemedel” • Sjukintyg via telefon eller via nätet • Avgift för sena återbud eller uteblivet fysiskt besök – barn • Avgift för sena återbud eller uteblivet besök – distanskontakter	100: -
• Första remissbesök, remiss från primär- till specialistvård (även akut) • Första remissbesök, remiss från specialist- till primärvård (även akut) • Frikortsbesök • Barnsjukvård, hembesök palliativ vård, kontrollbesök organdonatorer, konsultbesök, smittskyddspatienter • Avgiftsfri hälsovård samt screening (kvinnohälsovård, barnhälsovård, tobaksavvänjning, mammografi, gynekologisk hälsokontroll)	0: -

• Recept till barn, sjukintyg till tonåringar • Öppen hälso- och sjukvård för personer 85 år eller äldre.	

Grundläggande bestämmelser för patientavgifter

Grundprincipen för att kunna ta ut patientavgift ska vara att patienten personligen träffar vårdgivaren. Men även vid kvalificerade distanskontakter som motsvarar insatsen vid ett fysiskt besök ska patientavgift tas ut.

För att avgöra vilken patientavgift som är aktuell måste följande frågor besvaras:

- Omfattas personen av lagen om allmän försäkring?
- Är det fråga om öppen vård?
- Sker besöket på grund av sjukdom?
- Gäller det läkarvård eller sjukvårdande behandling?

Om samtliga dessa frågor kan besvaras med JA ska patienten betala patientavgift. Patientavgift ska betalas med kort eller faktura, detta gäller även avgift för hälsovård. Det gäller även vid akutverksamhet och jourverksamhet.

Vilka som omfattas av lagen om allmän försäkring är alla i Sverige folkbokförda, såväl vuxna som barn, inskrivna hos försäkringskassan.

Patientavgifter vid remittering

- Vid remissbesök från primär- till specialistvård eller från specialist- till primärvård (även privat specialist) erläggs ingen patientavgift vid första remissbesöket.
- Vid remissbesök inom specialistvården betalas 250 kronor för alla remissbesök. Konsultbesök är däremot avgiftsfria.
- Vid akuta remissbesök för samma sjukdom inom samma dygn tas ingen patientavgift ut.
- Vid remissbesök för röntgen- och laboratorieundersökningar, som sker till följd av läkarbesöket, tas ingen patientavgift ut. För provtagning som sker utan samband med läkarbesök (så kallad *mellanliggande* provtagning) tas en patientavgift på 100 kronor.
- Vid remittering utomläns betalar patienten den patientavgift som gäller i den vårdande regionen.

Remiss från privatläkare verksamma enligt lag om läkarvårdsersättning eller vårdavtal med Region Jönköpings län

- För besök inom specialistvården efter remiss från privat allmänläkare betalar patienten ingen patientavgift.
- För besök inom specialistvården efter remiss från privat specialist betalar patienten 250 kronor.
- Patienten betalar ingen patientavgift för laboratorie- och röntgenundersökning efter remiss från privatläkare.

Remiss från skolläkare

Skolläkare har rätt att remittera elev eller studerande till primärvård och specialistsjukvård. Oftast omfattas dessa patienter av regeln för fri barnsjukvård men om så inte är fallet betalar patienten 250 kronor för ett läkarbesök. Skolläkare får remittera för labb och röntgen för sjukvård på regionens bekostnad.

Remiss från helt privata läkare

För undersökning eller behandling av läkare som sker efter remiss från läkare utan avtal med regionen betalas patientavgift. Helt privata läkare betalar själva för labb och röntgen.

Remiss från företagshälsovård

Vid besök efter remiss från företagshälsovård betalar patienten 250 kronor i primärvård och 250 kronor vid specialistmottagning. Företagshälsovården betalar själva för labb och röntgen.

Betalning

Region Jönköpings läns vårdmottagningar och tandvårdskliniker ser helst att patienter betalar med kort direkt vid besöket. Den som inte betalar med kort får en faktura. Vid fakturabetalning erbjuds tre alternativ. Betalningsvillkor vid fakturabetalning är 30 dagar.
Privata vårdcentraler som ingår i vårdval och privata vårdmottagningar som har avtal med Region Jönköpings län kan ha andra regler.

Fakturaalternativ

E-faktura till internetbank.

Privatpersoner som anmält att man vill ha e-faktura till sin internetbank får fakturan dit.
Läs mer: E-faktura, 1177

Faktura till digital brevlåda – NYTT från 1 december

Den som inte har e-faktura får istället fakturan till sin digitala brevlåda
Läs mer: Digital post för dig som privatperson, DIGG – Myndigheten för digital förvaltning.

Faktura med posten

Den som inte gjort något digitalt val får fakturan med posten.

Kontant betalning

Patienter som har ett särskilt behov av att betala kontant kan få hjälp att göra det vid någon av vårdens ekonomiavdelningar:

- Centralreceptionen, Värnamo sjukhus
- Centralreceptionen, Höglandssjukhuset Eksjö
- Centralreceptionen/patientinformationen, Länssjukhuset Ryhov
- Respektive folktandvårdsklinik

Högkostnadsskydd för öppenvård - eFrikort

Frikort för sjukvård är digitala i Region Jönköpings län. Det räcker med att patienten uppger sitt personnummer så känner *eFrikort* om frikortsgränsen är uppnådd eller om patienten ska betala och i så fall hur mycket.
De flesta regioner är anslutna till *eFrikort.* Ett fåtal regioner kan ha andra lösningar för högkostnadsskydd, men de kommer ändå att vara kopplade till det *nationella högkostnadsskyddet* (*HKS* via Inera). HKS är den samlade nationella lösningen som gör det möjligt för patienten att logga in via 1177 och se nivån på sitt högkostnadsskyddsbelopp.
Besök gjorda hos vårdgivare inom Region Jönköpings län (via Cosmic, T4 och Paratus) och besök gjorda hos andra regioner (som är anslutna till *eFrikort* eller HKS) kommer att synas på 1177 för patienten.
Har patienten frikort och ska besöka de regioner som inte använder sig av *eFrikort* kan de be om en utskrift som visar att de har frikort/eller hur mycket de har kvar att betala till högkostnadsgränsen för frikort. Detta kan skrivas ut av alla mottagningar och vårdcentraler som har tillgång till *eFrikort*.
Kvittot måste kontrolleras så att samma besök inte räknas mer än en gång (förslagsvis noteras datum och signatur på det uppvisade kvittot)

Några övriga övergångsrekommendationer för registrering av öppenvårdsavgift:

- gäller besöket annan region än Jönköping (**samt** om det avser besök hos privata vårdgivare) så registrerar vårdande region sina besöksavgifter i sin egen lösning av högkostnadsskydd.
- undantag för region Värmland och Kalmar (gäller **både** besök i regionen samt deras respektive privata vårdgivare) - dessa besöksavgifter måste registreras i eFrikort av ekonomiservice, öppenvårdsredovisningen i region Jönköpings län, opv@rjl.se.
- om den privata vårdgivaren **inte** är registrerad i den nationella HSAkatalogen behöver kvittot mailas till ekonomiservice, öppenvårdsredovisningen, opv@rjl.se för registrering.

Allmänt
Högkostnadsskyddet är nationellt och gäller även för patienter från andra regioner. Patienten måste kunna uppvisa tidigare erlagda patientavgifter i de regioner som inte anv sig av eFrikort, eller det N*ationella högkostnadsskyddet,* annars debiteras hel patientavgift.
Även en EU/EES-patient, som är berättigad till vårdförmån, betalar till regionen samma vårdavgifter som personer som är bosatta i Sverige och omfattas därmed också av högkostnadsskyddet i hälso- och sjukvårdslagen. eFrikort kan hantera personer med A-nr och medlemskap EU/EES/Konvention.
För patienter bosatta i länet är högsta belopp för att få frikort för sjukvård 1 450 kronor. Ett frikort berättigar till fri sjukvård hos regionens vårdgivare, vårdgivare med vårdavtal samt hos vårdgivare med ersättning från regionen enligt särskild lag.

De grundläggande reglerna för högkostnadsskyddet finns i 26 § i Hälso- och sjukvårdslagen. Högsta nivå på högkostnadsskyddsbeloppet för öppenvård bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska centralbyrån). Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

Grundläggande regler
eFrikort gäller endast öppenvård. Regionens högkostnadsskydd för sjukvård gäller enligt följande regler:

Kvalificerande belopp:
1 450 kronor

Kvalificerande avgifter:
- Patientavgift för sjukvård hos vårdgivare i alla regioner
- Patientavgift för sjukvård hos vårdgivare med ersättning från regioner enligt lag eller avtal
- Receptförnyelse/telefonrecept
- Patientavgift för viss nödvändig tandvård som omfattas av sjukvårdens patientavgifter
- Patientavgift för kvalificerade distanskontakter
- Patientavgift vid vård på plats av ambulanspersonal

Inte kvalificerande avgifter:
- Patientavgift inom företagshälsovården
- Patientavgift hos helt privata vårdgivare
- Patientavgift som betalas av asylsökande
- Patientavgift vid uteblivet besök
- Besök som är hälsovård t ex vaccinationer, hälsokurva
- Slutenvårdsavgift på sjukhus

Frikort gäller:
- Vid besök för sjukvård hos regionens vårdgivare (samt vid besök hos andra regioners vårdgivare)
- Vid besök för sjukvård hos vårdgivare med ersättning från regionen enligt lag eller avtal
- Receptförnyelse/telefonrecept
- Vid besök för viss nödvändig tandvård som omfattas av sjukvårdens patientavgifter
- Vid kvalificerade distanskontakter
- Vid vård på plats av ambulanspersonal

Giltighetstid:
Tolv månader räknat från och med dagen för det första vårdbesöket.

Frikortsbesök
Vid besök med frikort utfärdas ev. sjukvårdskvitto på 0 kronor.

Frikort som anställningsförmån
Patient med anställning där arbetsgivaren betalar sjukvårdskostnaderna, t.ex. statligt anställda, regionsanställda m.fl. har även rätt till registrering i eFrikort.

Patientavgifter och avgiftskoder i Cosmic

Patientavgifterna i Cosmic är kopplade till vårdgivarkategori, vilket medför att de patientavgifter som kan vara aktuella visas upp i kassan. Även åldersintervall är kopplat till samtliga patientavgifter i Cosmic så att urvalet för patientavgifter hänger samman med patientens ålder. Härigenom visas en anpassad patientavgiftslista utifrån patientens ålder och den vårdgivarkategori som är aktuell vid besöksregistrering.

Avgifts-koder	Produktnamn	Avgift	Beskrivning
100	Läkarbesök, primärvård	250:-	Allmänläkarvård, primärvård. Inklusive patient med EU-kort. Vård av utomlänspatient. Gäller vid hembesök, tillkommande patienter. Gäller patienter upp till 85 år.
110	Läkarbesök, specialistvård	250:-	Länssjukvård, akutmottagning, jourcentral, allmänläkares mottagning efter kl 21.00, lör-, sön- och helgdag. Gäller även vid hembesök. Inkl patient med EU-kort. Dagsjukvård läkare. Vård av utomlänspatient. Gäller patienter upp till 85 år.
120	Läkarbesök, remiss	0:-	Första remissbesök till specialistläkare gäller både akut och planerat remitterad från primärvården. Inkl patient med EU-kort.
130	Läkarbesök, asylsökande	50:-	Asylsökande
140	Läkarbesök, personer från andra länder	3 179:-*	Vård av personer från andra länder. Patienten betalar hela avgiften. (enligt fast prislista)

150	Läkarbesök, utlandssvensk, planerad vård	780:-	Utlandssvenskar från länder utan konvention (6 x högsta slutenvårdsavg)
160	Läkarbesök, korttidsboende, planerad mottagning	250:-	Gäller endast primärvård. Gäller patienter upp till 85 år.
170	Läkarbesök, korttidsboende, hembesök	250:-	Gäller endast primärvård. Gäller patienter upp till 85 år.
180	Distanskontakt	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla yrkeskategorier, oavsett kommunikationsmedel.
181	Distanskontakt avgiftsfritt	0:-	Se ovan.
182	Distanskontakt läkare, personer från andra länder	500:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
182	Distanskontakt Psykolog/Kurator, personer från andra länder	425:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
182	Distanskontakt sjukvårdande behandling, personer från andra länder	275:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
183	Distanskontakt läkare, asyl	50:-	Se ovan.
184	Distanskontakt sjukvårdande behandling, asyl	25:-	Se ovan.
200	Sjukvårdande behandling	250:-	Sjukvårdande behandling, gäller även hembesök. Dagsjukvård, annan än läkare. Inklusive patient med EU-kort. Vård av utomlänspatient. Gäller patienter upp till 85 år.
205	Sjukvårdande behandling, remiss	0:-	Första remissbesök till sjukvårdande behandling gäller både akut och planerat remitterad från primärvården.

			Inklusive patient med EU-kort.
210	Sjukvårdande behandling, asylsökande	25:-	Asylsökande Gäller patienter upp till 85 år.
230	Sjukvårdande behandling, personer från andra länder	1 373:-*	Vård av personer från andra länder. Patienten betalar hela avgiften (enligt fast prislista).
230	Dialysbehandling, personer från andra länder	5 458:-	Enligt DRG M32O
240	Provtagning	100:-	Provtagning mellan läkarbesök. Bentäthetsmätning. Gäller patienter upp till 85 år. Gäller endast i primärvården
240	Provtagning, asyl	25:-	
240	Provtagning, personer från andra länder	1 373:-*	(enligt fast prislista)
250	Sjukvårdande behandling, utlandssvensk, planerad vård,	780:-	Utlandssvenskar från länder utan konvention (6 x högsta slutenvårdsavg)
OBS!	Frikort fångas genom val i kassan då besök registreras. När patienten har frikort ska aktuell patientavgift väljas i kassan, inte avgiftsfritt besök	0:-	Mottagning läkare, frikort. Dagsjukvård, läkare, frikort. Mottagning annan än läkare, frikort. Dagsjukvård annan än läkare, frikort. Recept, frikort. Sjukintyg, frikort.
300	Läkarbesök, avgiftsfritt	0:-	Fri barnsjukvård. Hembesök av läkare i palliativ vård. Kontrollbesök för organdonatorer. Konsultbesök. Nedsatt avgift. Hembesök, frikort alt. nedsatt avgift. Tillsammans med vara: *IVF läkare*

305	Provtagning, avgiftsfritt	0:-	Gäller endast i primärvården.
306	Provtagning, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Alla enheter, länssjukvård och primärvård
307	Provtagning, remiss från primärvården	0:-	Provtagning
310	Sjukvårdande behandling, avgiftsfritt	0:-	Fri barnsjukvård. Hembesök av annan än läkare i palliativ vård. Konsultbesök. Nedsatt avgift. Hembesök frikort alt. nedsatt avgift. Gästdialys. Tillsammans med vara: *IVF sjukvårdande behandling*
320	Läkarbesök, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Smittskydd
330	Sjukvårdande behandling, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Smittskydd
340	Läkarbesök, team, ej första vårdgivaren	0:-	Gäller endast i primärvården
350	Sjukvårdande behandling, team, ej första behandling	0:-	Gäller endast i primärvården.
360	Läkarbesök, korttidsboende, avgiftsfritt	0:-	Gäller endast i primärvården
430	Hälsovård, avgiftsbelagd (varugrupp)	0:-	Denna kod kombineras med avgift bland varor i Cosmic.
440	Varuförsäljning	0:-	Denna kod används vid varuförsäljning utan besök.
450	Hälsokurva, avgiftsbelagd (varugrupp)	0:-	Denna kod används vid varuförsäljning i kombination med varan Hälsovård, avgiftsbelagd, 100 kr
500	Hälsovård, avgiftsfri (varugrupp)	0:-	Mödrahälsovård, barnhälsovård m.m.
600	Återbetalning, väntetid	0:-	Återbetalning, väntetid.
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud	100:-	Avgift vid provtagning, kontroll

610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud, barn	100:-	Avgift vid uteblivet besök, läkare, annan personal, barn
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud, barn, tolk	410:-	Avgift vid uteblivet besök, läkare, annan personal, barn, tolk (100 kr pat.avg, 310 kr för utebliven tolkkontakt)
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud	250:-	Avgift vid ej meddelat återbud, läkare, tolk. Avgift vid ej meddelat återbud, annan personal. Avgift vid ej meddelat återbud, avgiftsfritt barnbesök eller mödrahälsovård hos läkare. Avgift för ej meddelat återbud, avgiftsfritt barnbesök hos annan än läkare. Gäller även besök inom kvinnohälsovården.
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, asylsökande, ej meddelat återbud	25:-	Se ovan.
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, asylsökande, ej meddelat återbud, tolk	335:-	Se ovan. (25 + 310)
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, ej meddelat återbud, tolk	560:-	Se ovan. (250 + 310)
610	Uteblivet läkarbesök, asylsökande, ej meddelat återbud	50:-	Se ovan.
610	Uteblivet läkarbesök, asylsökande, ej meddelat återbud, tolk	360:-	Se ovan. (50 + 310)
610	Utebliven distanskontakt	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla

			slags kommunikationsmedel
610	Utebliven distanskontakt, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
610	Utebliven distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande	25:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier men ej läkare, oavsett kommunikationsmedel.
610	Uteblivet distanskontakt läkarbesök, ej meddelat återbud, asylsökande	50:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller läkarbesök, oavsett kommunikationsmedel.
610	Utebliven distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande med tolk	335:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier men ej läkare, oavsett kommunikationsmedel. (25 + 310)
610	Uteblivet läkarbesök distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande med tolk	360:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller läkarbesök, oavsett kommunikationsmedel. (50 + 310)
610	Utebliven distanskontakt, med tolk	410	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier, oavsett kommunikationsmedel. (100 + 310)

610	Uteblivet läkarbesök/sent återbud, vård av personer från andra länder	3 179:-*	Gäller både specialist- och primärvård. (enligt fast prislista)
610	Uteblivet sjukvårdande behandling/sent återbud, vård av personer från andra länder	1 373:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling	250:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling, remiss PV	250:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, barn	100:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, barn, tolk	410:-	(100 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling, inklusive tolk	560:-	(250 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, asyl	50:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, tolk, asyl	360:-	(50 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling, asyl	25:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling, tolk, asyl	335:-	(25 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, avgiftsfritt	0:-	
611	Sent återbud Distanskontakt inom 72 timmar	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
611	Sent återbud Distanskontakt inom 72 timmar, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel

612	Vårdtillfälle, sent återbud inom 72 timmar	250:-	
612	Vårdtillfälle, sent återbud inom 72 timmar, barn	100:-	
613	Avgiftsfritt, när vårdenheten har avbokat inom 72 timmar	0:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV	250:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV, barn	100:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV, barn, tolk	410:-	(100 + 310)
	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV, tolk	560:-	(250 + 310)
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, asyl	50:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, tolk, asyl	360:-	(50 + 310)
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, asyl	25:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, tolk, asyl	335:-	(25 + 310)
614	Sent återbud inom 24 timmar, avgiftsfritt	0:-	
614	Sent återbud Distanskontakt inom 24 timmar	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
614	Sent återbud Distanskontakt inom 24 timmar, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla

			slags kommunikationsmedel
615	Avgiftsfritt när primärvården har avbokat inom 24 timmar	0:-	
616	Uteblivet vårdtillfälle, ej meddelat återbud	250:-	
616	Uteblivet vårdtillfälle, ej meddelat återbud, barn	100:-	
617	Uteblivet besök, avgiftsfritt	0:-	
618	Uteblivet besök/sent återbud inom 24 timmar, hälsovård	100:-	Gäller patienter som lämnar sent återbud, vid hälsovård, t.ex. Hälsokurva.
620	Receptförskrivning	100:-	Recept utfärdat av läkare eller ssk. Telefon-EKG, band-EKG. Remiss utfärdat efter telefonsamtal. Om både recept och sjukintyg utfärdas efter telefonsamtal, tas endast en avgift ut. Recept ApoDos och förnyelse ApoDos. Recept, frikort. Gäller patienter upp till 85 år.
625	Recept, personer från andra länder	1 373:-*	(taxa enligt fast prislista, sjukv.beh)
630	Recept, avgiftsfritt	0:-	Recept, sjukintyg till tonåring.
640	Sjukintyg	100:-	Sjukintyg utfärdat efter telefonsamtal. Sjukintyg frikort.
650	Receptförskrivning, asyl	25:-	Gäller patienter upp till 85 år.
660	Sjukintyg, avgiftsfritt	0:-	
700	Övrigt	17.496:-*	Omskärelse av pojkar av icke medicinska skäl. DRG-baserad full kostnad enligt följande: DRG N20O, 17.496 kr* (enligt DRGprislista)

	Varugrupper		Hjälpmedel, momsfritt (egenavgift ortoser, kompressionsstrumpor, journalkopior etc.). Intyg utan moms, avgiftsfria intyg. Övriga intyg med moms (inklusive körkortsintyg, provtagning).

* Vid fulldebitering enligt prislista: priset justeras i början på året enligt prislista "Nord DRG" - eller den fasta prislistan - som beslutas i december av Regionsjukvårdsnämnden.

Förtydligande om patientavgifter A-Ö

Abort och sterilisering
Abort och sterilisering ska betalas enligt gällande patientavgift för sjukvård.

Amningsmottagning
Besök gällande problem med amning är avgiftsfria.

ApoDos - se "dosförpackade läkemedel"

Arbetsplatsbesök
Om en arbetsgivare begär en insats av regionens personal avseende råd och anpassning i arbetsmiljön debiteras enligt gällande intygstaxa B (exkl moms) per besök. Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas.
Om arbetsplatsbesök initieras av vårdgivare debiteras patientavgift som vid sjukvårdande behandling.

Blodgruppering
Blodgruppering som initieras av privatpersoner väljs som ”vara” i Cosmic 250 kr (inkluderar provtagning).

Dagsjukvård
För dagsjukvård (dagmedicin, dagkirurgi) betalar patienten vanlig patientavgift.
Besök i dagsjukvård redovisas som ett besök oberoende av vilken/vilka kategorier hälso- och sjukvårdspersonal som medverkar i vården av patienten.
Patient med fler än 5 dagsjukvårdsbesök inom 30 dagar erhåller mat (lunch eller middag) utan egen kostnad från första lunch/middag. Detta gäller de enheter som serverar måltider i samband dagsjukvård. Övriga patienter betalar samma avgift som för personalkost. Barn får mat avgiftsfritt.
Enklare måltid, t.ex. dricka och smörgås kan tillhandahållas utan avgift.
Anhöriga hänvisas till matsal alternativt betalar som för personalkost.

Distanskontakter, kvalificerade
En kvalificerad distanskontakt kostar 100 kr i patientavgift. Detta oavsett kanal (telefon, video, app, chatt…) och oavsett yrkeskategori och vårdnivå.
Det är en medicinsk bedömning om en patientavgift ska debiteras, bedömningen grundas på utförd eller planerad insats. En distanskontakt betraktas som kvalificerad om den innehållsmässigt motsvarar de insatser som görs/skulle ha gjorts vid ett fysiskt besök. T ex:

- beslut om behandling eller ytterligare utredning
- att man gör en ändring av pågående behandling
- utvärdering av läkemedel.

För att en distanskontakt ska generera en avgift *bör* patienten vara medveten om patientavgiften via t ex kallelse, muntlig överenskommelse eller dylikt. Men då information om detta har gått ut offentligt via olika slags kanaler från Region

Jönköpings län så anses att invånarna har fått information om att vi debiterar patientavgift även för *kvalificerade* distanskontakter.
Precis som vid ett fysiskt besök så ingår även receptförskrivning och provtagning inför/i samband med en kvalificerad distanskontakt. Avgiften för kvalificerad distanskontakt räknas in i högkostnadskyddet. Regelverken för *avgiftsfria remissbesök* respektive *uteblivande/sent återbud* gäller även för kvalificerade distanskontakter

Distanskontakter, inte kvalificerade (avgiftsfria)
De distanskontakter som fortfarande kommer att vara avgiftsfria avser upplysning, rådgivning, hänvisning och information. Till exempel:

- utlämnande av provsvar
- ändra eller boka tid
- telefonrådgivning/information/enkla råd om egenvård
- vanliga enkla brevkontakter
- kontaktgarantin inom primärvården – nationella vårdgarantin

Dosförpackade läkemedel (förr: ApoDos)
Patientavgift för recept tas ut när vårdtagare/patient får *Dosförpackade läkemedel* utfärdat för första gången samt även vid förnyelse/förlängning av recepten i listan (förlängning/förnyelse görs oftast en gång per år). Om nytt läkemedel tas in i receptlistan för *Dosförpackade läkemedel* så betalar patienten patientavgift på samma sätt som för annan receptförskrivning (om receptförskrivning ingår i ett besök så betalar patienten endast besöksavgift, om det avser typ telefonrecept utan besök betalar patienten receptavgift). Vid förändring av dosering utgår ingen ytterligare avgift, om inte ett helt nytt recept skrivs ut.

Drogtest, DNA-test
Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas vid t.ex. drogtest begärt av arbetsgivare, DNA-test vid t.ex. arvstvister. Läkarinsats + provtagningar. Provsvar går till beställaren som även betalar analyskostnaden.

Faderskapsprov
Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas för faderskapsprov. Läkarinsats + provtagningar, laboratoriekostnader. Provsvar till beställare som får skriva utlåtande.

Flera besök/behandlingar samma dygn, samma sjukdom
Om patienten återkommer till vårdgivare inom 24 timmar (ett dygn) *för samma sjukdom* betalas ingen ny patientavgift. Detta gäller *endast för akuta besök*. Det behöver inte vara samma vårdgivare.

Gruppbehandling
Varje patient som behandlas på grund av sjukdom betalar vanlig patientavgift.

Graviditetsdiabetes
Besök som görs på grund av graviditetsdiabetes är avgiftsfria

Hembesök
Vanlig patientavgift tas ut när läkare eller annan vårdgivarkategori (sjukvårdande behandling) besöker patienten i hemmet. Avser det provtagning utgår provtagningstaxa. Hembesök för medicinutdelning är avgiftsfritt.
Om besöket gäller flera patienter i samma hushåll betalar även övriga familjemedlemmar vanlig patientavgift.

Hjälpmedelsförskrivning
Förskrivning av hjälpmedel är en process där behovsbedömning, information, ordination, eventuell anpassning, träning, uppföljning och dokumentation ingår. Vid förskrivning betalar patienten vanlig patientavgift per behandlingstillfälle (sjukvårdande behandling).
Bedömning och uppföljning av bostadsanpassning, som sker i hemmet, är avgiftsfritt. Även intyget är avgiftsfritt.
När utprovning/tillverkning av ortoser är en del i behandling kostar det vanlig patientavgift + kostnad för produkten. För enbart utlämnande av ordinerad ortos uttas ingen besöksavgift (patienten betalar endast för produkten).

Hälsokontroll
Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas för hälsokontroller. Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas (gäller inte asylsökandes inledande hälsokontroll som är fri och betalas av migrationsverket).
En hälsokontroll bör innehålla: allmän anamnesupptagning, basal kroppsundersökning och provtagning, vid behov EKG och en sammanfattande bedömning.

Hälsovård
Vid t.ex. kostrådgivning och hälsokurva utgår en patientavgift för hälsovård/behandlingstillfälle. Mammografiundersökning, gynekologisk cellprovstagning och tobaksavvänjning är dock avgiftsfria (eventuellt recept i samband med tobaksavvänjning debiteras).
Avgift vid hälsovård är inte frikortsgrundande.

Hälsoundersökningar där sjukdom konstateras
Om sjukdom konstateras vid en hälsoundersökning gäller följande:

- om inga åtgärder vidtas p.g.a. den konstaterade sjukdomen betalas endast patientavgift för hälsoundersökningen.
- om den konstaterade sjukdomen leder till nytt besök betalas vanlig patientavgift.
- om den konstaterade sjukdomen vid samma tillfälle föranleder åtgärder som normalt inte ingår i hälsoundersökningen betalas patientavgift både för hälsoundersökningen, om denna är avgiftsbelagd, och för läkarbesöket/sjukvårdande behandlingen.
- om oklarhet råder vid tolkning av undersökningsresultatet och hälsokontrollen därför måste göras om, tas ingen ny avgift ut av patienten.

Högriskskydd för levande donatorer
Det finns ett särskilt högriskskydd för levande donatorer av organ och vävnader. Skyddet omfattar utredningar och operation i samband med donation. Skyddet innebär att donatorn har rätt till ersättning för sina kostnader. Den enskilde får ersättning från den första dagen i en sjukperiod (karensdagen). Informera patienten om att begära läkarintyg, där det framgår att den försäkrade är donator och vilket organ/vävnad som eventuellt ska doneras.
Donatorn har också rätt att i samband med donationsingrepp få full ersättning för förlorad arbetsförtjänst av organmottagande region. Även andra kostnader som är relaterade till donationsingreppet kan ersättas av respektive region.

Hörselskydd och musikproppar
Kunden alternativt företaget betalar den faktiska kostnaden, 350 kronor per person, för avgjutning av hörselgången i syfte att göra hörselskydd och musikproppar.

Kvarskrivna patienter
En kvarskriven patient som är bosatt här i vår region, är av sekretesskäl fortfarande folkbokförd i sin gamla hemregion. Enligt en överenskommelse ska dessa patienter behandlas som om de vore skrivna här, dvs. de har rätt till planerad vård som vi normalt måste ha en betalningsförbindelse för.
Regionen, där patienten fortfarande är formellt folkbokförd, ska ej debiteras vårdkostnaden.

KBT via internet
Patienten betalar ingen patientavgift för tillgång till behandlingspaketet. Patientavgift erläggs för inledande bedömningssamtal samt vid eventuellt avslutningssamtal, precis som vid vanliga bokade besök. Övriga kontakter under vårdprogrammet genererar ingen patentavgift.

Konsultation
Konsultation som initieras av vården i samband med sluten vård/dagsjukvård/dagkirurgi är avgiftsfri för patienten. Planerade (tidsbeställda) besök på annan klinik som görs under tiden patienten är inskriven i sluten vård är däremot avgiftsbelagda.

Körkortsintyg för vissa sjukdomsgrupper
Intyg för vissa sjukdomsgrupper, t.ex. diabetiker, epileptiker, som rutinmässigt vanligtvis årligen begärs av transportstyrelsen för att få behålla körkort ska vara avgiftsfria.

Läkarbesök i samband med oplanerad inläggning
Om patienten läggs in för sluten vård i samband med att han/hon har haft ett öppenvårdsbesök samma dag, debiteras både öppenvårds- och slutenvårdsavgift.

Läkarbesök i äldreboende
När primärvårdsläkare organiserar mottagningsverksamhet på äldreboende ska patienten betala samma avgift som vid besök på vårdcentral. Om primärvårdsläkaren kallas till äldreboendet på annan tid gäller samma patientavgift.

Läkarbesök när patienten är inskriven i sluten vård
Planerade (tidsbeställda) besök som görs under tiden patienten är inskriven i sluten vård är avgiftsbelagda. Konsultbesök är avgiftsfria.

Läkarbesök på grund av sjukdom där samtidigt annan åtgärd vidtas
När en patient vid ett besök samtidigt önskar behandling, undersökning eller åtgärd för annan sjukdom än vad det ursprungliga bokade besöket avser ska det räknas som två separata bokade besök och patientavgift betalas för varje besök.

Läkarbesök och sjukvårdande behandling - flera samma dag
Om flera separata läkarbesök och/eller sjukvårdande behandlingar utförs samma dag betalas patientavgift för varje besök. Patientavgift ska betalas vid varje behandlingstillfälle, även när de av praktiska skäl samordnas samma dag.

Lärcafé
Lärcafé är en pedagogisk modell med målsättning att deltagande patienter och/eller närstående ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation och därmed få bästa möjliga livskvalitet. Deltagande i ett lärcafé bokas inte som ett vanligt vårdbesök, därför är deltagande i lärcaféer avgiftsfritt.

Momsbelagda tjänster
Huvudregeln är att tjänster som görs för att tillhandahålla fakta som grund för tredje persons beslut ska påföras moms. Det gäller t.ex.:

- Rättsintyg
- Intyg till försäkringsbolag
- Intyg om hälsotillstånd
- Körkortsintyg inklusive drogintyg
- Intyg för arbetslivsinriktad rehabilitering
- Medverkan i avstämningsmöte med försäkringskassan
- Intyg för att styrka behov av särskilda hjälpmedel i arbetsliv eller skola, parkeringstillstånd
- Alla typer av intyg för att styrka lämplighet; för att arbeta i utlandet, på natten, på höga höjder, med livsmedel, på sjön, för att flyga, dyka, hoppa fallskärm etc.

Exempel på momsfria tjänster:

- LVM-intyg
- LVU-intyg

Nyförlöst med förlossningsskada
Nyförlöst med förlossningsskada ska betala avgift för vård fr.o.m. vecka 13 efter förlossningen

När patienten lämnar sent återbud/uteblir från besök i primärvården
Återbud till erbjuden besökstid i primärvården ska lämnas senast 24 timmar före besöket.
Uteblivet besök och återbud mindre än 24 timmar före besöket debiteras med vad besöket skulle genererat i patientavgift. Detta gäller även patienter som har frikort samt vid besök som normalt är avgiftsfria. Gäller även kvalificerade distanskontakter samt besök inom kvinnohälsovården.
Tidsbeställt avgiftsfritt barnbesök debiteras med 100 kronor för läkarbesök/sjukvårdande behandling, om patienten uteblir eller lämnar sent återbud. Undantag: Gäller ej BHV-besök.
Om en patient uteblir eller om återbud meddelas så sent att språktolk inte kan avbeställas debiteras patienten även för tolkkostnad, 310 kronor. Förutsättning för detta är att patienten informerats om dessa regler i kallelsen.
Eventuella undantag från avgift vid sent återbud/uteblivande besök får tas av respektive klinik eller verksamhetschef.
Ovanstående avgifter är inte högkostnadsgrundande.

När patienten lämnar sent återbud/uteblir från besök i specialistsjukvården
Återbud till erbjuden besökstid i specialistsjukvården ska lämnas senast 3 hela vardagar (72 timmar) före besöket. Detta gäller både öppenvård och inläggning/operation.
Uteblivet besök och återbud mindre än tre hela vardagar före besöket debiteras med vad besöket skulle ha genererat i patientavgift. För öppen vård utgår vanlig patientavgift. Samma avgift tas ut om besöket avser en inläggning eller operation. Detta gäller även patienter som har frikort samt vid besök som normalt är avgiftsfria. Det gäller även vid kvalificerade distanskontakter.
Tidsbeställt avgiftsfritt barnbesök debiteras med 100 kronor för läkarbesök/sjukvårdande behandling, om patienten uteblir eller lämnar sent återbud. Undantag: Gäller ej BHV-besök.
Om en patient uteblir eller om återbud meddelas så sent att språktolk inte kan avbeställas debiteras patienten även för tolkkostnad, 310 kronor. Förutsättning för detta är att patienten informerats om dessa regler i kallelsen.
Eventuella undantag från avgift vid sent återbud/uteblivande besök får tas av respektive klinik eller verksamhetschef.
Ovanstående avgifter är inte högkostnadsgrundande

När patienten inte får vård
Om det är sjukvårdens fel att planerad åtgärd inte utförs, ska patienten inte betala patientavgift. Om det beror på patienten att åtgärden inte kan utföras, betalar patienten patientavgift.
För de som har rätt till sjukresa betalas detta av regionen, inklusive egenavgift (sjuktransportkvitto eller skrivet intyg behövs för att sjukreseersättning ska kunna betalas ut). För mer information om resor och ersättning, ta kontakt med regionens sjukreseenhet.

Primärvård
Om primärvården avbokar planerad vård mindre än 24 timmar före besöket så behöver inte patienten betala för nästa planerade vårdbesök som gäller samma sjukdom.

Specialistvård
Om specialistsjukvården avbokar planerad vård mindre än tre hela vardagar (72 timmar) före besöket så behöver inte patienten betala för nästa planerade vårdbesök som gäller samma sjukdom.
När planerat ingrepp (dagkirurgi eller operation) som utförs på operationsavdelningen ställs in mindre än 24 timmar innan operationen skulle ha påbörjats, kan patienten ansöka om en ersättning på 1 200 kr (andra kostnader, t ex förlorad arbetsinkomst eller kostnad för barnpassning, ersätts inte). Det ligger på patienten att ansöka om denna ersättning. Ansökan görs lämpligast hos den klinik som patienten har haft kontakt med, men om det är annan klinik som är orsaken till att ha ställt in så är det DEN kliniken som ska ha ansökan och ev. betala ut ersättning.
Om vårdtillfället infaller på en måndag ska patienten informeras senast fredagen innan (man ”utesluter” alltså helgdagarna). Det gäller endast folkbokförda personer i Region Jönköpings län och ingrepp utförda i Region Jönköping.
Det är upp till kliniken/ansvarig enhet att bedöma om patienten har rätt till ersättning eller inte, men en riktlinje är att patienten inte ska ha rätt till ersättning om:

- patienten får en ny tid samma dag (ersättning betalas alltså inte ut om ingreppet påbörjas samma dag)
- patienten redan sen tidigare är inneliggande/inskriven i slutenvård
- patienten redan innan blivit informerad om att ett planerat ingrepp ev. kan komma att ställas in om behov av operationen inte längre finns (t ex om en planerad undersökning dagen innan ingrepp påvisar att det inte längre finns behov av operation)
- patienten själv är orsak till att vården ställs in

Provtagning - mellanliggande eller inför ett besök
När provtagning görs utan samband med besök - så kallat "mellanliggande provtagning" - ska patienten betala provtagningsavgift.
När provtagning görs inför eller i samband med ett besök eller en kvalificerad distanskontakt, ingår provtagningen i patientavgiften för besöket/kontakten.
Provtagning för alkoholtest ska faktureras polisen (ingår ej i högkostnadsskyddet).
Ex på provtagning: bentäthetsmätning, tfn- eller band-EKG, blodtryck (även -24 tim), blodprov.

Provtagning på familjemedlemmar
Vid vissa sjukdomar är det nödvändigt att samtliga familjemedlemmar lämnar prover, ex svalgodling vid streptococcinfektion. I dessa fall betalas provtagningsavgift för varje prov. Eventuellt recept är avgiftsfritt.

Receptförskrivning
Recept ingår i patientavgiften för både sjukvårdande behandling och läkarbesök samt vid kvalificerade distanskontakter.

Remissbesök hos specialist- och primärvård
Första besöket hos specialistvården blir avgiftsfritt när man har remiss från primärvården och första besöket hos primärvården blir avgiftsfritt när man har remiss från specialistvården (undantag: bassängträning)
Remissbesök som sker mellan specialister genererar patientavgift.
Om man uteblir från sitt första avgiftsfria remissbesök och blir kallad till nytt besök så blir det avgift för nästa besök.
Ovan regelverk gäller även för kvalificerade distanskontakter.

Smittskydd
Det ska inte tas ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen. Det är endast de besök *som läkare bedömer minska risken för smittspridning* som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittar och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts.
Slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Teambesök
Om det är flera besök som samordnas av hälso- och sjukvårdspersonal för en specifik patient är det ett teambesök och patienten betalar endast en avgift. Om det är flera besök som tidsamordnats på samma dag av hänsyn till patienten så ska besöken generera en patientavgift för varje besök.
Teambesök avser ett planerat öppenvårdsbesök där patienten möter ett vårdteam. Vårdteamet träffar patienten samtidigt eller tidsmässigt efter varandra under samma dag. Teamet kan bestå av hälso- och sjukvårdspersonal från samma såväl som från olika medicinska ansvarsområden där varje personal har ett eget behandlingsansvar. Teamet har ett gemensamt syfte och mål och det görs en gemensam bedömning eller uppföljning av patientens behov. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd ska tillämpas. Besöket ska dokumenteras i journal.
Patientavgift tas endast ut för den som samordnar teamet. Övriga deltagare i teamet registrerar sina besök som avgiftsfria (se regelverk för kontakt-, diagnos och åtgärdsregistrering i Region Jönköpings län). Teambesök omfattar inte vårdpersonal som assisterar annan vårdpersonal.

Transport av avlidna
Regionen har ett yttersta ansvar för att den som avlider på allmän plats eller i en privatbostad införs till bårhus. Kommunen har motsvarande ansvar för särskilda boenden. Polisen ansvarar vid transport för rättsmedicin. Sjukvårdshuvudmannens ansvar upphör när kroppen utlämnas för bisättning/kistläggning.

Regionen utför eller betalar transport

- till sjukhus för obduktion som initierats av läkare
- vid tillkommande transportkostnader för borttagning av implantat
- vid hemtransport av avlidna utanför regionsområdet vid vård enligt specialistvårdsremiss. Dödsboet betalar egenavgift om 300 kronor. Dödsboet betalar övriga transporter.

Faktureringsadress: Region Jönköpings län, Fakturaenheten, Box 1024, 551 11 Jönköping. Märk fakturan med ansvarsnummer 900008.

Vård på plats av ambulanspersonal

För patient som behandlas på plats av ambulanspersonal tas vanlig patientavgift ut som för besök på akutmottagning/närakut. Om patienten istället förs till vårdcentral eller sjukhus betalar de som tidigare en patientavgift för det vårdtillfället och ingen avgift tillkommer för *vård av ambulans*. Avgiften är högkostnadsgrundande.

Återbetalning vid väntetid

Om väntetiden överstiger 30 minuter vid planerat besök, återbetalas den eventuellt erlagda patientavgiften. Detta gäller inte vid akuta besök eller vid planerade polikliniska ingrepp och mottagning som huvudsakligen har sådan verksamhet. Det åligger patienten att på plats begära återbetalning i samband med besöket.

Patienter i slutenvård

Avgifter i slutenvård

För dag 1-10, inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 130 kr per påbörjad vårddag. Därefter utgår en avgift på 110 kr per vårddag.
Med samma vårdtillfälle menas vård på samma klinik. Vid överflyttning till annan klinik eller annat sjukhus påbörjas nytt vårdtillfälle.
Högsta nivå på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska Central Byrån) Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

Barn

Barn och ungdomar under 20 år har avgiftsfri slutenvård. Från och med 20-årsdagen gäller vanlig sjukvårdstaxa.

För vilka dagar betalar patienten?

Patienten betalar för samtliga vårddagar utom för permissionsdagar. Patienten betalar för inskrivningsdag, men inte för utskrivningsdag. Detta gäller även om patienten flyttas till annan avdelning, klinik eller annat sjukhus under pågående vårdtid.
Om patienten skrivs in och ut samma dag tas en slutenvårdsavgift ut.

Högkostnadsskydd och sluten vård

Patientavgiften för slutenvård är inte högkostnadsgrundande.

Patientgrupper med avgiftsfrihet

Anhållna och intagna på kriminalvårdsanstalt
Patient som är anhållen, häktad eller intagen på kriminalvårdsanstalt betalar ingen patientavgift för sluten vård. Hemregionen står för patientavgiften till dessa patienter.

Rättspsykiatrisk vård
Kriminalvården står för kostnaderna för rättspsykiatrisk utredning av häktade och intagna på kriminalvårdsanstalt. Dessa patienter betalar ingen patientavgift.
För den som ges rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd efter beslut av domstol står hemregionen för vården till dessa patienter. Slutenvårdsavgift tas inte ut.

Psykiatrisk tvångsvård
Slutenvårdsavgift tas inte ut.

Smittskyddslagen
Det är endast besök *som läkare bedömer minska risken för smittspridning* som är avgiftsfria för patienten. Slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Asylsökande
Asylsökande med LMA-kort betalar ingen avgift vid sjukhusvård.

Inskrivningsregler

Gränsdragning - öppen eller sluten vård?
Det är alltid behandlande läkare som avgör om patienten ska skrivas in för sluten vård. Från och med den tidpunkt patienten är inskriven är vården att beteckna som sluten vård.

Identitet och rätt folkbokföringsadress
Försäkra dig alltid om att patienten har uppgivit rätt identitet. Tänk på att dokumentera samtliga uppgifter. Det är viktigt att kontrollera att den adress som patienten uppger överensstämmer med folkbokföringsadressen. Detta för att kunna debitera rätt hemregion efter avslutad vårdtid. Det är alltid patientens hemregion som har betalningsansvar för vården. I Riksavtalet definieras patientens hemmaregion som den region där patienten vid vårdtillfällets inledning var folkbokförd.

Permissionsregler

Betalning vid permissioner
För resdag betalar patienten patientavgift för sluten vård. För permissionsdag betalar patienten ingen patientavgift.

Resdag
Som resdag räknas den dag patienten lämnar avdelningen för att gå på permission. Som resdag räknas också den dag patienten återkommer till avdelningen efter avslutad permission.

Permissionsdag
Som permissionsdag räknas den dag då patienten vistas utanför sjukhuset i minst 12 timmar mellan kl 00.00 och kl 24.00. Detta gäller även de dagar när man reser till och från sjukhuset.

Omfattning av permissionen
Permissionen får omfatta högst tre dagar, detta exklusive resdagar.
Undantag: Avsteg från denna regel får i undantagsfall göras för patienter som vårdas på psykiatriska kliniken och där permissionen ingår som ett led i behandlingen.

Anhörigförmåner
När en patient får specialistvård långt från den egna bostadsorten kan ekonomisk ersättning ges till patient eller anhörig för patienthotell i samband med vård/vistelse hos patienten. Specialistvården ska ha initierats av regionen.
Se utförliga riktlinjer för hotellövernattning vid remittering: Patienthotell regelverk.

Intygsavgifter

Patienten betalar inte patientavgift utan endast intygsavgift när enda syftet med besöket är att få ett intyg.
Intygsavgiften omfattas inte av högkostnadsskyddet.

Moms på intyg

Skattemyndigheten har utgivit riktlinjer som innebär att vissa av hälso- och sjukvårdens tjänster ska påföras moms. Huvudregeln är att tjänster som görs för att tillhandahålla fakta som grund för tredje persons beslut ska påföras moms. Det gäller också de intyg som ligger till grund för tredje persons ställningstagande och som inte primärt är till för att skydda den enskildes hälsa eller är ett led i vård och behandling.

Det gäller t.ex:

- Rättsintyg
- Intyg till försäkringsbolag
- Intyg om hälsotillstånd
- Körkortsintyg inklusive drogintyg
- Intyg för arbetslivsinriktad rehabilitering
- Medverkan i avstämningsmöte med försäkringskassan
- Intyg för att styrka behov av särskilda hjälpmedel i arbetsliv eller skola, parkeringstillstånd
- Alla typer av intyg för att styrka lämplighet; för att arbeta i utlandet, på natten, på höga höjder, med livsmedel, på sjön, för att flyga, dyka, hoppa fallskärm etc.

Exempel på momsfria tjänster:

- LVM-intyg
- LVU-intyg

Avgiftsfria intyg

- Mycket enkla schablonintyg (kryssa i enkel fråga) för exempelvis mönstring eller enkla intyg som bara bekräftar diagnosen (svara: ja/nej) är avgiftsfria.
- Intyg, utredningar och analyser m.m. till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) ska tillhandahållas utan kostnad.
- Adoptionsintyg
- Färdtjänstintyg

Detta gäller även för privata vårdgivare med vårdavtal med Region Jönköpings län.

Intygsavgifter* A, B och C

	Intyg	Exkl moms	Inkl moms
A.	Enkelt intyg grundat på patientkontakt eller journaluppgift.	248:-	310:-
B.	Intyg som kräver undersökning och/eller enkla prover t ex AMF-intyg, livsmedelsintyg inkl prover, LVM-intyg	784:-	980:-
C.	Intyg av omfattande karaktär som kräver kvalificerade undersökningar och/eller röntgen, t ex dykarcertifikat, rättsintyg, handskadeintyg, invaliditetsintyg.	1.224:-	1.530:-
	Vid tidskrävande intyg kan timtaxa debiteras med	984:-/tim	1.230:-/tim

*Möjlighet ges till årlig indexering av intygsavgifterna baserad på LPIK (Landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner)

Intygsavgifter enligt författning

Intyg	Avgift
Intyg för rättspsykiatriska undersökningar i brottmål (SOSFS 1996:15). Rättsmedicinalverket beslutar om ersättning	Taxa med moms
Intyg till försäkringskassan är kostnadsfritt för försäkringskassan. Vanlig patientavgift får tas ut om särskild undersökning behövs för intygets utfärdande (SFS 1984:908)	Patientavgift
Intyg för föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning (VAB) (SFS 1995:584)	0:-

Körkortsintyg

Intyg	Exkl moms	Inkl moms
De rutinmässiga körkortsintyg som begärs av Transportstyrelsen på grund av sjukdom är avgiftsfria. Patienten är känd för vårdpersonalen och det behövs oftast endast journalinformation när intyget skrivs. Om särskild undersökning krävs tas patientavgift ut för besöket.	0: -	

Avgiftsfriheten gäller inte för de obligatoriska 45-årsintygen eller de intyg som krävs av Transportstyrelsen pga missbruk.		
Intyg för behörighet till C- och D-körkort. Obligatoriskt 45 års intyg för C- och D-körkort	784:-	980:-
Provtagningar och läkarbesök för att återfå/behålla körkort p.g.a. missbruk (gäller även för att få körkortstillstånd) efter beslut av körkortsmyndighet (Transportstyrelsen). Taxan innefattar 4-6 analyskostnader, provtagningstaxa samt intyg och läkarbesök. Taxa för kompletterande provtagningar utöver de 4-6 godkända som krävs: provtagningstaxa 100 Kr gäller (ej frikortsgrundande). Hela intygskostnaden ska vara erlagd innan utlämnande av intyget. ! Om Transportstyrelsen kräver ny provomgång och nytt intyg så tas hel intygstaxa ut på nytt vid varje intygstillfälle.	1.224:-	1.530:-
Läkarintyg i samband med Transportstyrelsens beslut om alkolås, inklusive kostnaden för blodanalyser. Om någon analys visar sig vara positiv och därför måste verifieras av Rättsmedicinskt laboratorium, får den enskilde utöver grundavgiften för intyget, betala provtagningstaxa 100 kr (ej frikortsgrundande). Hela intygskostnaden ska vara erlagd innan utlämnande av intyget. ! Om Transportstyrelsen kräver ny provomgång och nytt intyg så tas hel intygstaxa ut på nytt vid varje intygstillfälle.	1.224:-	1.530:-
Övriga körkortsintyg enligt intygstaxa A, B eller C		

Intyg om tandvård till särskilda patientgrupper
Personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan få tandvård till samma patientavgift som inom hälso- och sjukvården. För detta krävs ett särskilt läkarintyg: "Läkarintyg vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning" enligt 3 a § *tandvårdsförordningen (1998:1338)* (Socialstyrelsen).
Detta intyg är avgiftsfritt för patienten, de betalar endast patientavgift för besöket.

Avgifter för intyg och möten - sjukskrivningsprocessen

Sjukintyg, läkarintyg vid sjukskrivning, förstadagsintyg som sker via distanskontakt (t ex telefon, video) där avgift tas ut så ingår intyget i distanskontaktsavgiften. Om ingen avgift tas ut för distanskontakten kostar intyget 100 kr. Vid besök tas vanlig patientavgift ut och då ingår intyget i besöksavgiften. Intyg gällande smittbärarpenning samt riskgrupp ang Covid 19 är avgiftsfria med motivering till smittskyddslagen.

Läkarutlåtande och intyg

Läkarutlåtande	**Exkl moms**	**Inkl moms**
Begäran av läkarutlåtande av Försäkringskassan eller av patienten (inkl detaljerat läkarutlåtande, blankett E213*) i syfte att söka aktivitets- eller sjukersättning ingår i vårdens uppdrag och kan inte debiteras Försäkringskassan eller patienten enligt *förordning (SFS 2004:888) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m*. Vanlig patientavgift tas ut om särskild undersökning behövs för intygets utfärdande.	-	-
Detaljerat läkarutlåtande (blankett E213) - om en person arbetat i annat EU-medlemsland. **OBS!** Enbart läkare som går under den nationella taxan kan begära ersättning (d.v.s. läkare som bedriver privat verksamhet och inte är knuten till landsting/vårdval). Fakturan skickas till Försäkringskassan (RFFS 1977:27).	4.500:-	5.625:-
Förfrågan (skriftligt) om medicinskt utlåtande från Arbetsförmedlingen eller förfrågan om läkarutlåtande från kommunens socialtjänst är avgiftsbelagda. Arvode tas ut. Faktura skickas till Arbetsförmedling eller kommunens socialtjänst. Om intyget kräver särskild undersökning tas ingen patientavgift ut eftersom besöket räknas in i arvodet. OBS! Vid fakturering Arbetsförmedlingen ska det ärendenummer anges som står i förfrågningsunderlaget. Personnummer ska inte anges på underlaget.	3 200:-	4.000:-
Intyg (exkluderat sjukintyg, läkarintyg vid sjukskrivning, förstadagsintyg)		
Om frågor från Arbetsförmedling, kommunens socialförvaltning eller försäkringsbolag besvaras i ett intyg eller brev gäller vanlig intygstaxa A-C. Se ”patientavgifter i vården/ Intygsavgifter”		

Avstämningsmöte – när läkare medverkar	Exkl moms	Inkl moms
När Försäkringskassan kallar till avstämningsmöte enligt FKFS 2010:35 gäller att vårdenheten debiterar Försäkringskassan för läkarmedverkan. Fakturaunderlag behöver inte undertecknas av försäkringsutredaren. Patientavgift tas inte ut. Om ett läkarintyg om sjukskrivning skrivs/förnyas efter mötet kostar intyget för patienten 100 kr. Om tolkbehov finns vid avstämningsmötet ska Försäkringskassan boka och betala för den kostnaden. Det är viktigt att vården uppmärksammar Försäkringskassan om tolkbehov finns.	750: -	938: -
Trepartsmöte med extern aktör - utan Försäkringskassan		
Trepartsmöte innebär ett möte med hälso- och sjukvården, patient och extern aktör, exempelvis arbetsgivare, arbetsförmedling eller socialtjänst. Försäkringskassan deltar inte. Syftet är att initiera och planera insatser för att om möjligt förhindra en sjukskrivning eller förkorta sjukskrivningsperioden. Extern aktör kan initiera, dock inte kräva, ett trepartsmöte med vården. Trepartsmöte kan inte debiteras extern aktör och patientavgift tas inte ut. Om ett läkarintyg om sjukskrivning skrivs/förnyas efter mötet kostar intyget för patienten 100 kr.		

Rehabkoordinator
Besök som görs som en del av vård och behandling för att följa upp/planera insatser under sjukskrivningen, exempelvis via kartläggande eller stödjande samtal.

För bokade besök och kvalificerade distanskontakter (t ex telefon, video…) med rehabkoordinator tas sedvanlig patientavgift ut.

Samordnad individuell plan (SIP)
Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en SIP när den enskilde har behov av stöd med samordning av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Samordnad individuell plan kan initieras av vårdtagare, närstående, sjukvården eller socialtjänsten. SIP kan inte debiteras socialtjänsten. Patientavgift tas inte ut.

Arbetsplatsbesök
Om en arbetsgivare gör en förfrågan om en insats av regionens personal avseende råd och anpassning i arbetsmiljön debiteras arbetsgivaren enligt gällande intygstaxa B (*exklusive* moms). Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas. Debiteringen blir intygstaxa (*inklusive* moms) för besök + intyg.

Det är alltså endast en avgift som debiteras. Man kan inte ta avgift för både ett besök samt ett intyg.

Om arbetsplatsbesök initieras av vårdgivare debiteras vanlig patientavgift som vid sjukvårdande behandling.

PR-team®
Patientavgift tas ut vid varje besök. Vid besök hos flera vårdgivarkategorier samma dag, tas endast en avgift ut.

Se regler för teambesök: *”patientavgifter i vården/förtydligande om patientavgifter”*

Journal- och röntgenkopior

När en patient, myndighet, advokat, försäkringsbolag etc begär journal- eller röntgenkopia gäller att:

- Kopiorna kan lämnas till patienten personligen eller skickas med post (det bör ske med rekommenderad post för att försäkra sig om att utskriften inte kommer till fel person, det finns dock inget lagkrav som stödjer att de måste rekommenderas).
- Se hela regelverket om utlämnande av patientuppgifter i regionens dokumentationshandbok.

Kostnad vid journalkopior ska inte momsbeläggas. Detta räknas som ett led i sjukvård och är undantaget från momslagen.

Nedanstående kostnad gäller även för övriga administrativa handlingar (enligt avgiftsförordning (1992:191).

Kostnad

- 1-9 kopior/sidor: 0: -
- 10 kopior/sidor: 50: -
- Kopior där utöver (11 eller fler): 2: -/st
- Röntgenfilm på CD-skiva: 300: -
- Kopia av video/DVD: 600: -/st
- Ultraljudsbild: 50: -/st

Exempel:
Om en patient begär att få ut 15 kopior blir kostnaden 50 + 10 = 60: -

När försäkringsbolag, företag etc begär journal- och röntgenkopior kan dessa skickas mot faktura.

Uppgift om att journal finns, lämnas ut i samband med svar till personer som begärt utdrag enligt personuppgiftslagen. Journalutdrag lämnas enbart enligt ovan angivna regler i enlighet med patientjournallagen och sekretesslagen.

Avgiftsfria journalkopior
Patienten har rätt att utan kostnad läsa sin journal (gäller både pappersjournal och datajournal) på mottagningen.

Journalkopior som utlämnas till statliga myndigheter, Försäkringskassan, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), Personskaderegleringen (PSR) och kommuner är avgiftsfria oavsett antal.

Journalkopior som behövs i direkt anslutning till vården av en enskild patient hos vårdgivare med vårdavtal eller hos regionsansluten vårdgivare ska tillhandahållas utan kostnad. Gäller även företagshälsovården i länet.

Vaccinationer

Patienten betalar vanlig patientavgift + vaccinpris hos både primärvård och specialistläkare. En patientavgift gäller oavsett antal injektioner. Detta gäller även icke länsbor och asylsökande. För ej folkbokförda utlänningar/turister gäller debitering enligt fasta prislistan: sjukvårdande behandling + vaccinpris.
Vaccinationsavgifter är inte högkostnadsgrundande.
Om distriktssköterskan utför vaccination på patient som själv anskaffat vaccin ska patienten också betala vanlig patientavgift.
Vaccin som erbjuds till asylsökande och övriga nyanlända i samband med hälsoundersökning är avgiftsfria.
Vaccinationer inom barnhälsovårdsprogrammet är kostnadsfria, men i samband med resor eller andra vaccinationer utanför programmet kan extra vaccinationer på barn utföras och då är kostnaden enligt prislista + patientavgift även för barn.
För aktuella vaccinpriser se 1177: https://www.1177.se/jonkopings-lan/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-jonkopings-lan/

Incidenter med risk för blodsmitta
Vid incidenter där personal stuckit eller skurit sig på material där risk för blodsmitta föreligger, gäller att enheten, där incidenten inträffade, står för kostnaden för eventuell provtagning. Om det av infektionsläkaren bedöms nödvändigt med vaccin eller immunglobulin debiteras detta smittskyddsenheten.

Vaccination mot influensa och pneumokocker
Region Jönköpings län erbjuder kostnadsfri vaccination (ingen vaccinkostnad eller patientavgift) mot höstinfluensa, Covid och pneumokockinfektioner till alla länsinvånare över 65 år samt riskgrupper (definieras av Folkhälsomyndigheten).
Vid vaccination mot höstinfluensa och pneumokocker för icke riskgrupper betalar patienten stick/patientavgift + vaccinkostnad. Vid vaccination mot Covid för icke riskgrupper betalar patienten stick/patientavgift men ingen kostnad för vaccinet.
Givna vaccinationer ska registreras i *MittVaccin* och ersättning för vaccinkostnaden utbetalas en gång per år.

Barn och Hepatitvaccin
Barn äldre än 6 år som inte fått Hepatit B på BVC och som ska ut och resa kan erbjudas hepatit B vaccin i kombination med hepatit A som resevaccin.

Barn och TBEvaccin
TBEvaccinering är helt avgiftsfritt (både vaccin och stick) för barn 3-18 år (från 19 årsdagen vanlig taxa).

Barn med särskild risk
Enligt nationella riktlinjer har barn med Downs syndrom rätt till gratis vaccination mot Hepatit B.
I Region Jönköpings län erbjuds alla barn inom Barnhälsovårdsprogrammet kostnadsfri Hepatit B vaccination vid 3,5,12 månader. För alla barn som flyttar hit från andra länder bedöms vaccinationsstatus vid hälsoundersökning och dessa barn vaccineras så att de kommer ikapp det svenska programmet, inklusive Hepatit B, kostnadsfritt.
Barn med svåra hjärtfel och svår lungsjukdom, t ex Cystisk fibros har rätt till gratis vaccination mot pneumokocker.

Kostnadsfri vaccination mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta
Se smittskydds rekommendation: Kostnadsfri vaccination mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta-Folkhälsa och sjukvård (rjl.se)

Avgiftsfria åtgärder enligt smittskyddslagen (SmL)

Behandling av allmänfarlig sjukdom är avgiftsfri för att förebygga att ingen avbryter behandlingen för tidigt. Det tas inte ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen (SmL 2004:168 7 kap 2§). Det är endast de besök **som läkare bedömer minska risken för smittspridning** som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittar och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts. För behandling av komplikationer betalas vanlig patientavgift. Kostnadsfrihet för läkemedel gäller de mediciner som bedöms ha en biologisk effekt på smittspridningen. Slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Detta gäller för personer som är inskriven i svensk försäkringskassa, asylsökande, personer som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd, EU-medborgare och utländska patienter.

För andra anmälningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga betalas vanlig patientavgift.

Förteckning över sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen
Allmänfarliga sjukdomar
•Apkoppsvirus
•Campylobacterinfektion
•Difteri
•Ebola
•Enterohemorragisk E.coli (EHEC)
•Fågelinfluensa (H5N1)
•Giardiainfektion
•Gonorré
•Hepatit A, B, C, D, E
•Hivinfektion
•HTLV I eller II
•Klamydiainfektion
•Kolera
•Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
•Mjältbrand
•Paratyfoidfeber
•Pest
•Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
•Polio
•Rabies
•Salmonellainfektion
•Shigellainfektion
•Smittkoppor
•Svår akut respiratorisk sjukdom (sars)

•Syfilis
•Tuberkulos
•Tyfoidfeber
•Virala hemorragiska febrar, exklusive denguefeber och sorkfeber

Avgiftsfria besök och åtgärder

Besök/åtgärd	Kommentar
Adoptionsintyg	Adoptionsföräldrar befrias från kostnad för sig och barnet vad gäller hälsoundersökning och ev lungröntgen.
Amningsmottagning	Besök gällande problem vid amning är avgiftsfria
Anhållna, häktade eller intagna vid kriminalvårdsanstalt	Öppenvårdsbesök. *Häktesförordning (SFS 2010:611)*
Antabusbehandling	
Barn och ungdomar	Barn och ungdomar under 20 år har avgiftsfri öppen sjukvård, inkl tobaksavvänjning (från och med 20-årsdagen gäller vanlig patientavgift). Avgiftsfriheten omfattar allt som för andra ingår i högkostnadsskyddet. Avgiftsfriheten omfattar även barn och ungdomar från EES-land, konventionsland samt asylsökande. Besök inom barn- och ungdomspsykiatri.
Barnhälsovård	Hälsosamtal inom ramen för barnhälsovård ska vara avgiftsfritt.
Barnmisshandel	Undersökning av barn som leder till anmälan om misshandel Soc tjänstlag, § 71, (SoL 2001:453)
BB hemvård	Besök i BB hemvård och vid tidig hemgång är avgiftsfritt.
Dialysbehandling	
Donatorer, kontrollbesök för organdonatorer	
Dödsbevis	Konstaterande av dödsfall
Färdtjänstintyg	
Förlossningsskada	Nyförlöst med förlossningsskada har rätt till avgiftsfri vård t.o.m vecka 12 efter förlossningen
Graviditetsdiabetes	Besök gällande graviditetsdiabetes är avgiftsfria
Gynekologisk cellprovtagning	Avgiftsfritt från 1 januari 2018
HIV-smittade som fått infektion genom blod eller blodprodukter	*Lag (SFS 1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m för vissa hiv-smittade*
Klinisk läkemedelsprövning	
Körkortsintyg vid sjukdom	Gäller de rutinmässiga intyg som Transportstyrelsen kräver in vid vissa sjukdomar. Kan avse t ex diabetiker,

	epileptiker, psykisk sjukdom, stroke (patientavgift tas ut om särskild undersökning krävs) Avser inte de körkortsintyg som Transportstyrelsen kräver in vid missbruk.
Konsultbesök	Besök för att belysa en viss fråga och där vårdansvaret kvarstår hos den remitterande vårdgivaren.
Kvinnohälsovård	Gäller endast besök hos kvinnohälsovården eller specialist-kvinnohälsovården
Lärcaféer	Deltagande i ett lärcafé bokas inte som ett vanligt vårdbesök, därför är deltagande i lärcaféer avgiftsfritt.
Mammografi	Avgiftsfritt från och med 1 juli 2018
Medicinhämtare/-Depotinjektioner	Patienter inom psykiatrin, som får doserade läkemedel.
OPT (organiserad prostatatestning)	Specifik årskull kallas enligt riktlinjer
Palliativ vård	Hemsjukvårdsbesök av läkare eller annan vårdpersonal för patienter i palliativ vård. Med palliativ vård menas vård åt patient med symptomgivande sjukdom med en begränsad förväntad överlevnad, oftast upp till sex månader och där kurativ vård inte längre är möjlig.
Preventivmedels- och abortrådgivning. Insättning av spiral, P-spruta	*Lag (SFS 2010:1218) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.* OBS! Patienten betalar själv spiralen eller sprutan.
Psykiatrisk tvångsvård, slutenvård	Ingen slutenvårdsavgift tas ut
Tobaksavvänjning	Själva tobaksavvänjningen är avgiftsfri (ev. recept debiteras som vanliga recept)
Vissa öppenvårdsbesök inom psykiatrin	Verksamhetschef kan i vissa enstaka tidsbegränsade fall (6 mån) medge avgiftsbefrielse när detta krävs för att genomföra en meningsfull behandling.
Vård enligt smittskyddslag (SFS 2004:168)	Det ska inte tas ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen. Det är endast de besök **som läkare bedömer minska risken för smittspridning** som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande

	smittar och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts. (ev. slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska dock fortfarande betalas av patienten)
Vårdintyg för sluten psykiatrisk vård	Vårdintygsbedömning - patienter som behöver läkarbedömning angående vårdbehov enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).
Öppen sjukvård för regionanställda	Anställda i Region Jönköpings län betalar patientavgift för öppen sjukvård. Patientavgiften omfattas av högkostnadsskyddet. Kvittot insänds till lönekontoret för utbetalning med lön. Detta innebär att förmånen blir skattepliktig. Förmånen omfattar besök för sjukvård (inte hälsokontroll, vaccinationer eller läkemedel). Förmånen gäller vid besök på regionens mottagningar samt hos de privata vårdgivare som har vårdavtal med Regionen. För de anställda som är berättigade till förmånen och som bor i annat län, betalar regionen patientavgiften även vid besök på hemregionens vårdinrättningar. Vid t.ex. arbetsskada eller liknande, där försäkringsbolag eller annan utomstående har betalningsansvar, betalar inte regionen patientavgiften.
Öppen sjukvård för personer 85 år och äldre	Vårdavgifter eller andra avgifter (gäller även receptförskrivning) för öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet tas inte ut för patienter som är 85 år eller äldre.
Övre luftvägsinfektion	Om patienten söker för övre luftvägsinfektion och inte får antibiotika har han vid behov rätt till ett avgiftsfritt återbesök inom fem dagar. Patienten behöver endast uppvisa kvittot från första besöket och upplysa kassapersonalen om orsak till besöket. Vid tveksamhet kan diktat eller journal styrka rätten till avgiftsfrihet.

Patientavgifter för tandvård som ingår i hälso- och sjukvård

Barn och ungdomar har fri tandvård t.o.m. det kalenderår de fyller 19 år (från 1 januari 2025).

Viss tandvård debiteras enligt hälso- och sjukvårdens öppenvårdsregler och omfattas av högkostnadsskyddet för sjukvård. Detta gäller både offentlig och privat tandvård. Vissa patienter som omfattas av dessa regler måste uppvisa speciellt intyg.

Hälso- och sjukvårdens öppenvårdsregler gäller:

- Om behandlingen följer Bedömning tandvårds regelverk.
- Nödvändig tandvård till personer med stort och långvarigt behov av personlig omvårdnad i dagliga livet.
- Nödvändig tandvård till personer som tillhör personkretsen LSS § 1, personkrets 1-3, samt har beslut om pågående LSS-insatser enligt 9 § eller får assistansersättning genom Socialförsäkringsbalken via Försäkringskassan.
- Nödvändig tandvård till personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar som medfört funktionshinder.
- Tandvård som krävs som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.
- Tandvård för personer med stora behov p g a långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.
- Viss oralkirurgisk behandling där sjukhusets resurser krävs

Vårdgivare	Patientavgift
Tandläkare inom allmäntandvård	250:-
Tandläkare inom specialisttandvård	250:-
Annan vårdgivare än tandläkare, ex tandhygienist	250:-

För att ta ut patientavgift måste patienten vara fysiskt närvarande.

Patienter som är 85 år eller äldre betalar ingen patientavgift.

Om patienten har giltigt frikort för sjukvård är besöket avgiftsfritt.

Patientavgift ska inte tas ut vid omgörningar under garantitiden.

Patientavgifter i ögonsjukvård

Åtgärder som utförs av olika yrkeskategorier/har ett ”klart samband”/med självklarhet utförs vid ett och samma tillfälle

Åtgärd	Avgift
a. Ny- eller återbesök hos läkare som föregås av förberedelser i form av synundersökning, tryckmätning OCT eller SLO utfört av usk/ssk/optiker eller efterföljs av exteriörfoto utfört av ssk.	250
b. Kombination av åtgärder i samband med ett akutbesök	250

Avgift tas bara för ett läkarbesök vid samma besökstillfälle även om fler än en läkare är involverad, t ex en som undersöker och en annan som ger injektion.

”Relativt omfattande åtgärder” som utförs självständigt och dokumenteras av usk/ssk, optiker eller ortoptist

Åtgärd	Avgift
a. Synfältsundersökning - ssk/optiker	250
b. FUS inför kataraktoperation - ssk/optiker/usk	250
c. Fluo (röntgen) - ssk	250
d. Diabetesfoto - ssk/optiker	250
e. SLO - usk/ssk/optiker	250
f. Makulabesök - ssk/optiker	250

Som ovan i kombination med läkarbesök

Åtgärd	Avgift
Synfältsundersökning av ssk/optiker + läkarbesök	2*250
Läkarbesök med beslut om kataraktoperation + efterföljande FUS av ssk/optiker	2*250
Fluo (röntgen) av ssk + läkarbesök	2*250
Makulabesök hos ssk/optiker + läkarbedömning + injektion	2*250

Patientavgift tas ut för varje besök, oavsett om åtgärderna utförs samma dag eller olika dagar. Det ska inte registreras som ett teambesök utan som enskilda besök. Det framgår av regelverket (Läkarbesök och sjukvårdande behandling – flera samma dag): *”Om flera separata läkarbesök och/eller sjukvårdande behandling utförs samma dag betalas patientavgift för varje besök. Patientavgift ska betalas vid varje behandlingstillfälle, även när de av praktiska skäl samordnas samma dag.”*

Patientavgifter, debiteringar och regelverk – vård av personer från andra länder

(fullständigt regelverk för rätten till vård för asylsökande och flyktingar finns här: https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/154b5110-cb34-4e27-9014-313479bedd17)

Asylsökande
Regionen har ansvar för hälso- och sjukvård åt asylsökande.
Samtliga asylsökande har rätt till en hälsoundersökning, tolk, eventuella hjälpmedel samt sjukresor.
Den inledande hälsoundersökningen är avgiftsfri och betalas av Migrationsverket.
Asylsökande barn och ungdomar under 20 år får hälso- och sjukvård utan kostnad på samma sätt som länsbarn. Från och med 20-årsdagen gäller patientavgift som för asylsökande vuxna. Asylsökande barn och ungdomar har upp till att de fyller 18 år rätt till tandvård som länsbarn.
Asylsökande vuxna har från och med 20-årsdagen rätt till akut sjukvård och vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Asylsökande vuxna har rätt till tandvård som inte kan anstå från 18 årsdagen.
I verksamhet som är avgiftsfri, betalar inte heller asylsökande någon egenavgift.

Vem är asylsökande?
Asylsökande och vissa andra utlänningar har rätt att få ersättning enligt lagen om mottagande av asylsökande (LMA) genom att uppvisa ett tillfälligt LMA-kort. Kortets nummer anges alltid i Cosmic eller på kvitton och annat debiteringsunderlag. Ersättning för vården sker på vanligt sätt till enheterna via registrering i Cosmic eller för privata vårdgivare genom underlag till ekonomiavdelningen på Regionens Hus.
Om patienten inte har LMA-kort kan Migrationsverket kontaktas för besked (0771-235 235).

Patientavgifter för asylsökande inom primärvård
Frikortsförmån gäller inte.

Läkarbesök	50: -
Sjukvårdande behandling	25: -
Telefonrecept	25: -

Patientavgifter för asylsökande inom länssjukvård
Vid första besök med remiss från primärvården:

Läkarbesök	50: -
Akuta remissbesök	0: -
Sjukvårdande behandling	25: -
Telefonrecept	25: -
Tolk*	

*Sjukvården är skyldig att vid behov svara för att tolktjänst tillhandahålls. Kostnaden för detta är sjukvårdens ansvar. Uteblir patienten från tidsbeställt besök utan att meddela detta ska emellertid patienten debiteras en schablonmässig kostnad på 310 kronor per planerat tolktillfälle + patientavgiften.

Vid återbesök efter att ha haft remiss från primärvården eller ansvarig läkare:

Läkarbesök	50: -
Sjukvårdande behandling	25: -

Vid besök utan remiss inom specialistsjukvården, t.ex. akutmottagningen:

Läkarbesök	250: -
Sjukvårdande behandling	250: -

Sjukhusvård
Asylsökande med LMA-kort betalar ingen avgift vid vård på sjukhus (inläggning/sluten vård).

Debiteringsrutiner
Kostnader för vård åt asylsökande debiteras i vissa fall till ekonomiavdelningen på Regionens Hus eller så regleras vårdersättningen direkt via registrering i Cosmic (beroende på vårdgivarens ekonomisystem).
Ersättningens storlek baseras på öppenvårdsprislistan för utomlänsvård. Betald patientavgift räknas bort.

Läkarbesök i primärvård och länssjukvård	3 179 kr* - 50 kr = 3 129 kr
Besök hos annan vårdgivare	1 373 kr* - 25 kr = 1 348 kr
Hjälpmedel	Kostnaden för inköp och anpassning för hjälpmedlet debiteras regionen
Hälsoundersökningar	2.175** kronor för rutinhälsoundersökning (inkl tolk) utförda under år 2024 (ingen uppdatering för 2025 än).

*Priset justerat i början av året enligt prislista ”Priser och ersättningar för sydöstra sjukvårdsregionen” som beslutas i december av Regionssjukvårdsnämnden.
** Ersättning från migrationsverket regleras varje år

Övriga flyktinggrupper, tillståndslösa m.fl grupper
Regionen erbjuder tillståndslösa personer (förr kallade gömda/papperslösa personer) akutvård och annan vård som inte kan anstå. De har även rätt till en avgiftsfri hälsoundersökning där enheterna ersätts via regionen. För tillståndslösa barn gäller samma regler för hälso- och sjukvård som för länsbarn. Patientavgifter för tillståndslösa personer är detsamma som för asylsökande.
Även de flyktingar (kvotflyktingar och anknytningsflyktingar) som redan vid ankomsten till Sverige har fått sitt uppehållstillstånd och sina sista siffror i personnumret har rätt till en avgiftsfri hälsoundersökning. Den ersätts av Migrationsverket på samma sätt som för asylsökande.
För flyktingar som fått uppehållstillstånd, men som ännu ej blivit kommunplacerade, gäller LMA-kortet. Först när man blivit kommunplacerad med ett eget boende gäller samma villkor som för övriga länsbor.

För kommunplacerade flyktingar, kvotflyktingar och flyktingar som fått permanent uppehållstillstånd (har de sista fyra siffrorna i personnumret) gäller samma regler som för länsbor.
Berättigad vård ska ges även om patienten inte har möjlighet att betala vid tidpunkten när de får vård.

EU/EES-länder
EU/EES-länderna är Belgien, Bulgarien, Cypern, Danmark, Estland, Finland (inkl Åland), Frankrike, Grekland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Sverige, Schweiz (EES-avtal gäller), Tjeckien, Tyskland, Ungern, Österrike.
För att styrka sin rätt till medicinskt nödvändig vård i Sverige, ska patienter från EU-länderna kunna uppvisa det europeiska sjukförsäkringskortet.
För Storbritannien som nu har genomfört Brexit finns samarbetsavtal med EU. Brittiska medborgare från *Förenade kungariket Storbritannien och Nordirland* (omfattar även Skottland och Wales) har som innan rätt till nödvändig vård precis som de medborgare som tillhör EU. Dessa samarbetsavtal innebär att det i nuläget finns olika varianter av brittiska s.k ”EHIC-kort”. Det gamla EU-kortet gäller fortfarande förutsatt att kortets giltighetstid gäller, men det finns även nya kort som utfärdas av brittiska myndigheter. Ett av korten gäller inom hela EU, ett annat kort gäller endast i specifikt angett land. Exempel på hur dessa kort ser ut och mer information finns i bilagan ”Utländska patienter” (observera att det precis som innan även kan finnas provisoriska intyg utfärdade av brittisk myndighet).
Patienter från **de nordiska länderna** behöver inte visa upp ett EU-kort, men i ansökan till Försäkringskassan måste det finnas med uppgifter på patientens namn och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Svenskt EU-kort gäller inte i Sverige.
När vi debiterar Försäkringskassan för dessa patienter ska kopia på deras EU-kort bifogas. Det är sidan med "stjärncirkeln" som ska kopieras. Vid osäkerhet, ta kopia på båda sidor. Se länk hur EU-kortet ser ut i andra länder: EU-kort i andra länder .
Blanketterna E110, E111, E119 och E128 accepteras inte av Försäkringskassan.

EUmedborgare utan EU-kort
Om EU-medborgare utan EU-kort söker vård ska lagen om vård till tillståndslösa inte tillämpas då det strider mot likställighetsreglerna för EU-medborgare. De s.k EU-migranterna ingår alltså inte i definitionen "tillståndslösa".
Om en person från annat EU/EESland söker vård och inte har ett EU-kort att visa upp ska de debiteras hela summan för vården via faktura till sin hemadress. De har sedan möjlighet att i efterhand kontakta sin motsvarighet till Försäkringskassa i sitt hemland och ev. få tillbaka sina pengar. Denna rutin ska tillämpas på alla EU-medborgare som saknar EU-kort.
EU-medborgare har endast rätt till akut- och nödvändig vård. Planerad vård är de hänvisade att göra i sitt hemland.

Hälso- och sjukvård till barn från andra länder
Barnkonvention säger att alla barn har samma rättigheter och lika värde, inga får diskrimineras. I artikel 24 står det att alla barn har rätt till hälso- och sjukvård. Däremot så innebär inte det att alla barn ska ha rätt till *avgiftsfri* vård.
Region Jönköpings län har avgiftsfri hälso- och sjukvård för barn, och tandvård är också avgiftsfri för barn. Detta gäller folkbokförda barn och ungdomar under 20 år eller de som kan påvisa rätt till subventionerad vård. Barn under 18 år med rätt till subvention omfattas nationellt av samma rättigheter som länsbarn och följer barnhälsovårdens, skolhälsovårdens och folktandvårdens basprogram.
Asylsökande eller tillståndslösa barn har rätt till sjukvård på samma sätt som länsbarn kostnadsfritt. Tandvård för asylsökande och tillståndslösa som fyllt 18 år debiteras enligt gällande tandvårdstaxa.
Utländska barn och ungdomar under 20 år, som omfattas av sjukvårdskonvention eller EES-avtalet, betalar ingen patientavgift för nödvändig vård. Från och med 20-årsdagen gäller vanlig patientavgift. Försäkringskassan debiteras (enligt prislista för utomlänsvård). Kopia av EU-kortet bifogas för EES-patienter och ID-handling för konventionspatienter. Om patienten saknar EU-kort eller inte omfattas av sjukvårdskonvention ska vårdkostnad enligt gällande prislista för utomlänsvård betalas.
Gäller det övriga utländska medborgare som inte är folkbokförda, t.ex. turister som inte kan påvisa sin rätt till subventionerad vård i Sverige, så fulldebiteras de vården på samma sätt som vuxna enligt gällande prislista för utomlänsvård.

Målgrupper med rätt till kostnadsfri hälsoundersökning inom regionen
Barn och ungdomar som kommer till Sverige för att stanna permanent eller för en längre tid, har behov av en hälsoundersökning så snart som möjligt efter ankomst.

- Flyktingbarn/asylsökande med eller utan förälder.
- Anknytningsbarn som kommer till förälder som redan finns i Sverige
- Barn som immigrerar till Sverige med en eller två föräldrar
- Adoptivbarn
- Barn och ungdomar från östra och sydöstra Europa

Behovet och omfattningen av hälsoundersökning varierar beroende på vilket land barnet kommer från. Barn från Skandinavien, Centraleuropa, USA, Canada, Australien och Nya Zeeland behöver normalt ingen hälsoundersökning.
Konventionsländer
Konventionsländerna är Algeriet, Australien, Québec och Israel.
Danmark, Norge, Island, Finland och Sverige tillhör den Nordiska konventionen.
Patienter från de nordiska länderna behöver inte visa upp ett EU-kort, men i ansökan till Försäkringskassan måste det finnas med uppgifter på patientens namn och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Patientavgifter för akut sjukvård för utländska medborgare
OBS!! Kopia tas på patientens id-handling/pass om patienten inte kan betala vid vårdtillfället.

Algeriet	Patienten ska kunna styrka sin algeriska identitet med försäkringsintyg eller pass. Betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården.

	Patienten betalar 130 kronor/vårddygn för akut slutenvård. Resten enligt DRG-poäng faktureras försäkringskassan. Kopia på patientens id-handling medsändes till FK.
Australien	Patienten ska kunna styrka sin nationalitet med pass eller försäkringsintyg. Betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Patienten betalar 130 kronor/vårddygn för akut slutenvård. Resten enligt DRG-poäng faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens id-handling medsändes till FK
Israel	Konventionen gäller endast vid förlossningsvård. Patienten ska kunna uppvisa intyg från behörig institution (försäkringskassa). För akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.
Québec	Personer från staten Quebec som arbetar eller studerar i Sverige samt medföljande familjemedlemmar till sådana betalar som svenskar för sjukvård (vistelsetid max ett år). Resten enligt regionavtalet (öppen vård) och DRG-poäng (sluten vård) debiteras försäkringskassan. Patienten ska uppvisa dels ett försäkringsintyg från Quebec och dels ett intyg om arbetstillstånd eller om inskrivning vid läroanstalt i Sverige och omfattas av den svenska lagstiftningen om studiestöd.
Belgien, Bulgarien, Estland, Frankrike, Grekland, Italien, Lettland, Kroatien, Lichtenstein, Litauen, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Schweiz, Spanien, Tyskland, Ungern, Österrike	Förordning (EEG) 883/2004 reglerar rätten till vård i andra EU/EES-länder. De personer som är försäkrade enligt dessa regler ska kunna intyga sin rätt till vård i Sverige till vanliga patientavgifter genom att visa upp det Europeiska sjukförsäkringskortet (EU-kortet), eller provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller annat intyg som ger rätt till vård i Sverige (**nödvändig vård**). Reglerna gäller vid tillfälligt besök i Sverige, samt när vårdbehovet har uppstått under vistelsen här. Patienten betalar 250 kronor för ett **akut/nödvändigt** öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten enligt regionavtalets taxa faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens EU-kort medsändes (kopior på kortets fram- och baksida). Saknar patienten EU-kortet, ska hen

	betala 3 179 kr för ett läkarbesök inom primärvård och specialiserad vård och 1 373 kr för sjukvårdande behandling. Vid akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn om hen innehar EU-kortet. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.
Danmark, Finland, Island och Norge	Patienten betalar 250 kronor för ett öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten upp till regionavtalet faktureras FK. För akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK. **Krav: uppgifter om patientens namn, personnr och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort) medsändes till FK.**
Förenade kungariket Storbritannien och Nordirland (UK) – omfattar även Skottland och Wales	För att ha rätt till **nödvändig vård** måste brittiska medborgare kunna uppvisa ett kort (EU-kort eller EHIC-kort) eller provisoriskt intyg utfärdat av brittiska myndigheter. Se bilaga *utländska patienter* för bilder på dessa kort. Patienten betalar 250 kronor för ett **akut/nödvändigt** öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten enligt regionavtalets taxa faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens EU-kort medsändes (kopior på kortets fram- och baksida). Saknar patienten EU-kortet, ska hen betala 3 179 kr för ett läkarbesök inom primärvård och specialiserad vård och 1 373 kr för sjukvårdande behandling. Vid akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn om hen innehar EU-kortet. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.
Övriga länder	Patienter från övriga länder (som inte kan uppvisa något bevis för rätt till subventionerad vård) betalar full avgift: **Akut vård – fullbetalande patient** * öppen primär- samt specialistvård – enligt fasta prislistan (ex. för år 2025: 3 179 kr läkare samt 1 373 kr för sjukv.beh) * slutenvård – enligt gällande DRGprislista **Planerad vård – fullbetalande patient** * öppen primärvård – enligt fasta prislistan (ex.

	för år 2025: 3 179 kr läkare samt 1 373 kr för sjukv.beh) * öppen- samt sluten specialistvård – enligt gällande DRG-prislista.

Reservnummer (A- respektive C-nr)
Patienter från andra länder har oftast sex siffror i sitt personnummer. Våra vårdsystem behöver tio siffror för att kunna registrera patienten. Under dagtid erhålls C-nr/reservnummer (då patienten ej kan identifiera sig) hos Kundservice på IT-centrum, telefon 010-241 41 41. På kvällar och helger kontaktas receptionen vid länets akutmottagningar. A-nr (används när personen kan identifieras) kan klinikerna själva erhålla och registrera i Cosmic.

Utlandssvenskar - definition av utlandssvensk
Svensk medborgare utflyttad från Sverige. För planerad vård gäller att den ges i det landsting man flyttade ut från för att den ska gälla som subventionerad vård. För barn födda utomlands av svenska föräldrar eller ena parten är svensk, gäller att barnet har ett svenskt medborgarskap, helt eller dubbelt, för att få subventionerad vård. Som hemlandsting gäller det som föräldrarna/föräldern flyttade ut från.
Utlandssvenskar skall kunna uppvisa ett giltigt svenskt pass.

Utlandssvenskar som bor i ett EU/EES-land
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. De måste styrka sin rätt till akut sjukvård i Sverige genom EU-kortet (i detta fall gäller inte det svenska EU-kortet utan ett EU-kort utfärdat i det land som personen nu är folkbokförd i). Försäkringskassan faktureras sedan resterande kostnad och kopia på EU-kortet bifogas. Om patienten inte har EU-kort måste hen betala full avgift enligt öppenvårdsprislistan för utomlänsvård.
För att få planerad vård i Sverige ska patienten styrka denna rätt med intyg E112 från sitt bosättningsland. Försäkringskassan faktureras sedan resterande kostnad. Om patienten inte har detta intyg måste hen betala fullt pris enligt gällande prislista.

Pensionärer som bor i ett EU/EES-land
Pensionärer med svensk pension som är bosatta i ett annat EU-land och som reser till Sverige har rätt till fullständig vård till vanlig patientavgift. Deras svenska EU-kort gäller inte här i Sverige, de måste uppvisa ett intyg från svenska försäkringskassan: ”*Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land eller Schweiz*”.

Studerande (utlandssvensk) som bor i ett EU/EES-land
Studenter som är folkbokförda i Sverige får sjukvård på samma villkor som länsbor. Rätten till dessa förmåner kan kvarstå även när studenten inte är folkbokförd i Sverige. Studenter som omfattas av svensk socialförsäkring har även rätt till akut- (nödvändig) och planerad sjukvård i Sverige till samma avgift som länsbor. Förutsättningen är att Försäkringskassan har bedömt att de fortfarande har rätt att omfattas av svensk socialförsäkring.

Försäkringskassan utfärdar i dessa fall ett intyg till studenten: ”*Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer som studerar i ett annat EU/EES-land eller Schweiz*”. Detta intyg ska visas upp när de söker sjukvård i Sverige och de betalar då samma avgift som länsbor.
Om studenten omfattas av studielandets socialförsäkring har de endast rätt till akut- (nödvändig) sjukvård i Sverige till samma avgift som länsbor. Då krävs ett EU-kort som är utfärdat i studielandet.
Studerande i nordiska länder måste kunna lämna uppgifter på fullständig adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Utlandssvenskar bosatta i ett konventionsland
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. Resten faktureras Försäkringskassan. Kopia på patientens ID-handling bifogas.
Patienten betalar 6 x slutenvårdsavgiften för ett öppenvårdsbesök när det handlar om planerad vård. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden. Denna rättighet gäller bara i den region patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige.

Utlandssvenskar bosatta i Kanada, Nya Zeeland, USA, Monaco eller Andorra
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård.
Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.
För planerad sjukvård betalar patienten hela vårdkostnaden själv. Planerad vård måste sökas i den region där patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige.

Utlandssvenskar bosatta i övriga länder utan konventioner eller utanför EU/EES
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård.
Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.
För planerad sjukvård betalar patienten 780 kronor/besök (6 x högsta slutenvårdsavgiften på 130 kr). För slutenvård är kostnaden 1 300 kronor/vårddygn (10 x högsta slutenvårdsavgiften på 130 kr).
Denna rättighet gäller bara i den region där patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.

Vissa utlandssvenskar i utvecklingsländer
Vissa missionärer, präster och volontärer i utvecklingsländer **kan** ha rätt till öppen vård till samma kostnad som länsbor. De **kan** också ha rätt till sluten vård (akut och planerad) till den högsta slutenvårdsavgiften för länsbor, 130 kronor (vårdregionen svarar för den resterande kostnaden). Förutsättningen är dock att dessa personer fortfarande tillhör Svensk Försäkringskassa, och detta måste kontrolleras med FK. I annat fall går dessa som enligt texten ovan *("Utlandssvenskar bosatta ..... utanför EU/EES*").

Svensk medborgare - avregistrerad i folkbokföringen
En svensk medborgare som är avregistrerad i folkbokföringen har rätt till akut/nödvändig vård till samma patientavgift som folkbokförda länsbor, men för att erhålla planerad vård så krävs en folkbokföring/tillhörighet till något län.

Klinikerna bör uppmana dessa personer att kontakta Skatteverket om detta. Först efter säkerställd folkbokföring kan dessa personer ha rätt till planerad vård.

Studerande från EU/EES-land
Studerande från EU/EES-land har rätt till nödvändig vård, förebyggande mödra- och barnhälsovård, förlossningsvård samt kontrollundersökningar. Detta under förutsättning att studenten kan uppvisa EU-kortet från behörig institution i sitt hemland.
Under förutsättning att studenten kan styrka sin rätt till vårdförmån genom att uppvisa EU-kortet, betalar personen i fråga samma vårdavgift som bosatta inom regionen. Därefter faktureras försäkringskassan den resterande vårdkostnaden.

Studerande från icke EU/EES-land
Utländsk student (ej EU/EES), som ska studera i Sverige i mer än ett år, måste ha ett uppehållstillstånd. I och med att ett uppehållstillståndet sträcker sig över ett år så har man rätt att bli folkbokförd i Sverige och erhålla de fyra sista siffrorna i personnumret. Regionen har vårdansvaret och man är att jämställa med övriga länsbor. Att bli folkbokförd är dock något personen själv ansöker om hos Skatteverket, det är inget som sker automatiskt.

Arbetande i Sverige från annan EU/EES-stat
Personer som arbetar i Sverige under högst 12 månader, som kommer från andra EU/EES-stater, använder sitt EU-kort. En del av dessa personer kan också ha ett samordningsnr pga skatteinbetalning. Detta **kan** betyda att de eventuellt tillhör svensk försäkringskassa (FK). FK betalar i så fall ersättning till regionen för både nödvändig och planerad vård för denna kategori patienter som inte är bosatta i Sverige. Personen kan ha ett svenskt arbetsgivarintyg som utfärdats av arbetsgivaren men måste även ha intyget ”*Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land eller Schweiz*”.
Samordningsnummer behöver alltså inte betyda att de har rätt till vård, intyg måste finnas, kontakta FK för kontroll.
Om anställningstiden överskrider 12 månader bör personen ifråga folkbokföra sig i Sverige och har då tillgång till hälso- och sjukvården som övriga bosatta i regionen.

Samordningsnummer
Om en person ska vistas kortare tid i Sverige än ett år får personen ett kortare uppehållstillstånd och eventuellt ett samordningsnummer (ett måste för att personen t ex ska kunna betala skatt). Ett ex på ett samordningsnummer kan vara följande: 19521075-xxxx om personen är född 15:e okt 1952 (talet 60 läggs till på födelsedatum, 60+15, i detta fall 75). Samordningsnummer behöver inte betyda att de har rätt till vård, Försäkringskassan måste kontaktas för att kontrollera om de tillhör svensk försäkringskassa eller inte.

Egenavgifter och bidrag 2026 hjälpmedelsområdet

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Hörapparat	0 kr	< 20 år	
Hörapparat/ljudstimulerare	500 kr	> 20 år	
Hörapparat/ljudstimulerare(uppladdningsbar)	1200 kr	> 20 år	

Syn

Område	Bidrag	Målgrupp	Speciella regler
Glasögon kategori I*	Max 800 kr	< 8 år	Bidrag ges per ordinationstillfälle. Barn som behöver glasögon. Särskilda regler finns.
Bidrag till glasögon eller kontaktlinser*	Max 800 kr	8 år < 19 år	Bidrag ges en gång per 12 mån. Särskilda regler finns.
Tandemcykel	Max 5000 kr	Barn och vuxna med svår synnedsättning/ blindhet	Cykeln tillfaller brukaren. Service och reparationer bekostas av brukaren.
Tandemcykel	Bidrag ges med belopp som överstiger 5000 kr	Barn med synskada	

* Bidraget dras av på kostnaden för glasögonen. Optikern/glasögonbutiken registrerar bidraget i webSESAM och skickar orginalrecept/kvitto och faktura till:
Region Jönköpings län
Fakturaenheten

Rörelse

Område	Bidrag	Målgrupp	Speciella regler
Trehjulig cykel	500 kr (egenavgift)	< 20 år eller t o m 20" hjulstorlek	Avgift per cykel. Cykeln ägs av huvudmannen och skall lämnas tillbaka när den ej längre används. Däck/slang är egenansvarsprodukt och köps från HMC. HMC erbjuder byte till självkostnadspris.
Trehjulig cykel	50% av cykelns inköpspris, inkl tillbehör inkl moms	> 20 år eller > 20" hjulstorlek	Cykeln tillfaller brukaren. Service och reparationer bekostas av brukaren.

Däck och slang till drivhjul på manuell rullstol	Eget ansvar	Person med manuell rullstol	Gäller luftpumpade däck

Träning, vård och behandling

Område	Avgift	Målgrupp	Speciella regler
CPAP	150 kr/mån	Personer med obstruktivt sömnapnésyndrom	*
Kompressionsstrumpa, standard**	170 kr/ uttag	Se särskilda regler	Bidrag ges till max 4 eller 8 par/år beroende på kompresions-grad
Kompressionsstrumpa, måttbeställd	240 kr/ uttag		
Kompressionsutrustning	150 kr/mån	Se särskilda regler	*
UVB-lampa	150 kr/mån		*
TENS	150 kr/mån	Smärtlindring	
	300 kr/tillfälle	Smärtlindring vid förlossning/graviditet	

* Högkostnadsskydd för behandlingshjälpmedel är 1.800 kr per 12-månaders period.

** Enklare strumpor med låg kompression, där medicinsk ordination saknas, kan köpas i handeln och är egenansvar.

Hårersättning

Område	Bidrag/år	Målgrupp	Förskrivning gäller
Hårersättning	max 8 000 kr inkl. moms	Permanent håravfall	5 år
Hårersättning	max 8 000 kr inkl. moms	Tillfälligt håravfall	1 år
Tatuering	max 8 000 kr inkl. moms	Permanent håravfall 2 * max 8000 kr	5 år
Tatuering	-	Tillfälligt håravfall	-

Ortopediska skor

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler

Ortopediska skor, stövlar och kängor	50% av totalpris, max 600 kr	< 20 år	Bidrag lämnas till max 4 par per år
Ortopediska skor	50% av totalpris, max 1000 kr	> 20 år	
Ortopediska kängor och stövlar	50% av totalpris, max 1100 kr	> 20 år	
Skoändringar	150 kr/sko		Bidrag lämnas till max 4 ändringar per år
RA-toffel	50% av totalpris, max 700 kr		Bidrag lämnas till max 4 par per år

Egenavgift för skor är inte högkostnadsgrundande.

Ortoser

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Ortos, nack, hals och bål	250 kr per utprovad ortos *	> 20 år	Se särskilda regler
Ortos, övre och nedre	250 kr per utprovad ortos *	> 20 år	Se särskilda regler
Ortos, tumme	100 kr per utprovad ortos *	> 20 år	
Ortos, fingrar	100 kr per utprovad ortos *	> 20 år	
Ortos	0 kr	< 20 år	
Ortos, långvarig behandling Värmehjälpmedel	800kr/par	Alla åldrar	

* Endast en egenavgift vid bilateral behandling och/eller av hygieniska skäl se särskilda regler.

Egenavgift tas ut även för inneliggande patienter om hjälpmedlet tas med vid utskrivning. Avgift för ortoser är inte högkostnadsgrundande.

Livsmedel för medicinska ändamål

Ett uttag ska täcka näring för en månads behov.

Område	Egenavgift/ bidrag (B)	Målgrupp	Speciella regler
Samtliga livsmedel för medicinska ändamål	120 kr/uttag	< 16 år	
Näringstillskott och sondnäring (enteral nutrition)	2600 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå F Förskriven energimängd kcal > 1800 Full nutrition med näringsdryck eller sondmat
	1900 kr /uttag (1)	> 16 år	Nivå E Förskriven energimängd kcal 1301 - 1800 4-5 näringsdrycker/dag eller 2 förp sondmat/dag
	1300 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå D Förskriven energimängd kcal 901 - 1300 3-4 näringsdrycker/dag
	900 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå C Förskriven energimängd kcal 601 - 900 2-3 näringsdrycker/dag eller 1 förp sondmat/dag
	600 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå B Förskriven energimängd kcal 301 - 600 1-2 näringsdrycker/dag
	300 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå A Förskriven energimängd kcal 0 - 300 Ca 1 näringsdryck/dag. Kan också vara enbart berikningspulver/förtjockningsmedel
Proteinreducerade livsmedel	600 kr/uttag (1)	16-19 år	
	50% av verklig kostnad (1)	>19 år	Max avgift 1300 kr/uttag enligt nivå D ovan
	600 kr/uttag (1)	16-19 år	

Livsmedel för spannmålsallergi	50% av verklig kostnad (1)	>19 år	Max avgift 1300 kr/uttag enligt nivå D ovan
Livsmedel vid medfödda metabola sjukdomar	600 kr/uttag (1)	16-19 år	
	50% av verklig kostnad (1)	>19 år	Max avgift 1300 kr/uttag enligt nivå D ovan
Glutenfria livsmedel	110 kr (B) (2)	2 - 5 år	Diagnos celiaki ska vara verifierad med biopsi eller celiakispecifika antikroppar
	175 kr (B) (2)	6 - 9 år	
	220 kr (B) (2)	10 - 13 år	
	275 kr (B) (2)	14 - 19 år	

(1) Avgiften uppdateras årligen med index KPI.

2) Bidraget baseras på konsumentverkets beräknade merkostnad för glutenfri kost för respektive åldersgrupp.

(3)Dietist med delegation från verksamhetschef barnklinik/barnmottagning

(4) Sjuksköterska med erforderlig kunskap om nutrition

Region Jönköpings län

Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län

Regelbok 2026

Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län
folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppdrag-och-avtal/primarvard-inom-vardval

Innehåll

1. Vision och övergripande mål 9
1.1 Vision för Region Jönköpings län 9
1.2 Övergripande mål 9
1.3 Vårdval i primärvård 11
Mål och grundläggande principer 11
2. Allmänna villkor 13
2.1 Arbetsgivaransvar 13
2.2 Verksamhetsförutsättningar 13
Verksamhetschef 13
Medicinskt ledningsansvarig läkare 13
Bemanning och kompetens 13
Lokaler 13
Lokalisering 14
2.3 Samarbetsformer 14
2.4 Samverkan 15
Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer 15
Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU) 15
Representation informationsmöten 15
2.5 Beredskapsplaner 15
2.6 Hållbar utveckling 16
2.7 Medicinsk service/diagnostik 16
2.8 Medicintekniska produkter 16
Medicinskteknisk utrustning 16
Hjälpmedel och förbrukningsprodukter 17
2.9 Patientjournalen 17
Remisser 18
2.10 Intyg 18
2.11 Tystnadsplikt och sekretess 18
2.12 Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering 18
2.13 Patientens rättigheter 18
2.14 Barnens rättigheter och behov 19
2.15 Patientsäkerhet 19

Klagomål 20
2.16 Patientskadeförsäkring 20
Patientförsäkring 20
Läkemedelsförsäkring 20
2.17 Smittskydd och vårdhygien 20
Smittskydd 20
Vårdhygien 20
2.18 Läkemedel 21
2.19 Sjuk- och behandlingsresor 21
3.20 Tolk 21
2.21 Marknadsföring och information till invånare 21
2.22 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem 22
3. Listning av invånare 23
3.1 Listningsbegränsning 23
3.2 När en vårdcentral eller filial upphör 23
4. Vårdcentralens allmänna uppdrag 24
4.1 Patienter med stora eller komplexa vårdbehov 24
Psykisk hälsa 25
4.2 Tillgänglighet 25
Vårdgaranti 25
Öppettider 25
Vårdcentralens närakut 25
Telefon och 1177 direkt 26
E-tjänster 26
Filial 26
4.3 Tillgänglighet jourtid 27
Gemensam närakut 27
Läkare i beredskap 28
4.4 Dokumenterad överenskommelse 28
Samordnad individuell plan (SIP) 28
Fast vårdkontakt 28
Fast läkarkontakt 28
4.5 Kontinuitet 29

4.6 Vårdsamordning 29
4.7 Läkaruppdrag i hemmet 29
4.8 Läkaruppdrag i palliativ vård 30
4.9 Läkarmedverkan i barnhälsovården 30
4.10 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin 30
Rehabilitering 30
Habilitering 30
Sjukskrivning och Försäkringsmedicin 30
4.11 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete 31
Levnadsvanor 31
Hälsosamtal 31
Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden 31
Vaccinationer 31
Vårdprevention 31
4.12 Hälsoundersökning och vård av flyktingar och migranter 31
4.13 Provtagning och patientnära analyser 31
4.14 Medicinsk fotvård 32
4.15 Dödsfall utanför sjukhus 32
4.16 Geografiskt områdesansvar 32
5. Kunskapsstyrning och systematiskt kvalitetsarbete 33
5.1 Kunskapsstyrning 33
Deltagande i Region Jönköpings läns kunskapsstyrning 33
Länsgemensamma programområden (LPO) ordförande 33
5.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 33
5.3 Årligt systematiskt förbättringsarbetet 33
5.4 Patientmedverkan 34
5.5 Resurs för utveckling av nära vård – kunskapsstyrning 34
6. Utbildning och forskning 35
6.1 Grundutbildning 35
Studenter och elever 35
Klinisk undervisningsmottagning (KUM) 35
6.2 Vidareutbildning 35
Allmäntjänstgöring (AT) för läkare 35

Bastjänstgöring (BT) för ST läkare inom andra specialiteter 35
Specialisttjänstgöring (ST) för läkare 36
Fortbildning av läkare med specialistkompetens i allmänmedicin med utbildning från EU- eller EES-land 36
Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) 36
Specialistutbildning för sjuksköterskor 37
Utbildning inom KBT – Kognitiv beteendeterapi 37
Magister eller master utbildning 37
6.3 Forskning 37
Akademisering av primärvården 37
7. Informationshantering och IT 39
7.1 Inledning 39
7.2 Informationssäkerhet 39
7.3 Personuppgifter 40
7.4 Verksamhetsdata 40
7.5 IT-system och infrastruktur 40
IT system och utrustning 40
IT-infrastruktur 41
Övrigt 41
7.6 Support och IT-konsulttjänster 41
8. Rapportering och uppföljning 43
8.1 Insyn och rapportering 43
8.2 Avtals- och uppdragsuppföljning 43
Avdrag för bristande uppfyllnad av avtal 44
Fördjupad uppföljning och revision 44
Kvalitetsregister och andra register 44
Patientenkäter 44
9. Ersättningsvillkor 45
9.1 Budgetram 45
9.2 Ersättningsmodell 45
9.3 Ekonomisk ersättning 2026 46
9.4 Kapiteringsersättning 47
Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups) 47
Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index) 48

Läkemedel ... 48
9.5 Särskild ersättning ... 48
Nära vård mest sjuka – Prediktion för inskrivning inom 60 dagar (Prea60) 48
Vårdsamordning ... 49
Läkarbesök i hemmet ... 49
Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden ... 49
Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende ... 49
Läkarmedverkan i barnhälsovården ... 50
Utökade öppettider ... 50
Ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter ... 50
Ersättning för jourverksamhet ... 51
Hälsosamtal ... 51
Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden ... 51
Vaccinationer ... 51
Särskilt kostnadskrävande patienter ... 51
Eget systematiskt förbättringsarbete ... 51
Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten ... 51
Ersättning för deltagande Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU) . 52
Ersättning för deltagande Regionalt programområde (RPO) ... 52
Ersättning för deltagande i grupper enligt ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg” ... 52
Ersättning för deltagande i pilot eller modellverksamhet ... 52
Ordförandeskap i Länsgemensamma programområden (LPO) ... 52
Digitalisering ... 53
Tolk ... 53
9.6 Ersättning för utbildning ... 53
Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning SOSFS 2015:8 (gamla förordningen) ... 53
Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen) ... 53
Pre-ST via Nässjö utbildningscenter för specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8 ... 54
Vetenskaplig handledning av ST-läkare ... 54

Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU eller EES land 54
Specialistutbildning för sjuksköterskor 54
PTP-psykolog 54
KBT-utbildning steg 1 54
Magister eller master utbildning 54
Klinisk undervisningsmottagning (KUM) 55
Centrala utbildnings- och utvecklingsmedel 55
9.7 Övriga ersättningar 55
Vård av patient som är listad på annan vårdcentral 55
Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar 55
Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m. 55
Momskompensation 56
Riktade statsbidrag 56
Kvalitetsindikatorer kopplad till ersättning 56
9.8 Avdrag/kostnadsansvar 56
Patientavgifter 56
Avdrag för besök på annan vårdcentral i Region Jönköpings län 57
Avdrag för besök i andra regioner 57
Avdrag för besök hos privat vårdgivare på nationella taxan eller vårdavtal på primärvårdsnivå 57
Kostnadsansvar för läkemedel 58
Kostnadsansvar för medicinsk service inom Region Jönköpings län 58
Kostnadsansvar för närakutmottagning 59
Kostnadsansvar för smittskydd 59
Kostnader för IT och telefoni 59
Kostnader för förbrukningsmaterial 59
9.9 Underlag för utbetalning 59
10. Anvisningar för ansökan 61
10.1 Ansökan om godkännande 61

1. Vision och övergripande mål

1.1 Vision för Region Jönköpings län

För ett bra liv i en attraktiv region.

1.2 Övergripande mål

Målet för hälso- och sjukvården i Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och god och jämlik vård oavsett var i länet man bor. Länets invånare ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver den. Region Jönköpings län vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

Region Jönköpings län beskriver den nära vården som:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheteter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.



Region Jönköpings läns strategi för nära vård är att ställa om hälso- och sjukvården från slutenvård till öppenvård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva.

För att ”Esther” ska få bästa möjliga vård utifrån sina behov stärks samverkan med kommunerna. För en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län stödja invånaren i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa.

Region Jönköpings län är aktiv i utveckling och implementering av välfärdsteknik och e-hälsa. Digitala vårdsbesök ska vara en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga att vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Satsningar på primärvården och den nära vården har målet samordning och kontinuitet i vårdinsattser, ökad tillgänglighet och ökad delaktighet som stärker patientens ställning. En stark primärvård främjar en jämlik hälsa men kräver en god bemanning. Region Jönköpings län har antagit ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården där det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1100 listade per distriktsläkare.

I Jönköpings län är vårdcentralen invånarnas självklara förstahandsval när de har behov av hälso- och sjukvård. Vårdcentralen är den naturliga koordinatorn som samordnar invånarnas behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Invånarna känner tilltro och upplever att de är trygga och säkra i sina kontakter med vårdcentralen.

Vården ska bedrivas personcentrerad. I den personcentrerade vården ska andra behov än enbart de fysiska behoven lyftas fram. En viktig framgångsfaktor är den

personcentrerade vården som innebär att se och möta hela människan och där individens berättelse är utgångspunkten för partnerskap, gemensam planering och ömsesidig respekt för varandras kunskap. Även anhöriga och närståendes hälsa och delaktighet ska finnas med och ha en tydligare roll vid varje kontakt med vårdgivare.

För att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård innefattar planen sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

1.3 Vårdval i primärvård

Utifrån budget och flerårsplan fastställer och reviderar regionfullmäktige årligen mål, uppdrag och ersättningsvillkor för vården som avtalas och drivs inom ramen för Lag om valfrihetssystem (2008:962).

Fokusområden är:

- stödja det hälsofrämjande arbetet, stärka invånarnas förmåga till egenvård och öka användandet av digitala verktyg för att möta välfärdsutmaningen
- att tidigt upptäcka och behandla psykisk ohälsa
- kroniskt sjuka
- samverkan

Mål och grundläggande principer

Vårdvalsmodellen för Region Jönköpings län:

1. Stärker invånarnas inflytande genom att

- invånarna väljer vårdgivare
- ersättningen följer invånaren
- redovisning av kvalitet och resultat är offentliga
- vården ges med kontinuitet och bred kompetens
- vården ges på lika villkor i hela länet
- vården är personcentrerad och utförs i samarbete med patienten

- vårdgivaren upprättar en dokumenterad överenskommelse och en samordnad individuell vårdplan
- stärka invånarnas förmåga till egenvård

2. Tillvaratar och utvecklar de professionella gruppernas kompetens genom att

- stimulera kreativitet och innovation med invånarens behov i fokus
- systematiskt fördela arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens som främjar personcentrerad vård, kvalitet och effektivitet
- sörja för att det finns rätt kompetens och kontinuerlig kompetensutveckling
- utgå från teamsamverkan och tillvarata alla medarbetares kompetens
- stimulera mångfald av vårdgivare
- delta aktivt i forskning och utveckling
- handleda och utbilda studenter, AT-, ST-läkare samt PTP psykologer.

3. Styr mot önskvärda resultat genom att

- ge störst ersättning för invånare med störst vårdbehov
- premiera goda kliniska resultat
- premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- vara patientsäker
- ha hög tillgänglighet
- stimulera samverkan och utveckling av nya arbetssätt
- stimulera digitalisering och e-hälsa
- säkerställa kostnadseffektiv vård
- stimulera aktivt deltagande i klinisk forskning

2. Allmänna villkor

Leverantören ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och Region Jönköpings läns styrande dokument i form av exempelvis policy och riktlinjer, överenskommelser samt nationella och regionala kunskapsstöd.

Leverantören ska följa gällande Regelbok för vårdval primärvård med dess tillhörande Tillägg i form av förtydliganden och riktlinjer

2.1 Arbetsgivaransvar

Leverantören ska upprätthålla god arbetsmiljö och följa de lagar, avtal och regler som gäller för arbetsmarknaden.

2.2 Verksamhetsförutsättningar

Verksamhetschef

Sökanden ska ha en för uppdraget ansvarig verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30, 4 kap. 2§). Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med verksamheten och de lagar, förordningar, riktlinjer, föreskrifter från Socialstyrelsen och de allmänna råd som gäller för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ledningsansvarig läkare

Verksamheten ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare. Den medicinskt ledningsansvariga läkaren ska vara specialist i allmänmedicin med minst tre års erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten allmänmedicin efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning. Medicinskt ledningsansvarig läkare ska vara regelbundet kliniskt verksam vid vårdenheten och där emellan vara tillgänglig för vårdenheten vid behov.

Bemanning och kompetens

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med den formella eller reella kompetensen som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Vårdcentralen ska ha minst två läkare med specialistkompetens i allmänmedicin.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare får den fortbildning som behövs för att upprätthålla kompetens för att ge god och säker vård.

Lokaler

Leverantören ska för verksamheten ha ändamålsenliga och godkända lokaler i Jönköpings län. Med lokaler avses vårdcentralens samtliga verksamheter. Lokalerna ska uppfylla gällande lagkrav och föreskrifter för vårdverksamhet. Lokalerna ska vara fysiskt tillgängliga för alla enligt Boverkets riktlinjer för tillgängliga lokaler. Som stöd i arbetet hänvisas till checklista för tillgängliga lokaler. För

information om vårdhygieniska aspekter var god se avsnitt 2.17 Smittskydd och vårdhygien.

Vårdcentral som anlitar underleverantör ansvarar att säkerställa att den fysiska tillgängligheten är uppfylld.

Leverantören ska ha de hjälpmedel som krävs för att besökande patienter på ett säkert sätt kan flyttas över från stol/säng till brits vid undersökning, behandling eller träning (personlyft, överflyttningsplattform eller liknande).

Lokalisering

Inom vårdval Region Jönköpings län är det inte tillåtet att öppna vårdcentraler, filialer eller andra former av utlagda mottagningar i andra län för att bedriva fysiska utomlänsbesök.

2.3 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget undantaget kravet på öppettider om inte särskild överenskommelse (skriftlig) finns med Region Jönköpings län.

När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för de olika samarbetsformerna.

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om var och när vårdcentralens utbud är tillgängligt och vem som ansvarar för verksamheten. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Leverantören ansvarar för att all vårddokumentation sker enligt lagar och föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Om ett underleverantörsavtal gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

2.4 Samverkan

Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer

Leverantören ska samverka med funktioner och verksamheter inom Region Jönköpings län, kommuner och andra myndigheter enligt lagar, föreskrifter, förordningar, överenskommelser och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Samverkan kan gälla enskilda patienters vård och rehabilitering men också planering, utveckling, uppföljning av verksamheten och kompetensutveckling.

Samverkan med kommunerna regleras bland annat i dokumentet ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg”

Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU)

Forum-PBU har i uppdrag att:

- Vara Region Jönköpings läns forum för dialog mellan beställare och utförare inom vårdval primärvård.
- Vara ledningsstöd till primärvårdsordföranden i kunskapsstyrningsorganisationen
- Vara vårdcentralernas forum för samordnad dialog avseende samverkan med den specialiserade vården i Region Jönköpings län.
- Vara vårdcentralernas forum för samordnad dialog avseende samverkan med den kommunala primärvårdsnivån och omsorgen.
- Vara beredning till sjukvårdensledningsgrupp och andra regionövergripande funktioner avseende frågor som berör vårdcentralerna.

Forum-PBU består av representanter för leverantörer i privat och offentlig regi samt från Regionledningskontoret Region Jönköpings län som leder och samordnar gruppens arbete.

Representation informationsmöten

Leverantören ska representeras på informationsmöten som Region Jönköpings län kallar till.

2.5 Beredskapsplaner

Leverantören ska planera för och vidta åtgärder för att klara uppdraget under fredstida kriser och följa regionens beredskapsplaner.

Leverantören ska tillsammans med Region Jönköpings län planera för och vidtar åtgärder för att klarar uppdraget under höjd beredskap och ytterst krig.

Leverantören ska delta i Region Jönköpings läns arbete med robusthetshöjande åtgärder genom kontinuitetshantering.

Leverantören ska ha en utsedd representant för planeringssamverkan för krisstöd vid särskild händelse. Samverkan behöver ske både med krisstöd på lokalt sjukhus samt med det kommunala krisstödet.

Personal som behövs för att driva verksamheten ska vara krigsplacerade på sin arbetsplats. Beredskapschefen ansvarar för krigsplaceringen i samråd med leverantörens verksamhetschef.

2.6 Hållbar utveckling

Leverantören ska:

- Följa Region Jönköpings läns Hållbarhetsprogram 2021-2025.
- Årligen rapportera åtgärder som vidtagits under året och hur hållbarhetsmålen kommunicerats i verksamheten.

2.7 Medicinsk service/diagnostik

Leverantören har möjligheten nyttja Region Jönköpings läns utbud av medicinsk service. Medicinsk service omfattar klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, nuklearmedicin, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi, klinisk immunologi, medicinsk radiologi och transfusionsmedicin.

I de fall leverantören tecknat underleverantörsavtal för medicinsk service ansvarar leverantören för att

- underleverantören är ackrediterad av Swedac eller har motsvarande kvalitetssäkring.
- upprätta och förankra rutiner kring remiss- och svarshantering med berörd underleverantör av medicinsk service.
- relevant verksamhetsdata görs tillgänglig i de IT system som är aktuella enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

För vårdcentralens uppdrag gällande provtagning se avsnitt 4.13 Provtagning och patientnära analyser.

2.8 Medicintekniska produkter

Medicinskteknisk utrustning

Leverantören har det övergripande medicintekniska ansvaret för sin verksamhet och ansvarar för att i förekommande fall den medicinsktekniska servicen är ackrediterad av Swedac eller motsvarande kvalitetssäkring samt att utrustningen uppfyller vedertagna normer, standarder och krav på tillgänglighet, prestanda och kvalitet enligt gällande lagar och regler.

Leverantören ansvarar för att verksamheten har den medicintekniska utrustning som behövs för uppdraget och att utrustningen uppdateras och kompletteras vid förändringar i uppdraget.

Obligatorisk utrustning är EKG-apparat med tolkningsprogram 12 SL, dermatoskop med möjlighet till bildöverföring, spirometer, defibrillator, bladderscan, blodtrycksmätare för utlåning och alkomätare samt övrig utrustning som behövs för uppdraget.

Hjälpmedel och förbrukningsprodukter

Inom diabetes, inkontinens samt nutrition ska förskrivaren bedöma, prova ut, förskriva och följa upp hjälpmedel och förbrukningsprodukter enligt förskrivningsprocessen och Region Jönköpings läns riktlinjer, gällande avtal och överenskommelser.

Vid förskrivning i samverkan ansvarar förskrivande part för uppföljning av förskrivningen om inget annat avtalats vid överrapporteringen. Överrapportering och uppföljning ska ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer, gällande avtal och överenskommelser.

Samtliga nya förskrivare ska ha gått Socialstyrelsens förskrivarutbildning (webbutbildning). Förskrivande sjuksköterskor av inkontinens- och nutritionsprodukter ska ha gått regional utbildning för förskrivare som erbjuds via Hjälpmedelscentralen. Innan nya förskrivare kan påbörja denna utbildning behöver de genomgått Socialstyrelsens förskrivarutbildning enligt ovan. Alla förskrivare bör gå utbildning i systemet Sesam LMN som erbjuds av Hjälpmedelscentralen.

Förskrivaren ska använda Region Jönköpings läns upphandlade sortiment och IT-stöd för beställning och registrering av hjälpmedel.

Leverantören debiteras inte kostnader för hjälpmedel och förbrukningsprodukter. Under avtalsperioden kan det komma att ske förändringar i kostnadsansvar då Region Jönköpings län utreder vilket verksamhetsområde som ska ha kostnadsansvaret för inkontinens- och diabetshjälpmedel.

2.9 Patientjournalen

Leverantören ska upprätta och hantera patientjournalen enligt gällande lagar och förordningar. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård enligt gällande lagar och föreskrifter.

Leverantören ska beakta de lagar och regler som reglerar samtycke mellan vårdgivare och patient vid överföring av personuppgifter till annan vårdgivare.

Region Jönköpings län tecknar särskilt avtal avseende sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, inklusive den nationella patientöversikten, med leverantören. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och anvisningar för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Leverantören ska följa Regin Jönköpings läns riktlinjer för hur vårdkontakter kodas och registreras.

Leverantören ska på begäran kunna lämna ut kopior av patientjournal enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och tillämplig lagstiftning.

Remisser

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11), Region Jönköpings läns riktlinjer samt de nationella och regionala kunskapsstöden.

2.10 Intyg

Leverantören ansvarar för att utfärda vårdintyg, rättsintyg, dödsbevis, utlåtande till Försäkringskassan och andra patientrelaterade intyg via Region Jönköpings läns IT-stöd.

2.11 Tystnadsplikt och sekretess

Leverantören ska se till att all personal omfattas av sekretesskrav motsvarande de som ställs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Detta gäller även icke hälso- och sjukvårdspersonal.

2.12 Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering

Leverantören ska följa gällande lagstiftning för främjande av lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering.

- Diskrimineringslagen (2008:567)
- Förbud mot missgynnande behandling av arbetstagare eller arbetssökande som är, ska vara eller har varit föräldraledig. Omfattar även vård av sjukt barn. Föräldraledighetslagen (1995:584).
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Förordningen (2006:260) om antidiskrimineringsvillkor i upphandlingskontrakt

Leverantören ska på begäran redovisa åtgärder, upprättade planer med mera som vidtagits med anledning av ovanstående.

2.13 Patientens rättigheter

Leverantören ska ha goda kunskaper om och tillämpa patientens rättigheter utifrån patientlagen (2014:821) som syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

2.14 Barnens rättigheter och behov

Leverantören ska följa lagen om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (2018:1197) och Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) avseende ett barns behov av information, råd och stöd som anhöriga samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

2.15 Patientsäkerhet

Leverantören ska följa lagar och föreskrifter om patientsäkerhet, exempelvis:

- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns chefläkarorganisation och delta i riskanalyser samt händelseanalyser vid utredning av händelser som berör egen verksamhet och verksamheter där Region Jönköpings län är vårdgivare.

Leverantören ska ha rutiner för registrering och hantering av avvikelser. Leverantören ska anmäla, följa upp och analysera egna avvikelser i Region Jönköpings läns avvikelsehanteringssystem Synergi. Leverantören ska kunna delta i systemövergripande analyser och uppföljning av avvikelser samt vara behjälplig i spridningen av resultaten.

Leverantören ska i enlighet med Patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Leverantören kan få stöd i sin utredning från Region Jönköpings läns chefläkarorganisation. Leverantören ska på begäran skicka en avidentifierad kopia på den kompletta anmälan, eventuell händelseanalys och beslut från Inspektionen för vård och omsorg till vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska på begäran skicka en kopia på verksamhetstillsyn och andra beslut från Inspektionen för vård och omsorg till vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska förse patientnämnden med de uppgifter som nämnden behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Leverantören ska utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs vid granskning av enskilda ärenden.

Leverantören ska beakta Region Jönköpings läns arbete med patientsäkerhet som det uttrycks i budget och flerårsplan.

Leverantören ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen.

Leverantören ska delta i regionala kvalitetsindikationsmätningar och beakta de utbildningsaktiviteter Region Jönköpings län erbjuder medarbetare i patientsäkerhet.

Klagomål

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård.

2.16 Patientskadeförsäkring

Leverantören ska informera patient om möjligheten att anmäla en vårdskada till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) respektive läkemedelsskada till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF).

Leverantören ska tillhandahålla intyg, utredning och analys som behövs för handläggning av anmälda ärenden.

Patientförsäkring

Region Jönköpings län har tecknat en patientförsäkring hos LÖF, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Den patientförsäkringen gäller även om patienten har skadats hos en privat vårdgivare som har vårdavtal med en region.

Patientförsäkringen gäller enligt vad som framgår i patientskadelagen.

Läkemedelsförsäkring

Läkemedelsförsäkring är en försäkring är en försäkring som ägs av läkemedelsföretag, en del regioner och myndigheter. Läkemedelsförsäkringen gäller vid personskador där det finnas ett övervägande sannolikt samband mellan läkemedlet och den skada som anmälts.

2.17 Smittskydd och vårdhygien

Smittskydd

Leverantören ska utan dröjsmål rapportera anmälningspliktiga sjukdomar via SmiNet, samt utreda sjukdomsfall, smittspåra och vidta övriga åtgärder i enlighet med smittskyddslagen (SFS 2004:168), och Region Jönköpings läns riktlinjer för smittskydd.

Vårdhygien

Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att Hälso- och sjukvårdslagens krav på god hygienisk standard uppfylls. Detta innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns vårdhygieniska riktlinjer. Leverantören ska årligen genomföra ”Egenkontroll för vårdhygienisk standard”.

2.18 Läkemedel

Läkemedelsbehandling ska ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt och med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns Läkemedelskommittés, Stramas och de lokala kunskapsstödens riktlinjer som rör läkemedel.

2.19 Sjuk- och behandlingsresor

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjuk- och behandlingsresor.

3.20 Tolk

Leverantören ansvarar för att tillhandhålla tolk till patienter som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska. Leverantören ansvarar för tolkservice åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade och talskadade personer.

2.21 Marknadsföring och information till invånare

Leverantören ska följa marknadsföringslagen (2008:486).

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje Marknadsföring av hälso- och sjukvård och tandvård, övriga riktlinjer inom kommunikationsområdet, riktlinjer för kallelser samt följa gällande praxis för patientinformation.

I all marknadsföring ska tydligt framgå vem som ansvarar för verksamheten eller tjänsten och hur man kontaktar ansvarig.

Leverantören ska tydligt informera om att hela eller delar av verksamheten finansieras och drivs på uppdrag av Region Jönköpings län enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Region Jönköpings läns symbol för vårdval används för att signalera vilka vårdenheter som är godkända och möjliga att välja. Symbolen ska användas på vårdenhetens webbplats och i informationsprodukter där det är relevant. Symbolen får användas i marknadsföring, men inte i brev och kallelser, på kuvert, visitkort, tidkort och liknande produkter.

Leverantören ansvarar för att det finns en kontaktsida på 1177.se som i allt följer Riktlinjer för kontaktsidor på 1177.se och de kompletterande riktlinjer som det hänvisas till.

Leverantören länkar till 1177.se från sin webbplats och tillser att webbplatsen uppfyller lagar och regler, enligt skrivning i Riktlinje för webbplatser inom Region Jönköpings län.

Om leverantören har verksamhet och utbud utanför LOV så ska informationen vara tydligt separerad. Detta innebär exempelvis behov av separata webbsidor för verksamhet inom LOV och verksamhet utanför LOV.

Leverantörens ska medverka i Region Jönköpings läns informationskampanjer.

Leverantören ansvarar för eventuella underleverantörers marknadsföring.

2.22 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem

Ytterligare avtalsreglering framgår av det skriftliga avtalet med regionen.

3. Listning av invånare

Alla som fyllt 18 år har rätt att välja vårdcentral. För barn och ungdomar under 18 år väljer vårdnadshavaren. Barn och vårdnadshavare kan välja olika vårdcentraler. Vårdvalet innebär att man väljer vårdcentral, inte enskilda medarbetare.

Invånarnas val administreras av Region Jönköpings län. Invånaren väljer vårdcentral via 1177 e-tjänster eller på Region Jönköpings läns blankett för vårdval. Region Jönköpings län registrerar invånarens val. Region Jönköpings län godkänner endast omval genomförda via 1177 e-tjänster eller via Region Jönköpings läns pappersblankett med fysisk signering. Mer detaljerad information om listning av invånare finns i Region Jönköpings läns riktlinjer om listning.

3.1 Listningsbegränsning

Leverantören kan ansöka om listningsbegränsning där utföraren visar på en alltför stor belastning och allvarliga brister i patientsäkerhet eller arbetsmiljö. Region Jönköpings län kommer ha en restriktiv hållning till tillfälliga listningsbegränsningar. Region Jönköpings läns riktlinjer för listningsbegränsning är gällande.

3.2 När en vårdcentral eller filial upphör

När en vårdcentral eller filial upphör ansvarar Region Jönköpings län för att informera berörda invånare om rätten att välja en ny vårdcentral. Vårdcentralens tidigare geografiska områdesansvar kommer omfördelas till andra närliggande vårdcentraler. Invånare som inte väljer ny vårdcentral eller filial inom angiven tid registreras på den vårdcentral inom kommunen som fågelvägen ligger närmast invånarens folkbokföringsadress. Invånare som är folkbokförd i annat län registreras på den vårdcentral inom kommunen som fågelvägen ligger närmast tidigare vårdcentral.

4. Vårdcentralens allmänna uppdrag

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. När en invånare behöver hälso- och sjukvård ska vårdcentralen vara förstahandsvalet.

4.1 Patienter med stora eller komplexa vårdbehov

Patienter med stora eller komplexa vårdbehov oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning är prioriterade patientgrupper.

Som en del i ett effektivt, personcentrerat arbete med ohälsa för dessa grupper ska leverantören till exempel:

- erbjuda fast läkarkontakt enligt avsnitt 4.4
- erbjuda patienten en dokumenterad överenskommelse enligt avsnitt 4.4
- erbjuda patienter som behöver vård och omsorg från både leverantören och kommunen en samordnad individuell plan (SIP) enligt avsnitt 4.4
- bedriva vårdsamordning enligt avsnitt 4.6
- utse fast vårdkontakt vid behov enligt avsnitt 4.4
- ha ett psykosocialt team som motsvarar listade invånares behov. Lämpliga kompetenser i teamet är kurator, psykolog, psykiatrisjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare.
- bedriva läkaruppdrag i hemmet enligt avsnitt 4.7
- arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande enligt avsnitt 4.11

Som en del i att främja vårdcentralens arbete för patienter med stora vårdbehov styr även regionens ersättningsmodell mot högre ersättning för patienter med stora eller komplexa vårdbehov

- ACG och CNI ger högre ersättning i kapiteringen utifrån större vårdtyngd, sämre socioekonomiska förhållanden och hög ålder.
- det utgår särskild ersättning enligt kapitel 9 för
  - ✓ Läkemedel
  - ✓ Överenskommelse för patienter på Prea 60 listan
  - ✓ Läkarbesök i hemmet
  - ✓ Samordning och deltagande i SIP
  - ✓ Vårdsamordning
  - ✓ Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården
  - ✓ Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden
  - ✓ Särskilt kostandskrävande patienter
- leverantören har också möjlighet att ansöka om ersättning enligt kapitel 6 för
  - ✓ PTP psykolog

- ✓ utbildning i KBT steg 1
- ✓ utbildning av specialistsjuksköterska med inriktning distriktssköterska alternativt psykiatrisk vård
- ✓ magister eller master utbildning

Psykisk hälsa

Leverantören ska arbeta med att tidigt upptäcka, behandla och följa upp psykisk ohälsa enligt de nationella och regionala kunskapsstöden**.** Leverantören ska följa aktuella överenskommelser framtagna mellan region och kommun.

Leverantören ska tillsammans med den specialiserade vården och kommunen bidra till förbättrad somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom.

4.2 Tillgänglighet

Vårdgaranti

Leverantören ska uppfylla den lagstadgade nationella vårdgarantin och Region Jönköpings läns krav på tillgänglighet.

Öppettider

Vårdcentralen ska vara öppen under vardagar mellan 08:00-17:00 året om med undantag för nationella helgdagar. Vårdcentralen ska vara öppen för fysiska besök, tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov. Under öppettiden bedriver vårdcentralen närakut.

Det är tillåtet att stänga en vårdcentral som mest nio timmar i veckan. Öppettiden för en vårdcentral får dock inte understiga 36 timmar i veckan. Om vårdcentralen är stängd hel/del av dag mellan 08:00-17:00 (vardagar), ska invånarna informeras och hänvisas till närliggande vårdcentral eller filial i länet som vårdcentralen samarbetar med. Samarbetsparten ska ha kapacitet att uppfylla vårdcentralens uppdrag inklusive ansvaret för det geografiska området.

Region Jönköpings län uppmuntrar leverantörer att utöka sina öppettider som service till invånarna. Under avtalsperioden kan det bli aktuellt med krav på utökade öppettider.

Vårdcentralens närakut

Vårdcentralen bedriver närakut vardagar 08:00-17:00. Invånare som kontaktar vårdcentralen och bedöms vara i behov av akut vård och behandling på primärvårdsnivå ska omhändertas på vårdcentralen samma dag. Endast patienter som söker vård efter 17:00 får hänvisas till gemensam närakut.

Vårdcentralen ska under hela öppettiden kunna erbjuda fysiska besök och utföra patientnära analyser så som P-CRP, P-Glukos, B-Hb, urinsticka, Strep A Test, Graviditetstest U-hCG.

Telefon och 1177 direkt

Invånaren ska kunna kontakta vårdcentralen via telefon eller 1177 direkt enligt vårdgarantin samt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och krav på öppettider.

Den som kontaktar vårdcentralen mellan 08:00-16:59 ska kunna välja att bli kontaktad samma dag. Efter klockan 17:00 ska den som kontaktat vårdcentralen kunna välja att bli kontaktad av vårdcentralen nästkommande vardag.

Det ska finnas möjlighet att lämna återbud och förnya recept dygnet runt via röstbrevlåda eller 1177 direkt.

E-tjänster

Leverantören ska erbjuda invånarna e-tjänster via 1177.se enligt Region Jönköpings län riktlinjer och basutbud.

Leverantören ska erbjuda invånarna digitala vårdmöten i form att chatt och videosamtal via 1177 direkt enligt nationell målbild för första linjens digitala vård och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska vara ansluten till de nationella tjänsterna och tillgängliggöra informationsmängder i 1177 Journalen, Sammanhållen planering och Nationell patientöversikt (NPÖ) enligt nationellt Ramverk för invånarens åtkomst till journalen och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska ha tillgång till utbildad personal för att kunna erbjuda stöd- och behandlingsprogram eller motsvarande via 1177.se enligt region Jönköpings läns utbud och riktlinjer.

Leverantören ska kunna genomföra samordnad vårdplanering via video i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns överenskommelse med länets kommuner.

Leverantören ska erbjuda patienter med kronisk sjukdom möjlighet till ordinerad egenmonitorering i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska ha en namngiven resurs för samordning av vårdcentralens uppdrag inom e-hälsoområdet. Den namngivna resursen ska stödja och driva omställning till mer digitala arbetssätt.

Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan leverantören ansöka om att bedriva en filial. Med filial menas en underavdelning till leverantörens huvudmottagning (vårdcentral) som bedriver verksamhet i annan lokal än där huvudmottagningen finns. En befintlig vårdcentral inom LOV kan inte omvandlas till filial.

En filial ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudmottagningen. Filialen är alltid knuten till huvudmottagningen, och verksamhetschefen för huvudmottagningen är även verksamhetschef för filialen.

Filialer får endast öppnas och bedrivas inom Region Jönköpings läns länsgränser.

En huvudmottagning (vårdcentral) vars filial geografiskt tillhör ett annat jouromr̊åde för Gemensamt Närakut än huvudmottagningen är även ansvarig för jouruppdrag (primärjour och beredskapsjour) kopplat till filialens geografiska jouromr̊åde. En huvudmottagning kan därmed ansvara för jouruppdrag på fler än en Gemensam Närakut. Bemanningen av den Gemensamma Närakuten är i proportion till hur många av filialens listade invånare som besökt gemensamma Närakuten i filialens geografiska jouromr̊åde.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för filial.

Invånare kan välja att lista sig på en filial som är med i Region Jönköpings läns förteckning över valbara enheter.

Verksamheten får starta när Region Jönköpings län verifierat och godkänt filialen.

Vid beslut om nedläggning av en filial ska Region Jönköpings län informeras.

4.3 Tillgänglighet jourtid

Gemensam närakut

Leverantörerna inom vårdval Region Jönköpings län ansvarar tillsammans för tre gemensamma närakutmottagningar i länet.

- Eksjö (Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vetlanda)
- Jönköping (Habo, Jönköping, Mullsjö)
- Värnamo (Gislaved, Gnosjö Vaggeryd, Värnamo)

Öppettider:

- vardagar 17:00-22:00 med utringningstid från 16:30
- lördag, söndag samt övrig helgdag 10:00-22:00 med utringningstid från 08:00.

Den gemensamma Närakuten ska vara anslutna till den nationella tjänsten ”1177 direkt” enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.
Vårdcentralerna i respektive område bemannar den gemensamma mottagningen i proportion till hur många av vårdcentralens listade invånare som besökt mottagningen. För jouruppdragsansvar kopplat till filial som geografiskt inte ligger i samma jouromr̊åde som huvudmottagningen (vårdcentralen) se avsnitt 4.2 Filial

Respektive vårdcentral ansvarar för att närakutmottagningen bemannas med de kompetenser och antal som behövs samt har verksamhetschefsansvar och det medicinska ledningsansvaret för sina arbetspass.

Region Jönköpings läns utsedda samordnare för de tre gemensamma närakutmottagningarna ansvarar bland annat för gemensamma arbetssätt och rutiner, schema,

beställning av läkemedel och förbrukningsmaterial samt dialog med vårdcentralernas verksamhetschefer och andra samarbetsparter.

Utöver bemanning av de gemensamma närakutmottagningarna ska leverantören ha läkare i beredskap vardagar 17:00-08:00 och dygnet runt lördag, söndag och helgdag. Bemanning av läkare i beredskap ska vara i proportion till hur många av vårdcentralens invånare som besökt mottagningen. Läkare i beredskap ska kunna tjänstgöra på gemensam närakut vid behov.

Under avtalsperioden avser regionen utreda öppettiderna på den gemensamma Närakuten som en del av akutvårdsprocessen.

Läkare i beredskap

Utöver bemanningen av de gemensamma närakutmottagningarna ska leverantören ha läkare i beredskap vardagar 17:00-08:00 och dygnet runt lördag, söndag och helgdag. Bemanning av läkare i beredskap ska vara i proportion till hur många av vårdcentralens listade invånare som besökt mottagningen. För jouruppdragsansvar kopplat till filial som geografiskt inte ligger i samma jourområde som huvudmottagningen (vårdcentralen) se avsnitt 4.2 Filial.

Läkare ska under sin beredskapstjänstgöring ha tillgång till Cosmic (exempelvis via mobil lösning) för att kunna bedriva en god och säker vård.

Leverantörens läkare i beredskap ska följa region Jönköpings läns riktlinjer för läkare i beredskap.

4.4 Dokumenterad överenskommelse

Leverantören ska kunna erbjuda patienten en dokumenterad överenskommelse enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Överenskommelsens delar dokumenteras i Cosmic enligt gällande rutin.

Samordnad individuell plan (SIP)

Leverantören ska följa region Jönköpings läns riktlinjer för samordnad individuell plan

Fast vårdkontakt

Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821) utse en fast vårdkontakt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer för de patienter som behöver eller begär det, för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Fast läkarkontakt

Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821) informera patienten om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad. Leverantören ska följa regionens riktlinjer för fast läkarkontakt.

4.5 Kontinuitet

Kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet.

Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett vårdteam med flera olika professioner. Graden av kontinuitet ska anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser då till exempel inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.

4.6 Vårdsamordning

Leverantören ska ha namngivna medarbetare i funktionen som vårdsamordnare. Vårdsamordnaren innehar funktionen som fast vårdkontakt i primärvården. Funktionen ska ha tid avsatt för uppdraget och vara anträffbar på ett särskilt direktnummer vardagar 08:00-17:00 för patient, närstående och vårdpersonal för exempelvis rådgivning, tidsbokning och samordning av hälso- och sjukvård.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för vårdsamordnaruppdraget och för fast vårdkontakt

4.7 Läkaruppdrag i hemmet

Läkaruppdrag i hemmet innefattar ordinärt boende utan kommunal hälso- och sjukvård, ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård samt särskilda boendeformer och korttidsboenden.
Leverantören ska under vardagar 08:00-17:00 bemanna och avsätta tid för konsultation och läkarbesök i hemmet när invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren onödig sjukhusvistelse.

Kvällar, helger och nätter ansvarar läkare i beredskap för läkarinsatser i hemmet (se avsnitt 4.3 Tillgänglighet jourtid).

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer gällande läkaruppdrag i hemmet samt samverkansavtal och överenskommelser med kommunerna.

Kommunen tecknar avtal om läkaruppdrag på korttidsplatser och särskilda boende för äldre med valfri vårdcentral. Leverantören har rätt att tacka nej till avtal med kommunen för boenden utanför vårdcentralens geografiska områdesansvar. Med anledning av att fördelningsmodellen för geografiskt områdesansvar kan komma att ändras under avtalsperioden (se avsnitt 4.16 Geografiskt områdesansvar) kan även fördelningsmodellen för SÄBO komma att behöva ändras.

4.8 Läkaruppdrag i palliativ vård

Leverantören ansvarar för läkaruppdrag och samverkan i palliativ vård enligt Region Jönköpings läns processbeskrivning för palliativ vård, de nationella och regionala kunskapsstöden och ”Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende”.

4.9 Läkarmedverkan i barnhälsovården

Leverantören ska genomföra läkarinsatser i barnhälsovården (BHV) enlighet med barnhälsovårdens nationella program enligt Rikshandboken i barnhälsovård för professionen, Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Uppdragets omfattning baseras på antal barn listade på vårdcentralen och de socioekonomiska förutsättningarna i området. Uppdragets utförande omfattar barn som hör till aktuell familjecentral oavsett var barnet är listad.

4.10 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Rehabilitering

Leverantören ansvarar för rehabiliteringsinsatser i form av bedömning, utredning, behandling, träning och uppföljning enligt nationella riktlinjer, Region Jönköpings läns riktlinjer samt överenskommelser mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län.

Vårdcentralen ska erbjuda fysisk tillgång till fysioterapeut och arbetsterapeut och samverka med andra aktörer i rehabiliteringskedjan.

Habilitering

Leverantören ansvarar för att invånare som valt vårdcentralen, får habiliteringsinsatser på primärvårdsnivå enligt det regionala kunskapsstödet.

Leverantören ska samverka med habiliteringscentrum i de fall invånaren har kompletterande insatser från habiliteringscentrum.

Sjukskrivning och Försäkringsmedicin

Leverantören ska följa nationella riktlinjer och Region Jönköpings läns riktlinjer och rutiner för sjukskrivning och försäkringsmedicin.
Leverantören ansvarar för att det finns kompetens inom försäkringsmedicinska kunskapsområdet. Leverantören ska ha rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och utveckla sina arbetssätt inom området.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av vårdcentralens avidentifierade sjukskrivningsstatistik som erhålls genom Ineras ”Intygsstatistik”.

4.11 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Leverantören ska bedriva både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Leverantören ska bidra i det hälsofrämjande arbetet genom samverkan med kommunen och andra aktörer, med utgångspunkt från befolknings- och patientgrupper med störst behov.

Levnadsvanor

Leverantören ska följa de regionala kunskapsstöden för att systematiskt uppmärksamma, åtgärda och följa upp ohälsosamma levnadsvanor. Det utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor samt det Nationella vårdprogrammet för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor.

Hälsosamtal

Leverantören ska erbjuda alla invånare ett riktat hälsosamtal genom en personlig inbjudan det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år enligt Region Jönköpings läns fastställda rutiner i det regionala kunskapsstödet**.**

Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden

De vårdcentraler som har ett högt CNI (Care Need Index) kan ansöka om en treårig ekonomisk ersättning för att arbeta med hälsofrämjande insatser. Ansökan ska ske enligt region Jönköpings läns riktlinjer.

Vaccinationer

Leverantören ansvarar för vaccinationer enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Vaccinationer ska dokumenteras enligt Region Jönköpings läns riktlinjer

Vårdprevention

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för prevention av fallskador, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

4.12 Hälsoundersökning och vård av flyktingar och migranter

Leverantören ska inom sitt geografiska områdesansvar erbjuda hälsoundersökning och vård till flyktingar och migranter samt till personer som vistas i Sverige utan tillstånd enligt Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt de nationella och regionala kunskapsstöden.

4.13 Provtagning och patientnära analyser

Leverantören ska utifrån sina listade invånares behov vardagar kunna utföra rutinmässig provtagning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Oavsett var invånaren är listad ska leverantören kunna utföra provtagningen på patienter som vårdcentralen själv ordinerat prover på eller på remissbegäran.

Vårdcentralens närakut dagtid, vardagar, ska kunna utföra följande patientnära analyser P-CRP, P-Glukos, B-Hb, urinsticka, Strep A Test samt Graviditetstest U-hCG under vårdcentralens hela öppettid. Patientnära analysverksamhet innefattar provtagning, preanalys, analys eller postanalys som utförs av vårdpersonal.

Leverantören ska följa Regelverket för patientnära analysverksamhet från Laboratoriemedicin. Leverantören ska utföra internrevision en gång per år enligt Regelverket för patientnära analysverksamhet.

4.14 Medicinsk fotvård

Leverantören ansvarar för att invånare som valt vårdcentralen, får medicinsk fotvård på primärvårdsnivå enligt det regionala kunskapsstödet.

Leverantörens fotvårdsterapeut ska uppfylla kompetenskraven enligt Region Jönköpings län riktlinjer.

4.15 Dödsfall utanför sjukhus

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av dödsfall utanför sjukhuset.

4.16 Geografiskt områdesansvar

Region Jönköpings län fördelar ansvar för geografiska områden till vårdcentralerna. Fördelningen av områden bygger på kommunernas system med nyckelkodsområde. Under avtalsperioden kan fördelningsmodellen som bygger på kommunernas nyckelområden komma att ändras.

Leverantören ansvarar för att medverka inom ett antal samhällsviktiga funktioner i sitt geografiska områdesansvar av vad som framgår under respektive avsnitt i ”Primärvård inom vårdval Jönköpings län” och de regionala kunskapsstöden. Leverantören ska även bistå polis och andra myndigheter enligt de regionala kunskapsstöden.

I händelse av att nya vårdcentraler etableras reviderar Region Jönköpings län ansvaret för geografiska områden utifrån den nya situationen.

I händelse av att en befintlig vårdcentral etablerar sig i en annan vårdcentrals geografiska närområde kan Region Jönköpings län komma att revidera ansvaret för det geografiska området utifrån den nya situationen.

I händelse av att en vårdcentral upphör se avsnitt 3.2 När en vårdcentral eller filial upphör.

En revidering av geografiskt områdesansvar påverkar inte invånarnas val.

5. Kunskapsstyrning och systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är vårdens gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer inom kunskapssyrning så som de regionala kunskapsstöden.

Deltagande i Region Jönköpings läns kunskapsstyrning

Samtliga leverantörer har i uppdrag att bemanna de grupper som Region Jönköpings län beslutat om inom Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd. Bemanningen fördelas i proportion till leverantörens andel ersättning för ACG.

Allt eftersom de länsgemensamma programområdena (LPO) startar upp kommer Fakta grupperna med primärvårdens representation enligt ovan uppdrag integreras i respektive LPO.

Länsgemensamma programområden (LPO) ordförande

Leverantörer har i uppdrag att bemanna primärvårdens ordförande i respektive LPO grupp. Uppdraget tilldelas enligt region Jönköpings läns riktlinjer

5.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9). Leverantören ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta.

Leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt skapa förutsättningar för medarbetarna att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

5.3 Årligt systematiskt förbättringsarbetet

Utöver leverantörens skyldighet att bedriva systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med avsnitt 5.2 ska leverantören årligen genomföra ett eget systematiskt förbättringsarbete med påvisbar patientnytta. Detta ska redovisas vid Region Jönköpings läns konferens Utvecklingskraft.

Region Jönköpings län beslutar årligen inom vilka områden det systematiska förbättringsarbetet ska omfatta.

5.4 Patientmedverkan

Patientmedverkan ska utgöra en naturlig del av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Syftet med patientmedverkan är att förbättra och utveckla verksamheten utifrån ett patientperspektiv och de listade invånarnas behov.

Med patientmedverkan menas en nära involvering i dialog i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Allmänna enkätutskick och kontakter med intresseorganisationer utgör inte en nära patientmedverkan men kan vara ett bra komplement.

5.5 Resurs för utveckling av nära vård – kunskapsstyrning

Leverantören ska i funktionen ha en namngiven medarbetare som är kliniskt verksam på vårdcentralen.

Uppdraget innebär att:

- stödja, leda och samordna vårdcentralens utveckling- och förbättringsarbete inom nära vård – kunskapsstyrningen
- Individen ska representera primärvården i regionala förbättringsarbeten inom området.
- Medverka i nätverksträffar och utbildning som erbjuds.

6. Utbildning och forskning

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns samordningsansvariga för grundutbildning, studierektororganisation och ansvariga för akademisering av primärvården under ledning av Futurum.

6.1 Grundutbildning

Studenter och elever

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns avtal med universitet, högskolor, gymnasieskolor, yrkesutbildningar och andra utbildningssamordnare om att ta emot och handleda elever och studenter i lärande i arbetslivet (LIA), arbetsplatsbaserat lärande (APL) och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt fältstudiedagar. Med APL, LIA och VFU menas såväl sammanhängande perioder av deltagande i vårdcentralens arbete, liksom kortare moment i syfte att nå lärandemålen.

Leverantören ansvarar för att kvalitet och inriktning följer målbeskrivningar för respektive utbildning och överenskomna krav på handledarkompetens. Handledarna ska följa gällande handledarinstruktioner och känna till lärandemålen för utbildningen.

Klinisk undervisningsmottagning (KUM)

Region Jönköpings län tecknar tilläggsuppdragsavtal med leverantörer för att bedriva klinisk undervisningsmottagning för studenter i Jönköpings län.

6.2 Vidareutbildning

Allmäntjänstgöring (AT) för läkare

Region Jönköpings läns organisation för AT (Futurum) samordnar AT-tjänstgöringen och uppdrar till leverantörer att ansvara för AT-läkares tjänstgöring inom allmänmedicin och följer Region Jönköpings läns riktlinjer (AT-koncept).

AT-läkarna är anställda av Region Jönköpings län under hela tjänstgöringen inom allmänmedicin. Eventuell jour betalas av den organisation där AT-läkaren tjänstgör.

Bastjänstgöring (BT) för ST läkare inom andra specialiteter

Enligt HSLF-FS 2021:8 ska ST inom samtliga specialiteter inledas med BT. Region Jönköpings läns organisation för BT (Futurum) samordnar BT-tjänstgöringen och uppdrar till leverantörer att ansvara för BT i primärvård.

BT ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för BT. Eventuell jour betalas av den organisation där BT/ST-läkaren tjänstgör.

Specialisttjänstgöring (ST) för läkare

Region Jönköpings län kan efter en ansökan uppdra till leverantör att ansvara för hela eller delar av en läkares ST (inklusive BT). Under närmaste åren kommer två förordningar som reglerar ST förekomma parallellt.

- Specialisttjänstgöring enligt förordning SOSFS FS 2015:8 (gamla förordningen)
- Specialisttjänstgöring enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen där BT ingår i ST)

ST ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer (ST-koncept) och verksamhetslokala riktlinjer för ST i allmänmedicin samt Socialstyrelsens föreskrifter.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för ST-läkare. Inför anställning av ST-läkare ska verksamhetschef samråda med ST-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen.

Enligt särskilt beslut från Futurum kan leverantörens enskilda medarbetare åta sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST läkare i allmänmedicin.

Fortbildning av läkare med specialistkompetens i allmänmedicin med utbildning från EU- eller EES-land

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för fortbildning av läkare med bevis om specialistkompetens från EU eller EES-land och som fått automatisk specialistkompetens i allmän medicin i Sverige.

Syftet med ersättningen är att läkaren ska få möjlighet till fördjupad introduktion i allmänmedicin i RJL samt t ex möjlighet för tjänstgöring på andra enheter inom RJL i form av sidotjänstgöring och auskultationer.

Fortbildningen får pågå upp till två år och ska följa ”Fortbildningskoncept av läkare med specialistläkarexamen från EU/EES-land”. I särskilda fall kan Region Jönköpings län godkänna en längre period.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för EU/EES-specialist. Inför anställning av EU/EES-specialist ska verksamhetschef samråda med ST-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen.

Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP)

Futurum samordnar Region Jönköpings läns PTP-program. Tjänstgöringen sker enligt Regionens riktlinjer (PTP-koncept) och följer Socialstyrelsens föreskrifter om praktisk tjänstgöring för psykologer (SOSFS 2008:34 M).

Region Jönköpings län kan efter en ansökan uppdra till leverantör att ansvara för hela eller delar av utbildningen. Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för PTP-psykologer. Inför anställning av PTP-psykolog kan verksamhetschef samråda med PTP-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för sjuksköterskor som ansökt och antagits till utbildningstjänst som specialistsjuksköterska med inriktning till distriktssköterska alternativt psykiatrisk vård.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för aktuell sjuksköterska. Anställningen ska vara tillsvidare.

Utbildning inom KBT – Kognitiv beteendeterapi

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för medarbetare som ansökt och antagits till grundläggande utbildning i kognitiv beteendeterapi, KBT steg 1, 45/60 hp. Utbildningen ska motsvara de krav som ställs av Socialstyrelsen.

Magister eller master utbildning

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för medarbetare i kliniskt nära verksamheter som studerar master eller magister utbildning med lön utifrån verksamhetens behov.

6.3 Forskning

Leverantören ska medverka i klinisk forskning. Leverantören kan själv ta initiativ till klinisk forskning eller medverka i forskning som föreslås av Akademisk primärvård. Leverantören ska informera Region Jönköpings län/Futurum om forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Leverantören kan även medverka i industrifinansierade kliniska prövningar. Leverantören ska i dessa fall även inhämta godkännande från Region Jönköpings län/Futurum enligt regionens riktlinjer och riktlinjerna för genomförande av forskningen.

Leverantören kan få tillgång till Region Jönköpings läns infrastruktur för forskning som exempelvis handledning, statistikkonsultationer och bibliotekstjänster. Medarbetare hos leverantörer har rätt att söka forskningsmedel från FORSS, Futurum och andra organisationer. Leverantören kan få råd och stöd om lagar, föreskrifter och rutiner vid klinisk forskning inklusive klinisk läkemedelsprövning och annan uppdragsforskning.

Akademisering av primärvården

Primärvården i RJL är etablerad som en universitetssjukvårdsenhet (USVE). Alla leverantörer är en del i detta arbete. De tre delarna grundutbildning, utveckling av vården samt forskning ingår i en universitetssjukvårdsenhets arbete och arbetet leds av en särskild USVE-organisation. Akademiska vårdcentralen är noder i USVE.

För att bli en akademisk vårdcentral ska man uppfylla Region Jönköpings läns särskilda krav som definieras i Akademisk vårdcentrals-koncept. Akademiska

vårdcentraler kommer regelbundet att utvärderas. Futurum i samråd med vårdval Region Jönköpings län utser akademiska vårdcentraler.

7. Informationshantering och IT

7.1 Inledning

Leverantören ska följa tillämpliga delar av Region Jönköpings läns riktlinjer för IT. Varje vårdenhet ska ha en namngiven kontaktperson för IT, telefoni och katalogtjänsten HSA.

7.2 Informationssäkerhet

Leverantören ska arbeta utifrån det ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) med tillhörande riktlinjer och regelverk som Region Jönköpings län har tagit fram. Ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd bygger på den internationella standardserien SS-ISO/IEC 27000 vilket innebär att informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet bedrivs systematiskt och riskbaserat samt att Region Jönköpings län följer gällande dataskyddslagstiftning.

Leverantören ska i sitt arbete med informationssäkerhet, förhålla sig till aktuella rättsliga krav i form av lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter.

All användning av IT-systemen loggas. Leverantören ska följa upp loggar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantörens verksamhet ska ha en för uppdraget avsedd funktionsbrevlåda inom rjl.se för hantering av bl.a. sekretessbelagd information i enlighet med region Jönköpings läns riktlinjer.

I de fall leverantören använder sig av konsult enligt avsnitt 2.3 Samarbetsformer är leverantören ansvarig för att konsulten är införstådd med och följer Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för informationssäkerhet.
Region Jönköpings läns IT-utrustning får endast användas under den tid då leverantören och dess eventuella konsulter har ett pågående uppdrag för Region Jönköpings län. Om leverantören eller konsulter under pågående uppdrag har privat verksamhet samtidigt så får inte Region Jönköpings läns IT-utrustning användas i den privata verksamheten.

Leverantören ska upprätta, säkerställa och upprätthålla manuella reservrutiner för verksamheten som tillämpas vid ett eventuellt avbrott.

Leverantören ska utbilda nya användare i informationssäkerhet t.ex. med hjälp av introduktionsutbildning i informationssäkerhet som finns publicerad i Lärande och kompetensportalen (LOK). Leverantören ska också informera ny personal om det personliga ansvaret att följa policyn för informationssäkerhet och dataskydd med tillhörande riktlinjer och regelverk.

7.3 Personuppgifter

Leverantören ska hantera personuppgifter enligt gällande lagstiftning.

Leverantören är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som behandlas inom leverantörens organisation.

7.4 Verksamhetsdata

Leverantören ska på begäran kunna leverera elektroniskt läsbar data för t.ex. uppföljning, fakturaunderlag etc.

I kommunikation med Region Jönköpings län eller andra vårdgivare ska leverantören använda definitioner och termer i IT-systemen som fastställs av Region Jönköpings län.

Leverantören ska i förekommande fall följa de särskilda regler som gäller för hantering av information vid verksamhetsövergång.

De data som delas med Region Jönköpings län i gemensamma system lämnas i vissa fall vidare till tredje part i aggregerad form. Region Jönköpings län ansvarar för att säkerställa att inget röjande sker i samband med den typen av datautlämning.

7.5 IT-system och infrastruktur

IT system och utrustning

Leverantören ska enbart använda utrustning i IT-infrastrukturen som är godkänd av Region Jönköpings län. Datorer och skrivare tillhandahålls av Region Jönköpings län. Eventuellt kan medicinteknisk utrustning eller annan utrustning anslutas efter samråd och godkännande och i dessa fall skall leverantören själv säkerställa att fullgod IT-säkerhet upprätthålls.

Leverantören förbinder sig att använda de obligatoriska IT-system som Region Jönköpings län anvisar. I förekommande fall skall leverantören följa Region Jönköpings läns riktlinje för respektive system. Region Jönköpings län tillhandahåller system och utbildning av superanvändare i förhållande till verksamhetens storlek.

Region Jönköpings län ansvarar för underhåll av regionens system och leverantören ansvarar för dess innehåll. För administrativa dokument ska PDF och Officekompatibla filformat användas.

Leverantören ska använda sig av SITHS och HSA enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Leverantören ansvarar för att användarna inte har tillgång till fler programvaror och system än nödvändigt.

Leverantören ska kontinuerligt tillse att utrustningen är uppkopplad mot rjl:s nätverk för att säkerställa att skyddet mot skadlig kod, virus och spionprogram är aktuellt på verksamhetens utrustning.

Leverantören har rätt att använda egna stödsystem under förutsättningar att det inte krävs någon installation/förändring av eller stör andra delar av IT-miljön. Region Jönköpings län lämnar ingen support för dessa.

System och program som används för andra ändamål än Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören ska inte användas i den av Region Jönköpings län tillhandahållna IT-miljön.

System, program och utrustning som tillhandahålls av Region Jönköpings län får bara användas för verksamhet inom vårdval Region Jönköpings län. För mer information kopplat till samarbetsformen konsult se avsnitt 7.2 Informationssäkerhet.

IT-infrastruktur

Region Jönköpings län levererar kommunikationslösning mot Region Jönköpings läns nätverk inklusive nätverksutrustning. Leverantören ansvarar för det interna fastighetsnätet för data och telefoni, inklusive förbindelsen mellan avlämningspunkt och verksamhetens lokaler. Fastighetsnätet ska följa Region Jönköpings läns standard för kabelsystem.

Region Jönköpings län kan komma att leverera annan IT-uppkoppling till utlagd mottagning och filial än för leverantörens huvudmottagning.

Övrigt

Region Jönköpings län tillhandahåller inte infrastruktur, IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Vid införande av nya IT-tjänster eller vid större utbyggnader av Region Jönköpings läns befintliga IT-tjänster som kan komma att ingå i utbudet till leverantören upprättas ett nytt tjänsteavtal.

7.6 Support och IT-konsulttjänster

Leverantören har rätt att använda Region Jönköpings läns supportorganisation i frågor om Region Jönköpings läns IT-infrastruktur och fastställda IT-system. Servicenivåer för respektive IT-tjänst fastställs av systemägare, vilket innebär att olika system har olika inställelsetider gällande support.

Leverantören ska använda IT-beställningssystem och de blanketter som Region Jönköpings län tillhandahåller för beställningar. Leverantören ska göra felanmälningar på utrustning och program till Region Jönköpings läns kundcenter på IT-centrum. Region Jönköpings län har rätt att ha planerade avbrott för systemuppdateringar, nyinstallationer, service och underhåll.

Leverantören kan, efter överenskommelse, köpa IT-konsulttjänster från Region Jönköpings län inom systemområden som är relevanta för Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören.

8. Rapportering och uppföljning

8.1 Insyn och rapportering

Leverantören ska på begäran lämna ut relevant information till Region Jönköpings län, t.ex. uppgifter om bemanning och kompetens.

Information ska kunna lämnas ut för att tillgodose invånarnas önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs enligt kommunallagen samt för att Region Jönköpings län ska kunna säkerställa sitt uppdrag som huvudman för hälso- och sjukvården inom regionen.

Leverantören är inte skyldig att lämna information om utlämnandet strider mot lag eller annan författning.

8.2 Avtals- och uppdragsuppföljning

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av villkoren för godkännande av leverantör och andra avtalsvillkor.

Region Jönköpings län följer upp den kvalitet i vården som Region Jönköpings län vill förmedla till invånarna utifrån svensk lag. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska:

- vara säker
- vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- vara patientfokuserad
- vara effektiv
- vara jämlik
- ges i rimlig tid

Uppföljning ska t.ex. bidra till en positiv utveckling av befolkningens hälsa och leverantörernas verksamhet.

Region Jönköpings län äger rätt att följa upp leverantörens verksamhetsdata från bland annat vårdens IT-stöd. Nyckeltal och kvalitetsindikatorer kan revideras årligen i samband med regionfullmäktiges beslut om budget.

Region Jönköpings län kallar leverantören till dialog en gång om året för genomgång av verksamheten utifrån ett urval av inhämtade uppgifter. Inför genomgången ska leverantören gjort en egen analys av sin verksamhet inklusive medicinska resultat.

Förutom den årliga genomgången kan Region Jönköpings län kalla till uppföljningsdialoger inom specifika områden, exempelvis läkemedelsförskrivning.

Ett urval av vårdcentralernas resultat kan komma att redovisas publikt för att ge invånare insyn i verksamheten och underlag för att välja vårdcentral.

Verksamhetsdata och resultat är tillgängliga för leverantören via Region Jönköpings läns IT-stöd för analys- och rapportuttag.

Avdrag för bristande uppfyllnad av avtal

Enligt avtalet äger Region Jönköpings län rätt att helt eller delvis minska ersättning vid brister eller avtalsbrott.

Vid bristande uppfyllande av avtal eller måluppfyllelse av Region Jönköpings läns fastställda parametrar kan Region Jönköpings län besluta om ett avdrag på 1-5 kr per listad per månad i enlighet med Region Jönköpings läns riktlinjer.

Fördjupad uppföljning och revision

Region Jönköpings län har rätt att genomföra fördjupad uppföljning hos enskilda leverantörer eller inom specifika områden. Med fördjupad uppföljning menas riktad och systematisk kontroll av utförare som genomförs utöver den årliga och löpande uppföljningen. Fördjupad uppföljning kan ske bland annat genom verksamhetsrevision, kostnadsjämförelser och produktivitetsanalyser.

Region Jönköpings län har rätt att självt eller genom ombud genomföra revision av leverantörens verksamhet, exempelvis inom medicinsk kvalitet, ekonomiska och juridiska förhållanden. Möjligheten till revision omfattar även underleverantörer som leverantören anlitar för genomförande av uppdraget. Leverantören ska utan kostnad för Region Jönköpings län biträda vid revision bland annat genom att ställa nödvändig dokumentation till förfogande. Leverantören kan bli betalningsansvarig för fördjupad uppföljning och/eller revision om Region Jönköpings län bedömer att man behöver upphandla utomstående part för granskning och brister påvisas.

Kvalitetsregister och andra register

Leverantören ska rapportera till de kvalitetsregister och andra register som är aktuella för primärvården utifrån kunskapsstyrningen t.ex. PrimärvårdsKvalitet.

Patientenkäter

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings län om patientenkäter och i förekommande fall delta i den nationella patientenkäten. Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av allt grundmaterial från gemensamma patientenkäter.

9. Ersättningsvillkor

9.1 Budgetram

Region Jönköpings län fortsätter att satsa på primärvården och omställningen till nära vård. Målet är en samordning och kontinuitet av vårdinsatser, ökad tillgänglighet och ökad delaktighet där patientens ställning stärks. En stark primärvård främjar en jämlik hälsa och kräver en god bemanning. Region Jönköpings läns inriktningsmål för att bedöma kostnadseffektivitet är att ligga i nedre kvartilen jämfört med övriga län/regioner avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, samtidigt som vi levererar behandlingsresultat i toppklass.

Leverantörerna kompenseras årligen för löne- och prisutveckling med utgångspunkt från Sveriges Kommuner och Regioners prisindex.

Region Jönköpings län ska erbjuda läkemedelsbehandlingar som är så kostnadseffektiva som möjligt utan att det påverkar det medicinska resultatet. Målet är att Apotekets utpris exklusive moms per tusen invånare ska motsvara rikets kostnader. Visar primärvården som helhet ett underskott i jämförelse mot budget finns möjlighet att få tillskott från central budget för nya dyra läkemedel under förutsättning att primärvården ligger under eller i nivå med riket. När det sker kraftigt ökade merkostnader till följd av nya läkemedel eller vid införande av befintliga läkemedel till nya stora patientgrupper sker en särskild bedömning. Riktvärde är en årlig merkostnad på minst 1 000 000 kronor.

Förändringar i kostnadsansvar mellan Region Jönköpings läns olika verksamheter påverkar budgetramen enligt principen att ett utökat kostnadsansvar motsvaras av en utökad ersättning och vice versa. Ändrade kostnader som faller inom ramen för befolkningens förändrade konsumtion, eller härrör från ändrade arbetssätt hos leverantörerna, medför inte någon förändring i ersättningsramen. Ökat demografibehov täcks inte av utökad budget utan ska i första hand mötas med effektiviserad verksamhet genom förändrade arbetssätt.

Centrala överskott som beror på oväntade utfall kan komma att betalas ut retroaktivt fördelat via ACG och CNI under året. Vissa ersättningar kan vara villkorade av kommande uppdrag från Region Jönköpings län. Om inte uppdrag motsvarande avsatta medel kommer från Region Jönköpings län kan medlen fördelas via ACG och CNI under året.

9.2 Ersättningsmodell

Region Jönköpings läns ersättningsmodell för vårdval primärvård utgår från att pengarna följer patienten. Modellen ska stimulera måluppfyllelse, samverkan och kvalitetsutveckling. Modellen ska vara transparent så att det är tydligt på vilka grunder ersättning ges.

Den samlade ersättning som utbetalas till en leverantör förväntas täcka samtliga kostnader för uppdraget enligt regelboken för Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län.

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vård av patienter som valt en vårdcentral i Region Jönköpings län, men som är folkbokförda i annat län, på samma sätt som patienter folkbokförda i Jönköpings län, med undantag för läkemedelsersättningar.

Ersättningsmodellen förutsätter att Region Jönköpings län och leverantörerna tar gemensamt ansvar för att upprätthålla modellens intentioner och normer. Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter.

Den totala ersättningen är högre än den budgetram som regionfullmäktige beslutat i Region Jönköpings läns budget med flerårsplan. Detta beror på att ersättningsmodellen även innehåller andra finansieringskällor.

Vissa specifika ersättningar kan användas under ett eller ett par år för att stimulera införandet av nya arbetssätt. Därefter kan arbetssättet anses infört och vårdenheterna ersätts fortsättningsvis enligt vårdtyngd och socioekonomiska faktorer.

För primärvårdsuppdrag som lämpar sig att centraliseras i Region Jönköpings län av kompetens- och effektivitetsskäl kan tilläggsuppdrag utlysas.

Specifika ersättningar som tas bort eller tillkommer vid årsskiften och regleras med en månads eftersläp hanteras genom att kapiteringen ökar eller minskar beroende på den specifika ersättningens uppbyggnad. På så sätt minimeras effekten av en månads eftersläp över årsskiften.

9.3 Ekonomisk ersättning 2026

Ersättningar	**Totalbelopp tkr**
Kapiteringsersättning	
Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups)	1 447 115
Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index)	255 373
Läkemedel	522 000
Särskild ersättning	
Nära vård mest sjuka – Prediktion för inskrivning inom 60 dagar	40 000
Vårdsamordning, SIP	27 500
Läkarbesök i hemmet	25 700
Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden	17 900

Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende	24 400
Läkarmedverkan i barnhälsovården	14 500
Utökade öppettider	20 000
Ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter	10 000
Ersättning för jourverksamhet	34 000
Hälsosamtal	6 900
Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden	4 000
Vaccinationer, särskilt kostnadskrävande patienter	2 000
Systematiskt förbättringsarbete	7 900
Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten	2 600
Digitalisering	4 000
Tolk	7 600
Ersättning för utbildning	
ST-läkare	95 700
Utbildning för SSK, PTP, KBT, KUM, Magister/Master	13 700
Centrala utbildningsmedel	2 000
Övriga ersättningar samt avdrag/kostnadsansvar	-59 800
Budget Vårdval primärvård	**2 525 088**

9.4 Kapiteringsersättning

Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups)

ACG är en metod för att kategorisera patienters sjukdomar genom att gruppera diagnoser i öppen vård. ACG-grupperna representerar hälsotillstånd och är definierade utifrån sjukdomsbörda, ålder och kön. ACG-grupperna tilldelas olika vikter beroende på resursåtgång.

Ersättningen grundas på invånarnas registrerade diagnoser i både öppen och sluten vård de senaste 18 månaderna.

Leverantören får ersättning för de invånare som valt vårdcentralen. Leverantören får inte bygga sitt listningsunderlag på utomlänsinvånare. Listade utomlänsinvånare får endast utgöra en mindre andel av listningsunderlaget.

År 2026 är ersättningen för 1,0 relativ ACG-poäng 3 882 kronor.

Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index)

CNI är en metod att kategorisera vårdtyngd utifrån socioekonomiska faktorer. Leverantören får ersättning för sin genomsnittliga CNI-poäng per invånare som valt vårdcentralen. Statistiska centralbyrån (SCB) beräknar CNI på vårdcentralsnivå varje månad.

År 2026 är ersättningen för 1,0 CNI-poäng 307 kronor.

Variabler	**CNI-poäng**
Ensamboende äldre än 65 år	6,15
Utlandsfödd	5,72
Arbetslös	5,13
Ensamstående förälder	4,19
Flyttningar senaste året	4,19
Lågutbildad	3,97
Barn yngre än fem år	3,23

Läkemedel

Leverantören får ersättning för basläkemedel för listade invånare som är folkbokförda i Jönköpings län.

Ersättningen fördelas enligt ålder:

Ålder	**Ersättning per person**
0-49 år	380 kr
50-64 år	1 467 kr
65-74 år	2 717 kr
75-84 år	4 103 kr
85- år	5 271 kr

9.5 Särskild ersättning

Nära vård mest sjuka – Prediktion för inskrivning inom 60 dagar (Prea60)

Region Jönköpings län ersätter leverantören för dokumenterade överenskommelser till patienter som har identifierats som riskpatienter för inskrivning inom 60 dagar.

För att erhålla ersättning ska dokumenterade överenskommelser alternativt SIP upprättats i primärvården till riskpatienter de senaste 90 dagarna vid månadsmätningen.

Ersättning utgår månadsvis med 1 900 kronor per patient på vårdcentralens Prea60 lista om målet minst 70 procent uppnås. Halv ersättning utbetalas när andelen är minst 60 procent uppnås.

Vårdsamordning

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vårdsamordnarens samordning och deltagande i samordnad individuell plan (SIP).

- Ersättning för vårdsamordning är 300 kronor per listad invånare 75 år och äldre.
- Samordning och deltagande i SIP innefattar hela vårdplaneringsprocessen, och inte enbart upprättandet av SIP. Upprättande av SIP ska ske enligt Region Jönköpings län riktlinjer.
  Ersättningen är 4 000 kronor per patient och vårdplaneringsprocess.

Läkarbesök i hemmet

Region Jönköpings län ersätter leverantören för läkarbesök i hemmet enligt region Jönköpings län riktlinjer.

Leverantören kan även erhålla ersättning för hembesök på annan plast än folkbokföringsadressen om den enskilda invånaren på grund av komplex livssituation och utanförskap av olika slag inte nås av primärvården.

Fysiska besök av läkare ersätts med 3 000 kronor.

Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden

Region Jönköpings län ersätter leverantören som har avtal om läkarmedverkan på korttidsplatser och särskilda boendeformer för äldre. Korttidsboenden och särskilda boendeformer.

Ersättningen för permanentboendeplats är 4 000 kronor och för korttidsplats 12 000 kronor per år.

För att erhålla den särskilda ersättningen för läkarbesök i hemmet på 3 000 kronor krävs att det föreligger ett akut medicinskt behov som inte kan hanteras på distans (exempelvis telefon eller digitalt) eller under planerad läkarmottagning på boendet. Det vill säga det ska finnas ett akut behov av ett fysiskt läkarbesök som inte kan anstå.

Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende

Region Jönköpings län ersätter leverantören med 550 kronor per listad invånare 75 år och äldre.

Ersättningen avser att garantera invånare inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende motsvarande resurser som boende i särskilt boende.

Läkarmedverkan i barnhälsovården

Region Jönköpings län ersätter leverantören för läkarmedverkan i barnhälsovården.

Behovet av läkartid beräknas på ett genomsnitt av antal barn som är listade på vårdcentralen och födda de tre senaste åren viktat med CNI värde beräknat på barnens föräldrar. Ju högre CNI värde desto mer läkartid per barn.

Ersättningen är 1 490 kronor per timme.

Utökade öppettider

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för utökade öppettider utöver 9 timmar per dag 08:00-17:00 vardagar. Under den utökade öppettiden ska vårdenheten:

- ta emot akuta patienter enligt sitt närakutsuppdrag
- ha bokningsbara tider för planerade fysiska läkarbesök
- bedriva telefonrådgivning

De utökade öppettiderna ska gälla under en längre period och kommuniceras tydligt till invånarna. Region Jönköpings län ska i god tid meddelas utökade öppettider eller förändring av utökade öppettider.

Ersättningen är 3 300 kronor per timme.

Ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter

Leverantören kan efter ansökan få ersättning för mottagning utanför kommunernas huvudorter. Ersättning gäller orter från vilkas invånare har mer än 20 minuter till vårdcentralen med bil. Region Jönköpings län bedömer vilka mottagningar som ger rätt till ersättning. Om flera mottagningar finns på samma ort delas ersättningen. Stängning under t ex sommaren medför utebliven ersättning.

För mottagningar som förbättrar tillgängligheten för fler än 100 invånare och har öppet minst en gång per vecka och minst fyra timmar per dag är ersättningen 350 000 kronor per ort och år. Region Jönköpings län ersätter även sjuksköterskemottagning på Visingsö på motsvarande sätt.

För mottagningar som förbättrar tillgängligheten för fler än 100 invånare och har öppet minst tre gånger per vecka och minst fyra timmar per dag är ersättningen 450 000 kronor per ort och år.

För läkarmottagningar som förbättrar tillgängligheten för mellan 1 000 – 3 000 invånare och har öppet minst fyra dagar per vecka och minst åtta timmar per dag är ersättningen 900 000 kronor per ort och år.

För läkarmottagningar som förbättrar tillgängligheten för fler än 3 000 invånare och har öppet minst fyra dagar per vecka och minst åtta timmar per dag är ersättningen 1 300 000 kronor per ort och år.

Ersättning för jourverksamhet

Ersättning för gemensam jourverksamhet inklusive beredskapsjourer. Modellen är till för att utjämna differenserna i ACG och CNI ersättningen kopplat till jouruppdraget i de tre jourområdena.

Vårdcentraler jourområde Jönköping: 65 kronor per listad invånare och år
Vårdcentraler jourområde Eksjö: 100 kronor per listad invånare och år
Vårdcentraler i jourområde Värnamo: 130 kronor per listad invånare och år

Hälsosamtal

Region Jönköpings län ersätter leverantören för hälsosamtal som genomförs med hjälp av hälsokurvan med 1 100 kronor.

Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden

De vårdcentraler som har ett högt CNI (Care Need Index) kan ansöka om en treårig ekonomisk ersättning för att arbeta med hälsofrämjande insatser. Ansökan ska ske enligt region Jönköpings läns riktlinjer.

Ersättningsmodell är under framtagande.

Vaccinationer

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vaccinationer enligt förtydligande.

Särskilt kostnadskrävande patienter

Region Jönköpings län kan besluta om ersättning till leverantörer med ansvar för vård av särskilt kostnadskrävande patienter. Ersättningen ska garantera god vård för ett fåtal patienter med behov av mycket stora volymer eller särskilt dyra sjukvårdsmaterial.

Leverantörer ansöker om ersättningen och Region Jönköpings län beslutar i varje enskilt fall. Ersättningen täcker leverantörens redovisade kostnader för sjukvårdsmaterial utöver 60 000 kronor per år och patient.

Eget systematiskt förbättringsarbete

Region Jönköpings län betalar ut ersättning i samband med godkända riktmärken (2 stycken). Ersättningen består av en grundersättning på 100 000 kr samt 10 kronor per listad invånare och år.

Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten

I grunduppdraget ingår att leverantören aktivt ska delta i förbättrings- och utvecklingsarbeten som kan ske i samverkan internt och externt.

Ersättningen ska inte ses som en heltäckande ersättning för uppdraget utan ett sätt att premiera och främja deltagande.

Ersättning för deltagande Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU)

Utsedd representant ersätts endast för deltagande den faktiska mötestiden enligt modell nedan.

Ersättning för deltagande Regionalt programområde (RPO)

Utsedd representant ersätts endast för deltagande den faktiska mötestiden enligt modell nedan.

Ersättning för deltagande i grupper enligt ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg”.

Utsedd ledamot eller representant i länsövergripande arbetsgrupp ersätts endast för deltagande den faktiska mötestiden enligt modell nedan.

Ersättning utbetalas per redovisad timma.

Personalkategori	Pris per timma
Specialistläkare, verksamhetschefer	1 260 kr
Psykolog	750 kr
Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast	580 kr
Administrativ personal, undersköterska	440 kr

Ersättning kan även utgå för andra större regionala länsövergripande förbättringsarbeten eller nationella uppdrag. Vilka uppdrag som ersätts fastställs av vårdval Region Jönköpings län. Alla ersättningar förutsätter att leverantören meddelat vårdval Region Jönköpings län om leverantörens deltagande i projekt, grupp eller annat utfört uppdrag.

Ersättning för deltagande i pilot eller modellverksamhet

Region Jönköpings län ersätter leverantören som deltar i pilot eller modellverksamhet i syfte att testa nya arbetssätt som sedan kan spridas i Region Jönköpings län. En särskild ersättning som bestäms i förväg betalas ut från fall till fall.

Ordförandeskap i Länsgemensamma programområden (LPO)

Region Jönköpings län ersätter leverantören som bemannar primärvårdens ordförandeskap i aktuella LPO grupper. Ersättningen är 10 procent av en heltidslön (regionens genomsnittslön för respektive personalkategori) inklusive kostnader för overhead. Ordförande ska vara en av de utsedda primärvårdsrepresentanterna enligt avsnitt 5.1 Kunskapsstyrning- Deltagande i Region Jönköpings läns kunskapsstyrning.

Digitalisering
Under avtalsperioden avser Region Jönköpings län utreda hur stärka digitaliseringen i primärvården.

Tolk
Leverantören får ersättning för månadsvis redovisade tolkarvoden. Ersättning medges för max tre månader gamla fakturor.

9.6 Ersättning för utbildning
Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning SOSFS 2015:8 (gamla förordningen)
Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST-tjänstgöring, vilket normalt innebär fem år.

Region Jönköpings län ersätter som regel max 60 månaders heltidstjänstgöring (eventuell provanställning inräknad) men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader. Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar en Svensk läkarutbildning med AT utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Vårdcentralen står för alla kostnader som är förenade med ansvaret för en ST-läkare. Vårdcentralen avlönar ST-läkaren under hela specialisttjänstgöringen. Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Leverantören får ersättning med 63 500 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen)
Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST tjänstgöring, vilket normalt innebär 5,5 år.

Region Jönköpings län ersätter som regel max 66 månaders heltidstjänstgöring (eventuell tillgodoräknas tjänstgöring på Nässjö utbildningscenter) men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader. Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar en Svensk läkarutbildning utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Vårdcentralen står för alla kostnader som är förenade med ansvaret för en ST-läkare. Vårdcentralen avlönar ST-läkaren under hela specialisttjänstgöringen. Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Leverantören får ersättning med 63 500 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Pre-ST via Nässjö utbildningscenter för specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8

Leverantören kan efter ansökan få ersättning retroaktivt för den pre-ST tid läkaren fullgjort via Nässjö utbildningscenter under max 3 månader heltidstjänstgöring.

Leverantören får ersättning med 45 000 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Vetenskaplig handledning av ST-läkare

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för anställd som åtar sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST-läkare i allmänmedicin enligt särskilt beslut.

Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU eller EES land

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för fortbildning av läkare med läkarexamen, från EU eller EES-land, som fått automatisk specialistkompetens i allmän medicin i Sverige i samband med ansökan om svensk legitimation. Ersättningen är densamma som för ST-läkare i ST-utbildning under den tid som kompletterande utbildning sker. Ersättning utgår upp till 2 år, vid särskilda skäl kan ersättningen förlängas med upp till 6 månader.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning med 45 000 kronor per månad för specialistutbildning till distriktssköterska och 50 000 kronor per månad för specialistutbildning till psykiatrisjuksköterska beräknat på heltidsstudier.

PTP-psykolog

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning med 45 000 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

För att en vårdcentral ska kunna anställa en PTP-psykolog med central finansiering krävs att vårdcentralen är bemannad med minst en legitimerad psykolog med dokumenterad erfarenhet av tjänstgöring i primärvårdsverksamhet samt att vårdcentralen kan erbjuda PTP-handledning av psykolog med minst tre års erfarenhet av yrket.

KBT-utbildning steg 1

Leverantören kan efter godkänd ansökan och genomförd godkänd termin få ersättning med 50 000 kronor per termin

Magister eller master utbildning

Leverantören kan efter godkänd ansökan och för varje 30 högskolepoäng studenten uppnår få ersättning med 100 000 kr.

Klinisk undervisningsmottagning (KUM)
Leverantören kan efter godkänd ansökan teckna avtal med Region Jönköpings län gällande tilläggsuppdrag för att bedriva klinisk undervisningsmottagning i Jönköpings län. Uppdraget ersätts enligt särskild modell.

Centrala utbildnings- och utvecklingsmedel
Region Jönköpings län har avsatt medel till centrala utbildningar och utveckling som en del i omställningen av den nära vården till primärvården. Avsatta medel hanteras centralt och är inte ansökningsbara.

9.7 Övriga ersättningar

Vård av patient som är listad på annan vårdcentral
Ersättning gäller alla invånare folkbokförda i Sverige.

Fysiska besök

Region Jönköpings län ersätter leverantören för fysiska besök av patienter som inte är listade på vårdcentralen.

	Ersättning*
Läkarbesök	650 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr

* Ersättning inklusive medicinsk diagnostik. Erlagd patientavgift tillfaller inte leverantören enligt avsnitt 6.7.

Digitala besök

Region Jönköpings län ersätter leverantören för digitala besök av patienter som inte är listade på vårdcentralen.

	Ersättning*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Ersättning inklusive medicinsk diagnostik. Erlagd patientavgift tillfaller inte leverantören enligt avsnitt 6.7.

Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar
Leverantören får ersättning för vård av personer bosatta i EU- eller EES-land. Underlag för utbetalning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer (exempelvis kopia på giltigt EU-kort) ska skickas in till Region Jönköpings län. Saknas fullständigt underlag betalas inte någon ersättning ut.

För vård av utländska medborgare och utlandssvenskar bosatta i länder utanför EU och EES gäller särskilda regler. I flera fall betalar patienten själv sin vård.

Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.
Leverantören får ersättning för vård av asylsökande. Särskilda regler gäller, se Region Jönköpings läns riktlinjer. Kvotflyktingar och anknytningsflyktingar har

rätt till en kostnadsfri hälsoundersökning inom en tolvmånadersperiod efter ankomst till Sverige.

För att ersättning ska utbetalas ska registrering ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. I aktuella fall måste uppgifter om LMA-kortets dossiernummer framgå. Saknas detta betalas ingen ersättning ut.

Momskompensation

En privat leverantör får momskompensation genom att ersättningen räknas upp med 5 procent på nettoutbetalningen.

Enligt nuvarande momslagstiftning har landstingskommunala leverantörer avdragsrätt för ingående moms. Motsvarande gäller inte privata leverantörer som i stället måste kostnadsföra ingående moms. För att privata och landstingskommunala leverantörer ska kunna konkurrera på lika villkor får de privata leverantörerna därför kompensation för sina merkostnader för moms.

Riktade statsbidrag

Regeringen använder särskilda statsbidrag för att stimulera utveckling inom viktiga områden i regionernas och kommunernas verksamhet. Villkoren för statsbidragen beslutas vanligen för ett eller två år i taget. Leverantören förväntas delta i relevanta förbättringsområden kopplat till stadsbidrag. Modellerna för ersättning varierar.

Kvalitetsindikatorer kopplad till ersättning

Under avtalsperioden kan Region Jönköpings län komma att, med hjälp av Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU) ta fram förslag till kvalitetsindikatorer för nästkommande verksamhetsår utifrån ett patient- och producentperspektiv.

Region Jönköpings län beskriver hur indikatorerna ska mätas, redovisas, följas upp och ersättas. Kvalitetsindikatorerna ska vara klara senast tre månader före nästa verksamhetsår.

9.8 Avdrag/kostnadsansvar

Patientavgifter

Leverantören är skyldig att ta ut de patientavgifter som fastställts av Region Jönköpings län. Följsamheten till detta är grundläggande för att Region Jönköpings läns patienter ska behandlas lika.

Patientavgifter räknas av mot den ersättning som betalas ut. Patientavgifterna är en delfinansiering av ersättningsmodellen.

Månadsvis sker avstämning mellan budgeterade patientintäkter och faktiskt utfall. Vid större avvikelser kan en justering av ersättning göras i proportion till ACG/CNI.

Vårdcentralen ersätts inte för uteblivna patientintäkter till följd av att patienten låter bli att betala avgift enligt Region Jönköpings läns avgiftsregler. Leverantören får inte heller ersättning för återbetald patientavgift, exempelvis den som en patient som vid planerat besök får vänta mer än 30 minuter har rätt till.

Avdrag för besök på annan vårdcentral i Region Jönköpings län

Leverantören får avdrag när listad patient får vård på annan vårdcentral i Region Jönköpings län. Avdragen inkluderar kostnader för medicinsk diagnostik. Avdragen görs i samband med den månatliga utbetalningen av ersättning.

Fysiska besök

	Avdrag*
Läkarbesök	650 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Digitala besök

	Avdrag*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

I de fall leverantören har tecknat avtal om att köpa vård från en annan leverantör, där avtalet även reglerar ersättning och denna avviker från prislistan, ska leverantören betala ersättning till den leverantör som har tillhandahållit vården. Avtalsparterna administrerar och ansvarar själva för de ekonomiska mellanhavandena.

Avdrag för besök i andra regioner

Leverantören får avdrag för besök när listad patient får digital vård på primärvårdsnivå i andra regioner.

Avdrag för besök utanför länet sker i samband med att den besökta regionen fakturerar Region Jönköpings län. Den besökta regionen ska fakturera patientens hemregion senast sex månader efter besöket.

Digitala besök

	Avdrag*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Avdrag för besök hos privat vårdgivare på nationella taxan eller vårdavtal på primärvårdsnivå

Leverantören får avdrag när listad invånare har besökt läkare eller fysioterapeut/sjukgymnast som arbetar enligt nationella taxan, lagen (1993:1651) om

läkarvårdsersättning (LOL-lagen) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF-lagen) eller som har vårdavtal på primärvårdsnivå.

- Avdrag för de 5 första läkarbesöken per person och år
- Avdrag för de 10 första besöken hos fysioterapeut/sjukgymnast per person och år

Besök hos läkare och fysioterapeut/sjukgymnast enligt nationella taxan eller vårdavtal (primärvårdsnivå)	**Avdrag**
Läkarbesök inklusive telefonrådgivning*	650 kr
Sjukgymnastbesök*	450 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Kostnadsansvar för läkemedel

Leverantören betalar förmånskostnaden för basläkemedel (läkemedel på recept) för listade invånare folkbokförda i Jönköpings län (oavsett förskrivare). För listade invånare som inte är folkbokförda i Jönköpings län betalar personens hemlandsting. Läkemedelskommittén reviderar listan med basläkemedel årligen. Nyregistrerade läkemedel kan tillföras listan under året.

Förmånskostnaden för basläkemedel belastar vårdcentralen. Basläkemedel är alla läkemedel på recept, med följande undantag:

- Läkemedel som uppenbart är sjukhusspecifika.
- Läkemedel (7-ställig ATC-kodsnivå) där riktlinjerna är att Region Jönköpings läns årskostnad för enskilt läkemedel ska överstiga 0,5 miljoner kronor och primärvårdens förskrivning vara mindre än 30 procent. Båda kriterierna ska vara uppfyllda.

NOAK-läkemedel (Dabigatranetexilat, Rivaroxaban, Apixaban och Edoxaban) belastar vårdcentralen med halva förmånskostnaden.

Leverantören har även kostnadsansvar för de rekvisitionsläkemedel som behövs i vårdcentralens verksamhet.

Kostnader för läkemedel (med undantag för syrgas) i akutförråd på särskilda boendeformer inom kommunal hälso- och sjukvård belastar inte vårdcentralen.

Kostnadsansvar för medicinsk service inom Region Jönköpings län

Leverantören har kostnadsansvar för alla typer av medicinsk diagnostik som beställs av vårdcentralen.

Kostnadsansvar för närakutmottagning

Leverantören har kostnadsansvar för laboratorieprover och radiologi som ordinerats av leverantörens personal på närakutmottagningen. Leverantören ansvarar för samtliga sina personalkostnader, inklusive resor och logi, när personalen tjänstgör på närakutmottagningen.

Region Jönköpings län ansvarar för lokalhyra, städning, vaktmästeri, telefoni, läkemedelsförråd, förbrukningsmaterial och investeringar av nödvändig utrustning samt sjukresor. Patientavgifter på närakutmottagningen tillfaller och bokförs på Region Jönköpings län.

Kostnadsansvar för smittskydd

Leverantören har kostnadsansvar för provtagning av enskilda personer i samband med smittspårning av exempelvis tarmsjukdomar, STI-sjukdomar eller stick- och skärskador.

Leverantören har kostnadsansvar för provtagning och behandling i samband med utbrott av smittsamma sjukdomar. Vid större utbrott kan samråd ske med Region Jönköpings läns smittskyddsläkare för kostnadsfördelning.

Kostnader för IT och telefoni

För de obligatoriska IT-stöden debiteras ingen kostnad för leverantören.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för IT-infrastruktur och eventuell hyra av IT-utrustning.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för TeleQ som innefattar infrastruktur, licenser, samtalskostnader, eventuell hyra av telefoner. Leverantören får avropa TeleQ enligt Region Jönköpings läns leveransavtal med tjänsteleverantören.

Kostnader för förbrukningsmaterial

Leverantören erbjuds att köpa förbrukningsmaterial från Materialförsörjningen. Leverantören debiteras för dessa kostnader.

9.9 Underlag för utbetalning

Region Jönköpings län hämtar de flesta uppgifter som ligger till grund för utbetalning av ersättning från listningssystemet och Cosmic. Reglering för utbetalning baseras på samtliga vårddata som registrerats vid avstämningstidpunkten. Ersättningsberäkningen är beroende av inrapportering av korrekt indata från vårdcentraler inom Vårdval Primärvård. Leverantören är ansvarig för all sin registrering och rapportering och att leverera efterfrågade indata av god kvalitet. Systemet för inrapportering bygger i stor utsträckning på förtroende för leverantörens integritet och noggrannhet och leverantören ska lojalt fullgöra sina skyldigheter i detta avseende. Det är av yttersta vikt för förtroendet mellan parterna, liksom för kontraktets fortlevnad, att Region Jönköpings län får korrekt indata från vårdcentralen.

I de fall då leverantörerna ska lämna in underlag för ersättning till Region Jönköpings län måste det ske senast den åttonde i varje månad för att komma med i nästa utbetalning.

Utbetalning av ersättning sker den 19:e varje månad. Om den 19:e infaller på en helgdag sker utbetalning på efterföljande vardag.

Om det finns fel i registreringar eller rapporteringen som innebär att för hög utbetalning skett äger Region Jönköpings län rätt att kräva återbetalning av felaktigt utbetalt belopp eller att minska ersättningen på kommande utbetalningar. Ersättning som uteblir på grund av felaktig registrering eller rapporteringar kompenseras inte i efterhand. Region Jönköpings län korrigerar inte heller tillägg och avdrag för besök på annan vårdenhet som skett på grund av utebliven eller felaktig inrapportering av underleverantörsavtal.

Om Region Jönköpings län gör en felaktig för stor utbetalning blir leverantören återbetalningsskyldig eller att vi minskar ersättning på kommande utbetalningar. Om Region Jönköpings län gör en felaktigt för liten utbetalning kommer ersättningen justeras.

10. Anvisningar för ansökan

10.1 Ansökan om godkännande

Intresserade bjuds in att ansöka om godkännande för att få driva vård inom vårdvalet. En leverantör kan ansöka om godkännande för flera enheter. En ansökan ska lämnas per enhet.

Det finns inget sista datum för ansökan. Det innebär att ansökan kan lämnas tills det aktuella vårdvalet upphör. Inför en ny avtalsperiod ansöker även sedan tidigare godkända leverantörer.

Ansökan ska ske enligt Region Jönköpings läns anvisningar.

Region Jönköpings län

Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län

Regelbok 2026

Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem

Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppdrag-och-avtal/vardval/

Innehåll

1. Vision och övergripande mål 8
1.1 Vision för Region Jönköpings län 8
1.2 Övergripande mål 8
1.3 Vårdval i specialiserad ögonsjukvård 10
Mål och grundläggande principer 10
2. Allmänna villkor 12
2.1 Verksamhetsförutsättningar 12
Verksamhetschef 12
Medicinskt ledningsansvarig läkare 12
Bemanning och kompetens 12
Lokaler 12
Lokalisering 13
2.2 Utgångspunkter 13
Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering 13
Barnets rättigheter och behov 13
Hållbar utveckling 13
Informationsansvar 14
Kunskapsstyrning 14
Marknadsföring och information till invånare 14
Patientens rättigheter 15
Dokumenterad överenskommelse 15
Fast vårdkontakt 16
Kontinuitet 16
Klagomål 16
Vårdgaranti 16
Patientsäkerhet 16
Samverkan 17
Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer 17
Forum Specialiserad Ögonsjukvård Beställare Utförare (Forum-SÖBU) 17
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 18
Patientmedverkan 18
2.3 Invånarens val 18

2.4 Ansvar och skyldigheter 18
Kris och katastrofmedicinsk beredskap 18
Handlingsplan för plötsligt omfattande bemanningsbortfall 19
Intyg 19
Läkemedel 19
Medicinsk service/diagnostik 19
Medicintekniska produkter 20
Hjälpmedel och förbrukningsprodukter 20
Förbrukningsmaterial via Materialförsörjningen 20
Patientjournalen 20
Patientskadeförsäkring 21
Läkemedelsförsäkring 21
Sjukskrivning 21
Smittskydd 21
Remisser 21
Sjuk- och behandlingsresor 21
Tolk 22
Vårdhygien 22
2.5 Arbetsgivaransvar 22
Meddelarfrihet och meddelarskydd 22
Sociala avgifter och skatt 22
Tystnadsplikt och sekretess 22
2.6 Samarbetsformer 23
Överenskommelse inom samma vårdgivare 23
Konsultavtal 23
Underleverantörsavtal 24
2.7 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem 24
3. Specialiserad ögonsjukvårds uppdrag 25
3.1 Ögonmottagning 25
Ögonbottenfotografering av diabetiker 26
Kataraktoperationer 27
Polikliniska operationer - övriga 28
Laserbehandling i ögats främre segment 29

Provtagning 29
3.2 Tillgänglighet 29
Öppettider 29
Telefon 30
E-tjänster 30
Filial 30
3.3 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete 31
3.4 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin 31
Rehabilitering 31
Habilitering 32
Försäkringsmedicin 32
3.5 Vård av flyktingar och migranter 32
3.6 Vårdsamordning 32
3.7 Utbildning och forskning 32
Grundutbildning 32
Studenter och elever 32
Vidareutbildning 33
Allmäntjänstgöring (AT) för läkare 33
Specialisttjänstgöring (ST) läkare 33
Specialistutbildning för sjuksköterskor 33
Forskning 33
3.8 Systematiskt förbättringsarbete 34
4. Informationshantering och IT 35
4.1 Inledning 35
4.2 Informationssäkerhet 35
4.3 Personuppgifter 36
4.4 Verksamhetsdata 36
4.5 IT-system och infrastruktur 36
IT system och utrustning 36
IT-infrastruktur 37
Övrigt 37
4.6 Support och IT-konsulttjänster 37
5. Rapportering och uppföljning 39
5.1 Insyn och rapportering 39

5.2 Avtals- och uppdragsuppföljning....39
Kvalitetsregister....40
Patientenkäter....40
Fördjupad uppföljning och revision....40
6. Ersättningsvillkor....41
6.1 Budgetram....41
6.2 Ersättningsmodell....41
Kostnadskontroll....41
6.3 Ersättning....42
Allmänt....42
Fördelning av ersättning....42
6.4 Patientrelaterad ersättning....42
Ersättningsvillkor....42
Ersättning per besök och kontakt....42
Kataraktoperationer....43
Polikliniska operationer....43
Laserbehandling i ögats främre segment....43
Vård av patienter från andra regioner....44
Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar....44
Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m....44
6.5 Särskild ersättning....44
Kompensation för utebliven patientavgift....44
Utbildning....45
Vetenskaplig handledning av ST-läkare....45
Specialistutbildning för sjuksköterskor....45
Tolk....45
6.6 Övrig ersättning....45
Ersättning för deltagande i pilot....45
Riktade statsbidrag....45
Momskompensation....45
Kunskapsstyrning....45
6.7 Kostnader....46
Medicinsk service inom Region Jönköpings län....46

Kostnader för IT och telefoni 46
Läkemedel 46
Kvalitetsavdrag 46
6.8 Underlag för utbetalning 47
7. Avtalsperiod och anvisningar för ansökan 48
7.1 Avtalsperiod 48
7.2 Ansökan om godkännande 48

1. Vision och övergripande mål

1.1 Vision för Region Jönköpings län

För ett bra liv i en attraktiv region.

1.2 Övergripande mål

Målet för hälso- och sjukvården i Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och en god och jämlik vård oavsett var i länet man bor. Länets invånare ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver den. Region Jönköpings län vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

Region Jönköpings län beskriver den nära vården som:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheteter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.



Region Jönköpings läns strategi för nära vård är att ställa om hälso- och sjukvården från slutenvård till öppenvård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva.

För att ”Esther” ska få bästa möjliga vård utifrån sina behov stärks samverkan med kommunerna. För en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län stödja invånaren i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa.

Region Jönköpings län är aktiv i utveckling och implementering av välfärdsteknik och e-hälsa. Digitala vårdsbesök ska vara en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga att vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

I Jönköpings län är vårdcentralen invånarnas självklara förstahandsval när de har behov av hälso- och sjukvård. Vårdcentralen är den naturliga koordinatorn som samordnar invånarnas behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Invånarna känner tilltro och upplever att de är trygga och säkra i sina kontakter med vårdcentralen.

Vården ska bedrivas personcentrerad. I den personcentrerade vården ska andra behov än enbart de fysiska behoven lyftas fram. En viktig framgångsfaktor är den personcentrerade vården som innebär att se och möta hela människan och där individens berättelse är utgångspunkten för partnerskap, gemensam planering och ömsesidig respekt för varandras kunskap. Även anhöriga och närståendes hälsa och delaktighet ska finnas med och ha en tydligare roll vid varje kontakt med vårdgivare.

För att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård innefattar planen sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård.
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering.
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs.
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

1.3 Vårdval i specialiserad ögonsjukvård

Utifrån budget och flerårsplan fastställer och reviderar regionfullmäktige årligen mål, uppdrag och ersättningsvillkor för vården som avtalas och drivs inom ramen för Lag om valfrihetssystem (2008:962).

Mål och grundläggande principer

Vårdvalsmodellen för Region Jönköpings län:

1. Stärker invånarnas inflytande

genom att

- invånarna väljer vårdgivare
- ersättningen följer invånaren
- redovisning av kvalitet och resultat är offentliga
- vården ges med kontinuitet och bred kompetens
- vården ges på lika villkor i hela länet
- vården är personcentrerad och utförs i samarbete med patienten
- vårdgivaren upprättar en dokumenterad överenskommelse (Patientkontrakt) och en samordnad individuell vårdplan
- stärka invånarnas förmåga till egenvård

2. Tillvaratar och utvecklar de professionella gruppernas kompetens

genom att

- stimulera kreativitet och innovation med invånarens behov i fokus
- systematiskt fördela arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens som främjar personcentrerad vård, kvalitet och effektivitet
- sörja för att det finns rätt kompetens och kontinuerlig kompetensutveckling
- utgå från teamsamverkan och tillvarata alla medarbetares kompetens
- stimulera mångfald av vårdgivare

- delta aktivt i forskning och utveckling
- handleda och utbilda studenter, AT-, ST-läkare

3. Styr mot önskvärda resultat

genom att

- premiera goda kliniska resultat
- premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- vara patientsäker
- ha hög tillgänglighet
- stimulera samverkan och utveckling av nya arbetssätt
- stimulera digitalisering och e-hälsa
- säkerställa kostnadseffektiv vård
- stimulera aktivt deltagande i klinisk forskning

2. Allmänna villkor

Leverantören ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och Region Jönköpings läns styrande dokument i form av exempelvis policy och riktlinjer, överenskommelser och kliniska kunskapsstöd.

2.1 Verksamhetsförutsättningar

Sökanden ska ha en organisation med kapacitet att hantera och leverera de efterfrågade tjänsterna.

Beställaren kommer att bedöma om sökanden kan uppfylla verksamhetskraven utifrån beskrivningarna i ansökan och eventuella tidigare uppdrag inom området.

Verksamhetschef

Sökanden ska ha en för uppdraget ansvarig verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30, 4 kap. 2§). Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med verksamheten och de lagar, förordningar, riktlinjer, föreskrifter från Socialstyrelsen och de allmänna råd som gäller för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ledningsansvarig läkare

Verksamheten ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare. Den medicinskt ledningsansvariga läkaren ska vara specialist i oftalmologi med minst tre års erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten oftalmologi efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning. Medicinskt ledningsansvarig läkare ska vara regelbundet kliniskt verksam vid vårdenheten och där emellan vara tillgänglig för vårdenheten vid behov.

Bemanning och kompetens

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med formell eller reell kompetens som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Verksamheten ska ha en bemanning som främjar kontinuiteten i verksamheten.

Verksamheten behöver en tvärprofessionell bemanning där olika professioner kompletterar varandra. Vårdenheten ska ha minst två läkare, med specialistkompetens inom oftalmologi.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare får den fortbildning som behövs för att upprätthålla kompetens för att ge god och säker vård.

Leverantören ska vid förfrågan lämna uppgifter om bemanning och kompetens.

Lokaler

Leverantören ska ha för verksamheten ändamålsenliga och godkända lokaler i Jönköpings län. Lokalerna ska uppfylla gällande lagkrav och föreskrifter för vårdverksamhet. Lokalerna ska vara fysiskt tillgängliga för alla enligt Boverkets riktlinjer för tillgängliga lokaler. Med lokaler avses vårdenhetens samtliga

verksamheter. Vårdenheter som anlitar underleverantör ansvarar att säkerställa att den fysiska tillgängligheten är uppfylld.

Leverantören ska ha de hjälpmedel som krävs för att patienter på ett säkert sätt kan förflyttas vid undersökning, behandling eller träning, exempelvis via personlyft, överflyttningsplattform eller liknande.

Lokalisering

Inom vårdval Region Jönköpings län är det inte tillåtet att öppna någon form av vårdenhet i andra län för att bedriva fysiska utomlänsbesök.

2.2 Utgångspunkter

Leverantören ska följa gällande regelbok för ”*Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län Regelbok 2024*” med tillhörande tillägg i form av t.ex. förtydliganden och riktlinjer.

Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering

Leverantören ska följa gällande lagstiftning för främjande av lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering.

- Diskrimineringslagen (2008:567).
- Förbud mot missgynnande behandling av arbetstagare eller arbetssökande som är, ska vara eller har varit föräldraledig. Omfattar även vård av sjukt barn. Föräldraledighetslagen (1995:584).
- Arbetsmiljölagen (1977:1160).
- Förordningen (2006:260) om antidiskrimineringsvillkor i upphandlingskontrakt.

Leverantören ska på begäran redovisa åtgärder, upprättade planer med mera som vidtagits med anledning av ovanstående.

Barnets rättigheter och behov

Leverantören ska följa lagen om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (2018:1197) och Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) avseende ett barns behov av information, råd och stöd som anhörig, samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Hållbar utveckling

Leverantören ska:

- följa Region Jönköpings läns Hållbarhetsprogram 2021-2025 (gäller även för 2026)
- årligen rapportera åtgärder som vidtagits under året
- rapportera hur hållbarhetsmålen kommunicerats i verksamheten.

Informationsansvar

Leverantören och Region Jönköpings län har ett ömsesidigt ansvar att samråda och informera om verksamhetsförändringar som påverkar invånarnas tillgång till vård och service eller samarbetet mellan leverantören och Region Jönköpings län.

Leverantören ska bland annat informera Region Jönköpings län om:

- ändrade ägarförhållanden
- överlåtelse av LOV-avtal till annan vårdenhet/leverantör
- byte av marknadsnamn eller firma för verksamheten
- byte av verksamhetschef
- byte av medicinskt ledningsansvarig läkare
- underleverantörer, konsulter och samverkanspartners
- risk för kapacitetsbrist

Leverantören ska representeras på informationsmöten som Region Jönköpings län kallar till.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är vårdens gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.
Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare har förutsättningar att:

- använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte
- följa upp och analysera patientmöten både på individnivå och på gruppnivå
- använda nationella kvalitetsregister för att systematiskt förbättra sin verksamhet
- tillämpa nationella och lokala kunskaps- och beslutstöd som Region Jönköpings län anvisar
- omsätta ny kunskap effektivt och systematiskt
- identifiera och prioritera förbättringsområden tillsammans med patienten
- delta i Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd och Länsgemensamt programområde (LPO)

Marknadsföring och information till invånare

Leverantören ska följa marknadsföringslagen (2008:486). All marknadsföring ska vara saklig och korrekt.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje Marknadsföring av hälso- och sjukvård och tandvård, övriga riktlinjer inom kommunikationsområdet, riktlinjer för kallelser samt följa gällande praxis för patientinformation.

I all marknadsföring ska tydligt framgå vem som ansvarar för verksamheten eller tjänsten och hur man kontaktar ansvarig.

Leverantören ska tydligt informera om att hela eller delar av verksamheten finansieras och drivs på uppdrag av Region Jönköpings län enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Region Jönköpings läns symbol för vårdval används för att signalera vilka vårdenheter som är godkända och möjliga att välja. Symbolen ska användas på vårdenhetens webbplats och i informationsprodukter där det är relevant. Symbolen får användas i marknadsföring, men inte i brev och kallelser, på kuvert, visitkort, tidkort och liknande produkter.

Leverantören ansvarar för att det finns en kontaktsida på 1177.se som i allt följer Riktlinjer för kontaktsidor på 1177.se och de kompletterande riktlinjer som det hänvisas till.

Leverantören länkar till 1177.se från sin webbplats och tillser att webbplatsen uppfyller lagar och regler, enligt skrivning i Riktlinje för webbplatser inom Region Jönköpings län.

Om leverantören har verksamhet och utbud utanför LOV ska informationen vara tydligt separerad. Detta innebär exempelvis behov av separata webbsidor för verksamhet inom LOV och verksamhet utanför LOV.

Leverantörens ska medverka i Region Jönköpings läns informationskampanjer. Leverantören ansvarar för eventuella underleverantörers marknadsföring.

Patientens rättigheter

Leverantören ska ha goda kunskaper om och tillämpa patientens rättigheter utifrån patientlagen (2014:821) som syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Dokumenterad överenskommelse

Leverantören ska kunna erbjuda patienten en dokumenterad överenskommelse enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Överenskommelsens delar dokumenteras i Cosmic enligt gällande rutin.

Samordnad individuell plan (SIP)

Leverantören ska följa region Jönköpings läns riktlinjer för samordnad individuell plan.

Fast vårdkontakt

Leverantören ska enligt Patientlag (2014:821) och enligt Region Jönköpings läns riktlinjer utse en fast vårdkontakt för de patienter som behöver eller begär det, för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Fast vårdkontakt registreras enligt gällande rutin.

Kontinuitet

Kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet.

Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett vårdteam med flera olika professioner. Graden av kontinuitet ska anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser då till exempel inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.

Klagomål

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Vårdgaranti

Leverantören ska uppfylla den lagstadgade nationella vårdgarantin och Region Jönköpings läns krav på tillgänglighet.

Patientsäkerhet

Leverantören ska följa lagar och föreskrifter om patientsäkerhet, exempelvis:

- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns chefläkarorganisation och delta i riskanalyser samt händelseanalyser vid utredning av händelser som berör egen verksamhet och verksamheter där Region Jönköpings län är vårdgivare.

Leverantören ska ha rutiner för registrering och hantering av avvikelser. Leverantören ska anmäla, följa upp och analysera egna avvikelser i Region Jönköpings läns avvikelsehanteringssystem Synergi. Leverantören ska kunna delta i systemövergripande analyser och uppföljning av avvikelser samt vara behjälplig i spridningen av resultaten.

Leverantören ska i enlighet med Patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Leverantören kan få stöd i sin utredning från Region Jönköpings läns chefläkarorganisation. Leverantören ska på begäran skicka en avidentifierad kopia på den kompletta anmälan, eventuell händelseanalys och beslut från Inspektionen för vård och omsorg till Vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska på begäran skicka en kopia på verksamhetstillsyn och andra beslut från Inspektionen för vård och omsorg till Vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska förse patientnämnden med de uppgifter som nämnden behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Leverantören ska utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs vid granskning av enskilda ärenden.

Leverantören ska beakta Region Jönköpings läns arbete med patientsäkerhet som det uttrycks i budget och flerårsplan.

Leverantören ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen.

Leverantören ska delta i regionala kvalitetsindikationsmätningar och beakta de utbildningsaktiviteter Region Jönköpings län erbjuder medarbetare i patientsäkerhet.

Samverkan

Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer

Leverantören ska samverka med funktioner och verksamheter inom Region Jönköpings län, kommuner och andra myndigheter enligt lagar, föreskrifter, förordningar, överenskommelser och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Samverkan kan gälla enskilda patienters vård och rehabilitering men också planering, utveckling, uppföljning av verksamheten och kompetensutveckling.

Samverkan med kommunerna regleras bland annat i dokumentet ”*Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommuner gällande hälsa, vård och omsorg.*”

Forum Specialiserad Ögonsjukvård Beställare Utförare (Forum-SÖBU)

Forum-SÖBU har i uppdrag att:

- vara Region Jönköpings läns forum för dialog mellan beställare och utförare inom Vårdval specialiserad ögonsjukvård.
- vara ledningsstöd till ögonsjukvårdens representanter i Länsgemensamma programområde (LPO) Ögonsjukvård i kunskapsstyrningsorganisationen.

Forum-SÖBU består av samtliga verksamhetschefer för leverantörer i privat och offentlig regi samt från Regionledningskontoret Region Jönköpings län som leder och samordnar gruppens arbete.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9). Leverantören ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta.

Leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt skapa förutsättningar för medarbetarna att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Patientmedverkan

Patientmedverkan ska utgöra en naturlig del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.
Syftet med patientmedverkan är att förbättra och utveckla verksamheten utifrån ett patientperspektiv och de listade invånarnas behov.
Med patientmedverkan menas en nära involvering i dialog i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.
Allmänna enkätutskick och kontakter med intresseorganisationer utgör inte en nära patientmedverkan men kan vara ett bra komplement.

2.3 Invånarens val

Vårdval inom den öppna specialiserade ögonsjukvården innebär att invånare från 18 år och äldre som söker ögonsjukvård har möjlighet att fritt välja mellan flera godkända ögonmottagningar inom både offentlig och privat regi.

Syftet är att erbjuda en god, trygg och behovsstyrd vård, kombinerat med valfrihet, god tillgänglighet och närhet.

Samtliga godkända ögonmottagningar inom vårdvalet ska uppfylla det uppdrag och de kvalitetskrav som Region Jönköpings län ställer.

2.4 Ansvar och skyldigheter

Kris och katastrofmedicinsk beredskap

Leverantören ska följa gällande föreskrifter för kris- och katastrofmedicinsk beredskap och regionens beredskapsplaner.

Vid särskild händelse ska leverantören följa Region Jönköpings läns direktiv från tjänsteman i beredskap eller regional särskild sjukvårdsledning.

Leverantören ska delta i utbildning, träning och övning i samverkan med andra vårdgivare och kommuner i sådan omfattning att den viktigaste verksamheten kan bedrivas även i kritiska lägen.

Personal som behövs för att driva verksamheten ska vara krigsplacerade på sin arbetsplats. Beredskapschefen ansvarar för krigsplaceringen i samråd med leverantörens verksamhetschef.

Leverantör som bedriver verksamhet på regionens sjukhus gäller även sjukhusets kris och katastrofmedicinska beredskapsplan.

Handlingsplan för plötsligt omfattande bemanningsbortfall

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med den formella eller reella kompetensen som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Varje verksamhet har därmed även ett långtgående ansvar för att planera och leda verksamheten så det finns en bemanning för att kunna bedriva de delar av uppdraget som inte kan anstå vid t.ex. sjukfrånvaro. Exempel på prioriterade uppdrag är akuta patientfall dagtid och jouruppdrag, men det kan även finnas andra specifika arbetsuppgifter som ur ett patientsäkerhetsperspektiv också måste säkerställas.

Verksamheten ska ha en handlingsplan i händelse av ett plötsligt omfattande bemanningsbortfall som innebär att verksamheten inte kan bedriva prioriterade uppdrag. Verksamheten ska i första hand lösa situationen genom samarbete med annan geografiskt närliggande vårdenhet.

Verksamhet som erhåller hjälp av annan vårdenhet ansvarar för att så snart som möjligt vidta åtgärder för att inte belasta hjälpande vårdenhet längre än nödvändigt.

Intyg

Leverantören ansvarar för att utfärda för uppdraget patientrelaterade intyg samt utlåtande till Försäkringskassan via Region Jönköpings läns IT-stöd.

Läkemedel

Läkemedelsbehandling ska ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns Läkemedelskommittés, Stramas och de Länsgemensamma programområdenas kunskapsstödens riktlinjer som rör läkemedel.

Medicinsk service/diagnostik

Leverantören har möjlighet att nyttja Region Jönköpings läns utbud av medicinsk service. Medicinsk service omfattar klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, nuklearmedicin, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi, klinisk immunologi, medicinsk radiologi och transfusionsmedicin.

Leverantören har möjlighet att beställa enskilda transporter av Länstransporter, vid behov av mer regelbundenhet finns även möjlighet att teckna avtal.

I de fall leverantören tecknat underleverantörsavtal för medicinsk service ansvarar leverantören för att:

- underleverantören är ackrediterad av Swedac eller har motsvarande kvalitetssäkring.
- upprätta och förankra rutiner kring remiss- och svarshantering med berörd underleverantör av medicinsk service.
- relevant verksamhetsdata görs tillgänglig i de IT system som är aktuella enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

Medicintekniska produkter

Leverantören har det övergripande medicintekniska ansvaret för sin verksamhet och ansvarar för att i förekommande fall den medicinsktekniska servicen är ackrediterad av Swedac eller motsvarande kvalitetssäkring samt att utrustningen uppfyller vedertagna normer, standarder och krav på tillgänglighet, prestanda och kvalitet enligt gällande lagar och regler.

Leverantören ansvarar för att verksamheten har den medicintekniska utrustning som behövs för uppdraget och att utrustningen uppdateras och kompletteras vid förändringar i uppdraget.

Hjälpmedel och förbrukningsprodukter

Leverantören ska informera patient samt vid behov även anhöriga om hjälpmedel och eventuella avgifter.

Leverantören ska vid behov remittera patient till syncentralen för individuella bedömningar och förskrivningar av hjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsmaterial enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och gällande avtal och överenskommelser.

Förbrukningsmaterial via Materialförsörjningen

Leverantören erbjuds att köpa förbrukningsmaterial från Materialförsörjningen.

Patientjournalen

Leverantören ska upprätta och hantera patientjournaler enligt gällande lagar och förordningar. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård enligt gällande lagar och föreskrifter.

Leverantören ska beakta de lagar och regler som reglerar samtycke mellan vårdgivare och patient, vid överföring av personuppgifter till annan vårdgivare.

Region Jönköpings län tecknar särskilt avtal avseende sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, inklusive den nationella patientöversikten, med leverantören. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och anvisningar för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hur vårdkontakter kodas och registreras.

Leverantören ska på begäran lämna ut kopior av patientjournal enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och tillämplig lagstiftning.

Patientskadeförsäkring

Leverantören ska informera patient om möjligheten att anmäla en vårdskada till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) respektive läkemedelsskada till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF).

Leverantören ska tillhandahålla intyg, utredning och analys som behövs för handläggning av anmälda ärenden.

Patientförsäkring

Region Jönköpings län har tecknat en patientförsäkring hos LÖF - Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Den patientförsäkringen gäller även om patienten har skadats hos en privat vårdgivare som har vårdavtal med en region.

Patientförsäkringen gäller enligt vad som framgår i patientskadelagen.

Läkemedelsförsäkring

Läkemedelsförsäkring är en försäkring som ägs av läkemedelsföretag, en del regioner och myndigheter. Läkemedelsförsäkringen gäller vid personskador där det finnas ett övervägande sannolikt samband mellan läkemedlet och den skada som anmälts.

Sjukskrivning

Leverantören ska följa nationella riktlinjer och Region Jönköpings läns riktlinjer för sjukskrivning.

Smittskydd

Leverantören ska utan dröjsmål rapportera anmälningspliktiga sjukdomar via SmiNet, samt följa smittskyddslagen (SFS 2004:168) och Region Jönköpings läns riktlinjer för smittskydd.

Remisser

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11), Region Jönköpings läns riktlinjer samt de nationella och regionala kunskapsstöden.

Sjuk- och behandlingsresor

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjuk- och behandlingsresor.

Tolk
Leverantören ansvarar för att tillhandhålla tolk till patienter som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska. Leverantören ansvarar för tolkservice åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade och talskadade personer.

Vårdhygien
Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att Hälso- och sjukvårdslagens krav på god hygienisk standard uppfylls. Detta innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

Leverantören ska som en del i sitt systematiska kvalitetsarbete årligen genomföra *Egenkontroll för vårdhygienisk standard* i syfte att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagen.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns vårdhygieniska riktlinjer. Det innebär till exempel att:

- Leverantören ska ha ett hygienombud som arbetar enligt regionens uppdragsbeskrivning för hygienombud.
- Leverantören ska registrera och analysera följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt åtgärda och följa upp avvikelser i enlighet med Region Jönköpings läns riktlinjer.
- Leverantören ska registrera och analysera vårdrelaterade infektioner.

2.5 Arbetsgivaransvar
Leverantören ska upprätthålla god arbetsmiljö och följa de lagar, avtal och regler som gäller för arbetsmarknaden.

Meddelarfrihet och meddelarskydd
Personal vid privat drivna vårdenheter ska omfattas av samma meddelarfrihet och meddelarskydd avseende den medicinska vården som anställda i offentlig verksamhet.

Sociala avgifter och skatt
Leverantören ska fullfölja samtliga skyldigheter avseende inbetalning av sociala avgifter enligt socialförsäkringen såsom arbetsgivaravgift samt inbetala skatt.

Tystnadsplikt och sekretess
Leverantören ska se till att all personal omfattas av sekretesskrav motsvarande de som ställs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Detta gäller även icke hälso- och sjukvårdspersonal.

2.6 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget.
När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om var och när vårdenhetens utbud är tillgängligt och vem som ansvarar för verksamheten. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Leverantören ansvarar för att all vårddokumentation sker enligt lagar och föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Om ett underleverantörsavtal gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

Överenskommelse inom samma vårdgivare

Överenskommelse inom samma vårdgivare används när en leverantör med vårdgivaransvar för flera vårdenheter inom Jönköpings län samarbetar för att exempelvis kunna erbjuda invånarna god vård och tillgänglighet enligt villkoren för vårdval.

Samarbetet ska dokumenteras i en skriftlig överenskommelse.

Konsultavtal

Konsultavtal används för inhyrd personal som utför uppdrag genom leverantörens verksamhet.

Leverantören har det juridiska vårdgivaransvaret och ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för konsultavtal inom Vårdval specialiserad ögonsjukvård

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt konsultavtal.

Inhyrd personals ordinarie arbetsplats ska vara leverantörens fysiska verksamhet/klinik eller filial. Vid eventuellt arbete på distans dvs. utanför leverantörens verksamhet eller filial, ska det ske i enlighet med Region Jönköpings läns riktlinjer för distansarbete.

Leverantören har samma vårdgivaransvar över en konsult som ordinarie anställd personal. Leverantören är därmed t.ex. ansvarig för konsultens utförda arbete som hälso- och sjukvårdspersonal men är även ansvarig över den lokal och utrustning som konsulten arbetar i/med även när arbetet inte utförs i leverantörens egna lokaler. Leverantören är även ansvarig för att konsulten är införstådd med och följer Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för informationssäkerhet. Se vidare under avsnitt 4.2. Informationssäkerhet.

Underleverantörsavtal

Underleverantörsavtal används när ett företag utför uppdrag åt leverantören genom sin egen verksamhet.
Leverantören ska tydligt kunna motivera sitt behov av underleverantörsavtal och hur avtalet säkerställer att invånarens tillgång till vård bibehålls eller förbättras.

Om underleverantören ska bedriva fysisk vård ska den bedrivas i Jönköpings län. Underleverantören har det juridiska vårdgivaransvaret för den hälso- och sjukvård som utförs i underleverantörens verksamhet.
Underleverantörer som utför hälso- och sjukvårdsuppdrag ska vara anmälda till vårdgivarregistret.

Leverantören är juridiskt ansvarig gentemot beställaren och ansvarig för att underleverantören uppfyller beställaren krav och villkor för uppdraget. Leverantören ska kontinuerligt kontrollera och följa upp underleverantörens kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Leverantören ska på begäran kunna redovisa exempelvis underleverantörens kompetens, lokaler, utrustning och följsamhet till lagar och föreskrifter, nationella vårdprogram och riktlinjer samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

All kommunikation, rapportering, fakturering med mera från eventuell underleverantör ska ställas till leverantören.

Underleverantörer får endast agera genom sin avtalspart, och äger inte rätt att marknadsföra sina tjänster på ett sätt som kan uppfattas att de har avtal med Region Jönköpings län.

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt underleverantörsavtal.

Om ett underleverantöravtal gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

2.7 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem

Ytterligare avtalsreglering framgår av det skriftliga avtalet med regionen.

3. Specialiserad ögonsjukvårds uppdrag

3.1 Ögonmottagning

Den specialiserade ögonsjukvården inom vårdval är en del av den specialiserade ögonsjukvården i öppenvård och ska erbjudas i Jönköpings län.

Uppdraget är obligatoriskt och utförs av samtliga leverantörer inom vårdvalet och avser patienter från 18 år och äldre.

Vårdenheten ska ha bemanning, kompetens, lokaler, medicinteknisk utrustning och tillgänglighet som krävs för hela uppdraget eller teckna överenskommelser och avtal med andra aktörer för delar av uppdraget.

Uppdraget ska utföras i enlighet med den av Nationellt programområde (NPO) Ögonsjukvårds framtagna *Medicinska prioriteringslistan inom ögonsjukvård*.

Uppdraget omfattar:

- akuta och planerade besök vardagar 08:00 – 17:00
- nybesök remitterade av optiker som verkar utanför regionfinansierad verksamhet
- återbesök enligt gällande vårdprogram och riktlinjer
- utredning, provtagning, diagnostik, behandling och uppföljning av patienter i behov av vård inom specialiserad ögonsjukvård på medicinsk indikation. Varje patients individuella behov och resurser att klara vård och behandling ska bedömas och tillgodoses.
- bedöma och behandla sjukdomstillstånd där vård inte kan anstå hos alla som vänder sig till vårdenheten.
- rådgivning i enskilda patientärenden till andra vårdgivare inom länets specialiserade ögonsjukvård
- samverkan i multiprofessionella team
- avsnitten: Tillgänglighet, Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, Rehabilitering/habilitering och Försäkringsmedicin, Vård av flyktingar och migranter, Vårdsamordning, Utbildning och forskning samt Systematiskt förbättringsarbete. Dessa områden beskrivs närmare i avsnitten 3.1-3.8

Uppdraget omfattar inte:

- Synfel som ska omhändertas av optiker såsom t.ex. glas- och kontaktlinsutprovning och kontaktlinskontroller.
- Sjukdomar som ska handläggas av specialist i allmänmedicin enligt Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd.
- Sjukdomar som kräver akutsjukhusens resurser, kompetens och utrustning (var god se förtydligande).

- Sjukdomstillstånd utan misstänkt ögondiagnos.
- Rutinmässiga hälsokontroller vid hereditet för glaucom.
- Rutinmässiga hälsokontroller vid hereditet för åldersförändringar i gula fläcken.
- Botoxbehandlingar.
- Undersökningar i samband med refraktiv kirurgi.
- Kosmetisk kirurgi.

Ögonbottenfotografering av diabetiker

Uppdraget omfattar patienter med typ 1 eller typ 2 diabetes mellitus och ges enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling av diabetes mellitus.

Uppdraget omfattar:

- Digital avbildning av ögonbotten med utrustning som har upplösning för att upptäcka de minsta förändringarna.
- Analys av fotograferade ögonbottnar.
- Undersökning och klinisk uppföljning av patienter som inte går att fotografera* eller där annat behandlingskrävande fynd iakttagits vid fotograferingen.
- Rekommendation av tidsintervall för nya undersökningar – patienter som behöver täta kontroller ska kallas vid tidpunkter som bedömts lämplig med hänsyn till aktuell ögonstatus.
- Information till den läkare som behandlar patientens diabetes i de fall annan sjukdom än diabetesretinopati upptäcks vid ögonbottenundersökning.
- Digital lagring av fotografier så att de – med patientens samtycke – är tillgängliga för andra vårdgivare.

  *Patienter med mediegrumlingar, liten pupill, skador på hornhinna, komplikationer i iris, utbredda ärr i näthinnan efter olika sjukdomar eller laserbehandlingar, perifert liggande skador i näthinnan, andra kroniska ögonsjukdomar eller dålig medverkan från patienten ska följas upp av ögonläkare genom individuella kontroller under lång tid.

Kompetens

Fotografering ska utföras av verksamhetschef utsedd personal, som har den kompetens som krävs för uppdraget.
Granskning av bilder kan enligt *Diabetesretinopati, vårdprogram för Sydöstra sjukvårdsregionen* utföras av vidareutbildad ögonsjuksköterska alt. optometrist som självständigt bedömer bilder med stadie "ingen" upp till "måttlig" diabetesretinopati.
Vid högre grad av retinopati ska ögonläkare bedöma bilderna.

Utrustning
Medicinteknisk utrustning för digital avbildning av ögonbotten. Utrustningen ska leverera bilder i dicomformat till bilddatabasen Forum.

Kataraktoperationer

Uppdraget avser kataraktoperationer i öppen vård för patienter med grå starr som omfattas av indikationer för kataraktoperation enligt Sydöstra sjukvårdsregionens vårdriktlinjer. Patienter som av medicinska skäl kräver narkos eller speciell medicinteknisk utrustning ingår inte i uppdraget.

Patienterna ska prioriteras utifrån medicinsk behovsbedömning. Särbehandling, andra överenskommelser med remittenter eller andra åsidosättande av den medicinska prioriteringen får inte förekomma. Målet är att patienterna ska slutbehandlas för det tillstånd som ingår i detta uppdrag.

Uppdraget innefattar:

- Oftalmologisk förundersökning enligt regionens riktlinjer för att bedöma operationsindikationer samt biometri ska genomföras före operation.
- Skriftlig information till patienten inför och efter operation.
- Kataraktoperation med senaste teknik (FACO*) och implantation av intraokulär lins. Operationerna ska genomföras enligt ögonläkarföreningens State of the Art-dokument med kliniska riktlinjer för katarakt.
- Postoperativa komplikationer/besvär, som inte kräver akutsjukhusets resurser, ska hanteras av opererande enhet under vårdenhetens öppettid.
- Återbesök ska ske när det är medicinskt motiverat.

*Om FACO inte kan användas kan i enstaka fall annan vedertagen teknik användas.

Kompetens
Leverantörens opererande ansvarige läkare ska vara specialist inom ögonsjukvård med aktuell erfarenhet inom kataraktkirurgi.

Leverantörens opererande läkare ska vid driftstarten eller nyanställning självständigt ha utfört minst 300 kataraktoperationer totalt.
Verksamhetschef ansvarar för att opererande kirurg har rätt kompetens och erfarenhet för uppdraget. Vid erfarenhet av färre operationer krävs erfaren kollega i direkt närhet till operationssal.

Vid kataraktoperation ska legitimerad sjuksköterska med kompetens för uppdraget assistera på operationssal.

Lokal och utrustning
Leverantören ska förfoga över utrustning och särskild lokal för

operationsverksamheten som uppfyller kraven för operationsrum enligt rapporten *Byggenskap och vårdhygien (BOV),* framtagen av Svensk förening för vårdhygien.

Krav på luftkvalitet och ventilation på operationssal ska uppfyllas enligt SIS TS 39:2015. Vid avvikande uppmätt värde ska *Smittskydd och vårdhygien* kontaktas. Mätutrustning finns möjlighet att låna av *Smittskydd och vårdhygien*.

Ögonkirurgi, framförallt implantationskirurgi, innebär infektionskänsliga ingrepp och värden på 50 cfu/m^3 ska inte överskridas och ambitionen bör vara att nå ner under 10 cfu/ m^3

Rapportering och uppföljning
Leverantören ska rapportera till det Nationella kataraktregistret och redovisa verksamhetens utfall enligt kataraktregistret en gång per år till Region Jönköpings län.

Leverantören ska genomföra provtagning avseende bakterier från luften under pågående operationsverksamhet 1 gång per år, uppmätt värde rapporteras årligen till Region Jönköpings län.

Leverantörens Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla uppgifter om komplikationsfrekvens i relation till patientunderlag, bland annat gällande kapselrupturer.

Polikliniska operationer - övriga

Uppdraget omfattar polikliniska operationer i ögats yttre delar enligt Region Jönköpings riktlinjer. Uppdraget omfattar inte kosmetisk kirurgi utan medicinsk indikation, kvalificerade tårvägsoperationer, pterygium, kryobehandling för trikiasis eller omfattande/komplicerade akuta skador.

- Uppdraget indelas i tre nivåer utifrån ingreppets art, omfattning och utrustning.
- I de fall medicinskt motiverade synstörande dermatochalasis genomförs ska fotodokumentation alltid utföras.
- Postoperativa komplikationer/besvär, som inte kräver akutsjukhusets resurser, ska hanteras av opererande enhet under vårdenhetens öppettid.
- Patienten ska få skriftlig information efter operation.

Kompetens
Verksamhetschef ansvarar för att opererande läkare har kompetens och erfarenhet att utföra uppdraget.

Lokal och utrustning
Leverantören ska förfoga över utrustning för operativ verksamhet och diatermin samt utrustning och särskild lokal för operationsverksamheten som uppfyller kraven för operationsrum enligt rapporten *Byggenskap och vårdhygien* (BoV), framtagen av Svensk förening för vårdhygien

Krav på luftkvalitet och ventilation på operationssal ska uppfyllas enligt SIS TS 39:2015. Vid avvikande uppmätt värde ska *Smittskydd och vårdhygien* kontaktas. Mätutrustning finns möjlighet att låna av *Smittskydd och vårdhygien*.

Rapportering och uppföljning
Leverantören ska genomföra provtagning avseende bakterier från luften under pågående operationsverksamhet 1 gång per år, uppmätt värde rapporteras årligen till Region Jönköpings län.

Laserbehandling i ögats främre segment
Uppdraget omfattar laserbehandling av sjukdomar i ögats främre segment.

Kompetens
Leverantörens behandlande läkare ska vara väl förtrogen med behandlingsmetoden.

Lokal och utrustning

- Utrustning för Selektiv lasertrabekuloplastik (SLT) alternativt argonlaser
- YAG laser

Provtagning
Leverantören ska under mottagningens öppettid kunna utföra relevant provtagning på medicinsk indikation för de besvär eller problem patienten söker.
Leverantören ansvarar för att relevant verksamhetsdata görs tillgänglig enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

3.2 Tillgänglighet

Öppettider
Mottagningen ska vara öppen under vardagar mellan 08:00-17:00 året om med undantag för nationella helgdagar.

Mottagningen ska vara öppen för akuta och planerade fysiska besök, tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov.

Det är tillåtet att stänga en mottagning som mest nio timmar i veckan. Öppettiden får dock inte understiga 36 timmar i veckan.

Om mottagningen är stängd hel/del av dag mellan 08:00-17:00 (vardagar), ska invånarna informeras och hänvisas till närliggande vårdvalsenhet i länet som mottagningen samarbetar med. Samarbetsparten ska ha kapacitet att uppfylla mottagningens uppdrag. Samarbetet ska styrkas med ett skriftligt samarbetsavtal, kopia ska skickas till vårdval för kännedom.

Region Jönköpings län uppmuntrar leverantörer att utöka sina öppettider som service till invånarna. Under avtalsperioden kan det bli aktuellt med krav på utökade öppettider.

Telefon

Invånaren ska kunna kontakta mottagningen via telefon enligt vårdgarantin samt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och krav på öppettider.

Den som ringer 08:00-16:59 ska kunna välja att bli uppringd samma dag. Efter klockan 17:00 ska den som ringer kunna välja att bli uppringd av mottagningen nästkommande vardag.

Det ska finnas möjlighet att lämna återbud och förnya recept dygnet runt via röstbrevlåda.

Leverantören kan teckna avtal med Region Jönköpings län om telefonitjänster med tillhörande stödsystem. Leverantörer som inte använder Region Jönköpings läns telefonitjänster ska leverera verksamhetsdata för uppföljning enligt regionens specifikationer.

E-tjänster

Leverantören ska erbjuda invånarna e-tjänster via 1177.se enligt Region Jönköpings län riktlinjer och basutbud.

Leverantören ska erbjuda invånarna digitala vårdmöten i form att chatt och videosamtal via någon av Region Jönköpings läns appar/plattformar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska vara ansluten till *1177 Journalen* och tillgängliggöra informationsmängder enligt nationella Ramverk för invånarens åtkomst till journalen och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska vara ansluten till de nationella tjänsterna, kontaktinformation och journalen via nätet som tillgängliggörs via 1177.se enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och utbud.

Leverantören ska kunna genomföra samordnad vårdplanering via video i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns överenskommelse med länets kommuner.

Leverantören ska ha en namngiven resurs för samordning av vårdenhetens uppdrag inom e-hälsoområdet. Den namngivna resursen ska stödja och driva omställning till mer digitala arbetssätt.

Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan leverantören ansöka om att bedriva en filial. Med filial menas en underavdelning till leverantörens

huvudmottagning som bedriver verksamhet i annan lokal än där huvudmottagningen finns.

En filial ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudmottagningen. Filialen är alltid knuten till huvudmottagningen, och verksamhetschefen för huvudmottagningen är även verksamhetschef för filialen.

Filialer får endast öppnas och bedrivas inom Region Jönköpings läns länsgränser.

Verksamhetschefen ansvarar för att filialen har den utrustning och bemannas med den kompetens som behövs för uppdraget. Kravet på fysisk tillgänglighet är densamma som för huvudmottagningen.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om filialens utbud. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Om filialen inte har öppet eller erbjuder vård i samma omfattning som kravet för en mottagning ska leverantören erbjuda detta via huvudmottagningen.

Verksamheten får starta när Region Jönköpings län verifierat och godkänt filialen.

Vård vid en filial rapporteras och ska kunna följas upp på samma sätt som vård på huvudmottagningen.

Beslut om eventuell nedläggning av en filial fattas i samråd med Region Jönköpings län.

3.3 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Leverantören ska bedriva både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Leverantören ska uppmärksamma invånarnas tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor samt erbjuda stöd och uppföljning om behov och önskemål finns enligt Region Jönköpings läns Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd.

3.4 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Rehabilitering

Leverantören ansvarar för rehabiliteringsinsatser i form av bedömning, utredning, behandling, träning och uppföljning enligt nationella riktlinjer, Region Jönköpings läns riktlinjer och överenskommelser mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län.

Habilitering
Leverantören ska samverka med habiliteringscentrum i de fall invånaren har behov av kompletterande insatser från habiliteringscentrum.

Försäkringsmedicin
Leverantören ska följa nationella riktlinjer och Region Jönköpings läns riktlinjer och rutiner för försäkringsmedicin.
Leverantören ansvarar för att det finns kompetens inom försäkringsmedicinska kunskapsområdet och ska utveckla arbetssätt och rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av leverantörens avidentifierade sjukskrivningsstatistik som erhålls genom Ineras *Intygsstatistik.*

3.5 Vård av flyktingar och migranter
Leverantören ska bedöma och behandla sjukdomstillstånd för flyktingar och migranter samt för personer som vistas i Sverige utan tillstånd enligt Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta, med behov av akut, omedelbar vård eller behov av vård som inte kan anstå.

3.6 Vårdsamordning
Leverantören ska aktivt delta och medverka till att vårdplaneringen för den enskilde individen görs i enlighet med gällande lagar, föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

3.7 Utbildning och forskning
Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns samordningsansvariga för grundutbildning samt studierektororganisation under ledning av Futurum.

Grundutbildning
Studenter och elever
Leverantören ska följa Region Jönköpings läns avtal med universitet, högskolor, gymnasieskolor, yrkesutbildningar och andra utbildningssamordnare om att ta emot och handleda elever och studenter i lärande i arbetslivet (LIA), arbetsplatsbaserat lärande (APL) och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt fältstudiedagar. Med APL, LIA och VFU menas såväl sammanhängande perioder av deltagande i ögonmottagningens arbete, liksom kortare moment i syfte att nå lärandemålen.

Leverantören ansvarar för att kvalitet och inriktning följer målbeskrivningar för respektive utbildning och överenskomna krav på handledarkompetens.
Handledarna ska följa gällande handledarinstruktioner och känna till lärandemålen för utbildningen.

Vidareutbildning

Allmäntjänstgöring (AT) för läkare

Region Jönköpings läns organisation för AT (Futurum) samordnar AT-tjänstgöringen och kan uppdra till leverantörer att ansvara för AT-läkares tjänstgöring inom specialiserad ögonsjukvård (en (1) vecka) enligt Region Jönköpings läns riktlinjer (AT-koncept).

Specialisttjänstgöring (ST) läkare

Leverantören ska bereda utrymme och tillsammans med övriga leverantörer ta ett solidariskt ansvar för att erbjuda ST-läkare inom olika specialiteter sidotjänstgöring (s.k. randning).

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring enligt gällande regelverk samt Region Jönköpings läns riktlinjer för ST-utbildning.

Leverantörens handledare samt vederbörande ST-läkare ska beredas möjlighet att delta i möten och kurser anordnade av Region Jönköpings läns ST-studierektorsfunktioner.

Studierektor säkerställer att ST-läkarna erbjuds en ändamålsenlig utbildning i enlighet med Socialstyrelsens krav. Studierektor gör uppföljning för godkänd studiemiljö vid behov.

Studierektor säkerställer att ST läkare inom specialiserad ögonsjukvård som behöver sidotjänstgöring inom vårdval ögon, fördelas jämnt på vårdvalsenheterna.

Under sidotjänstgöring utför ST läkaren inom specialiserad ögonsjukvård även annan förekommande mottagningsverksamhet hos aktuell leverantör under den överenskomna tiden för avtalad sidotjänstgöring.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för sjuksköterskor som ansökt och antagits till utbildningstjänst som specialistsjuksköterska med inriktning ögonsjukvård.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för aktuell sjuksköterska. Anställningen ska vara tillsvidare.

Forskning

Leverantören ska medverka i klinisk forskning. Leverantören kan själv ta initiativ till klinisk forskning eller medverka i forskning. Leverantören ska informera Region Jönköpings län/Futurum om forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Leverantören kan även medverka i industrifinansierade kliniska prövningar. Leverantören ska i dessa fall även inhämta godkännande från Region Jönköpings

län/Futurum enligt regionens riktlinjer och riktlinjerna för genomförande av forskningen.

Leverantören kan få tillgång till Region Jönköpings läns infrastruktur för forskning som exempelvis handledning, statistikkonsultationer och bibliotekstjänster. Medarbetare hos leverantörer har rätt att söka forskningsmedel från FORSS, Futurum och andra organisationer. Leverantören kan få råd och stöd om lagar, föreskrifter och rutiner vid klinisk forskning inklusive klinisk läkemedelsprövning och annan uppdragsforskning.

3.8 Systematiskt förbättringsarbete

Leverantören ska systematiskt förbättra sin verksamhet utifrån invånarnas behov. Förbättringsarbeten bör fokusera på medicinsk kvalitet, implementering av nationella kunskapsstöd och framtagande av lokala riktlinjer.

Leverantören ska i sitt systematiska förbättringsarbete ha en struktur för att mäta, rapportera och utveckla sin verksamhet. Här ingår som exempelvis att aktivt medverka i utvecklingsarbete av patientprocesser samt kodningsnätverk för specialiserad ögonsjukvård. Redovisning och uppföljningen sker SÖBU (Specialiserad Ögonsjukvård Beställare Utförare) i samverkan med LPO Ögonsjukdomar (Länsgemensamt programområde).

4. Informationshantering och IT

4.1 Inledning

Leverantören ska följa tillämpliga delar av Region Jönköpings läns riktlinjer för IT. Varje vårdenhet ska ha en namngiven kontaktperson för IT, telefoni och katalogtjänsten HSA.

4.2 Informationssäkerhet

Leverantören ska arbeta utifrån det ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) med tillhörande riktlinjer och regelverk som Region Jönköpings län har tagit fram. Ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd bygger på den internationella standardserien SS-ISO/IEC 27000 vilket innebär att informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet bedrivs systematiskt och riskbaserat samt att Region Jönköpings län följer gällande dataskyddslagstiftning.

Leverantören ska utbilda nya användare i informationssäkerhet t.ex. med hjälp av introduktionsutbildning i informationssäkerhet som finns publicerad i Lärande och kompetensportalen (LOK). Leverantören ska också informera ny personal om det personliga ansvaret att följa policy och riktlinjer.

All användning av IT-systemen loggas. Leverantören ska följa upp loggar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantörens verksamhet ska ha en för uppdraget avsedd funktionsbrevlåda inom rjl.se för hantering av bl.a. sekretessbelagd information.
Sekretessbelagd information får endast skickas från funktionsbrevlåda till funktionsbrevlåda då:

- risken att känsliga och sekretessbelagda uppgifter når obehöriga kan medföra stor skada för enskild person
- verksamheten måste kunna säkerställa att informationen blir omhändertagen hos motpart
- personanknuten e-post aldrig får användas för sekretessbelagd information

I de fall leverantören använder sig av konsult enligt avsnitt 2.6 Samarbetsformer, är leverantören ansvarig för att konsulten är införstådd med och följer Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för informationssäkerhet.

Region Jönköpings läns IT-utrustning får endast användas under den tid då leverantören och dess eventuella konsulter har ett pågående uppdrag för Region Jönköpings län. Om leverantören eller konsulter under pågående uppdrag har privat verksamhet samtidigt så får inte Region Jönköpings läns IT-utrustning användas i den privata verksamheten.

Leverantören ska upprätta, säkerställa och upprätthålla manuella reservrutiner för verksamheten som tillämpas vid ett eventuellt avbrott.

4.3 Personuppgifter

Leverantören ska hantera personuppgifter enligt gällande lagstiftning.

Leverantören är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som behandlas inom leverantörens organisation avseende uppdraget.
Vid avtalets avslut kommer leverantörens personuppgiftsansvar avseende uppdraget, övergå till Region Jönköpings län.

4.4 Verksamhetsdata

Leverantören ska på begäran kunna leverera elektroniskt läsbar data för uppföljning och till fakturaunderlag.

I kommunikation med Region Jönköpings län eller andra vårdgivare ska leverantören använda definitioner och termer i IT-systemen som fastställs av Region Jönköpings län.

Leverantören ska i förekommande fall följa de särskilda regler som gäller för hantering av information vid verksamhetsövergång.

De data som delas med Region Jönköpings län i gemensamma system lämnas i vissa fall vidare till tredje part i aggregerad form. Region Jönköpings län ansvarar för att säkerställa att inget röjande sker i samband med den typen av datautlämning.

4.5 IT-system och infrastruktur

IT system och utrustning

Leverantören ska enbart använda utrustning i IT-infrastrukturen som är godkänd av Region Jönköpings län. Datorer och skrivare tillhandahålls av Region Jönköpings län. Eventuellt kan medicinteknisk utrustning eller annan utrustning anslutas efter samråd och godkännande och i dessa fall skall leverantören själv säkerställa att fullgod IT-säkerhet upprätthålls.

Leverantören förbinder sig att använda de obligatoriska IT-system som Region Jönköpings län anvisar som t.ex. Picsara och Forum. I förekommande fall skall leverantören följa Region Jönköpings läns riktlinje för respektive system. Region Jönköpings län tillhandahåller system och utbildning av superanvändare i förhållande till verksamhetens storlek.

Region Jönköpings län ansvarar för underhåll av Regionens system och leverantören ansvarar för dess innehåll. För administrativa dokument ska PDF och Office-kompatibla filformat användas.

Leverantören ska använda sig av SITHS och HSA enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Leverantören ansvarar för att användarna inte har tillgång till fler programvaror och system än nödvändigt.

Leverantören ska kontinuerligt tillse att utrustningen är uppkopplad mot Region Jönköpings läns nätverk för att säkerställa att skyddet mot skadlig kod, virus och spionprogram är aktuellt på verksamhetens utrustning.

Leverantören har rätt att använda egna stödsystem under förutsättningar att det inte krävs någon installation/förändring av eller stör andra delar av IT-miljön. Region Jönköpings län lämnar ingen support för dessa.

System och program som används för andra ändamål än Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören ska inte användas i den av Region Jönköpings län tillhandahållna IT-miljön. För mer information kopplat till samarbetsformen konsult se avsnitt 4.2 Informationssäkerhet.

System, program och utrustning som tillhandahålls av Region Jönköpings län får bara användas för verksamhet inom vårdval Region Jönköpings län.

IT-infrastruktur

Region Jönköpings län levererar kommunikationslösning mot Region Jönköpings läns nätverk inklusive nätverksutrustning. Leverantören ansvarar för det interna fastighetsnätet för data och telefoni, inklusive förbindelsen mellan avlämningspunkt och verksamhetens lokaler. Fastighetsnätet ska följa Region Jönköpings läns standard för kabelsystem.

Region Jönköpings län kan komma att leverera annan IT-uppkoppling till utlagd mottagning och filial än för leverantörens huvudmottagning.

Övrigt

Region Jönköpings län tillhandahåller inte infrastruktur, IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Vid införande av nya IT-tjänster eller vid större utbyggnader av Region Jönköpings läns befintliga IT-tjänster som kan komma att ingå i utbudet till leverantören upprättas ett nytt tjänsteavtal.

4.6 Support och IT-konsulttjänster

Leverantören har rätt att använda Region Jönköpings läns supportorganisation i frågor om Region Jönköpings läns IT-infrastruktur och fastställda IT-system. Servicenivåer för respektive IT-tjänst fastställs av systemägare, vilket innebär att olika system har olika inställelsetider gällande support.

Leverantören ska använda IT-beställningssystem och de blanketter som Region Jönköpings län tillhandahåller för beställningar. Leverantören ska göra felanmälningar på utrustning och program till Region Jönköpings läns kundcenter på IT-centrum. Region Jönköpings län har rätt att ha planerade avbrott för systemuppdateringar, nyinstallationer, service och underhåll.

Leverantören kan, efter överenskommelse, köpa IT-konsulttjänster från Region Jönköpings län inom systemområden som är relevanta för Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören.

5. Rapportering och uppföljning

5.1 Insyn och rapportering

Leverantören ska på begäran lämna ut relevant information till Region Jönköpings län t.ex. uppgifter om bemanning och kompetens.

Informationen ska kunna lämnas ut för att tillgodose invånarnas önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs enligt Kommunallag (2017:725) samt för att Region Jönköpings län ska kunna säkerställa sitt uppdrag som huvudman för hälso- och sjukvården inom regionen.

Leverantören är inte skyldig att lämna information om utlämnandet strider mot lag eller annan författning.

5.2 Avtals- och uppdragsuppföljning

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av villkoren för godkännande av leverantör och andra avtalsvillkor.

Region Jönköpings län följer upp den kvalitet i vården som Region Jönköpings län vill förmedla till invånarna utifrån svensk lag. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska:

- vara säker
- vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- vara patientfokuserad
- vara effektiv
- vara jämlik
- ges i rimlig tid

Uppföljningen ska t.ex. bidra till en positiv utveckling av befolkningens hälsa och leverantörernas verksamhet.

Region Jönköpings län äger rätt att följa upp leverantörens verksamhetsdata från bland annat vårdens IT-stöd.

Dialog

Region Jönköpings län kallar leverantören till dialog en gång om året för genomgång av verksamheten utifrån ett urval av inhämtade uppgifter. Inför genomgången ska leverantören gjort en egen analys av sin verksamhet inklusive medicinska resultat.

Förutom den årliga genomgången kan Region Jönköpings län kalla till uppföljningsdialoger inom specifika områden, exempelvis läkemedelsförskrivning.

Ett urval av verksamhetens resultat kan komma att redovisas publikt för att ge invånare insyn i verksamheten och underlag för att välja mottagning.

Verksamhetsdata och resultat är tillgängliga för leverantören via Region Jönköpings läns IT-stöd för analys och rapportuttag.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av verksamhetens avidentifierade statistik som erhålls genom Nationella Kataraktregistret.

Kvalitetsregister

Leverantören ska rapportera till och använda resultaten från alla för uppdraget relevanta nationella kvalitetsregister som stöd för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete såsom t.ex. Nationella Kataraktregistret.

Patientenkäter

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings län om patientenkäter och i förekommande fall delta i den nationella patientenkäten. Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av allt grundmaterial från gemensamma patientenkäter.

Fördjupad uppföljning och revision

Region Jönköpings län har rätt att genomföra fördjupad uppföljning hos enskilda leverantörer eller inom specifika områden. Med fördjupad uppföljning menas riktad och systematisk kontroll av utförare som genomförs utöver den årliga och löpande uppföljningen. Fördjupad uppföljning kan ske bland annat genom verksamhetsrevision, kostnadsjämförelser och produktivitetsanalyser.

Region Jönköpings län har rätt att självt eller genom ombud genomföra revision av leverantörens verksamhet, exempelvis inom medicinsk kvalitet, ekonomiska och juridiska förhållanden. Möjligheten till revision omfattar även underleverantörer som leverantören anlitar för genomförande av uppdraget. Leverantören ska utan kostnad för Region Jönköpings län biträda vid revision bland annat genom att ställa nödvändig dokumentation till förfogande.

Leverantören kan bli betalningsansvarig för fördjupad uppföljning och/eller revision om Region Jönköpings län bedömer att man behöver upphandla utomstående part för granskning och brister påvisas.

6. Ersättningsvillkor

6.1 Budgetram

Regionfullmäktige fördelar årligen resurser på delområdesnivå utifrån behovsbeskrivningar, nationella jämförelser, demografi och socioekonomiska faktorer, medicinsk utveckling och kunskapsstyrning, löne- och prisutveckling samt rationaliseringsbehov.

För löne- och prisutveckling kompenseras leverantörerna med utgångspunkt från Sveriges Kommuner och Regioners prisindex. Förändringar i kostnadsansvar mellan Region Jönköpings läns olika verksamheter påverkar budgetramen enligt principen att ett utökat kostnadsansvar motsvaras av en utökad ersättning och vice versa. Ändrade kostnader som faller inom ramen för befolkningens förändrade konsumtion, eller härrör från ändrade arbetssätt hos leverantörerna, medför inte någon förändring i ersättningsramen. Ökat demografibehov täcks inte av utökad budget utan ska i första hand mötas med effektiviserad verksamhet genom förändrade arbetssätt.

Regionens inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen jämfört med övriga län/regioner avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

6.2 Ersättningsmodell

Region Jönköpings läns ersättningsmodell för vårdval ögon utgår från att pengarna följer patienten. Modellen ska stimulera måluppfyllelse, samverkan och kvalitetsutveckling. Modellen ska vara transparent så att det är tydligt på vilka grunder ersättning ges. Ersättningsnivåerna revideras årligen.

Ersättningsmodellen förutsätter att Region Jönköpings län och leverantörerna tar ett gemensamt ansvar för att upprätthålla modellens intentioner och normer. Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter.

Den samlade ersättning som utbetalas till en leverantör förväntas täcka samtliga kostnader för uppdraget enligt regelbok för Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län.

Kostnadskontroll

Region Jönköpings län fastställer varje år ett kostnadstak för varje vårdvalsområde. Kostnadstaket är den gemensamma maximala ersättningsnivån för samtliga godkända och verksamma leverantörer inom det specifika vårdvalsområdet. Kostnadstaket avser patientrelaterad ersättning exklusive patientavgifter.

Kostnadstaket fördelas per månad under ett kalenderår utifrån tidigare års utfall. Det betyder att den totala ersättningsnivån kan variera från en månad till en annan.

Om kostnadstaket (den maximala ersättningen) inte nås förs kvarstående belopp över till nästkommande månad. Om kostnadstaket i stället överskrids reduceras priserna innevarande månad för samtliga leverantörer.
Om kostnadstaket inte nås efter december månad kommer överskottet att betalas ut proportionerligt i förhållande till eventuell reducerad ersättning tidigare månader under aktuellt år.

6.3 Ersättning

Allmänt

Regionen avsätter 107,7 miljoner kronor för specialiserad ögonsjukvård inom vårdval 2026.

Fördelning av ersättning

Ersättning (miljoner kronor)	Totalbelopp	Procentuell fördelning
Rörlig patientrelaterad ersättning	97,1	90 %
Särskild ersättning	10,6	10 %
Summa	**107,7**	**100 %**

6.4 Patientrelaterad ersättning

Den patientrelaterade ersättningen utgör merparten av ersättningen till leverantören. Region Jönköpings län beräknar ersättningens storlek utifrån identifierade kostnader för effektiv vård och patienternas behov.

Ersättningsvillkor

Regionen ersätter endast vårdåtgärder som genomförts och registrerats enligt Region Jönköpings läns gällande rutiner och riktlinjer.

Grundkravet för all ersättning är att alla besök/åtgärder ska vara kodade med en av Region Jönköpings län godkända diagnos- och åtgärdskoder.

För mer information kring registreringsvillkor och ersättningsberättigade koder se bilaga ”Ersättningsgrundande Diagnos och KVÅ-koder för specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län 2026”.

För att ersättning ska erhållas krävs att kontakten är DRG-grupperad.

Ersättning per besök och kontakt

Kontaktform	Pris per kontakt (exkl. patientavgift)
Kvalificerad telefon- eller distanskontakt	210 kr
Sjukvårdande behandling (omfattande åtgärder som utförs självständigt och journalförs)	485 kr
Läkarbesök (inkl. ev. förundersökning)	1230 kr
Synfältsundersökning och körkortsintyg	925 kr
Ögonbottenfotografering (besök inkl. bedömning)	780 kr

Kataraktoperationer

Regionen ersätter:

- undersökning inför operation
- kataraktoperation inklusive intraokulär lins samt för operationen nödvändiga läkemedel och material
- kontakt efter operation vid behov

Kontaktform	Pris per kontakt (exkl. patientavgift)
Ensidig linsoperation	5 000 kr
Bilateral linsoperation	10 000 kr

Medfinansiering

I de fall patienten önskar multifokala och/eller toriska linser utan att medicinsk indikation föreligger ska leverantören debitera patienten merkostnaden jämfört med ersättningen för ensidig alternativt bilateral linsoperation. Tillkommande besök och åtgärder förknippat med patientens val av utbyteslins ersätts inte.

Leverantören ska för patienten specificera kostnaderna som debiteras. Patienten ska i samtliga fall av medfinansiering underteckna ett informerat samtycke till operation samt medfinansiering.

I samtliga fall av medfinansiering ansvarar leverantören för kostnader vid reoperation och andra åtgärder t.ex. återbesök vid eventuella komplikationer som kan relateras till den specifika linsen. Ansvaret sträcker sig upp till två år efter utförd operation.

Polikliniska operationer

Resursnivå A	2 170 kr
Resursnivå B	3 270 kr (bilateralt) 5 710 kr
Resursnivå C	5 650 kr (bilateralt) 9 895 kr

För mer information kring när bilateral ersättning gäller se bilaga *”Ersättningsgrundande Diagnos och KVÅ-koder för specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län 2026*”.

Laserbehandling i ögats främre segment

Laserbehandling vid efterstarr	1 495 kr (bilateralt) 1 930 kr
Laserbehandling vid glaukom, trycksänkning	1 495 kr (bilateralt) 1 930 kr

Vård av patienter från andra regioner

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vård av patienter som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Leverantören ska följa hemregionens eventuella remissregler.

Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar

Leverantören får ersättning för vård av personer bosatta i EU- eller EES-land.

För vård av utländska medborgare och utlandssvenskar bosatta i länder utanför EU och EES gäller särskilda regler, se Region Jönköpings läns riktlinjer.
I flera fall betalar patienten själv sin vård.

Underlag för utbetalning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer ska skickas in till Region Jönköpings län. Saknas fullständigt underlag betalas inte ersättning ut. Vård av dessa patienter ersätts enligt ordinarie prislista.

Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.

Leverantören får ersättning för vård av asylsökande. Särskilda regler gäller, se Region Jönköpings läns riktlinjer. Vård av dessa patienter ersätts enligt ordinarie prislista.

För att ersättning ska utbetalas ska registrering ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. I aktuella fall måste uppgifter om LMA-kortets dossiernummer framgå. Saknas detta betalas ingen ersättning ut.

6.5 Särskild ersättning

Kompensation för utebliven patientavgift

Leverantören är skyldig att ta ut de patientavgifter som fastställts av Region Jönköpings län. Följsamheten till detta är grundläggande för att Region Jönköpings läns patienter ska behandlas lika.

Patientavgifterna tillfaller leverantören.

När patienten har uppnått högkostnadsskyddet ersätter Region Jönköpings län leverantören för uteblivna patientavgifter vid avgiftsbelagda besök. Leverantören får kompensation för uteblivna patientavgifter vid avgiftsfria besök för 18-19 åringar, 85-åringar och äldre samt för avgiftsfria remissbesök från verksamheten.

Leverantören får inte ersättning för återbetald patientavgift, exempelvis den som en patient som vid planerat besök får vänta mer än 30 minuter har rätt till.

Leverantören ersätts inte för uteblivna patientintäkter till följd av att patienten låter bli att betala avgift enligt Region Jönköpings läns avgiftsregler.

Utbildning

Vetenskaplig handledning av ST-läkare
Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för anställd som åtar sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST-läkare enligt särskilt beslut.

Specialistutbildning för sjuksköterskor
Leverantören kan efter godkänd ansökan få maximal ersättning med 45 000 kronor per månad för specialistutbildning till ögonsjuksköterska beräknat på heltidsstudier.

Tolk
Leverantören får ersättning för månadsvis redovisade tolkarvoden. Ersättning medges för max tre månader gamla fakturor.

6.6 Övrig ersättning

Ersättning för deltagande i pilot
Region Jönköpings län kan ersätta leverantör som deltar som pilot i syfte att testa nya arbetssätt som sedan kan spridas i Region Jönköpings län. Ersättningen baseras på omfattning och aktuell verksamhets storlek samt beslutas innan piloten inleds.

Riktade statsbidrag
Regeringen använder särskilda statsbidrag för att stimulera utveckling inom viktiga områden i regionernas och kommunernas verksamhet. Villkoren för statsbidragen beslutas vanligen för ett eller två år i taget.

Leverantören förväntas delta i relevanta förbättringsområden kopplat till stadsbidrag. Modellerna för ersättning varierar.

Momskompensation
En privat leverantör får momskompensation genom att ersättningen räknas upp med 5 procent på nettoutbetalningen.

Enligt nuvarande momslagstiftning har regionkommunala leverantörer avdragsrätt för ingående moms. Motsvarande gäller inte privata leverantörer som i stället måste kostnadsföra ingående moms. För att privata och regionkommunala leverantörer ska kunna konkurrera på lika villkor får de privata leverantörerna därför kompensation för sina merkostnader för moms.

Kunskapsstyrning
Representation från leverantör till kunskapsstyrningens olika organisatoriska grupperingar ersätts, om uppdraget innefattar område inom Vårdval Specialiserad ögonsjukvårds uppdrag.

6.7 Kostnader

Medicinsk service inom Region Jönköpings län

Leverantören har kostnadsansvar för alla typer av medicinsk diagnostik som beställs av leverantören.

Kostnader för IT och telefoni

För de obligatoriska IT-stöden debiteras ingen kostnad för leverantören.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för IT-infrastruktur och eventuell hyra av IT-utrustning.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för TeleQ som innefattar infrastruktur, licenser, samtalskostnader, eventuell hyra av telefoner. Leverantören får avropa TeleQ enligt Region Jönköpings läns leveransavtal med tjänsteleverantören.

Läkemedel

Om inget annat anges har leverantören kostnadsansvar för samtliga rekvisitionsläkemedel som administreras till patienter inom vårduppdraget.

Om behandlande läkare bedömer att patienten själv kan administrera sina läkemedel, utan övervakning eller hjälp av sjukvårdspersonal, får läkemedlet förskrivas på recept. Leverantören har inte kostnadsansvar för receptläkemedel. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för förskrivning.

Kvalitetsavdrag

Kvalitetsavdrag görs månatligen för utvalda parametrar om verksamheten inte uppfyller godkänd nivå enligt Region Jönköpings specifikationer för aktuell kvalitetsparameter.

Måluppfyllelse kommer bedömas utifrån statistik på rullande 12 månader. Kvalitetsavdraget beräknas i Love, systemet för ersättningar i vårdval ögon.

Kvalitetsparametrar som kan ge kvalitetsavdrag är följande:

- Tillgänglighet första kontakt
- Tillgänglighet operation/åtgärd
- Tillgänglighet återbesök
- Skrivna läkaranteckningar
- Signerade läkaranteckningar
- Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner

Avdrag vid avtalsbrott

Vid brister eller avtalsbrott har Region Jönköpings län rätt att minska ersättningen delvis eller i sin helhet.

Om fel och brister inte åtgärdas enligt skriftligt påpekande kan avdrag komma ske på nästkommande utbetalning
Vid flera enskilda avvikelser från avtalet görs ett avdrag per avvikelse. Avdragets storlek kan ökas eller minskas tills avtalet efterföljs.
Avdrag görs på den produktionsbaserade ersättningen och fortlöper månadsvis tills avtalsuppfyllelse nåtts.

6.8 Underlag för utbetalning

Region Jönköpings län hämtar de flesta uppgifter som ligger till grund för utbetalning av ersättning från Cosmic. Reglering för utbetalning baseras på samtliga vårddata som registrerats vid avstämningstidpunkten.
Ersättningsberäkningen är beroende av inrapportering av korrekt indata från leverantörerna inom Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län. Leverantören är ansvarig för att leverera efterfrågade indata av god kvalitet i nära anslutning till utförd vårdkontakt.

Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter, enligt regelbok avsnitt 6.2.
Om enstaka korrigeringar ändå behöver göras ska detta åtgärdas så fort som möjligt, dock inom max 3 månader, och i möjligaste mån inom aktuellt år.
Ersättningssystemet Love ersätter besök som är registrerade eller justerade upp till 3 månader bakåt i tiden från besöksdatum. Äldre besök, nyregistrerade eller justerade, hanteras inte av Love.

Det är viktigt att det görs så få rättningar som möjligt avseende året före eftersom varje års vårdvalsbudget ska ge ersättningar till leverantörerna för den produktion som utförs under motsvarande verksamhetsår.

Systemet för inrapportering bygger i stor utsträckning på förtroende för leverantörens integritet och noggrannhet och leverantören ska lojalt fullgöra sina skyldigheter i detta avseende. Det är av yttersta vikt för förtroendet mellan parterna, liksom för kontraktets fortlevnad, att Region Jönköpings län får korrekt indata från leverantören.

I de fall då leverantörerna ska lämna in underlag för ersättning till Region Jönköpings län måste det ske senast den åttonde i varje månad för att komma med i nästa utbetalning.

Utbetalning av ersättning sker den 19:e varje månad. Om den 19:e infaller på en helgdag sker utbetalning på efterföljande vardag.

7. Avtalsperiod och anvisningar för ansökan

7.1 Avtalsperiod

Avtalet gäller efter undertecknande från 2023-01-01 till och med 2027-12-31.

För nya leverantörer som ansöker under pågående avtalsperiod gäller avtalet enligt överenskommet datum för driftstart, <datum> till och med 2027-12-31.

Före driftstarten äger leverantören inte rätt att utföra vård enligt detta avtal. Möjlighet till förlängning med två (2) år i taget, om inte avtalet sagts upp skriftligen av endera part senast tolv månader före avtalstidens slut.

7.2 Ansökan om godkännande

Intresserade bjuds in att ansöka om godkännande för att få driva vård inom vårdvalet. Ansökan sker genom att ansökan tillsammans med övriga begärda handlingar lämnas in till Region Jönköpings län. En leverantör kan ansöka om godkännande för flera enheter. En ansökan ska lämnas per enhet.

Det finns inget sista datum för ansökan. Det innebär att ansökan kan lämnas tills det aktuella vårdvalet upphör. Inför en ny avtalsperiod ansöker även sedan tidigare godkända leverantörer.

Ansökan ska ske enligt Region Jönköpings läns anvisningar.

§ 95

Budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028 Nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet

Diarienummer: RJL 2025/10

Beslut

Nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet

- överlämnar förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 inklusive bilagor till regionstyrelsen.

Det noteras Liberalerna inte deltar i beslutet.

Reservation

Kristdemokraterna, Sverigedemokraterna och Centerpartiet reserverar sig mot beslutet till förmån för egna budgetförslag.

Sammanfattning

Ett förslag till budget med flerårsplan för 2027–2028 gällande nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet har tagits fram. Förslaget presenteras för nämnden i bifogad skrivelse med bilagor.
Nämnden ska senast den 18 juni 2025 överlämna ett förslag till regionstyrelsen.

Förslag till beslut

Kerstin Hammar (M) yrkar bifall till Samverkan Region Jönköpings läns förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 för nämnd arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet inklusive bilagor att överlämna till regionstyrelsen.

Per Eriksson (C) yrkar bifall till Centerpartiets förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 för de delar som avser nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet.

Olle Moln Teike (SD) yrkar bifall till Sverigedemokraternas förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 för de delar som avser nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet.

Hans Jarstig (KD) yrkar bifall till Kristdemokraternas förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 för de delar som avser nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet.

Mari Hultin (L) anmäler att Liberalerna inte deltar i beslutet.

Beslutsgång
Ordföranden ställer samtliga budgetförslag mot varandra och finner att nämnden beslutar att överlämna Samverkan Region Jönköpings läns förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 inklusive bilagor till regionstyrelsen.

Beslutsunderlag
- Beslut ANA presidium 2025-06-05 § 73
- Missiv daterat 2025-06-18
- Beslut ANA 2025-05-28 § 71
- Missiv Samverkan Region Jönköpings län, daterad 2025-05-28
- Förslag till Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 för nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet.
- Bilaga: Avgifter för internat, kost och logi vid Region Jönköpings läns skolor 2026
- Bilaga: Principer vid prissättning vid Kulturhuset Spira 2026
- Centerpartiets förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028
- Sverigedemokraternas förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028
- Kristdemokraternas förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Beslutet skickas till
Regionstyrelsen

Region Jönköpings län

Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Region Jönköpings län

Regional utveckling

Målet med det regionala utvecklingsarbetet är att Jönköpings län ska bli Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där invånarna trivs, utvecklas och mår bra.



POLITISK SAMMANFATTNING

Region Jönköpings län har ett tydligt ansvar, men också stora möjligheter att skapa långsiktigt hållbar utveckling i hela länet. Genom samverkan med kommuner, näringsliv, akademi och civilsamhälle arbetar vi för att ta vara på de resurser, idéer och drivkrafter som finns i varje del av länet. Det handlar om att bygga ett län där människor vill leva, arbeta och investera – oavsett om man bor i stad eller på landsbygd.

Under 2026 prioriterar vi därför insatser som gör verklig skillnad för invånare och företag. För att möta kompetensutmaningarna fortsätter vi arbetet med kompetensförsörjning på alla nivåer, samtidigt som våra naturbruksskolor utvecklas till kompetenscentrum för de gröna näringarna. Genom Plan för regional kompetensförsörjning 2024–2028 och ett förstärkt samarbete inom Kompetensrådet skapar vi bättre matchning mellan arbetsmarknadens behov och utbildningsutbudet.

Vi utvecklar länets näringsliv genom fortsatta insatser kopplade till strategin för smart specialisering. Det innebär riktade satsningar inom områden där länet har särskilda styrkor, exempelvis smart industri, skogsnäring, e-handel och livsmedelsförädling. Ett stärkt företagsfrämjande system, inklusive Företagsjouren, bidrar till att fler företag kan växa, ställa om och bli mer konkurrenskraftiga. Inte minst i en tid av snabba förändringar.

Kulturen har en självklar roll i den regionala utvecklingen. Genom Smålands Musik och Teater, våra folkhögskolor och övriga kulturaktörer i länet bidrar vi till ett tillgängligt och vitalt kulturliv. Samtidigt skapar vi bättre förutsättningar för barn och ungas kulturutövande, oavsett var man bor eller vilka ekonomiska förutsättningar man har.

Trafiken är ett av våra viktigaste verktyg för att möjliggöra utveckling. Ett rundare län med fungerande pendling, hållbara resor och goda kommunikationer stärker både arbetsmarknad och livskvalitet. Under 2026 fortsätter vi att utveckla kollektivtrafiken, inte bara som ett transportmedel, utan som ett medel för sammanhållning, hållbarhet och attraktivitet. Arbetet med trafikförsörjningsprogrammet, förstärkta samverkansstrukturer över länsgränser och nya idéer om exempelvis sommarbiljetter med kulturkoppling är uttryck för ett nytt sätt att tänka: där trafiken är en motor för inkludering, klimatmål och ett rikare vardagsliv.

Vi fortsätter också arbetet med att främja hållbar platsutveckling och tillgänglighet i hela länet, både digitalt och fysiskt. Det innebär insatser för bredbandsutbyggnad, landsbygdsservice och lokala utvecklingsprojekt, men också ett strategiskt påverkansarbete för framtidens infrastruktur, inte minst på järnvägssidan. Vår roll är att hålla ihop, prioritera och driva – alltid med fokus på resultat och långsiktig nytta.

Genom tydlig prioritering, helhetssyn och samverkan skapar vi förutsättningar för att varje skattekrona

ska bidra till faktisk förändring. Vår ambition är ett Jönköpings län som är starkt, hållbart och framtidsinriktat – i hela länet, för alla.

Det regionala utvecklingsuppdraget
Samtliga regioner i Sverige har ett regionalt utvecklingsansvar. Uppdraget är lagstadgat och innebär att regionerna ska utarbeta en strategi för länets utveckling och samordna insatser för att genomföra strategin. Det handlar om att, tillsammans med aktörer i länet, arbeta för en hållbar regional utveckling utifrån länets specifika förutsättningar. Det regionala utvecklingsuppdraget finns reglerat i förordning och lag. I korthet innebär uppdraget att regionerna ska

- arbeta fram och fastställa en strategi för utvecklingen i länet
- samordna insatser för att genomföra denna strategi
- besluta om hur medel för regionalt utvecklingsarbete ska användas
- följa upp, utvärdera och redovisa resultaten av arbetet till regeringen
- utföra uppgifter inom ramen för EU:s strukturfondsprogram
- upprätta och fastställa länsplaner för transportinfrastruktur.

Uppdragen kan ses som kärnan i det regionala utvecklingsansvaret och det som staten ålägger regionerna att utföra. I egenskap av direktvalt självstyrande organ har regionerna möjlighet att ta egna initiativ utifrån regionala utmaningar och behov. I Region Jönköpings län är det regionala utvecklingsuppdraget organiserat i en avdelning under den regionala utvecklingsdirektören. I avdelningen ingår även Europa Direkt, Företagsjouren, Biblioteksutveckling och Energikontor Norra Småland. I Regional utveckling ingår, förutom avdelningen, verksamheterna Smålands Musik och Teater (SMOT), Sörängens folkhögskola, Värnamo folkhögskola, Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstads naturbrukscentrum. Oberoende av om uppdragen kommer från staten eller om regionen tar egna initiativ är det regionala utvecklingsansvaret kopplat till att samverka och att arbeta tillsammans med kommuner och andra aktörer för att uppnå en hållbar regional utveckling.

Den regionala utvecklingen är betydelsefull för att alla invånare i vårt län ska kunna leva, arbeta och trivas i en attraktiv miljö. Detta görs genom samverkan mellan exempelvis region, kommun, näringsliv, akademi och civilsamhälle. Detta betyder även att det regionala utvecklingsuppdraget, tillsammans med den regionala utvecklingsstrategin, marknadsförs på ett sätt så att informationen kring uppdraget är välkänt för de som verkar inom området. Genom en god spridning av uppdraget och strategin, där så många som möjligt nås av visionen ökar medvetenheten i länet om hur länet ska utvecklas.

Den regionala utvecklingsstrategin
Den regionala utvecklingsstrategin visar vägen till ett hållbart län. Den regionala utvecklingsstrategin är den regionala visionen kring hur länet ska utvecklas. I strategin konkretiseras internationella och nationella strategier samt styrdokument i ett regionalt perspektiv. Strategin utgör grund för beslut gällande utvecklingsinsatser i länet.

Ansvaret för genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin delas av många olika aktörer. Region Jönköpings län har uppdraget att leda och hålla samman arbetet i länet. Det sker i nära samverkan med t.ex. kommuner, näringsliv, civilsamhälle, akademi och övriga utbildningsaktörer, Länsstyrelsen och statens övriga verksamheter i länet. Region Jönköpings län ansvarar också för analys, utvärdering och redovisning. För att nå framgång i det regionala utvecklingsuppdraget sker samverkan också interregionalt, nationellt och internationellt. Exempel på detta är samverkan inom södra Sverige med Regionsamverkan Sydsverige (RSS) och samverkan inom Småland Blekinge Halland South Sweden (SBHSS) med gemensamt kontor i Bryssel.

Utgångspunkten för den regionala utvecklingsstrategin är Agenda 2030 med de 17 globala målen för hållbar utveckling. Målen är integrerade i strategin och ska vara vägledande för en utveckling i riktning åt ökad ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Under 2025 pågår ett arbete med att revidera den befintliga regionala utvecklingsstrategin för Jönköpings län.

Arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet

Arbetsmarknad och kompetensförsörjning
Förmågan att attrahera och rekrytera samt behålla och utveckla kompetenser är avgörande för att hantera näringslivets och välfärdens utmaningar.

Region Jönköpings län ansvarar för att stärka den regionala kompetensförsörjningen genom att arbeta för en väl fungerande arbetsmarknad, kompetensutveckling och en varaktigt ökad sysselsättning. Underlag för kompetensutveckling ska tas fram genom att kontinuerligt följa och bedöma kommande kompetensbehov och genom att skapa prognoser för arbetsmarknadens kort- och långsiktiga kompetensbehov.

Grunden för det regionala kompetensförsörjningsarbetet är *Plan för regional kompetensförsörjning 2024–2028*. Där betonas vikten av att Region Jönköpings län initierar och driver samverkan för en kompetensförsörjning som matchar efterfrågan och utbud, exempelvis via arenor som Kompetensrådet.

Då det livslånga lärandet spelar stor roll för matchningen på arbetsmarknaden krävs bra strukturer för validering. Det handlar om att tydliggöra befintliga branschvisa valideringsmodeller och att utforma anpassad kompetensutveckling. Det behövs studiemotiverande insatser, valideringsmöjligheter och breda utbildningsinsatser där många olika utförare kan bidra: kommunal vuxenutbildning, yrkeshögskolor, högskolor och folkbildningsorganisationer.

Naturbruksutbildning
Region Jönköpings län är huvudman för samt äger och driver Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstad naturbrukscentrum. Tenhults naturbruksgymnasium har ekologisk profil med gymnasieutbildningar inom häst, djurvård, lantbruk och trädgård. Stora Segerstads naturbrukscentrum erbjuder gymnasieutbildningar inom lantbruk, skog, maskinmekanik och hund. Båda skolorna har elevhem samt anpassad gymnasieskola och utbildningar för vuxna. Finansieringen av gymnasieutbildningen regleras genom ett samverkansavtal med alla länets kommuner, medan utbildningsplatserna inom vuxen- och uppdragsutbildningarna faktureras.

Naturbruksskolorna är viktiga för länets kompetensförsörjning och för de gröna näringarnas utveckling. Skolorna ska vara ledande inom sina områden och det ska ske ett kontinuerligt utvecklingsarbete i syfte att bidra till de gröna näringarnas utveckling. Ambitionen är att utveckla skolorna till reella kompetenscentrum för de gröna näringarna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv.

Folkbildning
Region Jönköpings län är huvudman för och driver två folkhögskolor: Sörängens folkhögskola (Nässjö) och Värnamo folkhögskola. Styrelse för dessa skolor är nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA). Utöver allmän kurs har Sörängens folkhögskola en kulturprofil med kurser inom bland annat skrivande, animation och fotografi. Värnamo folkhögskola har en hälsoprofil och erbjuder även en kurs för personer med funktionsvariation samt flera yrkesutbildningar.

Tillsammans med länets sju rörelsedrivna folkhögskolor är dessa två folkhögskolor en viktig resurs för länets kompetensförsörjning. Folkhögskolan som utbildningsform riktar sig till vuxna och spelar stor roll för utbildning av personer med kort eller ofullständig utbildningsbakgrund. Stort fokus läggs vid att möta varje individs unika erfarenheter, behov och förutsättningar. Pedagogiken betonar aktivt deltagande, samtal och gemensamt lärande i grupp och inkluderar deltagarna i diskussioner om samhälls- och demokratiutveckling. Folkhögskolorna är också en viktig kulturbärare och försörjer kulturlivet med viktig arbetskraft och är ofta nödvändig för att högskolor och universitet ska kunna rekrytera till sina högre utbildningar. Dessutom är den kreativitet som folkhögskolan skapar hos deltagaren viktig oavsett vilket arbete man sedan har i framtiden.

Studieförbunden är också en plats för folkbildning; en möjlighet att tillsammans med andra öka sin kunskap för personlig utveckling och delaktighet i samhället. De bidrar till att stärka demokratin genom att erbjuda inkluderande gemenskap, stödja människors handlingskraft, bidra till ett rikare kulturliv och lyhört möta utbildnings- och folkbildningsbehov i samhället.

Näringsliv
En internationellt konkurrenskraftig tillverkningsindustri har i generationer utgjort basen i länets näringsliv och bidragit till tillväxt och trygga arbetstillfällen. Sådan industri är fortsatt viktig, men det krävs också en breddning av näringslivsstrukturen för att möta framtida utmaningar.

Jönköpings län behöver fler högteknologiska tillverkningsföretag och fler kunskapsintensiva tjänsteföretag, mer diversifiering och mångfald. Nyföretagandet måste stärkas och normen kring vem som är och kan bli företagare behöver vidgas. Det gör att fler kan bidra till ett företagsamt län, som tar tillvara potentialen för omställning och innovationskraft. Företag i länet står för mycket innovationer vilket inte alltid syns i nationella mätningar. Små och medelstora företag utgör majoriteten av företag i länet. Dessa företag står tillsammans för bland annat flest patentansökningar per capita i landet.

För att bidra till ett växande och innovativt näringsliv har Region Jönköpings län tagit fram en strategi för smart specialisering (S3). Begreppet Smart specialisering är en komponent i EU:s tioåriga strategi för tillväxt och sysselsättning och innebär att regionerna söker global konkurrenskraft genom att identifiera områden där de har fördelar gentemot andra regioner.

För Jönköpings län finns fem prioriterade styrkeområden:

• Smart industri/kunskapsintensiva tillverkningsföretag
• E-handel och logistik
• Skogsnäring och träförädling
• Besöksnäring
• Livsmedel och livsmedelsförädling.

Utöver dessa fem områden pekar strategin för smart specialisering ut tjänstedesign som en gemensam faktor och möjlighet för utveckling och innovation. Strategin förväntas ha stor betydelse för kommande års satsningar och interregional samverkan ökar potential att nå framgång. Inom Småland och Öarna pågår utveckling av en plattform för smart specialisering och liknande initiativ har tagits inom ramen för Småland Blekinge Halland South Sweden med gemensamt kontor i Bryssel.

Flera olika insatser behövs för att stärka näringslivets hållbara tillväxt och ökade konkurrenskraft. En angelägen uppgift är att utveckla samverkan mellan akademi och länets företag. Högskolan i Jönköping utgör en plattform och viktig motor för ökad kompetens samt forsknings- och innovationskapacitet. Framväxande kluster och innovationsmiljöer bidrar till en långsiktigt hållbar tillväxt av näringslivet i hela länet. Ett angeläget uppdrag är att, genom att utgå från befintliga plattformar, skapa beredskap och förutsättningar inför kommande programperiod inom EU.

Aktiv kartläggning och utnyttjande av EU:s fonder och program ska stärka regionens utveckling. Genom strategisk samverkan och ökad kompetens inom EU-finansiering främjas innovation, hållbarhet och internationellt samarbete. Detta säkerställer en konkurrenskraftig region som drar nytta av EU:s möjligheter.

Region Jönköpings län driver en företagsjour för att stötta företag som hamnat i svårigheter. Jourens rådgivare stöttar små och medelstora företag inom alla branscher. Länets företagsfrämjande system främjar också nyföretagande, affärsutveckling och innovationsprocesser genom olika former av samverkan, kunskapshöjande insatser och riktade projektsatsningar. Region Jönköpings län är aktiva i arbetet med dessa företagsfrämjande aktörer. På så sätt bidrar Region Jönköpings län till näringslivets omställning och stärkta konkurrenskraft.

Attraktivitet och livsmiljö
Besöksnäringen utgör en viktig del av länets näringsliv. Den stärker länets attraktivitet och bidrar till att människor vill besöka, starta företag och bosätta sig i länet, samtidigt som den skapar sysselsättning åt grupper som kan ha svårt att etablera sig inom andra branscher. Dagens besöksnäring är mycket mer än traditionell turism och skapar förutsättningar för lokal och regional utveckling, investeringar, service, bevarande och utveckling av unika natur- och kulturmiljöer.

Region Jönköpings län och Smålands Turism har, i nära samverkan med länets kommuner och aktörer från besöksnäringen, tagit fram en besöksnäringsstrategi för åren 2023–2030. I denna har fyra tematiska områden identifierats som centrala när det gäller produkt- och platsutveckling för att skapa

fler besöksanledningar: natur, måltid, kultur och evenemang.

Region Jönköpings län avser att stötta projekt inom platsutveckling för att stärka såväl specifika orters attraktionskraft som länets övergripande varumärke. Förmågan att attrahera, behålla och utveckla kompetenser, företag och kapital är avgörande för att utveckla en attraktiv och konkurrenskraftig region, som främjar samverkan och ser möjligheter i förändringar. Ytterst är det människorna som bidrar med kompetens, driver företag, gör investeringar och som därigenom utvecklar våra samhällen. Civilsamhällets aktörer är en viktig resurs för länets utveckling. Genom dialog och samverkan skapas ett bra utgångsläge för att planera långsiktigt, genomföra förändringar och möta utmaningar.

Människor som bidrar till lokal utveckling attraheras av en öppen, inkluderande, jämställd och barnvänlig livsmiljö, som gör det möjligt att kombinera jobb med ett bra boende och samtidigt ha tillgång till ett varierat kulturutbud, fritidsaktiviteter, naturupplevelser, utbildningsmöjligheter samt kommersiell och samhällelig service.

Utveckling av digital infrastruktur och digitala tjänster är ett utpekat område i Region Jönköpings läns digitaliseringsstrategi. Den digitala utvecklingen kan skapa möjligheter som överbryggar geografiska avstånd och tjänar människor, verksamheter och organisationer runt om i länet. Detta stärker förutsättningar för att kunna leva, bo och arbeta i hela Jönköpings län i livets olika skeden.

Jönköpings läns landsbygdsmiljöer har resurser som är viktiga för utveckling och försörjning av hela länet. Landsbygdsutveckling handlar om flera olika sakområden som kopplar till regional utveckling. Det kan vara såväl fiberutbyggnad, infrastruktur och kollektivtrafik som utveckling av gröna näringar och platsutveckling med bäring på besöksnäringen. En viktig del för likvärdiga möjligheter handlar om tillgänglighet till kommersiell service. Region Jönköpings läns regionala serviceprogram syftar till att säkerställa landsbygdens tillgänglighet till kommersiell service fram till 2030. Genom öronmärkta statliga 1:1-medel hanterar och fördelar Region Jönköpings län sådant stöd.

Länet har stora områden med höga natur- och kulturmiljövärden vilket skapar goda förutsättningar för länets besöksnäring såväl som för en god fritid för länets invånare. Hållbara ekosystem och biologisk mångfald samt ett hållbart nyttjande av natur- och kulturmiljöer uppnås genom att arbeta för ett småskaligt odlingslandskap, äldre bebyggelse samt bevarade kulturmiljöer.

Kultur
Kulturen ska vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft med yttrandefriheten som grund. Alla ska ha möjlighet att delta i kulturlivet. Kreativitet, mångfald och konstnärlig kvalitet ska prägla samhällets utveckling. Ett rikt kulturliv och en levande kulturmiljö medverkar till ett områdes attraktivitet, stärker besöksnäringen och skapar arbetstillfällen. Kultur är därmed en betydelsefull faktor för tillväxt och utveckling i länet och har en given plats i arbetet med att göra länet mera attraktivt för både besökande och boende.

Region Jönköpings län utvecklar kulturen i enlighet med den regionala kulturplanen och biblioteksplanen för Jönköpings län. Detta sker inom områdena arkiv, film, teater, musik, litteratur, dans, hemslöjd, bild och form, samtida cirkus, kulturarv och kulturmiljö, spelkultur, samt genom stöd för folkbibliotekens samarbeten och utveckling. Region Jönköpings län är huvudman för SMOT. Tillsammans med Jönköpings kommun och Hembygdsförbundet är Region Jönköpings län stiftare av Jönköpings läns museum och tillsammans med Värnamo kommun och Region Kronoberg stiftare av Smålands konstarkiv. Dessutom stödjer Region Jönköpings län verksamhet som främjar bildning, kulturell mångfald och konstnärligt skapande genom stöd till föreningar och organisationer samt genom ekonomiskt stöd till kulturaktiviteter.

Region Jönköpings län prioriterar att alla barn och unga ska ha rätt till kultur och likvärdiga möjligheter att utveckla sina intressen och talanger. Barn och unga har kunskaper, erfarenheter och perspektiv som inte vuxna har och ska därför ses och behandlas med respekt och som en resurs. Med stöd i FN:s barnkonvention ska barns och ungas skapande uppmuntras inom samtliga kulturformer. Barn och unga ska ges möjlighet att möta professionella kulturskapare som återspeglar hela befolkningen, samt själva prova på olika kreativa uttryck.

Regional kulturplan och kultursamverkansmodellen
Den regionala kulturplanen är ett styrdokument för det kulturpolitiska området på regional nivå och

omfattar hela det regionala kulturansvaret, inklusive fördelning av statliga och regionala bidrag till regional kultur. Kulturplanen är ett verktyg för dialogen med staten avseende fördelning av statliga medel, samt en beskrivning om hur Region Jönköpings län vill att kulturområdet ska utvecklas.

Region Jönköpings län ingår i samverkansmodellen för statens stöd till regional kulturverksamhet, den så kallade kultursamverkansmodellen. Målet med modellen är att öka utrymmet för regionala prioriteringar och variationer. Detta innebär att Region Jönköpings län ansvarar för fördelningen av statsbidraget till regional kulturverksamhet.

Samtliga verksamheter inom kultursamverkansmodellen har uppföljningsbara uppdragsbeskrivningar.

De regionala kulturverksamheter som helt eller delvis finansieras med statliga medel via kultursamverkansmodellen är

- Sektionen för kulturutveckling, Region Jönköpings län
- Smålands Musik och Teater, Region Jönköpings län
- Arkiv Jönköpings län
- Jönköpings läns museum
- Riksteatern Jönköpings län
- Vandalorum, museum för konst och design
- ShareMusic & Performing Arts.

Sektionen för kulturutveckling och SMOT styrs av de regionala styrdokument som finns, exempelvis budget med verksamhetsplan. Dessutom ska dessa verksamheter långsiktigt planera och agera enligt de nationella och regionala kulturpolitiska målen, kulturplanens prioriteringar samt den regionala utvecklingsstrategin. Bland annat innebär det att exempelvis SMOT ska erbjuda ett varierat utbud av musik, teater och dans för barn, ungdomar och vuxna samt bidra till ett bra liv i en attraktiv region genom att i första hand med egna ensembler producera professionell scenkonst. Region Jönköpings län bidrar till att främja kultur för barn och unga. Samverkan sker med kommunerna för att sprida utbudet av produktioner som planeras för barn och ungdomar.

Biblioteksutveckling
Biblioteksutveckling arbetar på strategisk nivå för att länets invånare ska erbjudas en relevant och jämlik biblioteksverksamhet av hög kvalitet. Utgångspunkten för verksamheten är folkbibliotekens behov och lokala förutsättningar samt bibliotekslagen, Biblioteksplan Region Jönköpings län och Regional kulturplan 2026-2029 Jönköpings län, som verkar tillsammans med den regionala utvecklingsstrategin för att nå gemensamma målsättningar och andra styrdokument.

Beredskap

För att Region Jönköpings län ska stå starkt under oroliga tider krävs samordnade insatser mellan länsstyrelse, näringsliv och civilsamhälle. Inom Regional Utveckling finns det utpekade områden som är extra viktiga när det kommer till regionens förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig. Exempelvis behövs närproducerade livsmedel och samverkan mellan aktörer för att skapa trygga leveranser av mat och anda förnödenheter. Inom näringslivet krävs också en förmåga att ställa om sin produktion. Även kulturen spelar en viktig roll under oroliga tider då människor behöver både få ta del av och utöva kultur. Ett arbete behövs för att bevara kultur till eftervärlden i händelse av kris eller krig.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Sökande per utbildningsplats (folkhögskolan)	1,5	2,1	2,5	År
Andel antagna i förhållande till antal elever som slutar årskurs 9 i länet (naturbruksskolorna)	3 %	3,1 %	3,3 %	År
NYTT 2026 Fyllnadsgrad platsorganisation för naturbruksprogrammet avseende gymnasieskola och anpassad gymnasieskola.	100 %	Nytt från 2026	Nytt från 2026	År

Framgångsfaktorer: Vitalt och tillgängligt kulturliv

Uppdrag	Beskrivning
SMOT ska producera scenkonst, främja barn och ungas möte med scenkonst och bedriva utvecklingsarbete och fördjupning.	I kultursamverkansmodellen framgår att SMOT ska producera scenkonst som är tillgänglig för invånarna i Jönköpings län och som spelas i Jönköping på SMOT, på turné och spelas för barn och unga i skolan. SMOT ska vidare främja barns och ungas möte med scenkonsten och bedriva utvecklingsarbete och fördjupning inom verksamhetens alla avdelningar.
Se över möjligheten att öka den digitala närvaron i länet för SMOT.	För att fler i länet ska kunna ta del av SMOTs utbud är det värdefullt att utveckla det digitala utbudet.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Publik SMOT	85 000	81 828	89 725	Tertial
Publik vid föreställningar för barn och ungdom	25 000	19 708	16 746	Tertial
Publik länet (exklusive publik i Kulturhuset Spira).	30 000	13 940	20 730	Tertial

Smålands Musik och Teater

Verksamhetsstatistik	2023	2024
Publik SMOT	81 828	89 725
varav Kulturhuset Spira	67 139	67 421
varav Jönköpings kommun, exklusive Kulturhuset Spira	3 100	4 385
varav övriga kommuner i länet	10 840	16 345
varav turné utanför länet	749	1 574
Varav publik vid föreställningar för barn och ungdom SMOT	19 708	16 746
varav Kulturhuset Spira	16 054	10 938
varav Jönköpings kommun, exklusive Kulturhuset Spira	676	909
varav övriga kommuner i länet	2 650	4 477
varav turné utanför länet	328	422

Framgångsfaktorer: Utbildningsinnehåll anpassat till elevens behov

Uppdrag	Beskrivning
Andel elever som når gymnasieexamen från naturbruksprogrammet ska öka.	Målet är att öka andelen elever på naturbruksprogrammen som når en godkänd gymnasieexamen
Deltagarna inom folkhögskolan ska slutföra sina kurser.	Målet är att deltagarna ska slutföra påbörjade kurser.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel elever som når en gymnasieexamen inom 3 år.	100 %	49 %	74 %	År
Andel deltagare som slutför utbildning på allmän kurs på våra två folkhögskolor.	100 %	Nytt från 2025	Nytt från 2025	År
Andel elever som nått målen för gymnasieexamen.	100 %	78 %	92 %	År

Naturbruksskolorna

Verksamhetsstatistik	2023	2024
Andel som har fått jobb efter avslutad gymnasieutbildning	Nytt från 2024	64 %
Andel avbrott från naturbruksprogrammet	Nytt från 2025	Nytt från 2025

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Bidra till ökad kapacitet i den digitala omställningen bland små och medelstora företag.	Det finns ett stort behov hos små och medelstora företag att öka sin förmåga att bidra till och dra nytta av digital omställning. I Kompetensbarometern, som visar arbetsgivares kompetensbehov, lyfter samtliga branscher en avsaknad av kompetens inom digitalisering och AI.

Framgångsfaktorer: Samverkan med andra aktörer

Uppdrag	Beskrivning
Utveckla arbetet med att initiera och främja samtal om yttrandefrihet, mångfald, demokrati och mänskliga rättigheter samt väcka uppmärksamhet för frågorna.	Skapa och genomföra forum där samtal förs kring yttrandefrihet, mångfald, demokrati och mänskliga rättigheter.
Stärka och utveckla samt tydliggöra formerna för samverkan med civilsamhället.	En produktiv dialog och samverkan ger länets civilsamhällesaktörer ett bra utgångsläge att planera långsiktigt, genomföra förändringar och möta utmaningar, vilket är en viktig förutsättning för länets utveckling. För att nå fram till en samverkansmodell med civilsamhället sker kontinuerlig dialog med civilsamhällets aktörer.

Strategiska mål: Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Framgångsfaktorer: Innovationsstödjande arbete

Uppdrag	Beskrivning
Etablera effektiva strukturer för validering för att öka möjligheten att tillvarata alla länsinvånares potential och kompetens.	De valideringsmodeller som finns på plats, t.ex. branschvis, tydliggörs och kopplas samman med valideringsmöjligheter och kompetensutveckling inom t.ex. vuxenutbildning, folkbildning, yrkeshögskolor och högskoleutbildningar. Matchning på arbetsmarknaden förbättras och livslångt lärande möjliggörs. På sikt utjämnas utbildningsklyftor och utbildningsnivån i hela länet ökar.
Årligen tillhandahålla bedömningar av länets kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt som underlag för kompetensförsörjningsinsatser. Utifrån detta tas en framtidsspaning fram en gång per mandatperiod.	Kompetensbehoven tydliggörs i Kompetensbarometern där översikt länsvis, delregionalt och kommunalt möjliggörs. Underlaget kan användas av arbetsgivare och kan utgöra underlag för dimensionering och genomförande av utbildningar. Det ökar förutsättningarna för lärosätens möjligheter att stärka det regionala kompetensförsörjningsarbetet och bidrar till att utbildningar på olika nivåer som är anpassade efter arbetsmarknadens behov erbjuds.

Uppdrag	Beskrivning
Skapa förutsättningar för ökad omställningsförmåga och försörjningsförmåga.	Förmågan till omställning i näringslivet, vilken är avgörande för en stark konkurrenskraft, kan öka genom olika företagsfrämjande insatser, inte minst genom forskning och utveckling samt interaktion mellan näringsliv och akademi. Länets omställningskapacitet kan öka genom ett mer diversifierat näringsliv med fler högteknologiska tillverkningsföretag och fler kunskapsintensiva tjänsteföretag. Omställningsförmågan kan fungera som ett led i stärkt beredskap utifrån omvärldshändelser, vars påverkan på länet blir alltmer oförutsägbara.
Skapa förutsättningar i länet för att attrahera företagsetableringar och finansiella investeringar samt verka för att företag stannar kvar i länet.	För området krävs samverkan över kommunala och regionala gränser. Ett samordnat och enat län som samverkar i en större geografi ökar förutsättningarna för att dra nytta av och bidra i arbetet med den nationella strategin för utrikeshandel, investeringar och global konkurrenskraft. I arbetet är medlemskapet i Business Sweden centralt liksom det kontinuerliga arbetet med det företagsfrämjande systemet samt samverkan mellan länets kommuner.
Arbeta med de styrkeområden som fastställs i den smarta specialiseringsstrategin och inom dessa skapa förutsättningar för specialisering inom respektive område och utifrån det bygga kapacitet för europeisk samverkan.	För respektive styrkeområde och mellan styrkeområden krävs samordning, företagsfrämjande insatser, interaktion med forskning och ett kompetensförsörjningsperspektiv. Detta ökar förmågan att från styrkeområden utveckla specialisering. En större geografi med ett totalt sett starkare näringsliv har konstaterats som en framgång. Med denna utgångspunkt bedrivs arbetet genom interregional samverkan i Småland och Öarna. För att bidra till och dra nytta av den europeiska arenan används Småland Blekinge Halland South Sweden med kontor i Bryssel.
Skapa förutsättningar för att utveckla naturbruksskolorna till kompetenscentrum för de gröna näringarna.	För detta behöver tillämpad forskning, försöksverksamheter, öppna testbäddar och kompetensutveckling utvecklas på skolorna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv. Stark konkurrenskraft och innovation inom gröna näringar stärker länets förmåga att möta omvärldshändelser som hastigt kan förändra behovet av alltmer egenproducerade livsmedel.
Tillsammans med länets kommuner arbeta med en hållbar och inkluderande platsutveckling utifrån länets specifika förutsättningar.	Genom fokus på platsutveckling skapas attraktivitet för boende, besökare, företag och investeringar. Platsutvecklingsbegreppet öppnar upp för att t.ex. kulturutveckling, näringslivsutveckling, landsbygdsutveckling och besöksnäringsutveckling gemensamt stärker och utvecklar länet. Genom platsutveckling finns möjligheter att stärka demokrati och att möta samhällsutmaningar på ett inkluderande sätt.
Arbeta med landsbygdsutveckling för att ta tillvara hela länets utvecklingskraft och sysselsättningsmöjligheter och för att skapa likvärdiga möjligheter för länets invånare.	Centralt för en stark landsbygdsutveckling är samverkan och att initiera utvecklingsinsatser utifrån platsens förutsättningar och utmaningar. Ett konkret verktyg är möjligheten att ge stöd åt kommersiell service, vilket är både ett näringslivsfrämjande stöd och ett stöd som möjliggör tillgång till service för länets invånare.
Stärka alla barns och ungas möjlighet att ta del av och skapa kultur i Jönköpings län oberoende av socioekonomiska och geografiska förutsättningar.	Kultur till och för barn och unga är prioriterat. Alla barn har, enligt lag, en demokratisk rätt till kultur och ska ha likvärdiga möjligheter att utvecklas. Utifrån ett tillgänglighetsperspektiv är det viktigt att det finns en mångfald av kultur för en mångfald av barn och unga. Kulturrätten är en satsning som ska arbeta med dessa frågor.
Stärka den kulturella infrastrukturen.	Region Jönköpings län ska bidra till att utveckla fler kulturella mötesplatser, främja kulturskapares villkor, främja arrangörskap och publikutveckling i hela länet samt utveckla kommunernas

Uppdrag	Beskrivning
	kapacitet att ta emot professionell kultur som kan spridas utanför den egna kommunen.
Arbeta för en jämnare könsfördelning inom utbildning och på arbetsmarknaden i linje med mål i länets jämställdhetsstrategi.	I länets jämställdhetsstrategi, framtagen av länsstyrelsen, beskrivs att arbete behöver ske för att uppmuntra icke-traditionella karriärsval och motverka en könssegregerad arbetsmarknad. Vidare beskrivs att jämställdhetsperspektivet behöver stärkas i arbetet med utbildning, kompetensförsörjning och arbetsvillkor i länet.
Tydlig, tidsatt uppföljning av de projekt som erhållit bidrag under denna mandatperiod och som kommer att erhålla bidrag inom regional utveckling.	Utveckla uppföljningen och synliggöra effekterna av finansiering till insatser kopplade till den regionala utvecklingsstrategin.
Utveckla kommunikationsinsatserna kopplat till bidrag och finansiering för att tillgängliggöra det regionala utvecklingskapitalet.	Tydliggöra och kommunicera vilka medel som finns att söka och kriterier för dessa.

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer

En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Upprätthålla den pedagogiska kompetensen.	Målet är att samtliga tillsvidareanställda lärare inom gymnasiegemensamma ämnen ska ha lärarlegitimation.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel behöriga lärare	100 %	94 %	100 %	År

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	11,2 mnkr	9,8 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Region Jönköpings län

2025-03-10

Regional utveckling

Bilaga till budget 2026

Avgifter för internat, kost och logi, vid Region Jönköpings läns skolor

Skolorna som drivs av Region Jönköpings län erbjuder internatboende för elever som bor långt från skolan och som har svårt att pendla fram och tillbaka varje dag.

Skola	Avgift	Avgift avser	Pris läsår 24/25 (4 veckor)	Pris läsår 25/26 (4 veckor)
Sörängens folkhögskola	kost	kost*	3 300 kr	3 360 kr
Sörängens folkhögskola	logi	boende utan dusch och toalett på rummet	2 200 kr	2 240 kr
Sörängens folkhögskola	logi	boende med dusch och toalett på rummet	3 180 kr	3 280 kr
Värnamo folkhögskola	kost	kost*	2 300 kr	2 300 kr
Värnamo folkhögskola	logi	Bokullen/Engsbo	3 200 kr	3 200 kr
Tenhults naturbruksgymnasium	kost	kost**	2 200 kr	2 300 kr
Tenhults naturbruksgymnasium	logi	enkelrum	2 500 kr	2 500 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	kost	kost**	2 580 kr	2 800 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	normal standard, dubbelrum	1 710 kr	1 700 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	normal standard, enkelrum	2 500 kr	2 500 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	hög standard, dubbelrum	2 560 kr	2 550 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	hög standard, enkelrum	3 240 kr	3 200 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi - vuxenelever	dubbelrum	3 020 kr	3 000 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi - vuxenelever	enkelrum	3 460 kr	3 500 kr

*Skillnad mellan folkhögskolornas kost är att kvällsmåltid ingår i priset på Sörängen.
**Skillnad mellan naturbruksgymnasierna är att förmiddagsfika ingår i priset på Stora Segerstad.

Region Jönköpings län

2025-03-10

Regional utveckling

Bilaga till budget 2026

Principer för prissättning vid Kulturhuset Spira 2026

Biljettpriser

Prisdifferentiering sker utifrån följande principer:

- Alla produktioner ska erbjuda ett tillgängligt prisspann
- Prisspannet ska vara konsekvent i förhållande till produktionstyp och lokal
- Flera priszoner i teatersalongen och konsertsalongen ska erbjudas
- Ett begränsat antal föreställningar erbjuds till försäljning i samband med biljettsläpp och fler biljetter släpps baserat på efterfrågan
- Rabatterade priser kan ges till prioriterade målgrupper
- Presidiet för nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet kan för enskilda tillfällen fatta beslut om priser som ligger utanför det fastställda prisintervallet

Uthyrning av lokaler

Grundläggande principer:

- Flexibel prissättning utifrån rådande förhållanden så att en hög nyttjandegrad av lokalerna uppnås
- Marknadsmässig prissättning vid varje givet tillfälle så att inte snedvriden konkurrens uppstår
- Möjlighet till rabatterade priser för att möjliggöra tillgänglighet för lokala/regionala organisationer samt det fria kulturlivet

Regional utveckling
Regional utveckling
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regional.utveckling@rjl.se
Hemsida: rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

Priser 2026 för uthyrning

Priser heldag i Kulturhuset Spira En scentekniker ingår (säkerhet), övrigt tillkommer	Ordinarie pris, kronor	Rabatterat pris med 60% till fria kulturlivet*, kronor
Konsertsalen	44 000	17 600
Teatern	35 300	14 120
Kammaren	20 400	8 160
Café-scenen inkl caféfoaljén	12 600	5 040
Enbart caféfoaljén	3 000	1 200
Balkongerna	4 000	1 600
Hela foaljén	15 000	6 000

* Aktörer som inte har en anställning i en kulturinstitution eller anlitas av en sådan.

Region Jönköpings län

BUDGET FÖR 2026

med flerårsplan för 2027-2028

För en trygg vård, en enklare vardag och med värderingar som grund

K
D

Politikens förord 2
Fokusområden för Region Jönköpings län 2026 3
1. Fokusområde: Attraktiv region 4
2. Fokusområde: Förvaltarskap 11
3. Fokusområde: Redo för framtiden 15
4. Fokusområde: Tillgänglig vård 18
Budget 2026 med flerårsplan 2027–2028 25
Finansiella rapporter 28
Långtidsprognos och finansiella förutsättningar 29
Regionfullmäktiges direktiv till styrelse och nämnder avseende budget 2026 34
Gemensamt för Region Jönköpings län 40
Bilaga 1: Grundläggande värderingar 52
Bilaga 2: För ett bra liv i en attraktiv region 54
Bilaga 3: Planeringsförutsättningar 63

Bilagor som beslutats i fullmäktige i anslutning till beslut om budget 2025:

Bilaga 4: Patientavgifter i vården
Bilaga 5: Egenavgifter och bidrag hjälpmedel
Bilaga 6: Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län - Regelbok 2026
Bilaga 7: Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län
Bilaga 8: Biljettsortement och priser 2025
Bilaga 9: Regelverk sjukresor
Bilaga 10. Regelverk färdtjänst
Bilaga 11. Regelverk riksfärdtjänst
Bilaga 12: Principer för prissättning vid Kulturhuset Spira
Bilaga 13: Avgifter för internat, kost och logi, vid Region Jönköpings läns skolor

Politikens förord

Vi lever i en tid präglad av oro – krig i vårt närområde, ekonomisk osäkerhet och en snabb global förändring. I ett sådant läge krävs eftertanke, trygghet och ett ledarskap som vågar ta ansvar. Kristdemokraterna i Region Jönköpings län ser med allvar på det ekonomiska läget och de demografiska utmaningarna. Nu, mer än någonsin, behöver vi agera med ansvar, långsiktighet och omsorg om både dagens och morgondagens invånare.

Den pågående befolkningsutvecklingen innebär att fler kommer att behöva vård och omsorg, samtidigt som vi redan idag ser brist på kompetens i många viktiga yrken. För oss kristdemokrater handlar detta inte bara om siffror, utan om människovärde – att varje person, oavsett ålder eller livssituation, ska få den hjälp och det bemötande de behöver. Därför föreslår vi en rad konkreta reformer som bygger på principen om Esthers bästa – invånaren i centrum.

Vi vill se en handlingsplan för att införa listningstak på vårdcentralerna – ett initiativ som kommer direkt från våra verksamheter och syftar till att säkra god arbetsmiljö och patientsäkerhet. Vi vill korta köerna till barn- och ungdomspsykiatrin genom att utreda möjligheterna att öppna en adhd-mottagning i regionen, inspirerad av framgångsexemplet i Halland.

För att möta framtidens vårdbehov krävs också nya vägar för att förlänga arbetslivet. Vi vill ta fram en modell med flexibilitet i fokus – så att fler äldre kan och vill arbeta vidare, och deras erfarenhet tas tillvara.

Vi ser även behovet av en regional översiktsplan för arbetsmarknaden – för att säkerställa en strategisk kompetensförsörjning i hela länet. På samma sätt behöver kollektivtrafiken utvecklas. Vi föreslår en ny busslinje Eksjö–Sävsjö–Värnamo och vi vill därtill införa buss on-demand på landsbygden, för att hela regionen ska leva.

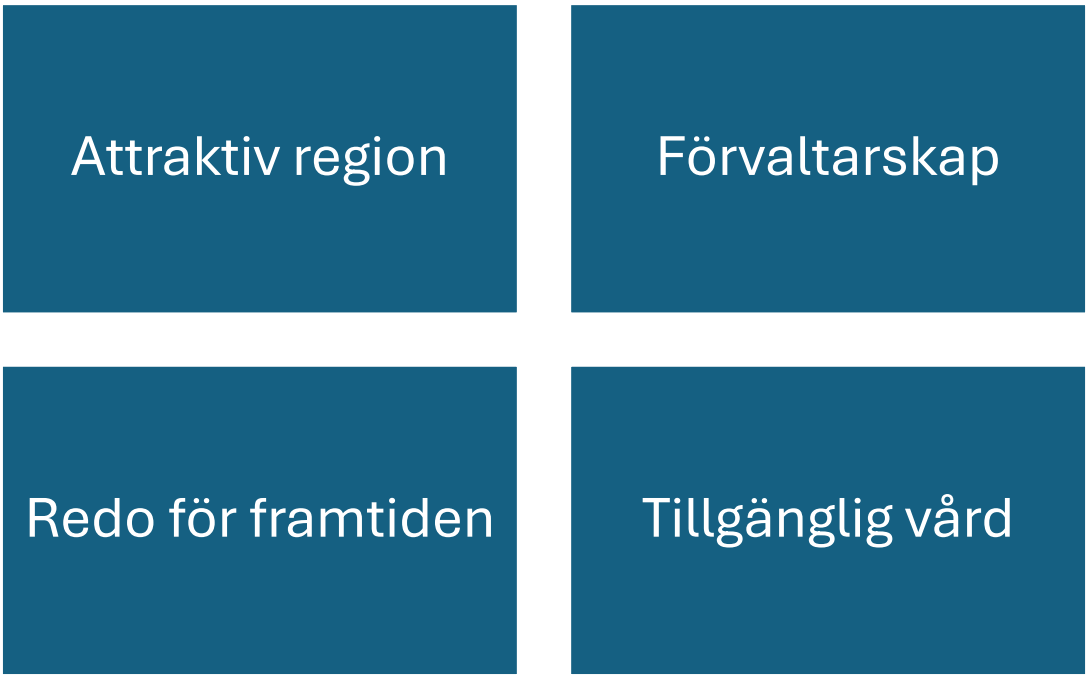
Hälsa börjar långt innan en patient når vården. Därför föreslår vi att stödet till folkhälsoorganisationer ökas och att friskvårdsbidraget för regionens medarbetare höjs. Medarbetarnas välmående är avgörande för att vård och omsorg ska hålla hög kvalitet över tid.

Kristdemokratisk politik bärs av värderingar: ansvar, människovärde, solidaritet och förvaltarskap. Dessa värden är inte modeord – de är kompasser. I en osäker värld håller vi fast vid det som är hållbart och riktigt. Vi formar en politik för framtiden, men alltid med människan i centrum.

Kristdemokraternas regiongrupp
i Region Jönköpings län

I årsredovisningen beskrivs Region Jönköpings läns breda verksamhet och resultat. Olika strategier och program beskriver hur verksamheten bedrivs och samordnas för länets utveckling och för att skapa ett bra liv i en attraktiv region. Budget 2026 med flerårsplan för 2027–2028 lägger fokus på prioriteringar, uppdrag och mätetal för de kommande åren.

Fokusområden för Region Jönköpings län 2026



1. Fokusområde: Attraktiv region

Region Jönköpings läns regionala utvecklingsuppdrag ska skapa förutsättningar för arbete, företagande, utbildning, bra kommunikationer samt ett rikt fritids- och kulturliv som ger alla länsbor förutsättningar för ett bra liv och god hälsa. Det ska också bidra till att människor vill söka sig till och stanna i länet.

Det regionala utvecklingsansvaret. Regional utveckling berör hela samhället och omfattar en bredd av frågor såsom folkhälsa, utbildning, miljö, kultur, kommunikation, infrastruktur, landsbygds- och stadsutveckling, digitalisering, innovationer, grön omställning med mera. Där människor väljer att leva finns behov av hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, utbildning och kultur. För att näringslivet ska kunna bidra med skattemedel behöver företagen kunna hitta rätt medarbetare och utvecklas. Människor behöver gemenskap, tillgång till kultur och en god livsmiljö för att trivas. Sambandet mellan de olika delarna är starkt och allt hänger ihop.

Det är utifrån och med kännedom om lokala och regionala förutsättningar utveckling blir mera gynnsam. I den regionala utvecklingsstrategin (RUS:en) finns visionen, målen och de övergripande strategierna. Visioner, planer och strategier är viktiga men då förändringar sker hela tiden finns också ett behov av handling här och nu utifrån nuläget.

Prognosen för Jönköpings läns befolkning visar att andelen barn och unga kommer blir mindre medan andelen äldre kommer bli större under de kommande åren. Det är dessutom en skev fördelning geografiskt där antalet invånare i den norra länsdelen väntas öka med 4,1 % under åren 2025–2034 samtidigt som antalet invånare i den östra och södra länsdelen väntas minska med 1 respektive 1,6 % under samma period.

Utvecklingen utmanar ekonomin och sätter press på välfärden. Region Jönköpings län behöver ta en mer aktiv roll i arbetet för den regionala utvecklingen, för att skapa förutsättningar för utveckling i alla delar av länet och för att öka samarbetet i syfte att hela länet ska ha bättre förutsättningar när vi jobbar tillsammans.

Näringsliv och arbetsmarknad. En förutsättning för länets långsiktigt hållbara utveckling är länets företag. De bidrar med sysselsättning för invånarna och skattemedel till välfärden. Länets näringsliv har relativt sett lågt kunskaps- och teknologiinnehåll i produkter och tjänster, en låg digital transformationstakt och en lägre grad av hållbarhetsdriven näringslivsutveckling. Flera olika insatser behövs för att stärka näringslivets hållbara tillväxt och ökade konkurrenskraft. Genom att ta en mer aktiv roll i näringsutvecklingen i länet kan Region Jönköpings län bidra med att binda samman olika branscher och bidra med kunskapsutvecklande insatser.

En stark tillverkningsindustri är av fortsatt stor betydelse för länet, men en breddning av näringslivsstrukturen är en viktig faktor för länets fortsatta utveckling. Därför måste nya näringar och affärsmöjligheter stödjas och stimuleras för att kunna växa. Länet är i stort behov av såväl fler högteknologiska tillverkningsföretag som mer kunskapsintensiva tjänsteföretag. Även nyföretagandet behöver stärkas. Företagsamheten behöver bli mer diversifierad och präglad av mångfald. Möjligheten till framgångsrikt företagande på landsbygden behöver stärkas. Genom att inom Region Jönköpings län utveckla funktionen för samordning av kommunernas näringslivsarbete kan kontaktvägarna för näringslivet förenklas och förutsättningar för ett mer effektivt resursutnyttjande skapas. De resurser det kan handla om är allt ifrån mark till kompetens och kapacitet för digital omställning.

Dessutom kan samordningen bidra till att attrahera företagsetableringar och finansiella investeringar samt till att företag stannar kvar i länet.

Jönköping University är en viktig motor för ökad kompetens samt forsknings- och innovationskapacitet. Framväxande kluster och innovationsmiljöer kan bidra till en långsiktigt hållbar näringslivstillväxt i hela länet. Jönköpings län har en stolt tradition av entreprenörskap. Innovations- och förändringskraften i länet har länge varit synonymt med ett starkt och livskraftigt näringsliv. Region Jönköpings län ska vara delaktig i att tillsammans med forskningsinstitutioner utveckla formerna för att tillämpa aktuell forskning, utveckla forskningsinsatser eller testbäddar i arbetet med den regionala utvecklingen. Ett större fokus ska läggas på medicinsk teknisk utveckling och Region Jönköpings läns egna verksamheter ska till en större grad än idag användas för olika former av testbäddar.

För att kunna hantera näringslivets och välfärdens utmaningar är förmågan att attrahera och rekrytera samt behålla och utveckla kompetenser helt avgörande. Bristen på lämplig arbetskraft utgör det främsta tillväxthindret i länet. Både näringsliv och offentlig sektor har problem med jobbmatchningen eftersom det är svårt att rekrytera rätt kompetens. Som regionalt utvecklingsansvarig aktör har Region Jönköpings län ett särskilt ansvar för att stärka den regionala kompetensförsörjningen genom att arbeta för en väl fungerande arbetsmarknad, kompetensutveckling och därigenom bidra till en varaktigt ökad sysselsättning.

Den fastställda *Plan för regional kompetensförsörjning 2024–2028* utgör en grund och riktning för insatser som ska stärka det regionala kompetensförsörjningsarbetet. Det finns lokala överenskommelser mellan länets kommuner och Arbetsförmedlingen kring kompetensförsörjning och minskad arbetslöshet. Region Jönköpings län ska sluta en liknande överenskommelse med Arbetsförmedlingen kring den regionala kompetensförsörjningen.

Utländsk arbetskraft är en tillgång möjlighet men språkkunskaper och regelverk ett hinder. Integration är en förutsättning för att Jönköpings län ska nå den tillväxt och utveckling som förutsätts i den regionala utvecklingsstrategin, men också en förutsättning för ett mer jämlikt och socialt inkluderande samhälle. Genom väl fungerande valideringsmöjligheter kan vägen till ett jobb förkortas betydligt. Strukturerna för sådan validering måste vara effektiva för att öka möjligheten att tillvarata alla länsinvånares potential och kompetens.

Upplevelser och kultur. Jönköpings län ska vara den bästa platsen att besöka, växa upp, bo, leva, verka, åldras på och flytta till. Det ska vara en livsmiljö som ger möjligheter att kombinera ett bra boende med bland annat ett rikt kulturliv, god utbildning, arbete, service, god hälsa, omsorg och fritid. En livsmiljö som människor lockas till attraherar ännu flera. Besöksnäringen är en viktig del av länets näringsliv. Turism och besöksnäring skapar sysselsättning, konsumtion, attraktivitet och tillväxt. Näringen bidrar till lokal och regional utveckling, investeringar, service, bevarande och utveckling av natur- och kulturmiljöer samtidigt som den stärker attraktionskraften. Den är också en näring som sysselsätter många av länets unga och utrikes födda, och som i jämförelse med många andra branscher har en mer jämställd struktur.

För att stärka länets attraktivitet behövs mer samverkan på fler nivåer, såväl mellan länets kommuner och Region Jönköpings län, mellan civilsamhället och det offentliga, och mellan vårt län och andra län. Eftersom länets attraktivitet inkluderar hela Region Jönköpings läns alla ansvarsområde behöver ett större fokus läggas på att hela organisationen tydligare ser

sambanden och hur de olika delarna hör ihop och därmed gemensamt jobbar för att målen i den regionala utvecklingsstrategin ska uppnås. Region Jönköpings län ska stötta projekt inom platsutveckling för att stärka såväl specifika orters attraktionskraft som länets övergripande varumärke. Smålands Turism, som idag är ett helägt bolag av Region Jönköpings län, ska avvecklas som bolag och bli en del av regional utveckling. På så sätt kan samordningseffekter uppnås.

Kulturen bidrar till folkhälsa, livskvalitet och samhällsgemenskap. Den medverkar till innovationer, främjar livslångt lärande och erbjuder mötesplatser. Den ger oss både mening i nuet, bär våra historiska rötter och föder visioner för framtiden. Att kunna delta i och utöva kultur är en del av de mänskliga rättigheterna, och kulturen ska kännetecknas av mångfald och tillgänglighet för alla.

Att fler barn och unga ska få ta del av kulturen är viktigt. Kultur för och med barn och unga ska prioriteras. Det handlar både om möjligheten att utöva och att ta del av olika former av kultur. Målet är att Jönköpings län ska vara det ledande barnkulturlänet i Sverige och på sikt ett nationellt center för barnkultur.

Kulturen ska vara tillgänglig. Både när det gäller geografiska avstånd och inkludering. Smålands Musik och Teater, som är Region Jönköpings läns egen verksamhet, har ett viktigt uppdrag i att vara synlig i hela länet och samverka med många olika lokala och regionala aktörer. Detta gäller även de andra regionala kulturverksamheterna som helt eller delvis finansieras genom kultursamverksansmodellen så som Arkiv Jönköpings län, Jönköpings läns museum, Riksteatern Jönköpings län, Vandalorum och Sharemusik and performing art. Det är tillsammans som länets kulturaktörer, kommuner, folkbildning, myndigheter, region, civilsamhälle och andra organisationer kan skapa ett levande och inkluderande kulturliv för fler. Kulturens ställning i Region Jönköpings län och i länet ska stärkas och få en mer synlig och framstående plats.

Utbildning. Målsättningen för Region Jönköpings läns naturbruksskolor, Stora Segerstads naturbrukscentrum och Tenhults naturbruksgymnasium, måste alltid vara att utbildningen håller hög kvalitet och att andelen elever som når gymnasieexamen ökar. För att uppnå detta behöver den pedagogiska kompetensen upprätthållas så att samtliga tillsvidareanställda lärare inom gymnasiegemensamma ämnen har lärarlegitimation.

Naturbruksskolorna är viktiga för länets kompetensförsörjning och för de gröna näringarnas utveckling. Skolorna ska vara ledande inom sina områden och det ska ske ett kontinuerligt utvecklingsarbete i syfte att bidra till de gröna näringarnas utveckling. Långsiktigt är ambitionen att utveckla skolorna till reella kompetenscentrum för de gröna näringarna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv.

Folkbildningen i form av bibliotek, folkhögskolor och studieförbund är centrala delar av det livslånga lärandet och demokratin. De erbjuder mötesplatser och kan ge personer en andra, och inte sällan annan, chans. Folkhögskolornas frihet att utforma sina kurser och möjligheten att göra anpassningar utifrån deltagares förkunskaper, intressen och behov spelar en viktig roll när det gäller att ge fler tillgång till vidare studier samt att möta människors unika behov och förutsättningar. Studieförbundens och folkhögskolornas del i Region Jönköpings läns ansvar för demokrati, livslångt lärande och kompetensförsörjning ska långsiktigt stärkas genom ett närmare samarbete mellan aktörerna. Studieförbunden och folkhögskolorna i länet som inte drivs av Region Jönköpings län ska på tydligare sätt vara en samarbetspartner till Region Jönköpings län när det gäller kompetensutveckling och lärande.

Trafik. Kollektivtrafiken ska ge fler människor möjligheten att på rimlig tid och till rimlig kostnad ta sig till olika platser utan att använda bil. Kollektivtrafiken är en del i att länet är en attraktiv plats att bo på. Den ska skapa sammanhängande studie- och arbetsmarknader, ett hållbart och inkluderande samhälle, och ska erbjuda friheten att välja att resa utan biläkande. Att det ska vara enkelt att resa kollektivt slås fast i det regionala trafikförsörjningsprogrammet för Jönköpings län. Enkelheten ska omfatta såväl avgifter och betalsystem, som planering av resa och möjligheten att se olika resealternativ. Under 2026 ska en ny biljett- och prismodell införas där de olika zonerna görs om till en enda zon för hela länet med längre giltighetstid för biljetterna samt färre biljettprodukter. Syftet är att göra det enklare för resenärerna och billigare för de som reser längre både i tid och avstånd. Som en del i arbetet med att Jönköpings län ska vara bästa plats att växa upp på höjs också åldersgränsen för när barn kan åka kostnadsfritt tillsammans med en vuxen till 10 år.

Ett av kollektivtrafikens syften är att göra det möjligt att resa i hela länet och binda ihop de olika delarna av länet till en helhet och ett rundare län. På så sätt kan arbetsmarknaden förstoras, arbetspendlingen underlättas och fritidsresor mellan olika delar av länet möjliggöras. För att kunna erbjuda kollektivtrafik på landsbygden och där resenärsunderlaget är lägre införs under 2026 kollektivtrafik on-demand som pilotprojekt på några platser i länet. Under planperioden utvecklas projektet till fler platser.

Samarbetet med kommunerna behöver utvecklas och stärkas. Ett område för samarbete ska gälla samordning av alla samhällsbetalda resor, såsom kollektivtrafik, skolskjuts, sjukresor och färdtjänst. Renodlad skolskjuts för elever till och med högstadiet upphandlas idag av kommunerna och bedrivs inte av Region Jönköpings län genom Länstrafiken. Genom att öppna upp möjligheten för allmänheten att boka plats på skolbussarna kan fler få nytta av bussarna. Speciellt för boende på landsbygden, där utbudet av kollektivtrafik många gånger är begränsat, innebär det fler resmöjligheter. Under 2026 genomförs ett pilotprojekt med mixtrafik för skolskjuts öppen för fler tillsammans med några kommuner i länet. Under planperioden utvecklas projektet till fler platser.

Buss och tåg har olika för- och nackdelar i förhållande till varandra. Tågets främsta fördelar är hög passagerarkapacitet, snabba resor och att resenärerna upplever tågresor som mer bekväma. Tåget har en högre kilometerkostnad, vilket medför behov av en högre beläggning. Bussen är i motsats till tåget flexiblare, billigare och kan komma närmare resmålet. Bussen har normalt sett en lägre medelhastighet och passagerarkapacitet samt konkurrerar om utrymmet med övrig vägtrafik. Inom Krösatågen har det de senaste åren varit problem med tillgängligheten framför allt på dieselfordon på grund av att fordonsflottan är äldre och i stort behov av underhåll. Samtidigt är underhållsbehovet på järnvägslinjerna i Jönköpings län stort.

Som ansvarig för kollektivtrafiken i länet krävs det att Region Jönköpings län följer med i utvecklingen och anpassar trafiken till nya möjliga lösningar. Potentialen i ny teknik och den digitala utvecklingen behöver tas tillvara med utgångspunkt i invånarnas behov. Under 2026 initieras ett uppdrag för planperioden kring mobilitetslösningar och AI inom kollektivtrafiken.

Infrastruktur. En förutsättning för att hela länet ska leva, ekonomin utvecklas och mänskliga kontakter blomstra är ett väl fungerande system av infrastruktur. Ett system bestående av vägar, järnvägar, flyg och digital kommunikation. Idag möjliggör den tekniska utvecklingen oss att arbeta och bo varsomhelst – i teorin. I verkligheten utgör brister i infrastrukturen stora hinder.

För att skapa förutsättningar för att nå målen i den regionala utvecklingsstrategin krävs en utveckling av infrastrukturen i länet. För att klara målen behöver det ske en förflyttning av transporter från väg till järnväg. Även de befintliga vägarna behöver underhållas och utvecklas för att bibehålla hög säkerhet och underlätta alla former av miljövänliga transporter på väg. För att möjliggöra hållbar mobilitet över längre sträckor i hela länet behöver samarbetet utvecklas för att få till stånd ett system med bytespunkter där pendlare kan byta mellan kollektivtrafik och andra transportmedel.

På vilket sätt den regionala tågtrafiken ska utvecklas avgörs både av Region Jönköpings läns ambitioner samt av banornas tekniska standard och planerna på upprustning och utveckling. Behov av underhåll på järnvägslinjerna i Jönköpings län är stort, Södra stambanan behöver hålla hög kvalitet och de regionala tågbanorna behöver rustas upp.

Attraktiv arbetsgivare. Region Jönköpings läns över 11 000 medarbetare är och kommer alltid vara den största och viktigaste resursen. Medarbetarna ska ha en arbetsplats där de trivs, känner sig uppskattade och får möjlighet att utvecklas. Bättre arbetsmiljö ska alltid vara prioriterat i Region Jönköpings läns arbete för att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplats. Friska, nöjda medarbetare som trivs på sin arbetsplats är en avgörande faktor. Arbetet med friskfaktorer är en tydlig framgångsfaktor.

Även om antalet medarbetare i Region Jönköpings län totalt sett har ökat finns utmaningar och det är svårt att rekrytera inom vissa verksamheter och områden. Då förutsättningarna att lyckas rekrytera och behålla personal kan skilja mellan olika verksamheter och geografiska områden måste det finnas en öppenhet för riktade satsningar i områden med bemanningsutmaningar.

I arbetet med ständiga förbättringar och klok resursanvändning krävs en öppenhet för nya arbetssätt. Medarbetarna ska aktivt stöttas i denna utveckling och vara delaktiga med stor möjlighet till inflytande.

Det är viktigt att arbetet med strategisk kompetensplaneringen fortsätter. Detta är Region Jönköpings läns gemensamma arbetssätt för att ta reda på om de resurser som finns möter invånarnas behov idag och i framtiden. Med utgångspunkt i analysen arbetar chefer och verksamheter på olika nivåer i organisationen med aktiviteter och åtgärder för att möta kompetensbehovet på lång och kort sikt.

Region Jönköpings län ska arbeta för att uppnå en god grundbemanning inom hälso- och sjukvården och skapa förutsättningar för att samtliga anställda ska ha ett hållbart arbetsliv och med särskilt fokus på att all personal ska kunna arbeta heltid. Ett hållbart arbetsliv där det ska vara möjligt att orka arbeta ett helt yrkesliv, möjligt att kunna kombinera arbetslivet med ett fungerande familjeliv och fritid. Möjligheten ska också finnas för de som vill att jobba längre. På så sätt säkerställs också generationsväxlingar.

För att lägga i ytterligare en växel i arbetet med att vara en attraktiv arbetsgivare vidtas ett nytt paket av åtgärder till gagn för medarbetarna. Friskvårdsbidraget höjs från 2 200 kr till 3 500 kr per medarbetare och år. Seniora medarbetare som fortsätter arbeta kvar efter 67 års ålder ska erbjudas en premie på upp till 75 000 kr per år som tillägg till grundlönen. På så sätt skapas en viktig möjlighet för Region Jönköpings län att behålla värdefull kompetens i verksamheterna, även efter pensionsåldern.

Med bemanningskrisen i vården har också beroendet av bemanningsföretag vuxit sig allt starkare. Fördelarna med egen fast personal, som trivs på sitt arbete, är många. Inte minst

när det gäller kontinuiteten för både medarbetare och patienter. Arbetet med att minska kostnaderna för hyrbemanning fortsätter och under mandatperioden ska kostnaderna av hyrbemanning minska till 1 procent av lönekostnaderna. I verksamheternas kompetensplaner ska det framgå vilka åtgärder som genomförs för att säkra kompetensförsörjningen och minska beroendet av hyrbemanning.

Chefer behöver få rätt förutsättningar för att kunna utöva ett hållbart, närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap och nå verksamhetens uppsatta mål.

Uppdrag och verksamhetsförändringar 2026 – Attraktiv region		**Uppdrag till**
Näringsliv och arbetsmarknad		
1.1.	Ta fram en regional överenskommelse (RÖK) mellan Region Jönköpings län och arbetsförmedlingen för en långsiktig varaktig försörjning och sysselsättning i länet.	ANA
1.2.	Årligen tillhandahålla bedömning av länets kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt som underlag för kompetensförsörjningsinsatser.	ANA
1.3.	Utveckla funktionen för samordning av kommunernas näringslivsarbete.	ANA
Upplevelser och kultur		
1.4.	Ta initiativ för att Jönköpings län ska vara det ledande barnkulturlänet i Sverige och på sikt ett nationellt center för barnkultur.	ANA
Trafik		
1.5.	Under 2026 initieras ett uppdrag för planperioden kring mobilitetslösningar och AI inom kollektivtrafiken.	TIM, ANA, RS
1.6.	Inför en ny biljett- och prismodell där de olika zonerna görs om till en enda zon för hela länet med längre giltighetstid för biljetterna samt färre biljettprodukter.	TIM
1.7.	Gränsen för fria resor för barn höjs till 10 år.	TIM
1.8.	Inför kollektivtrafik on-demand under 2026 som pilotprojekt på några platser i länet. Under planperioden utvecklas projektet till fler platser.	TIM
1.9.	Genomför ett pilotprojekt under 2026 med mixtrafik för skolskjuts öppen för fler tillsammans med några kommuner i länet. Under planperioden utvecklas projektet till fler platser.	TIM
1.10.	Starta en bussförbindelse Eksjö-Sävsjö-Värnamo.	TIM
Infrastruktur		
1.11.	Aktivt driva påverkansarbete för att öka kapaciteten på järnvägsnätet och trafiksäkerheten på viktiga vägsträckor i länet.	TIM
Attraktiv arbetsgivare		
1.12.	Alla medarbetare ska i slutet av 2026 ha en plan för och möjlighet till relevant och kontinuerlig kompetensutveckling.	RS
1.13.	Höj friskvårdsbidraget till 3 500 kr per medarbetare och år.	RS

1.14.	En premie på upp till 75 000 kr per år införs för seniora medarbetare.	RS

Mätetal

- Publik Smålands Musik och Teater. Målvärde 85 000
- Publik vid föreställningar för barn och unga. Målvärde 35 000
- Publik i länet (exklusive Kulturhuset Spira). Målvärde 30 000
- Sökande per utbildningsplats (folkhögskolan). Målvärde 1,5
- Antal antagna i förhållande till antal elever som slutar årskurs 9 i länet (Naturbruksskolorna). Målvärde 3%
- Fyllnadsgrad platsorganisation för naturbruksprogrammet avseende gymnasieskola och anpassad gymnasieskola. 100%
- Andel elever som når en gymnasieexamen inom 3 år. Målvärde 100%
- Andel deltagare som slutför utbildning på allmän kurs på våra folkhögskolor. Målvärde 100%
- Andel elever som nått målen för gymnasieexamen. Målvärde 100%
- Andel behöriga lärare. Målvärde 100%
- Andel nöjda NKI – allmän trafik – alla länsbor. Målvärde 60%
- Andel nöjda NKI – allmän trafik – resenärer. Målvärde 70%
- Andel nöjda NKI – serviceresor. Målvärde 85%
- Antal resor. Målvärde 25 000 000
- Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader) ska minska. Målvärde 2%
- Andel heltidsanställda. Målvärde 91%
- Sjukfrånvaro. Målvärde 5,5%
- Arbetstillfredsställelse. Målvärde 85%
- Andel chefer med färre än 35 medarbetare. Målvärde 100%

2. Fokusområde: Förvaltarskap

Vi har ett ansvar både att bevara det vi fått av föregående generationer och att sedan lämna över det till våra barn och barnbarn. Ett gott förvaltarskap handlar både om att ta hand om klimatet och miljön, och att ta hand om ekonomin, vår kultur, våra institutioner och våra medmänniskor. Förvaltarskap handlar om att vårda och utveckla. För att utvecklingen ska vara hållbar måste hållbarhet uppnås inom alla tre hållbarhetsdimensioner – ekologisk, social och ekonomisk. Region Jönköpings ska alltid vara beredd att ompröva beslut och se både det som är bra, och våga se det som fungerar mindre bra.

Ekonomi. Region Jönköpings län har en stark och stabil ekonomisk grund som skapats genom ett långsiktigt ansvarstagande. De senaste åren har Region Jönköpings län blivit mer och mer beroende av statliga bidrag, i olika former, för att klara en budget i balans. Utifrån kostnadsutvecklingen inom framför allt hälso- och sjukvården och kollektivtrafiken krävs det kostnadskontroll och krav på finansiering för att nå ekonomi i balans och för att investeringar över tid ska kunna finansieras med egna medel. För att säkerställa en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och hög kvalitet krävs en fortsatt tydlig prioritering av välfärdens verksamheter.

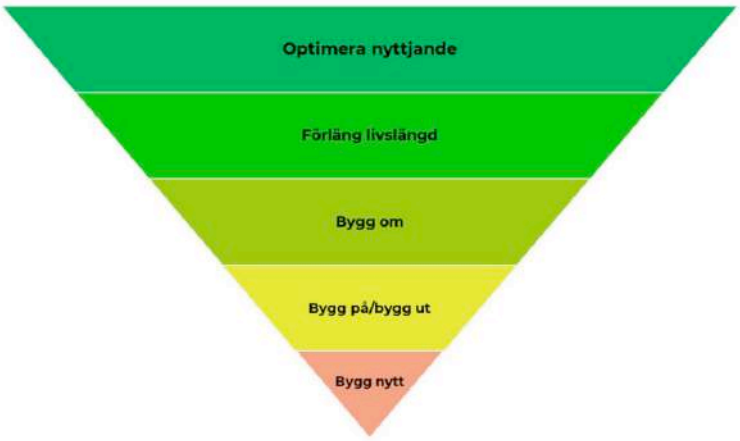
Region Jönköpings läns verksamheter ska inte kostar mer än vad som kan finansieras genom skatteintäkter och statsbidrag. Det ekonomiska resultat ska vara på en nivå där såväl konjunktursvängningar, oförutsedda händelser och framtida åtaganden kan klaras. Det handlar om att klara pensionsåtaganden gentemot personalen, investering och finansiering i all verksamhet som Region Jönköpings län ansvarar för.

Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. För att bedöma Region Jönköpings läns kostnadseffektivitet är det viktigt med jämförelser med övriga regioner. Inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

Region Jönköpings län ska ständigt arbeta med förbättringar och med att fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter i sina verksamheter. Ett genomgripande arbete behöver göras i hela organisationen för att minska onödig administration. Det handlar om att skapa smarta och effektiva processer samt att minska dubbelarbete i vardagen. Det handlar också om att identifiera arbetsuppgifter som kanske kan göras på annat sätt för att på så vis frigöra administrativ tid. I detta arbete behöver politiken göra sin del. Personal- och upphandlingsdelegationerna samt demokratiberedningen bedöms ha begränsad nytta och är exempel på sådant som driver fram onödig politikerskapad administration. Under 2026 ska inget arbete bedrivas och inga sammanträden hållas i de nämnda organen. Därmed finns inget behov av att tillföra ytterligare resurser för administrativa tjänster i förvaltningsorganisationen. På sikt bör de nämnda organen avvecklas.

Det krävs återhållsamhet och prioriteringar för att Region Jönköpings läns i detta läge ska kunna fortsätta ha en stark och stabil ekonomi med ett långsiktigt ansvarstagande för kommande generationer. Region Jönköpings län står inför stora investeringar de kommande åren. I en orolig tid och stora förändringar är det samtidigt viktigt att säkerställa att varje

investering är noga granskad utifrån en nyttoprincip och ett resurseffektivt byggande. För att uppnå detta ska riktlinjerna för investeringsprocessen klargöras under 2026.



Källa: Byggföretagen

Social hållbarhet. Alla människor kan bidra till ett samhälles utveckling. Frågan är hur detta kan ske, inte om det ska ske. Genom att se alla människors möjligheter och potential skapas en verklig samhällsgemenskap. Region Jönköpings län ska vara en socialt hållbar organisation, med människors lika värde i centrum. Alla invånare ska erbjudas likvärdig vård och medborgarservice, utifrån sina rättigheter. Region Jönköpings läns välfärdstjänster ska vara tillgängliga för alla, ingen invånare ska lämnas utanför. En förutsättning för likvärdighet är kunskap om bristerna, exempelvis omotiverade skillnader mellan kvinnor och män. Analyser behöver göras löpande. Därtill ska verksamheter och arbetsplatser aktivt främja integration och inkludering.

Möjligheterna för nyanlända och utrikes födda att snabbare komma i arbete genom effektivare validering och språkträning i samverkan med utbildningsaktörer och arbetsgivare ska stärkas. Folkbildningen – våra folkhögskolor och studieförbund – spelar en viktig roll i detta arbete. Samarbetet med dessa aktörer ska därför fördjupas för att fler ska få möjlighet till utbildning, delaktighet och ett livslångt lärande.

Det pågår arbete med att undersöka behovet av samordnad språkutbildning för sjukvårdspersonal inom kommuner och Region Jönköpings län i syfte att öka integrationen. Detta är ett viktigt arbete. Språket är nyckeln in till arbetsmarknaden och en nyckel för ett gott patientsäkert arbete.

Civilsamhället är avgörande för samhällsgemenskapen och den sociala hållbarheten. Det ska vara en självklarhet i hela Region Jönköpings läns organisation att ständigt stärka och utveckla samt tydliggöra formerna för samverkan med civilsamhället. De kommande åren kommer kraven höjas och ett bredare perspektiv kommer att tas kring socialt ansvarstagande för att ge fler människor möjlighet att delta och bidra i samhället och för att ge personer långt ifrån arbetsmarknaden en väg in i arbete. Partnerskapet med civilsamhället ska tydliggöras och civilsamhällets olika aktörer ska ges en större möjlighet att bidra till Region Jönköpings läns uppdrag, bland annat genom att fler idéburna offentliga partnerskap tecknas.

Region Jönköpings län har ett tydligt mål om att länet ska vara den bästa platsen att växa upp och åldras på. Ett gott förvaltande respekterar tidigare generationers arbete och kommande generationers arv. I tider med sämre ekonomiska förutsättningar är det extra viktigt att ha fokus på barn och unga, och äldre.

Miljö och klimat. Tillsammans behöver vi kraftsamla i länet för att öka takten i klimatomställningen och miljömålsarbetet. Detta avgörande arbete måste ske i samklang med målen om god tillväxt i företagen och tillsammans med länets kommuner. Målet är att vi ska minska vår klimatpåverkan och bidra till att länet klarar sin koldioxidbudget.

För att Region Jönköpings län ska bidra till Parisavtalets mål krävs en snabbare utsläppsminskning – enligt länets koldioxidbudget behöver växthusgasutsläppen minska med cirka 18 procent per år.

Länets största utmaningar finns inom transportsektorn där persontransporter står för den största delen följt av tunga transporter med lastbil. Därför behövs insatser för att främja elektrifieringen av transporter och den gröna omställningen i näringslivet. Samtidigt behöver den direkt påverkbara klimatpåverkan – till exempel från kollektivtrafik, el och värme till fastigheter, jordbruk, medicinska gaser, tjänsteresor med egna fordon, samt godstransporter – fortsätta minska. Som ansvarig för den regionala utvecklingen behöver även omställningen inom näringslivet stödjas, cirkulär ekonomi främjas och samverka med kommuner och civilsamhälle för att öka klimatanpassningen i både stad och landsbygd.

Mycket av den gröna omställningen kan enbart ske långsiktigt i ett större sammanhang, men vi behöver också göra förändringar i vardagen. Som arbetsgivare ska Region Jönköpings län stimulera och underlätta för våra medarbetare att välja hållbara resealternativ för arbetspendling och underlätta för patienter att välja hållbara resealternativ till vårdinrättningar. Från 2026 ska patienter erbjudas kostnadsfria kollektivtrafikresor vid kallelse till hälso- och sjukvården. Det är inte ett erbjudande som alla patienter kan eller kommer vilja använda, men för några kan det sänka tröskeln att åka kollektivtrafik och därmed bidra till att minska klimatpåverkan.

Upphandling är en strategiskt viktig fråga för Region Jönköpings län. Som stor kund kan Region Jönköpings län genom upphandlingar påverka utbudet på marknaden i en hållbar riktning. Sociala hållbarhetskrav och mer långtgående miljökrav ställs och ska fortsätta ställas i prioriterade upphandlingar. Genom samverkan med länets kommuner när det gäller gemensamma upphandlingar kan effekterna bli ännu större och goda initiativ spridas. Både när det gäller klokt resursutvecklande och bättre service till länsinvånarna. Region Jönköpings län ska också möjliggöra för små och medelstora aktörer, inte minst på landsbygden, samt den idéburna sektorn att konkurrera om Region Jönköpings län avtal när det är relevant. Under planperioden 2026–2028 ska arbetet med strategiska upphandlingar utifrån de tre hållbarhetsdimensioner – ekologisk, social och ekonomisk intensifieras. Vid inköp av livsmedel ska i första hand väljas livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav och som är ekologiskt producerade, i andra hand livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav, i tredje hand livsmedel som är ekologiskt producerade och i sista hand konventionellt producerade livsmedel. Bland livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav bör vi prioritera livsmedel producerade i länet. För att kunna öka andelen närproducerade och svenskproducerade livsmedel behöver upphandlingsriktlinjer ses över.

Region Jönköpings län ska möjliggöra en hållbar tillväxt och resurseffektivitet utifrån ett helhetsperspektiv samt bidra till cirkulär ekonomi där returflöden skapas och material tas tillvara. Andelen cirkulära materialflöden ska öka, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. Byggprocessen ska utvecklas så att klimatpåverkan tydligare beaktas i tidiga skeden, bland annat genom ökat inslag av trä och andra klimatsmarta konstruktioner.

Uppdrag och verksamhetsförändringar 2026 – Förvaltarskap		Uppdrag till
Ekonomi		
2.1.	Vidta åtgärder och aktiviteter för att uppnå ekonomisk balans 2026.	RS
2.2.	Under 2026 inte bedriva något arbete och inte hålla några sammanträden i personaldelegationen, upphandlingsdelegationen och demokratiberedningen.	RS
2.3.	Under 2026 klargöra riktlinjerna för investeringsprocessen utifrån en nyttoprincip och resurseffektivt byggande.	RS
Social hållbarhet		
2.4.	Stärk samverkan med den idéburna sektorn med mål om att fler Idéburna offentliga partnerskap (IOP) ska tecknas.	RS
2.5.	Öka möjlighet till praktik och feriejobb	RS
2.6.	Under 2025 undersöks behovet av samordnad språkutbildning i länet. Utifrån detta ska en eventuell handlingsplan tas fram.	RS
Miljö och klimat		
2.7.	Utveckla samverkan med länets kommuner och andra regioner när det gäller gemensamma upphandlingar där det kan skapa klokt resursutnyttjande och bättre service till länsinvånarna.	RS
2.8.	Se över upphandlingsriktlinjer i syfta att öka andelen närproducerade och svenskproducerade livsmedel.	RS
2.9.	Minska klimatpåverkan från privata resor genom att erbjuda kostnadsfria kollektivtrafikresor vid kallelse till hälso- och sjukvården.	RS

Mätetal

- Ekonomi i balans.
- Prognos. Målvärde inte överstiga budget
- Idéburna offentliga partnerskap. Målvärde fler än föregående år
- Klimatpåverkan kapitalförvaltning, ton CO2e/mnkr av portföljens innehavs totala omsättning. Målvärde 3,9
- Köpt energi (kWh/m2). Målvärde 145 kWh/m2
- Andel förnybart drivmedel – dieseldrivna tåg. Målvärde 20%
- Klimatpåverkan från direkt påverkbara utsläpp. Målvärde -25%
- Klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar (ton koldioxidekvivalenter). Målvärde -15%
- Andel ekologiska livsmedel. Målvärde 65%
- Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare. Målvärde 0,100 ton koldioxid/årsarbetare
- Andel svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg. Målvärde 95%

3. Fokusområde: Redo för framtiden

Framtiden är oviss och omvärlden är orolig. För att kunna möta morgondagens utmaningar måste Region Jönköpings läns verksamheter präglas av robusthet. Att tänka nytt genom forskning, utveckling och innovationer är en nyckel till framgång i detta avseende. Det stärker både hälso- och sjukvården och den regionala utvecklingen. Utgångspunkten är att arbeta med det som skapar värde för invånarna inom hälso- och sjukvård och regional utveckling. Förändringar i omvärlden kräver samtidigt att samhällets förmåga att förebygga, motstå och hantera krissituationer stärks. Befolkningsutvecklingen fram till 2035, med kraftigt ökad andel som är 80 år och äldre, ställer krav på förnyade arbetssätt som kan underlättas av digitalisering och ny teknik.

Innovation. Både näringslivsdriven innovation och offentligt driven innovation kommer vara allt viktigare de kommande åren. Förändringstakt är hög och tekniska innovationer driver utvecklingen mot mera automatisering, AI och digitalisering.

Företagen ställs inför nya utmaningar på en internationell arena och utsätts för en allt hårdare konkurrens. Inom hälso- och sjukvård är e-hälsa expanderande område med stora kvalitetsvinster för den enskilda patienten och nyttor för verksamheten.
Det behövs ett ökat fokus på att utvärdera och implementera nya innovativa teknologier för att stärka länets och Region Jönköpings läns attraktivitet och utveckling. För att klara välfärdens uppdrag framöver är detta avgörande.

Genom smart digitalisering kan både kvaliteten höjas och vården och andra verksamheter effektivisera. AI kan förbättra kollektivtrafikplanering och digital vårdkontakter kan möjliggöra vård för fler. Regionens verksamheter ska i större utsträckning än idag användas som potentiella testbäddar för medicinteknisk innovation – i samverkan med akademi och företag.

Forskning. Forskning är en betydande del i utvecklingsarbete. Region Jönköpings län bedriver mycket forskning och har många disputerande medarbetare som bidrar till regionens utveckling, kunskap och innovation, samarbeten och samhällsutveckling.

Kliniska prövningar av läkemedel och medicinteknik generera mer kunskap, ger fler patienter möjlighet att delta i studier och på sikt en bättre sjukvård och hälsa. Fler kliniska prövningar av läkemedel och medicinteknik ska genomföras, framför allt inom samverkan i Sydöstra sjukvårdsregionen. Arbetet för att kunna erbjuda behövligt stöd och strukturer behöver tillta.

Utveckling. Medarbetare ska uppmuntras att utmana det traditionella och identifiera nya behov och lösningar. Lärande och förnyelse ska vara en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att vara lyhörd för idéer och förslag. En stor del av utvecklingsarbete är att våga testa nytt och lära av misstag. Att våga pröva nya lösningar kommer per automatik att medföra misstag. De misstagen är nödvändiga och positiva lärdomar på vägen mot lösningarna.

Digitala verktyg och processer är en väg att nyttja resurser optimalt. För att lyckas med verksamhetsutveckling genom digitalisering behövs resurser för digital infrastruktur, initiala kostnader vid införande och resurser för att upprätthålla förvaltning och fortsatt utveckling. I de fall där aktuell lagstiftning begränsar utvecklingen ska Region Jönköpings län vara aktiv för att ny lagstiftning kommer till där det är önskvärt.

För att på bästa sätt ta tillvara de gemensamma resurserna måste samverkan med andra aktörer öka, framför allt samverkan med länets 13 kommuner. Ett hinder för samverkan mellan region och kommun är idag informationsdelning. Rätt information måste vara tillgänglig vid rätt tillfälle för både invånare och vårdgivare. Informationsdelning minskar risken för att beslut fattas på ett undermåligt informationsunderlag. Speciellt viktigt är detta för de personer som har flera vårdkontakter inom både kommun och region. Därför behöver arbetet för en sammanhållen journalföring mellan vårdgivare prioriteras.

Beredskap. Region Jönköpings län har ett omfattande samhällsansvar inför och under fredstida kriser och höjd beredskap. Parallellt med att öka hälso- och sjukvårdens robusthet och del i det civila försvaret behöver också de andra samhällsviktiga funktionerna som ligger i Region Jönköpings läns ansvarsområde, såsom transporter utvecklas.

I samarbete med regionala aktörer och näringslivet behöver en robust beredskap säkerställas. Ett viktigt område för att skapa en robust beredskap och förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet, även under störda förhållanden, är Region Jönköpings läns lokaler som behöver vara anpassade för de krav som ställs.

Arbetet för att motverka välfärdsbrottslighet behöver förstärkas. Utifrån kartläggning och inventering under 2025 vidtas lämpliga åtgärder 2026.

Uppdrag och verksamhetsförändringar 2026 – Innovation	**Uppdrag till**
Innovation	
3.1. Inarbeta innovationsvänlighet i rutiner för upphandlingar.	RS
Forskning	
3.2. Fler kliniska prövningar av läkemedel och medicinteknik ska genomföras, framför allt inom samverkan i Sydöstra sjukvårdsregionen.	RS
Utveckling	
3.3. Erbjuda fler digitala tjänster som en del av verksamheternas ordinarie utbud.	RS, FS, ANA, TIM
3.4. Intensifiera arbetet med att förenkla och minska antalet administrativa arbetstimmar och ”icke värdeskapande uppgifter” till förmån för patientfokuserat arbete med hjälp av bland annat AI.	RS
3.5. Ett pris för bästa förändringsarbete med hjälp av digitaliseringens möjligheter delas ut årligen.	RS
3.6. Ett pris för ”Årets misslyckande” delas ut årligen.	RS
Beredskap och säkerhet	
3.7. Genomföra beredskapshöjande insatser, bland annat: o Planera och genomför kompetensutveckling, utbildningar och övningar för att stärka Region Jönköpings läns förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig. o Säkerställ god samverkans- och ledningsförmåga vid alla typer av störningar.	RS

	○ Förbättra kapaciteten för omhändertagande av ett stort antal skadade och sjuka i kris- och krigssituationer. ○ Genomföra en fördjupad risk- och sårbarhetsanalys med efterföljande kontinuitetsplanering för att möjliggöra att samhällsviktig verksamhet kan upprätthållas vid störningar.	
3.8.	Säkerställa en robust och uthållig försörjningsberedskap samt fastigheter och lokaler som möter både akuta och långsiktiga behov vid fredstida kriser och ytterst krig.	RS
3.9.	Vidta lämpliga åtgärder för att förstärka arbetet med att motverka välfärdsbrott	RS

Mätetal
- Antal forskarutbildade medarbetare. Målvärde >125 st
- Antal publikationer. Målvärde >150 st
- Antal kliniska prövningar. Målvärde >56 st
- Uppskattad tid för säkerställd samhällsviktig verksamhet vid allvarliga störningar i samhällets funktionalitet. Målvärde >3 månader

4. Fokusområde: Tillgänglig vård

”Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.” Utgångspunkten i planering och genomförande av hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är vad som är bäst för Esther och hennes närstående och vänner. Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva och åldras på med primärvården som den naturliga kontaktpunkten.

Folkhälsa. Nyckeln till att fler kan leva ett gott och friskt liv längre är folkhälsa. Det är viktigt för den enskilda personen, men också ur ett samhällsekonomiskt perspektiv att fler kan leva ett hälsosamt liv. Det ska gälla för alla åldrar, oavsett var i länet man bor och både som sjuk och som frisk. För att främja en hållbar hälso- och sjukvård behöver vi se hälsa som ett helhetsbegrepp där fysisk, psykisk, social och existentiell hälsa samspelar. Den existentiella eller andliga dimensionen – att hitta mening, sammanhang och hopp – är avgörande både för patienters återhämtning och för medarbetares välbefinnande. Medarbetare inom Region Jönköpings län ska därför ha en grundläggande kompetens avseende existentiell hälsa och kunna integrera den i den egna arbetsmiljön och den vård och det stöd som erbjuds patienterna.

Folkhälsoarbetet ska bygga på inkludering oavsett bakgrund, kön eller ålder. Speciellt fokus ska läggas på barn och äldres folkhälsa. Både generella och riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till hälsa, uppväxtvillkor och socioekonomi. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle och ska ständigt utvecklas. I folkhälsoarbetet är både hälso- och sjukvården och verksamheterna inom regional utveckling viktiga. När en invånare behöver hälso- och sjukvård ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Primärvårdens uppdrag ska förtydligas för att betona det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Det finns ett tydligt samband mellan social gemenskap och hälsa. Ofrivillig ensamhet är inte bara ett själsligt lidande. Det ökar också risken för sjukdomar som stroke, hjärtinfarkter, demens och suicid. Ofrivillig ensamhet är en stor hälsoutmaning för hela samhället. Tillsammans med civilsamhället och kommunerna ska Region Jönköpings län utveckla arbetet för att påverka och förändra utvecklingen i rätt riktning. Region Jönköpings län ska även samordna arbetet kring suicidprevention i länet i samarbete med länets kommuner, utifrån den Regionala handlingsplanen.

Region Jönköpings län beviljar årligen stöd till organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i regionen. Bidragen är en viktig stimulans och stöd till civilsamhället för att stödja invånarna att hantera sin hälsa. Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. För att stärka folkhälsoarbetet framöver görs en utökning av bidragen till folkhälsområdet.

Nya samverkansformer med fokus på ett äldrevänligt län och ett äldrevänligt hälso- och sjukvårdssystem för att främja äldres hälsa ska etableras och utvecklas. Behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid och ofrivillig ensamhet ska identifieras och erbjudas.

För barn och unga är det viktigt att öka möjligheterna till aktivitet och gemenskap. Rörelse är en av de viktigaste faktorerna för folkhälsa och ger bättre fysisk och psykisk hälsa både på kort och lång sikt oavsett åldersgrupp. Undersökningar visar att endast två av tio barn når upp till rekommendationen om 60 minuters fysik aktivitet per dag. Detta kan få långtgående

konsekvenser för folkhälsan och samhället. Ett gemensamt krafttag kring barns och ungas hälsa behöver tas av samhällets olika aktörer. Ett systematiskt arbete för att ge barnen mer rörelse i skolan, den naturliga mötesplatsen för barn och unga, kan ge goda förutsättningar för hållbar hälsa, välbefinnande och goda skolresultat. Därför initieras under 2026 en rörelsesatsning i skolan tillsammans med kommuner och föreningar i länet.

Spridningen och utvecklingen av Hälsocenter i länets kommuner underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd. Hälsocenter är en gemensam satsning med länets kommuner och i nära samverkan med invånare, civilsamhälle och föreningsliv. Under 2026 genomförs ett pilotprojekt med syfte att flytta hälsosamtalen från vårdcentralerna till Hälsocenter.

Vaccin är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. Region Jönköpings län behöver ha ett ständigt pågående arbete med att följa upp vaccinationstäckning och vaccination av olika riskgrupper. Folkhälsomyndigheten rekommendationer ska följas och inte ses som en rekommendation utan ett direktiv. Utöver det nationella vaccinprogrammet införs ett samlat vaccinationspaket till länets 70-åringar med vaccin mot influensa, lunginflammation, bältros och påfyllt skydd mot stelkramp, difteri och kikhosta. Sedan december 2024 rekommenderar Folkhälsomyndigheten att alla personer upp till 26 år ska erbjudas avgiftsfri vaccination mot HPV. Under 2025 har Region Jönköpings län valt att inte följa rekommendationen och ett antal män som fyllt 26 år under 2025 har därmed inte erbjudits avgiftsfri HPV-vaccination. Från 1 januari 2026 ska Folkhälsomyndighetens rekommendation följas. Därtill ska de män som under 2025 fyllde 26 år ska i efterhand erbjudas avgiftsfri vaccination under 2026.

Tillgänglighet. Alla invånare har rätt till god och jämlik vård utifrån behov oavsett var i länet man bor. En stor utmaning som hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län fortsatt står inför är arbetet med tillgängligheten. Även om Region Jönköpings län har bland den bästa tillgängligheten i landet finns det fortsatt områden där förbättrings behövs.

Tillgängligheten till 1177 på telefon behöver blir avsevärt bättre snarast. Förslagen i den utredning som gjorts under 2025 ska implementeras under 2026. Dessutom görs en satsning för att stärka kapaciteten och tillgängligheten till sjukvårdsupplysning på telefon riktat mot vårdcentralerna samt deras arbete på närakuterna.

Arbetet för att öka vårdkapaciteten ska intensifieras med syfte att korta väntetider och öka tillgängligheten. Arbetet ska ske i samverkan med kommunerna, andra vårdgivare och grannregioner, framför allt inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

Barn och ungdomspsykiatrin (BUP) har under en längre period haft en kraftig ökning av antalet vårdåtaganden. Det har medfört allvarliga problem med tillgängligheten. För att möta den ökande efterfrågan utreds möjligheterna att starta upp en adhd-mottagning för barn med ”okomplicerad adhd” med Region Hallands mottagning som förebild.

En utmaning för Region Jönköpings läns tre akutsjukhus är att få vårdplatserna att räcka till för de patienter som har behov av vård på sjukhus. I arbetet med vårdplatser är det viktigt att ständigt jobba med beläggningen.

Även tandvården för patienter med särskilda behov ska förbättras genom samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

Nära vård. För att möta framtidens utmaningar inom hälso- och sjukvård behöver omställningen till mer fokus på hälsofrämjande insatser och vård närmare patienten i mer öppen än sluten vård intensifieras och börja ge tydliga mätbara resultat. Både verksamheten och patienterna måste kunna se ett tydligt skifte att vård flyttas närmare patienten och att det finns en trygghet i omställningen. Det kräver god samverkan, ansvar över gränserna, tillitsbaserad styrning, samt en sömlös vård med patienten i fokus. Framför allt är samarbetet med kommunerna en nyckel i arbetet. Genom patientkontrakt mellan patient och vårdgivare säkerställs att patienten blir delaktig i dennes egen hälsa och vård, och stöttas att tillvarata och nyttja sina egna resurser. Att flytta vården nära är speciellt viktigt för de äldre och de kroniskt sjuka.

Primärvården är navet i utvecklingen av nära vård. När invånaren har behov av hälso- och sjukvård, ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Det förutsätter en god bemanning på vårdcentralerna med ett tak för hur många listade patienter en enskild läkare kan ha. Resurstillskotten till primärvården fortsätter för att succesivt förstärka den nära vården och öka primärvårdens budget utöver index. I satsningen ingår att säkra läkarbemanningen för att uppnå målet med max 1 100 listade patienter per distriktsläkare. Under 2026 ska en handlingsplan för att nå målet tas fram.

I arbetet med nära vård är samverkan mellan primärvård, specialistvård och den kommunala hälso- och sjukvården viktig för att vården för patienterna ska bli sömlös. System som skapar möjlighet till dialog mellan dem som arbetar i primärvården och sjukhusens specialister ska fortsätta utvecklas för att även omfatta samarbete med kommunernas hälso- och sjukvård. Proaktiva insatser ska prioriteras för att förhindra försämring och de negativa konsekvenser som uppkommer om de sköra och mest sjuka äldre förflyttas. I detta arbete behövs en utveckling av mobila team för en trygg och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet istället för på sjukhus eller på vårdcentral. I arbetet med ökad samverkan är dessutom införandet av gemensam journal med kommunerna prioriterat.

Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av digitaliseringens möjligheter. Detta görs i syfte att underlätta för människor att uppnå en god jämlik hälsa och välfärd, utveckla och stärka egna resurser, samt för en ökad självständighet i samhällslivet. E-hälsa är ett expanderande område med stora kvalitetsvinster för den enskilda patienten och nyttor för verksamheten, där utvecklingen av digitala verktyg ska utgå ifrån patientsäkerhet, samt verksamhetens och invånarens behov. Invånaren ska få en sammanhållen överblick, få kontakt med rätt vårdnivå direkt, få hjälp med sina hälsofrågor dygnet runt och kunna kommunicera digitalt med alla vård- och omsorgsverksamheter. Genom 1177.se ska invånaren nå alla verksamheter, deras digitala tjänster och nödvändig information om sig själv. 1177 ska bidra till bättre hälsa hos invånarna, bättre tillgänglighet till hälsa, vård, omsorg och tandvård samt effektivare användning av verksamhetens resurser.

Jämlik vård. Varje människa är en unik och oersättlig individ och har samma absoluta och okränkbara värde oavsett kön, ålder, social position, funktionsvariationer, sexuell identitet, etnisk eller religiös tillhörighet. Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för hur patienten upplever sin vård. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde. Att vården är jämlik, personcentrerad och tillgänglig oavsett var man bor är ett av vårdens viktigaste uppdrag.

Familjecentralen är en lättillgänglig mötesplats för familjer. Där får nyblivna föräldrar stöttning med information och praktisk hjälp. Där uppmuntras och stimuleras också ett jämställt och aktivt föräldraskap. Familjecentralernas uppdraget utvecklas till att omfatta barn upp till 12 år, samt att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd och till socioekonomiskt svaga grupper.

Trender med ökad psykisk ohälsa, särskilt bland unga flickor, är oroande. Regionens folkhälsoenkäter visar att allt fler unga upplever oro, stress och sömnproblem. Ett samarbetsprojekt tillsammans med kommunerna om förebyggande arbete för att motverka psykisk ohälsa hos unga kvinnor ska initieras under 2026.

För att kunna erbjuda vård på lika villkor till alla behöver hälso- och sjukvården ökad kulturell förståelse för hur invånare med utländsk bakgrunds behov kan skilja sig och behöver bemötas. Samtidigt behöver en stor del av invånarna med utländsk bakgrund riktade insatser med anpassad kommunikation kring hälso- och samhällsrelaterade frågor, såsom exempelvis levnadsvanor, tandvård, föräldraskapsstöd, våld i nära relationer, hur socialtjänsten arbetar etc. I samverkan med länets kommuner och andra aktörer stärks och främjas en positiv utveckling för migranternas liv och hälsa. Integrationen underlättas med hjälp av bland annat hälsokommunikatörerna.

Tillgängliga hjärtstartare räddar liv. Därför ska hjärtstartare som är tillgängliga dygnet runt placeras utanför Regions Jönköpings läns byggnader.

Patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården ska öka. I detta arbete är patientorganisationer och patienterna själva en viktig nyckelaktör. Bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda jämlik vård. ”Vad är bäst för Esther?” är och ska vara vägledande i hälso- och sjukvården.

Uppdrag och verksamhetsförändringar 2026 – Tillgänglig vård		**Uppdrag till**
Folkhälsa		
4.1.	Uppdraget att erbjuda hälsosamtal flyttas från vårdcentralerna till Hälsocenter. Under 2026 genomförs ett pilotprojekt.	FS
4.2.	Initiera en rörelsesatsning tillsammans med länets kommuner, idrottsrörelsen och andra aktörer i länet med syfte att förbättra folkhälsan för elever i årskurs F-6	FS
4.3.	Under 2026 införs avgiftsfri vaccinering mot HPV för alla personer upp till 26 års ålder i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendation, samt de män som under 2025 fyllde 26 år men inte erbjöds avgiftsfri vaccination under 2025.	FS
4.4.	Utöver det nationella vaccinprogrammet införs ett samlat vaccinationspaket till länets 70-åringar med vaccin mot influensa, lunginflammation, bältros och påfyllt skydd mot stelkramp, difteri och kikhosta.	FS
Tillgänglighet		
4.5.	Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen och öka vårdkapaciteten.	FS

4.6.	Förslagen i den utredning om 1177 på telefon som gjorts under 2025 ska implementeras under 2026. Dessutom görs en satsning för att stärka kapaciteten och tillgängligheten till sjukvårdsupplysning på telefon riktat mot vårdcentralerna samt deras arbete på närakuterna.	FS
4.7.	Förbättra tillgängligheten till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin, barn- och ungdomshabilitering i samverkan med andra aktörer	FS
4.8.	Vårdval primärvård utvecklas till att omfatta utredning och uppföljning av barn och unga inom neuropsykiatri.	FS
4.9.	Utred möjligheterna till en adhd-mottagning för barn för att korta köerna till BUP	FS
4.10.	Initiera samarbetsprojekt med kommunerna om förebyggande arbete för att motverka psykisk ohälsa hos unga kvinnor	FS
4.11.	Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården och säkra tillgängligheten till operation inom sydöstra sjukvårdsregionen och tillsammans med andra aktörer	FS
4.12.	Säkra vårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet. Det innebär en översyn över tillgängligheten och samarbetet inom 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdavdelningar/mottagningar, närakuter och vårdcentraler, samt samarbete med kommunerna. De äldre är en särskilt viktig målgrupp.	FS
Nära vård		
4.13.	Ta fram en handlingsplan med tydliga mätbara mål på hur en omfördelning över tid kan ske riktat mot nära vård med målet att primärvårdens kostnader år 2030 ska utgöra 30 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader.	FS
4.14.	Utveckla vårdsystemet Cosmic och förbättra vårdens processer och arbetssätt genom att införa gemensam journal med kommunerna.	FS
4.15.	Ta fram en handlingsplan för att uppnå målet om 1 100 listade patienter per allmänspecialist.	FS
4.16.	Utveckla mobila team för en trygg och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet istället för på sjukhus eller på vårdcentral.	FS
4.17.	För att öka patienters egen kunskap om sin sjukdom ska fler mötesplatser och nätverk för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående utvecklas. Detta ska ske i nära samverkan med patientföreningar och civilsamhället.	FS
4.18.	Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar. Genom att utveckla system som skapar möjlighet till dialog mellan dem som	FS

	arbetar i primärvården och sjukhusens specialister till att även förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård.	
4.19.	Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	FS
4.20.	1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.	FS
4.21.	Öka implementering av e-hälsa på ett för verksamheten kostnadseffektivt sätt som leder till kvalitetsförbättringar inom vården och för patienten.	FS
Jämlik vård		
4.22.	Familjecentralernas arbete kring föräldrastöd och uppsökande insatser till familjer med behov ska utvecklas och arbetet ska omfatta barn upp till 12 år.	FS
4.23.	Förstärkt utbildning i primärvården om kvinnohälsa och klimakteriebesvär.	FS
4.24.	Säkra utvecklingen av den palliativa vården och den specialiserade sjukvården i hemmet (SSIH) så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.	FS
4.25.	Arbeta för att uppnå målen för standardiserade vårdförlopp. Öka deltagandet i screeningprogram, organiserad prostatacancertestning samt stärka rehabiliteringskedjan.	FS
4.26.	Hjärtstartare som är tillgängliga dygnet runt placeras utanför Regions Jönköpings läns byggnader.	FS

Mätetal

- Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter. Målvärde 90%
- Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver -Instämmer helt/delvis. Målvärde 95 %
- Andelen i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region. Målvärde 80 %
- Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. Målvärde 90 %
- Faktiskt väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering. Målvärde 80 %
- Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum. Målvärde 90 %
- Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar, specialiserad vård. Målvärde 80 %
- Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter. Målvärde 80 %
- Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar). Målvärde 95 %
- Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd. Målvärde 80 %
- Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling. Målvärde 90 %
- Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss. Målvärde 80 %
- Andel kariesfria 19-åringar. Målvärde 70 %
- Vårdprevention. Målvärde 90 %
- Indikatorer i öppna jämförelser. Målvärde 60 %

- Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid. Målvärde 80 %
- Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF. Målvärde 70 %
- Andel allmänspecialister med upp till 1 100 listade patienter. Målvärde 80 %
- Andel regionbyggnader med hjärtstartare tillgängliga dygnet runt. Målvärde 90 %

Budget 2026 med flerårsplan 2027–2028

Budget 2026 utgår från beslutad budget för 2025 med hänsyn tagen till beslutade förändringar under året. Nedan redovisas förändringarna i budgetförslaget utöver redan beslutade förändringar i budget 2025.

Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet – ANA

- För att stärka det demografiska arbetet riktat mot unga i valåret utökas bidraget till de politiska ungdomsförbunden, för detta tillförs 0,3 miljoner kronor.

Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö – TIM

- För en ny busslinje Eksjö-Sävsjö-Värnamo tillförs 6 miljoner i utökad ram för kollektivtrafiken.
- För utökad trafik på landsbygden genom anropsstyrdtrafik/buss on-demand tillförs 6 miljoner i utökad ram för kollektivtrafiken.
- Nya fordon för tågtrafiken (Krösatåg) innebär inga kostnader för 2026 på grund av förseningar i leveransen. De beräknade kostnaderna i budget 2025 för 2026 och flerårsplan skjuts fram ett år.
- Biljettpris för enkelbiljett och 24-timmarsbiljett lämnas oförändrat 2026. Övriga biljetter räknas upp med 2,7% i snitt.
- Egenavgift för sjukresa med som beställs hos beställningscentralen för Serviceresor fastställs till 150 kr enkel resa för 2026.

Höjningen av gränsen för fria resor för barn till 10 år finansieras genom ökat resande.

Nämnden för folkhälsa och sjukvård – FS

- För att stärka folkhälsoarbetet görs en utökning av bidragen till folkhälsoområdet, för detta tillförs 10 miljoner kronor.
- För att förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning på telefon i väntan på implementeringen av resultatet utredningen av verksamheten görs en tillfällig förstärkning under 2026 av primärvården samt 1177 på telefon, för detta tillförs 10 miljoner kronor.
- För arbetet med att förbättra barn och ungas psykiska ohälsa samt utredningen kring möjligheten till en adhd-mottagning tillförs 5 miljoner kronor.
- För att stärka arbetet med vaccination tillförs 10 miljoner. Dessa ska primärt användas för HPV-vaccination och vaccinationspaket till länets 70-åringar.
- För att stärka stödet till personer med livslång funktionsnedsättning att få vardagen att fungera tillförs habiliteringen 5 miljoner kronor.
- Förstärkningen av primärvården fortsätter enligt plan med ytterligare 40 miljoner. Förstärkningen ska användas till att uppnå målet med max 1 100 patienter per läkare på vårdcentralerna samt med utvecklingen av mobila team för en trygg och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet istället för på sjukhus eller på vårdcentral.

Regionstyrelsen – RS

- För att installera hjärtstartare utanför Region Jönköpings läns byggnader tillförs 1 miljon kronor 2026.
- För att uppmuntra medarbetarna inom Region Jönköpings län till en hälsosam livsstil höjs friskvårdsbidraget från 2 200 kr till 3 500 kr, för detta tillförs 10 miljoner kronor

Tabell X Förändring jämfört med budget 2025, totalt

Miljoner kronor	2026	2027	2028
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA)			
Politiska ungdomsförbund valåret	-0,3		
Summa ANA nämnden	**-0,3**	**0**	**0**
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö (TIM)			
Nya fordon, leasing (inkluderar nya samt avyttring)	0	-28,6	-28,6
Ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	-22,5	-22,5	-22,5
Nya fordon, leasing (inkluderar nya samt avyttring)	0	-1,7	-27,8
Ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	22,5	22,5	22,5
Utökning av busstrafik i högertrafik ersätter ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	0	0	0
Ny linje 135, (ersätter L133)	0	0	0
Ny busslinje Eksjö-Sävsjö-Värnamo	-6	-6	-6
Anrropsstyrd trafik på landsbygden / Buss on-demand	-6	-6	-6
Summa TIM nämnden	**-12**	**-42,3**	**-68,4**
Nämnden för folkhälsa och sjukvård			
Primärvård	-40	-70	-70
TBE-vaccin barn	7	7	7
Habilitering	-5	-5	-5
Ökat bidrag till folkhälsoområdet	-10	-10	-10
Vaccination	-10	-10	-10
Tillgänglighet 1177	-10		
Tillgänglighet BUP/BUH	-5	-5	-5
Summa FS nämnden	**-73**	**-93**	**-93**
Regionstyrelsen			
RS oförutsedda	10	10	10
Skatt på Biogas (beslut att skattet tas tas bort)	14,6	14,6	14,6
Höjt friskvårdsbidrag	-10	-10	-10
Hjärtstartare	-1	-1	-1
Arbetsskor	10	10	
Summa Regionstyrelsen	**23,6**	**23,6**	**13,6**
Summa förändring jämfört med budget 2025	**-61,7**	**-111,7**	**-147,8**

Tabell XX Budget 2026 per nämnd och verksamhetsområde i miljoner kronor

	Aktuell budget 2025-04 mnkr	Budget 2026 mnkr
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA)		
Centralt budgeterade anslag	-163	-166
Utbildning och kultur	-137	-139
	-299	**-305**
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö (TIM)		
Centralt budgeterade anslag	-12	-12
Jönköpings länstrafik	-1 326	-1 361
	-1 337	**-1 373**
Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)		
Centralt budgeterade anslag	-3 959	-4 210
RO20 Privata vårdgivare	-59	-60
Folktandvården	-151	-152
Medicinsk vård	-3 201	-3 248
Kirurgisk vård	-3 414	-3 470
Psykiatri rehab o diagnostik	-1 511	-1 541
Vårdcentralerna Bra Liv	0	0
	-12 295	**-12 680**
Regionstyrelsen (RS)		
Centralt budgeterade anslag	-312	-412
Regionledningskontoret	-643	-656
IT-centrum	-11	-11
Verksamhetsstöd och service	-360	-367
	-1 326	**-1 445**
Parlamentariska nämnden (Politisk verksamhet)	-0,2	-0,2
Patientnämnden (Politisk verksamhet)	-1,5	-1,5
Verksamhetens nettokostnad	**-15 259**	**-15 806**
Skatteintäkter och utjämning	**15 228**	**15 892**
Verksamhetens resultat (före finansnetto)	**-31**	**86**
Finansnetto	**68**	**257**
Årets resultat	**37**	**343**

Finansiella rapporter

RESULTATBUDGET

Resultatbudgeten omfattar verksamhetsförändringar som redovisats i tidigare avsnitt. Pris- och löneförändringar liksom förändringar i skatteintäkter och kommunal utjämning för åren 2026–2028 är baserade på Sveriges Kommuner och Regioners bedömningar per april 2025.

Tabell X Resultaträkning

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026
Verksamhetens nettokostnad	-15 083	-15 344	-15 806
Skatteintäkter	10 834	11 350	11 683
Kommunal utjämning o statsbidrag	4 156	3 878	4 209
Verksamhetens resultat (före finansnetto)	**-93**	**-116**	**86**
Finansnetto	-28	153	257
Resultat	**-121**	**37**	**343**

FINANSIERINGSBUDGET (Egenfinansiering av investeringar)

Tabell XX Egenfinansiering av investeringar, budget 2026 med flerårsplan 2027-2030

Miljoner kronor	Summa 2026-2030	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030
Resultat (sista raden)	1 882	343	318	422	400	400
Avskrivningar	3 350	641	666	671	681	691
Egna medel	**5 232**	**984**	**984**	**1 093**	**1 081**	**1 091**
Investeringar detaljer	-5 411	-1 040	-1 005	-1 157	-1 133	-1 077
Egenfinansiering	**-178**	**-55**	**-21**	**-65**	**-52**	**14**

Tabell X Kassaflöde

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Den löpande verksamheten					
Årets resultat	-121	37	343	318	422
Avskrivningar	577	572	641	666	671
Avsättningar (netto)	1 248	393	69	166	199
Rörelsekapitalförändring och pensionsplacerings förändring	-1 047	-388	-450	-450	-450
Kassaflöde från löpande verksamhet	**657**	**614**	**603**	**700**	**842**
Investeringsverksamhet	-1 492	-1 263	-1 040	-1 005	-1 157
Förändring långfristiga fordringar och skulder	620	-3	-3	-3	-3
Förändring likvida medel – kassaflöde rörelseplaceringar	**-215**	**-652**	**-440**	**-308**	**-318**

Tabell X Balansbudget

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Tillgångar					
Anläggningstillgångar	8 242	8 933	9 332	9 671	10 157
Omsättningstillgångar	12 772	12 508	12 518	12 661	12 793
– varav finansiella omsättningstillgångar	11 430	11 166	11 176	11 319	11 451
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 850**	**22 332**	**22 950**
Eget kapital, avsättningar och skulder					
Eget kapital	9 072	9 109	9 452	9 771	10 193
Avsättningar (pensioner mm)	7 855	8 248	8 317	8 483	8 682
Skulder	4 087	4 084	4 081	4 078	4 075
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 850**	**22 332**	**22 950**

Tabell X Finansiella nyckeltal

procent	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Resultat i förhållande till skatt och statsbidrag	-0,8%	0,2%	2,2%	1,9%	2,5%
Nettokostnadsförändring	12,4%	1,7%	3,0%	3,4%	3,2%
Skatteintäkter och statsbidrag/ utjämning -förändring	5,2%	1,6%	4,4%	3,8%	3,9%
Soliditet	43,2%	42,5%	43,3%	43,8%	44,4%

Långtidsprognos och finansiella förutsättningar

Inför budgetarbetet har en långtidsprognos för de kommande tio åren tagits fram. Syftet är att ge en bättre framförhållning inför framtida utmaningar samt skapa ett underlag för strategiska beslut. Prognosen har fokuserat bland annat på befolkningsutveckling, personalförsörjning och ekonomi. En central insikt från prognosen är att andelen invånare som är 80 år och äldre förväntas öka markant, medan antalet personer i arbetsför ålder endast ökar marginellt i länet som helhet. I de södra och östra delarna av länet väntas däremot den arbetsföra befolkningen minska, vilket kan innebära utmaningar för tillgången på arbetskraft.

Utifrån dialog kring prognosen har följande områden identifierats som viktiga framöver:

- Anpassning till en åldrande befolkning och förändrade vårdbehov.
- Strategiska beslut för kompetensplanering.
- Åtgärder för att säkerställa ekonomisk hållbarhet och prioritering av investeringar.
- Fortsatt effektivisering och kvalitetsförbättring av verksamheten.

Prognosen ger en viktig vägledning för kommande beslut och planering, vilket är avgörande för att möta regionens långsiktiga behov.

FINANSIELLA FÖRUTSÄTTNINGAR

Finansiellt mål

Region Jönköpings län har en stark och stabil ekonomisk grund som skapats genom ett långsiktigt ansvarstagande. Kostnadsutvecklingen inom framförallt hälso- och sjukvården och kollektivtrafiken kommer att ställa krav på finansiering och kostnadskontroll för en ekonomi i balans. Nya satsningar och reformer samt investeringar i verksamheten ska därför ske med långsiktig stabilitet i fokus. Varje generation bör bära kostnaderna för den service som den beslutar om och själv konsumerar. För att säkerställa en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och hög kvalitet krävs en fortsatt tydlig prioritering av välfärdens verksamheter. Det övergripande finansiella målet för god hushållning är att vi över tid ska finansiera investeringarna med egna medel.

Utgångspunkten är att Region Jönköpings läns verksamheter inte kostar mer än vad som kan finansieras genom skatteintäkter och statsbidrag. Region Jönköpings läns ekonomiska resultat ska vara på en nivå där såväl konjunktursvängningar, oförutsedda händelser (t.ex. pandemier eller andra särskilda händelser) och framtida åtaganden kan klaras. Det handlar om att klara pensionsåtaganden gentemot personalen, investeringar samt finansiering av all verksamhet som Region Jönköpings län ansvarar för.

Det övergripande finansiella målet innebär följande:

- Årets resultat, exklusive avskrivningar ska täcka årets investeringar
- Det övergripande finansiella målet om egenfinansiering följs i rullande 10 års period med 5 år bakåt, innevarande år och 4 år framåt
- Soliditeten inklusive ansvarsförbindelser för pensionsförpliktelser ska inte understiga 20 %.

Skatteintäkter och statsbidrag/kommunal utjämning ska räcka till verksamhetens nettokostnader, vilket innebär att verksamhetens resultat ska vara i balans.

Resultatet över tid ska utgöra 2 % av skatteintäkter och statsbidrag/kommunal utjämning.

Pensionsskuld
Den 31 december 2024 uppgick Region Jönköpings läns pensionsåtagande till 12,3 miljarder kronor. Pensionsåtagandet regleras i huvudsak genom tre avtal: PA-KL, KAP-KL och AKAP-KR. De samlade finansiella tillgångarna var 11,4 miljarder kronor (marknadsvärde 2024-12-31). Skulden påverkas av justeringar av diskonteringsräntan och prisbasbelopp (inflation).

Den totala kostnaden för pensioner enligt blandmodellen beräknas i budget för 2025 med flerårsplan 2026–2027 till 1 486 miljoner kronor för 2025, 1 231 miljoner kronor för 2026 och 1 326 miljoner kronor för 2027. 2025 års pensionskostnader påverkar verksamhetens nettokostnad med 1 160 miljoner kronor och de finansiella pensionskostnaderna med 326 miljoner kronor.

Finansiella förutsättningar
Region Jönköpings läns finansiella förutsättningar för att tillgodose medborgarnas behov beror i huvudsak på:

- befolkningsutvecklingen i länet relaterad till ökningen i riket
- samhällsekonomins utveckling och dess påverkan på skatteunderlag
- statens transfereringar
- avgiftsnivåer
- skattesats.

Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) bedömning av samhällsekonomin 2024-04-26 ***SKA UPPDATERAS*

Generella statsbidrag och utjämning
Statens bidrag till regionsektorn består främst av kommunalekonomisk utjämning och bidrag för

läkemedelsförmånen. Syftet med det kommunala utjämningssystemet är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla regioner för att kunna tillhandahålla likvärdig välfärd och service, oberoende av länsinvånarnas inkomster, geografi, demografi eller socioekonomiska förhållanden. Systemet för kommunalekonomisk utjämning omfattar:

- inkomstutjämning för strukturella skillnader i skatteinkomster (staten garanterar skattekraft på 115 procent)
- kostnadsutjämning för strukturella behovs- och kostnadsskillnader, till följd av till exempel skillnader i demografi, geografi eller socioekonomiska förhållanden.

En regleringspost kan vara positiv eller negativ – det beror på storleken på anslaget och summan av övriga bidrag och avgifter i utjämningssystemet. Regleringsposten fördelas mellan kommunerna respektive regionerna med ett enhetligt belopp per invånare.

Tabell X Generella statsbidrag och utjämningsbidrag

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Inkomstutjämning	2 260	2 355	2 544	2 643	2 754
Kostnadsutjämning	-55	-53	-5	-4	-5
Regleringsavgift/bidrag	269	135	117	8	-61
Generella sektorsstöd	323				
Läkemedelsbidrag	1 359	1 441	1 553	1 654	1 762
Summa	**4 156**	**3 878**	**4 209**	**4 301**	**4 450**

Statsbidrag för läkemedel
Genom överenskommelser mellan SKR och staten ersatts regionerna med ett särskilt statsbidrag för kostnaden för läkemedelsförmånerna.

En ny behovsmodell för läkemedel infördes 2021 och bygger på samma variabler som den reviderade modellen för hälso- och sjukvården i kostnadsutjämningssystemet. Modellen fördelar statsbidrag till regionerna utifrån bedömt behov snarare än faktisk förbrukning. Den inkluderar även en solidarisk finansiering för att hantera ojämn patientfördelning av kostsamma behandlingar. Fördelningen baseras på läkemedelsförbrukning i olika åldersgrupper och justeras för socioekonomiska faktorer som utbildning, inkomst och hushållstyp. *Region Jönköpings läns bidrag för läkemedel beräknas för 2026 uppgå till X XXX miljoner kronor* ******SKA UPPDATERAS***.***

Riktade statsbidrag/Förordningar

Hälso- och sjukvården
Utöver generella statsbidrag finns flera riktade bidrag och förordningar. Inom hälso- och sjukvården är dessa oftast kopplade till nationella överenskommelser mellan staten och SKR. Överenskommelserna fokuserar på prioriterade utvecklingsområden och reglerar vilka insatser regionerna ska genomföra för att få bidrag samt hur de ska återredovisas. De beslutas årligen av regeringen, oftast i december, och kan gälla ett eller flera år. *Bedömningen av förväntade intäkter för riktade statsbidrag år 2026 är XXX miljoner kronor för Region Jönköpings län* ******SKA UPPDATERAS***.***

Statsbidragen budgeteras centralt och finansierar permanenta förstärkningar i verksamheten för långsiktighet och för att utveckla verksamheten utifrån intentionerna i överenskommelserna.

Regional utveckling
Inom den kommunalekonomiska utjämningen ingår sedan 2022 en post för att regionerna inom ramen för sitt tillväxtarbete ska fastställa mål och prioriteringar för det regionala kompetensförsörjningsarbetet. Regionerna ska även tillhandahålla bedömningar av länets

kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt.

Region Jönköpings län erhåller även statsbidrag för förvaltningskostnader för uppgifter om regionalt utvecklingsansvar. Detta statsbidrag fördelas inom ramen för Regeringens beslut av anslag för regionala utvecklingsåtgärder. Större delen av statsbidraget hanteras genom Tillväxtverket, se avsnittet ”Det regionala utvecklingskapitalet” *sidan XX.*

Statsbidrag ansöks och erhålls också till kultur inom ramen för kultursamverkansmodellen och genom särskilda beslut samt till utbildningsområdet för de delar som är statsbidragsberättigade för respektive skolform.

Regionskatten
Region Jönköpings läns utdebitering 2025 är *11,76 kronor*. Om hänsyn tas till regionernas olika kostnadsansvar för hemsjukvård, kollektivtrafik, färdtjänst med mera (den så kallade justerade skattesatsen), v*ar 2023 för Region Jönköpings län 11,41 kronor,* vilket är lägre än genomsnittet för riket.

En viktig förutsättning för fortsatt god samhällsekonomisk tillväxt är att skatten hålls på en långsiktigt hållbar nivå.

Tabell XX Genomförda skatteförändringar sedan 2011

År	Förändring	Kronor	Skattesats
2019	Höjd utdebitering	0,50	11,76
2015	"Skatteväxling" region med mera	0,05	11,26
2014	Skatteväxling av färdtjänst	0,15	11,21
	Höjd utdebitering	0,40	
2013	Skatteväxling av hemsjukvård	0,34	10,66
2012	Skatteväxling av trafik	0,33	11,00
2011			10,67

Finansiella intäkter/kostnader ***SKA UPPDATERAS***
Årsavkastningen för de finansiella tillgångarna åren 2025–2027 beräknas uppgå till cirka 5,0 procent, vilket motsvarar cirka 500 miljoner kronor per år. Pensionsskulden vid 2024 års utgång beräknas uppgå till 12,280 miljarder kronor och beräknas öka till 12,350 miljarder kronor 2027.

Kostnaden för värdesäkring av pensionsskulden (fullfond) var 2023 941 miljoner kronor och beräknas för 2024 till 1 094 miljoner kronor, 2025 504 miljoner kronor, 2026 279 miljoner kronor och för år 2027 351 miljoner kronor. Variationen av värdesäkringens kostnadsnivå mellan åren beror på inflationen.

Finansiell bedömning 2025–2027
För en långsiktig och finansiellt hållbar utveckling är Region Jönköpings läns finansiella målsättning att över tid uppnå ett finansiellt resultat som ger förutsättning för egenfinansiering av investeringar. Föreliggande resultatbedömning och bedömning kring möjlighet av egenfinansiering av investeringar baseras på följande förutsättningar:

- *Verksamhetens nettokostnad för 2025–2027 är en uppräkning av 2024 års budget utifrån SKR:s bedömda pris- och löneförändring.*
- *Skatteintäkter och kommunal utjämning/statsbidrag utifrån SKR:s bedömning april 2024.*
- *Oförändrad skattesats 2025 (11,76).*
- *Utgiftsramar för 2025–2027 har utökats, vilket redovisas i tabell X, sidan XX.*

Resultat
I kommunallagen anges att kommuner och regioner ska upprätta en budget så att intäkterna överstiger kostnaderna.

Region Jönköpings län budgeterar ett positivt resultat 2025 enligt blandmodell på 37 miljoner kronor.

Region Jönköpings län har en stark finansiell ställning med en soliditet inklusive pensionsåtagande per 2024-04-30 på 22 procent. Detta har uppnåtts genom hushållning av resurser, för att klara framtida åtaganden och konjunktursvängningar. Det övergripande ekonomiska målet för god hushållning, att Region Jönköpings län över tid ska finansiera investeringar med egna medel, uppnås för perioden 2015–2025 (enligt fullfond) med en marginal på 923 miljoner kronor.

I kommande budgetar under kvarvarande mandatperiod kommer också redovisning enligt fullfonderingsmodellen att ske i avsnittet Finansiella rapporter.

Investeringar
Behov av investeringar i lokaler, utrustning och IT uppkommer av olika skäl. Huvuddelen av Region Jönköpings läns investeringar i utrustning avser återinvesteringar för att upprätthålla befintlig kapacitet i verksamheten. Med den tekniska utveckling som sker medför ofta återinvestering i utrustning även nya funktionaliteter. Det kan innebära krav på ombyggnation eller annan anpassning av lokaler för att kunna installera den nya utrustningen. Andra skäl till investeringsbehov är arbetsmiljökrav eller förändrade arbetssätt.

Vid prioritering av vilka investeringar som ska genomföras inom hälso- och sjukvården ska alltid prövning göras om åtgärden stödjer förflyttningen till nära vård. Detta gäller såväl lokaler som utrustning och IT. Hur investeringen påverkar kommande driftkostnader är en viktig aspekt i prioriteringen och tydliggörs inför beslut.

Erfarenheten visar att utfallet av investeringarna sällan når upp till målen i budget och flerårsplan. Bedömningen är att det är realistiskt att fastighetsinvesteringarna uppgår till XX procent av den beräknade investeringskalkylen för perioden 20XX–20XX. Egenfinansiering av investeringar under perioden 20XX–20XX, samt för åren 20XX-20XX redovisas i tabell X sidan XX. Det övergripande finansiella målet om egenfinansiering följs i rullande tioårsperiod med fem år bakåt, innevarande år och fyra år framåt.

Målet om egenfinansiering nås inom egenfinansieringsperioden 2015–2025. Inom ramen för egenfinansiering ingår även medfinansiering av järnvägsförbindelsen Y:et, beslutat i fullmäktige 2017. När genomförandeavtal tecknas kommer överenskommet belopp belasta resultatet.

Tabell XX Egenfinansiering av investeringar, budget 2026 med flerårsplan 2027-2030

Miljoner kronor	Summa 2026-2030	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030
Resultat (sista raden)	1 882	343	318	422	400	400
Avskrivningar	3 350	641	666	671	681	691
Egna medel	**5 232**	**984**	**984**	**1 093**	**1 081**	**1 091**
Investeringar detaljer	-5 411	-1 040	-1 005	-1 157	-1 133	-1 077
Egenfinansiering	**-178**	**-55**	**-21**	**-65**	**-52**	**14**

Regionfullmäktiges direktiv till styrelse och nämnder avseende budget 2026

GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER

Beräkning av verksamhetens nettokostnad

Utgiftsramarna per nämnd och verksamhetsområde utgår från beslutad budget för 2025 med hänsyn tagen till beslutade förändringar under året samt de utökningsramar som påverkar.

Regionfullmäktige fördelar budgeten på nivåerna regionstyrelse och nämnder samt utgiftsramar per verksamhetsområde. Utgiftsramarna är uppräknade med index för kostnadsökningar avseende löner och priser (LPIK: Löne- och prisförändringar för regioner) vilket fastställs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Utgiftsförändringar i budgeten för 2026 finns specificerade i tabell X sidan XX.

Generella och riktade statsbidrag

Huvudprincipen för generella, riktade statsbidrag och förordningar är att de är en del av finansieringen för Region Jönköpings län.

Regionstyrelsen och nämndernas ansvar

Regionstyrelsen ska leda och samordna förvaltningen av Region Jönköpings läns angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas och de regionägda bolagens verksamhet. Regionstyrelsen och nämnderna har att fatta beslut inom ramen för Budget med verksamhetsplan 2026.

Regionstyrelse och nämnder har befogenhet att inom nämndens totala budgetram under året göra förändringar mellan verksamhetsområden i de fall det är en del i att uppnå fullmäktiges beslutade Budget med verksamhetsplan 2026. Utöver det har regionstyrelse och nämnder befogenhet att inom ram under året göra förändringar till följd av oförutsedda händelser eller annan händelse, som till sin karaktär eller av tidsskäl inte kan avvakta beslut i regionfullmäktige.

Regionstyrelsens anslag för oförutsedda utgifter med mera uppgår till 35 miljoner kronor. Detta är avsatt för större oförutsedda händelser som kräver att Region Jönköpings län tar ansvar och kan behöva göra något utöver det som tidigare beslutats.

Regionstyrelsen har att pröva frågan om medel ska anvisas för ökade lokalkostnader i anslagsfinansierad verksamhet till följd av större fastighetsinvestering. Samma gäller vid ökade kapitalkostnader i anslagsfinansierad verksamhet till följd av större inventarieinvestering. Finansiering sker med utrymme för ökade avskrivningskostnader.

Partistöd och partianslag

Partianslag

I syfte att ge de partier som är företrädda i regionfullmäktige förutsättningar för partigruppsarbete så anvisar regionfullmäktige en årlig budget.

Det totala partianslaget beslutas i budget och fördelas vidare till respektive parti. Beräkningen fastslås i RJL 2021/857, Arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län.

- 2 % av totala budgetbeloppet fördelas proportionerligt till de partier som representerade i fullmäktige
- Resterande del fördelas utifrån antal mandat.

Respektive partigrupp äger rätt att fritt disponera anvisade medel för ändamål som är värdeskapande för det politiska uppdraget inom Region Jönköpings län. Detta kan som exempel avse

- gruppmöten för beredning av ärenden inför beslut och framtagande av planer/strategier

- kompetensutveckling (föreläsningar, deltagande i konferenser)
- arvodering av enskild ledamot för särskilda uppdrag.

Ersättning till förtroendevalda för partigruppsarbete bör inte överstiga de nivåer som anges i beslutade arvodesregler. Respektive partigrupp kan besluta om lägre nivåer om ekonomin eller andra förutsättningar motiverar en sådan avvikelse.

Reglering av över- och underskott:

- Årliga avvikelser som uppstår mellan anvisad budget och faktisk kostnad balanseras till påföljande år
- Efter sista året i varje mandatperiod ska eventuellt underskott regleras.

Det är respektive partigrupp som beslutar hur underskott ska regleras. Exempel på reglering är att nya regiongruppen under kommande mandatperiod förbrukar motsvarande lägre belopp eller att reglering helt eller delvis sker genom avdrag på partistöd. Om reglering ska ske genom avdrag på partistöd förutsätts överenskommelse med länsorganisationen.

Vid överskott får viss del överföras till ny mandatperiod. I RJL 2018/3172 beslutades:

- Godkänna att 10 000 kr per mandat för 2018 med ett maximalt belopp om 200 000 kr per parti förs över till mandatperioden 2019-2022 samt att
- Samma regelverk för överföring av partianslag ska gälla även efter valet 2022.

Partistöd

För att stärka den kommunala demokratin får kommuner och regioner ge ett ekonomiskt bidrag och annat stöd till politiska partier. Partistöd får ges till de politiska partier som är representerade i fullmäktige och som är en juridisk person. Ett parti är representerat om den fått mandat i fullmäktige.

Regionfullmäktige anvisar årligen en ram för partistöd, se beslut från landstingsstyrelsen LJ 2014/1422

- Varje parti som är representerat i fullmäktige erhåller ett grundstöd på 25 000 kr
- Resterande del av ramen delas med 81 (antal ledamöter).

Partistöd får ges också till ett parti som har upphört att vara representerat i fullmäktige, dock endast under ett år efter det att representationen upphörde. Kommunallag 2 kap 29§. Lag (2019:835).

För Region Jönköpings län del tillämpas dessa regler i enlighet med kommunallagen. Praktiskt tillvägagångssätt är att det parti som lämnar fullmäktige får en så kallad fallskärm och får sitt senaste partistöd uppräknat med nästa års fastställd uppräkningsfaktor. Den totala ramen för övriga partiet minskas med detta belopp där de proportionerligt bidrar till en fallskärm under år 1.

Regionen ska enligt kommunallagen kontrollera att partistödet som utbetalats används för att stärka den regionala demokratin. Syftet med lagen är att visa hur partiernas stöd används mer transparent. Detta ska ske i form av en årlig redovisning tillsammans med en granskningsrapport. Granskningen görs av den redovisande organisationens utsedda kontrollant, exempelvis revisor eller utsedd representant av partiet.

Uppföljning/ internkontroll

Månadsrapport och delårsrapport är en del av internkontroll. Regionstyrelse och nämnder ska genom månadsrapporter från förvaltningen löpande följa verksamhet och ekonomi**.** Efter april ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en månadsrapport som innehåller en ekonomisk helårsprognos. Efter augusti ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en delårsrapport med sammanfattning av hur verksamheten utvecklas mot de mål som anges i budgeten samt ekonomisk helårsprognos. För helåret ska regionstyrelsen lämna årsredovisning till regionfullmäktige.

I delårsrapporten efter augusti och i årsredovisningen ska återrapporteringen spegla regionfullmäktiges

fördelning per nämnd, i årsredovisningen även per verksamhetsområden.

Regionstyrelsen ska genom sin uppsiktsplikt följa övriga nämnders verksamhet och ekonomi. Nämnd med låg måluppfyllelse avseende systemmätetal, oavsett perspektiv inom balanced scorecard, ska i samband med månadsrapport per april, delårsrapport per augusti samt i samband med verksamhetsberättelsen per december i protokollet till ärendet beskriva vilka åtgärder nämnden vidtagit eller avser att vidta i syfte att nå förbättrad måluppfyllelse. Med låg måluppfyllelse avses i första hand systemmätetal som inte har full måluppfyllelse. Protokollet delges regionstyrelsen inför dess behandling av månadsrapport per april, delårsrapport per augusti samt årsredovisning. Nämndens ordförande redogör även muntligen vid styrelsens sammanträde för åtgärderna.

Regionstyrelsen ska enligt kommunallagen utöva uppsikt över de regionägda bolagen på samma sätt som styrelsen har tillsyn över den verksamhet som bedrivs inom den egna organisationen. Uppsiktsplikten innebär att regionstyrelsen ska hålla sig informerad om bolagens verksamhet och hur bolagens förhåller sig till gällande styrdokument och lagstiftning. Regionstyrelsen ska även för varje bolag i årliga beslut, bedöma om den verksamhet som bolaget bedrivit under året varit förenlig med det kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Kommunala koncernföretag
Region Jönköpings län har valt att bedriva viss verksamhet i annan form, till exempel som aktiebolag. Kommunallagen ställer krav på inflytande och kontroll över all kommunal verksamhet, även den som ägs och bedrivs i annan form. Regionen följer löpande upp verksamheten bland annat i årsredovisningar. För de regionala bolagen genomförs även regelbundna dialoger med bolagsledningarna samt årliga uppsiktsärenden där regionen också analyserar om bolagen har verkat inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Tabell XX Region Jönköpings läns kommunala koncernföretag, ägarandel över 20 %

Företag	Ägarandel (%)
Smålands Turism AB	100
RJL Älghunden 4 AB	100
RJL Tågdepån Nässjö AB	100
Jönköpings Airport AB	50
ALMI Företagspartner Jönköping AB	49
Bostadsbyggen i Jönköping AB	49
TvNo Textilservice AB	49

Tabell XX Budget 2026 per nämnd och verksamhetsområde i miljoner kronor

Tabell ska uppdateras senare med år 2026

REGIONSTYRELSEN OCH NÄMNDERNAS ANSVAR – EGNA VERKSAMHETSOMRÅDEN

Budget för egna verksamhetsområden

Regionfullmäktiges beslutade Budget med verksamhetsplan 2026 anger utgiftsramar och verksamhetsmål som ska nås för Region Jönköpings läns samlade åtagande, oavsett vem som utför verksamheten. Regionstyrelsen har ansvar för att samordna arbetet med förvaltningsbudget i vilka verksamhetsuppdrag och budget konkretiseras. För de delar av verksamheten som utförs i egen regi,

ska styrelse och nämnder senast i november anta styrelse respektive nämndens verksamhetsplan och godkänna budgeterade anslag för styrelsen respektive nämnders ansvarsområden.

Budgetprinciper för verksamhet i egen regi, ersättningsformer

Huvudsakligen ges ett budgeterat anslag till respektive verksamhetsområde. Några verksamhetsområden omfattas helt eller delvis av andra ersättningsformer. Regionstyrelse och nämnder har att tillämpa följande former för fördelning av budget till verksamhetsområden (tabell XX sidan XXX).

Tabell XX Ersättningsformer

Verksamhetsområde	Anslag	Annan ersättning
Hälso- och sjukvård		
Vårdcentralerna Bra Liv		Primärvård som ingår i vårdval ersätts enligt Primärvård inom vårdval i Jönköpings län.
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	Budgetram för psykiatri Budgetram vid specifika uppdrag (till exempel mammografi).	Intäkter från köpande enheter (diagnostik)
Folktandvården	Budgetram för vissa delar av specialisttandvården: - tandvård som inte kan finansieras genom intäkter från patient och försäkring - forskning och utveckling - utbildning av specialist-tandläkare med flera. Budgetram för vissa delar av allmäntandvården: - utbildningsansvar - läkemedel - tolkkostnader - underskottskliniker	Allmäntandvård och specialisttandvård för vuxna finansieras av patientavgifter enligt fastställda taxor och ersättning från den statliga tandvårds-försäkringen. Barntandvårdspeng enligt fastställd nivå. Rörlig ersättning för nyutexaminerade tandläkare och tandhygienister.
Medicinsk vård	Budgetram	
Kirurgisk vård	Budgetram	Basuppdrag inom Specialiserad ögonsjuk-vård (öppenvård) bedrivs inom vårdval och ersätts enligt regelboken ”Ögonsjuk-vård inom vårdval i Jönköpings län.
Regional utveckling		
Verksamhet inom Regional utveckling, utbildning och kultur	Budgetram	Naturbruksskolor finansieras via elevpeng.
Länstrafiken	Budgetram	
Övrigt		
Politisk verksamhet	Budgetram	
Interna serviceverksamheter: IT-centrum, Regionledningskontoret, Verksamhetsstöd och service	Budgetram för vissa delar	Intäkter från köpande enheter för vissa tjänster

RESULTATBALANSERING

För anslagsfinansierad verksamhet avslutas budgetåret utan att årets resultat förs vidare till ett resultatsaldo. Samma princip gäller för de intäktsfinansierade serviceverksamheterna.

För verksamheter i egen regi inom vårdval Jönköpings län förs årets nettoresultat vidare i ett resultatsaldo till kommande år. För Folktandvårdens konkurrensutsatta delar förs årets nettoresultat vidare i ett resultatsaldo till kommande år. Regionstyrelsen fastställer resultatet i samband med behandling av årsredovisning. Om det ackumulerade saldot är negativt ska en åtgärdsplan upprättas med en plan för återställande inom tre år. Åtgärdsplanen fastställs av respektive nämnd och delges regionstyrelsen.

Naturbruksskolorna är inte anslagsfinansierade utan bedriver verksamhet genom eleversättningar från elevernas hemkommuner samt övriga intäkter. Nettoresultatet i sin helhet förs därför vidare till ett resultatsaldo.

Tandvård

Folktandvårdens prissättning bör inte avvika för mycket från TLV:s (Tandvård- och läkemedelsförmånsverket) referenspriser för att inte påverka högkostnadsskyddets ogynnsamt för den enskilde. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på självkostnad

I självkostnaden för Folktandvården ska av konkurrensskäl mervärdeskatt ingå, trots att den kommunala sektorn har generell avdragsrätt för mervärdesskatt. Avdragsrätten redovisas därför tekniskt som en intäkt utanför Folktandvården. För 2026 är denna beräknad till xx miljoner kronor ***(SKA UPPDATERAS)***.

INVESTERINGAR

Beslut och genomförande

Regionfullmäktige beslutar om en årlig investeringsram och budget utifrån målet om egenfinansiering över en period om 10 år. Den beslutade ramen är fördelad mellan fastigheter och inventarier.

I budget beskrivs en investeringsplan över fem år. Första året är en fastställd investeringsram och budget och år två till fem är en plan (tabell XX sidan XXX).

Regionfullmäktige beslutar om alla enskilda investeringsärenden över 20 miljoner kronor och investeringsärenden som är av principiell karaktär. Regionstyrelsen beslutar investeringsärenden över fem miljoner kronor upp till 20 miljoner kronor. Under året sker återkoppling om planeringsprocessen.

Regionstyrelsen beslutar löpande under året om genomförande av investeringar. Regionstyrelsen har att, utifrån finansiellt mål om egenfinansiering av investeringar, tillse att investeringar som beslutas ryms inom beslutad investeringsram och budget samt beakta hur dessa påverkar kommande års investeringsutrymme i lagd plan. Berörd nämnd ska ges möjlighet att yttra sig innan regionstyrelsen fattar beslut om genomförande av en investering.

Inventarier

Utrymmet för inventarier är fördelat mellan ospecificerade investeringar och specificerade investeringar. Beslut om specificerade investeringar ska fattas av regionstyrelsen. Beslut om ospecificerade investeringar fattas i verksamheten.

Ospecificerad investering:
60 tusen kronor - 5 miljoner kronor

Specificerad investering:
Över 5 miljoner kronor

Fastigheter, ombyggnationer

Årliga insatser som görs för att vidmakthålla befintlig standard betraktas som fastighetsunderhåll. Ombyggnader och utbyten av komponenter eller åtgärder som avsevärt förbättrar tillgångens prestanda betraktas som investering. Begränsade utgifter (lägre än 0,6 miljoner kronor) ska direkt avskrivas.

Uppföljning
Regionstyrelsen ska följa upp investeringar mellan 5 - 10 miljoner kronor genom anmälningsärenden från förvaltningen. För investeringar över tio miljoner kronor ska Regionstyrelsen till regionfullmäktige upprätta en särskild slutredovisning. I slutredovisningen görs en avstämning mot budget samt ekonomiska och kvalitetsmässiga effekter av investeringen.

Tabell XX Investeringsbudget 2026 och plan 2027-2030

Miljoner kronor	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030
Fastigheter om- och nybyggnation	911	870	1 050	903	955
Övrigt, ej egen investering	0	0	0	100	0
Inventarier	265	265	265	265	265
TOTAL INVESTERINGSKALKYL	**1 176**	**1 135**	**1 315**	**1 268**	**1 220**
- varav pågående/beslutade projekt	816	419	283	265	265
- utrymme för nya beslut	223	585	875	868	812
BERÄKNAD UTBETALNING	**1 040**	**1 005**	**1 157**	**1 133**	**1 077**

AVGIFTER OCH PRISER

Avgifter och priser för hälso- och sjukvård, tandvård, kultur och kollektivtrafik redovisas i bilagor till Budget med verksamhetsplan 2026. Hälso- och sjukvårdens avgifter redovisas förutom i bilaga, även på Region Jönköping läns webbplatser. Om behov uppstår att under året förändra avgifter ska dessa förändringar beslutas av regionfullmäktige. Beslut om tillfälliga prisförändringar/erbjudanden inom kollektivtrafik och folktandvård kan fattas av respektive nämnd.

Bilagor som beslutats i fullmäktige i anslutning till beslut om budget 2026:

- patientavgifter i hälso- och sjukvården
- tandvårdstaxa folktandvården
- egenavgifter och bidrag hjälpmedel
- regelbok – Primärvård inom vårdval i Jönköpings län
- regelbok – Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län
- kollektivtrafikpriser
- regelverk sjukresor, färdtjänst, riksfärdtjänst
- principer för prissättning vid Kulturhuset Spira
- avgifter för internat, kost och logi, vid Region Jönköpings läns skolor

Gemensamt för Region Jönköpings län

Region Jönköpings län verkar inom områden som är avgörande för människors liv och hälsa, men också inom områden som ger länet förutsättningar för en hållbar tillväxt och utveckling. Sambanden mellan dessa områden är starka. Stöd- och servicefunktionernas övergripande uppdrag är att stödja verksamheterna utifrån deras behov och bidra till utveckling och kostnadseffektiv verksamhet. I nära dialog med verksamheterna ska stödfunktionerna ständigt utvecklas och arbeta med ständiga förbättringar för att bidra till en alltmer hållbar verksamhet.

STRATEGISKA MÅL OCH FRAMGÅNGSFAKTORER

I balanced scorecard har strategiska mål och framgångsfaktorer för vårt arbete formulerats. De strategiska målen beskriver vilket tillstånd vi vill uppnå med vårt arbete på en längre tidshorisont. Framgångsfaktorerna beskriver de viktigaste områdena vi behöver arbeta inom för att uppfylla de strategiska målen de närmsta åren. Tabellen nedan beskriver vilka strategiska mål och framgångsfaktorer som finns formulerade i budget 2026 med flerårsplan och hur de hänger samman, därefter följer en beskrivning av de sju strategiska målen.

Strategiskt mål	Framgångsfaktor
Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på	Nöjda kunder och intressenter
	God tillgänglighet
	God och jämlik hälsa
	Vitalt och tillgängligt kulturliv
	Ett demokratiskt och jämställt samhälle
	Utbildningsinnehåll anpassat till elevens behov
Enklare vardag för invånare och medarbetare	Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster
	Samverkan med andra aktörer
Bästa möjliga kvalitet	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande
	Säker verksamhet
	Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer
	Utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU erbjuder
Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion	Innovationsstödjande arbete
	Tillgänglig säker och hållbar infrastruktur
Bäst på att förbättra och förnya	Förbättringskunskap
	Professionell kunskap
	Forskning
Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser	Rätt kompetens och bemanning
	En god arbetsmiljö och hälsa
	Främja kreativitet och delaktighet
God och hållbar hushållning	Kostnadseffektiv verksamhet

GEMENSAMMA INRIKTNINGAR

Kopplat till de sju strategiska målen finns ett antal gemensamma inriktningar, oavsett nämnd eller verksamhet inom Region Jönköpings län. De följer nedan.

Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Region Jönköpings län ska bidra till att Jönköpings län är bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på. För att nå ditt behöver vi nöjda kunder och intressenter och skolorna behöver ha ett utbildningsinnehåll som är anpassat till elevernas behov. Vi behöver arbeta för en god tillgänglighet till våra sjukhus och vårdcentraler, men även för ett vitalt och tillgängligt kulturliv.

Region Jönköpings län arbetar för en god och jämlik hälsa och ett demokratiskt och jämställt samhälle. Ett arbete som i stor utsträckning sker i samarbete med kommunerna i länet.

Tillsammans i ett större system
Region Jönköpings län och länets 13 kommuner har alla för sin egen organisation och verksamhet formulerat visioner som speglar ambitionen att bidra till ett bra liv. För de cirka 370 000 invånarna i Jönköpings län är det i vardagen oviktigt vilken huvudman som har ansvar för en viss välfärdstjänst, det viktiga är att det fungerar. Därför gör vi det bäst tillsammans - *Tillsammans för ett bra liv för alla*. I arbetet är Länsstyrelsen, Jönköping University och kommunernas samverkansplattform Kommunal utveckling och andra aktörer i länet viktiga. Tillsammans utgör vi delar i ett större system för länets invånare.

På flera nivåer och i olika strukturer pågår samverkan för att göra det bästa för invånaren. Men för att det ska få effekt för invånaren behöver vi se oss som ett större system och då är inte minst högsta ledningens insikt och engagemang viktigt. Sedan hösten 2021 har detta synsätt utvecklats på högsta tjänstemannanivå genom ett gemensamt utvecklingsprogram där tillit till varandra, att arbeta gränsöverskridande och samordna resurser, skapa gemensamma strukturer för lärande, kvalitet som strategi och de tre enkla reglerna är exempel på delar som fördjupats. Sedan 2025 genomförs ett gemensamt utvecklingsprogram för nästa chefsnivå inom regionen, kommunerna, länsstyrelsen med samma inriktning.

Under våren 2025 genomförs inom ramen för arbetet med revidering av styrande dokument dialogmöten i alla 13 kommuner. I dialogerna deltar representanter för alla delar i det större systemet. Resultatet av detta kommer, förutom att påverka inriktningarna i ett antal styrande dokument, att återspeglas i vårt fortsatta gemensamma arbete för invånarna. För att lyckas behöver systemets olika forum och samverkansytor utvecklas vidare, detta arbete är påbörjat under 2025. Förtroendevalda med uppdrag i Region Jönköpings län har en viktig roll för att den fortsatta processen med att komma ännu längre i riktig samverkan ska lyckas. De politiska organen som Kommunalt Forum och Primärkommunal Samverkan är viktiga sammanhang för den formella demokratiska förankringen.

Den regionala nivån i det demokratiska systemet
Sveriges regioner har två huvuduppdrag; regional utveckling samt folkhälsa och sjukvård. En djup förankring i befolkningen skapas genom att verksamheten leds av folkvalda politiker. En stor förändring av den politiska organisationen gjordes vid regionbildningen inför mandatperioden 2015-2018. Sedan dess har ytterligare förändringar gjorts med införande av personaldelegation, upphandlingsdelegation, demokratiberedning samt politiska sekreterare. Nämndernas roll och uppdrag har utvecklats sedan regionbildningen och en förstärkning av den politiska organisationen gjordes inför mandatperioden 2019-2022. Förvaltningens resurser för att stödja den politiska organisationen har inte förstärkts parallellt, förslaget är att medel omdisponeras inom regionstyrelsens totala budgetram.

Jämlik verksamhet
Mänskliga rättigheter är både mål och medel för en bra och jämlik verksamhet. I vårt dagliga arbete utgår vi från de sex rättighetsprinciperna – icke-diskriminering och jämlikhet, deltagande och inkludering samt transparens och ansvar – för att säkra det rättighetsbaserade arbetet.

För att kunna bedriva en jämlik verksamhet behöver vi vara medvetna om hur normer påverkar oss och vilka normer som kan riskera att leda till ett begränsande förhållningssätt. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv behöver finnas med i beslutsfattande, på alla nivåer och i alla steg av olika processer. Genom att arbeta med integrering av dessa perspektiv säkrar vi att jämställdhetsarbetet blir en del av det ordinarie arbetet.

I vårt arbete med hbtqi-personers rättigheter ingår att ingen ska uppleva sig kränkt eller missförstådd i mötet med vården eller regionens andra verksamheter på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet/könsuttryck. Vidare ska alla känna sig välkomna att arbeta inom vår organisation, oavsett sexuell läggning eller könsidentitet/könsuttryck.

Vi har antagit mål och riktlinjer för arbetet med nationella minoriteters rättigheter, i enlighet med lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Tillgänglighet är ett prioriterat utvecklingsområde för vårt arbete med jämlik verksamhet. I arbetet utgår vi från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Kunskap om barn och ungas rättigheter ska hållas levande och utvecklas inom alla delar av organisationen. Genom ett årligt barnbokslut ges alla verksamheter möjlighet att på ett övergripande sätt redovisa barnrättsarbetet inom den egna verksamheten. Syftet är att säkerställa barnperspektivet inom organisationen. Region Jönköpings län arbetar även utifrån FN:s barnkonvention som bland annat innebär att vi alltid ska göra barnkonsekvensanalyser inför beslut som berör barn. Detta är ett område som behöver utvecklas ytterligare.

Vi ska aktivt stötta jämställdhets- och demokratiarbetet inom ideell sektor/civilsamhälle, samtidigt som vi tydligt ska följa upp ekonomiskt stöd till verksamheter. De företag och institutioner som utövar sin verksamhet på uppdrag av oss ska också arbeta för jämställdhet och jämlikhet på sin arbetsplats.

Enklare vardag för invånare och medarbetare
Ett viktigt strategiskt mål för Region Jönköpings län är att göra vardagen enklare för både invånare och medarbetare. För att lyckas med det behöver arbetssätt och digitala tjänster utvecklas i samarbete med andra aktörer.

Digitalisering för en hållbar verksamhet
Samhället blir allt mer digitalt och invånarnas förväntningar på enkla och smidiga tjänster ökar. Samtidigt blir befolkningen äldre, vilket gör att färre personer i arbetsför ålder behöver stödja fler som behöver välfärdstjänster. Digitalisering är en nyckel till att möta dessa utmaningar. Vi vill att våra digitala tjänster ska vara moderna och lika väl utvecklade som i andra samhällssektorer. De ska göra vardagen enklare för invånare och förbättra arbetsmiljön för våra medarbetare. Alla invånare som har möjlighet att använda digitala tjänster ska få tillgång till enkla och sammanhållna lösningar – oavsett om de är patienter, kulturkonsumenter eller resenärer. Samtidigt ska de som inte kan eller vill använda digitala tjänster få den service de behöver på andra sätt.

För att utveckla bra digitala tjänster behöver vi

- samordna och hantera data på ett effektivt sätt
- integrera nya system och tjänster på ett smart sätt
- utveckla processer som fungerar tillsammans
- använda enhetliga begrepp och termer både regionalt och nationellt.

Digital kompetens ska vara en självklar del av vår organisation. Alla medarbetare behöver ha grundläggande digital kunskap, och vi behöver också spetskompetens inom områden som AI, molnlagring, maskininlärning och datasäkerhet.

Förutom att förbättra dagens digitala tjänster måste vi hitta nya lösningar på framtidens utmaningar. Det innebär att vi behöver samarbeta med viktiga digitaliseringspartners både i Sverige och internationellt. Vår utveckling ska alltid utgå från invånarnas och medarbetarnas behov. Genom att samarbeta med patienter, resenärer och kulturkonsumenter kan vi skapa tjänster som verkligen gör nytta.

Digitalisering för bättre service och arbetsmiljö
Digitalisering ska hjälpa oss att

- skapa bättre service för invånare
- underlätta arbetet för våra medarbetare
- göra det enklare att kommunicera och samarbeta.

Genom att automatisera vissa arbetsuppgifter kan vi frigöra tid för det mänskliga mötet där det verkligen behövs. För att lyckas måste vi utveckla våra processer och jobba smartare tillsammans. Vi fortsätter att arbeta med Rätt Använd Kompetens (RAK) samtidigt som vi digitaliserar verksamheten. En del arbetsuppgifter kommer att försvinna, medan nya roller skapas.

En trygg och användarvänlig digital miljö
Många av våra tjänster sträcker sig över flera verksamhetsområden och ibland även mellan olika huvudmän. För att skapa effektiva digitala lösningar måste vi

- lagra data på ett sätt som gör den lättillgänglig
- utveckla sammanhållna planer för verksamhetsutveckling
- bygga digitala tjänster som invånarna har förtroende för och kan ta del av
- se till att våra medarbetare känner sig trygga och kompetenta i att använda digitala verktyg.

För att digitaliseringen ska bli en naturlig del av verksamheten behöver vi satsa på utbildning och utveckling. Det krävs både grundläggande digital kompetens för alla medarbetare och spetskompetens inom vissa områden.

Data kommer att spela en allt viktigare roll i vår verksamhet. Vi behöver effektiva system för att hantera och använda data, både i dagliga beslut och för långsiktig planering. Att dela data med våra samarbetspartners blir också viktigare i takt med att lagstiftningen möjliggör det.

Kommunikation som verktyg för måluppfyllelse
Med kommunikation som strategiskt verktyg arbetar vi tillsammans med invånaren i fokus för att förverkliga Region Jönköpings läns mål och visionen om ett bra liv i en attraktiv region. God kommunikation bygger på vår förmåga att ta reda på och förstå vad länsinvånare, medarbetare, samarbetspartners och andra intressenter behöver och vill veta. Kommunikationen ska vara målgruppsanpassad och tillgänglig och alltid utgå från varje enskild målgrupps behov och förutsättningar.

Kommunikationen ska skapa förutsättningar för delaktighet, transparens och trovärdighet mellan chefer och medarbetare och i mötet med kunder och intressenter. Den ska bidra till att öka invånarnas kunskap om Region Jönköpings län och våra erbjudanden och ge möjlighet till insyn och delaktighet. Kommunikationen ska vara en möjliggörare i att engagera medarbetarna i organisationens och arbetsplatsens uppdrag, strategier och mål samt stödja utveckling och ständiga förbättringar. Kommunikationen bidrar till att stärka organisationskulturen och att forma varumärket Region Jönköpings län.

Ett tydligt kommunikationssystem ska skapa förutsägbarhet och trygghet kring olika kommunikationsinsatsers och kanalers syfte, innehåll och användning. Region Jönköpings län ska arbeta för att vara en kommunikativ organisation, både inom organisationen och utanför. Kommunikationen ska bidra till en tydlig riktning för verksamheten och till kommunikativa ledare som har kunskap om sitt kommunikationsansvar och förmågan att omsätta det i handling. Chefer och ledare är den viktigaste kanalen i kommunikationen med medarbetarna, och medarbetarna är de bästa ambassadörerna i dialogen med invånare, samarbetspartners och kollegor.

En väl fungerande kommunikation är avgörande för att Region Jönköping län ska arbeta i enlighet med uppdragen och ska tillämpas som verktyg och stöd för att nå uppsatta mål på både kort och lång sikt.

Bästa möjliga kvalitet
Region Jönköpings län ska arbeta för bästa möjliga kvalitet inom all verksamhet. För att nå detta krävs att vi arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, och att vi ska ha en säker verksamhet i alla delar. Vi behöver även ha ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer, samt utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU erbjuder.

En global region
Jönköpings läns strategiska läge, den internationellt profilerade högskolan och den ökande globaliseringen skapar förutsättningar för länet att bli en långsiktig hållbar och innovativ tillväxtregion. En förutsättning för Jönköpings läns långsiktigt hållbara utveckling är att länets företag

erövrar och blir en del av de globala värdekedjorna. Därför behöver insatser kontinuerligt göras för att stödja företagens internationalisering- och exportambitioner. Globaliseringen ger även möjlighet till kunskaps-och kompetensinfluenser samt ökar möjligheten för internationella företags direktinvesteringar och nyetableringar i länet.

Den regionala nivån och dess utveckling har ett direkt samband med europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete ska det regionala utvecklingsarbetet bedrivas i syfte att uppfylla regionala mål och mål för EU:s sammanhållningspolitik. Som en del av EU har länet möjlighet att bidra till och dra nytta av europeiskt samarbete. På EU-nivå finns mål och strategier kring den dubbla omställningen (twin transition) med EU:s gröna giv och EU:s digitala agenda. Detta genomsyrar EU-program, initiativ och lagförslag som när de verkställs, har påverkan på regional nivå. Omvärldsbevakning och proaktivt påverkansarbete på EU-arenan ökar möjligheten att bidra till och på sikt dra nytta av utvecklingen. 2035 är Jönköpings län ett internationellt konkurrenskraftigt län.

Globaliseringen påverkar hur kulturer, livsåskådningar och värderingar formas. Genom att aktivt delta i globaliseringen och den internationella konkurrensen kan länet skapa nya relationer med andra människor, med andra platser och med andra länder. Genom samverkan kan länet också påverka andra i en mer hållbar och fredlig inriktning utifrån perspektiven i de globala målen. Inriktningen är att Region Jönköpings läns ska bidra till hållbarhet med utgångspunkt i den regionala utvecklingsstrategin och med koppling till EU:s mål och strategier samt till Agenda 2030.

När beroendet av omvärlden ökar och en del av de politiska besluten fattas på europeisk nivå, blir det internationella arbetet en förutsättning för att skapa en långsiktig regional utveckling. Detta är bakgrunden till Region Jönköpings läns internationella policy. Den slår fast att vårt internationella arbete ska främja den regionala utvecklingen och våra olika verksamheter. Genom våra kunskaper och nätverk är vi en resurs för länet vad gäller EU-finansiering och projektstöd.

Territoriell strategisk planering
Regionen arbetar med att ta fram kunskapsunderlag och arbetssätt som främjar analyser och samverkan på flera nivåer kring de utmaningar och lösningar som är viktigt för genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin.

Rumsliga perspektiv på länets utveckling gör att länets strategier kan sättas i ett större sammanhang, vilket i sin tur ger förutsättningar för bättre samsyn och tydlighet kring långsiktiga prioriteringar och mål.

Säker verksamhet
Sverige genomför nu den största förstärkningen av totalförsvaret sedan kalla kriget. Ett starkt svenskt totalförsvar bidrar till både Sveriges och Natos säkerhet. För Region Jönköpings län innebär detta att organisationen ska säkerställa att de viktigaste samhällsfunktionerna fungerar även under kris och krig. Region Jönköpings län har också en viktig roll i att stödja det militära försvaret, bland annat genom en civil hälso- och sjukvård.

För att stärka vår beredskap pågår ett omfattande arbete med att utveckla Region Jönköpings läns förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig. Parallellt kartläggs och analyseras vilken verksamhet som ska bedrivas under höjd beredskap. Andra prioriterade områden inkluderar samverkan och ledning, utbildning och övning, kapaciteten att omhänderta ett stort antal skadade och sjuka samt försörjningsberedskap.

Arbete pågår även med att stärka allmän säkerhet, och för det krävs ett nära samarbete med regionala aktörer och näringslivet. Ett viktigt område för att skapa en robust beredskap och förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet, även under kritiska förhållanden, är Region Jönköpings läns lokaler som behöver vara anpassade för de krav som ställs.

Hållbar upphandling
Upphandling är en strategiskt viktig fråga för Region Jönköpings län. En bra process för upphandling av varor och tjänster har stor betydelse för verksamhetens effektivitet. Region Jönköpings län är i

många fall en stor kund och kan genom upphandlingar påverka utbudet på marknaden i en hållbar riktning. Sociala hållbarhetskrav och mer långtgående miljökrav ställs i prioriterade upphandlingar. Region Jönköpings län ställer sig positiv till samverkan med länets kommuner när det gäller gemensamma upphandlingar, för att skapa klokt resursutnyttjande och bättre service till länsinvånarna.

Kraven har höjts och ett bredare perspektiv har tagits kring socialt ansvarstagande, bland annat för att ge fler människor möjlighet att delta och bidra i samhället/alternativt för att ge personer långt ifrån arbetsmarknaden en väg in i arbete.

Vid upphandlingar ges förutsättningar för innovationer och innovationsvänliga lösningar. Region Jönköpings län ska möjliggöra för små och medelstora aktörer, inte minst på landsbygden, samt den idéburna sektorn att konkurrera om Region Jönköpings län avtal när det är relevant.

Cirkulära materialflöden och resurseffektivitet
Region Jönköpings län ska möjliggöra en hållbar tillväxt och resurseffektivitet utifrån ett helhetsperspektiv samt bidra till cirkulär ekonomi där returflöden skapas och material tas tillvara. Andelen cirkulära materialflöden ska öka, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. Att minska användningen av förbrukningsartiklar är prioriterat ur ett klimatperspektiv och vägledning finns för att så långt som möjligt använda flergångsmaterial och i övrigt använda rätt förbrukningsmaterial vid rätt tillfälle.

Hållbara matvanor
Region Jönköpings län bidrar till bland annat regionala livsmedelsstrategin genom att som vårdgivare, arbetsgivare och utbildare förenkla möjligheterna att göra hälsosamma och miljömedvetna matval.

Hållbara resor och transporter
Klimatpåverkan från Region Jönköpings läns transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. Klimatpåverkan från privata resor till vårdinrättningar och medarbetares resor till och från arbetet står för en betydande del av vår totala klimatpåverkan. Privata resor till vårdinrättningar ska minska genom digitala och samordnade vårdmöten och stimulerande av hållbara resealternativ. Region Jönköpings län ska även stimulera medarbetare att välja mer hållbara resealternativ för arbetspendling. Även klimatpåverkan från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, ska minska. Region Jönköpings län har antagit Fossilfritt Sveriges transportutmaning med målet att köpta och utförda transporter ska vara fossilfria år 2030.

Enligt hållbarhetsprogrammet ska en omställning till förnybara drivmedel ske till år 2025. Bussar i allmän kollektivtrafik ska drivas med 100 procent förnybara drivmedel, dieseltåg ska drivas med den andel förnybara drivmedel som är godkänt, dock minst 20 procent förnybara drivmedel, eltåg ska drivas med 100 procent förnybar el och fordon inom serviceresor ska drivas med minst 40 procent förnybara drivmedel, till år 2025. Omställning till förnybara drivmedel innebär ökade kostnader.

Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Region Jönköpings län har även som strategiskt mål att vara en långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion. Det betyder att vi behöver arbeta innovationsstödjande och ha en tillgänglig, säker och hållbar infrastruktur.

Hållbar utveckling
En hållbar utveckling tillgodoser alla människors behov och rättigheter idag utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina. För att utvecklingen ska vara hållbar måste vi uppnå hållbarhet inom alla de tre dimensionerna – miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet – och säkerställa att de tre dimensionerna hela tiden samverkar.

Ett miljömässigt hållbart samhälle innebär att ta ansvar för hur vi använder planetens resurser. Vi kan bidra genom att använda våra resurser klokt, minimera utsläpp till luft och vatten, bevara biologisk mångfald och arbeta för en hållbar konsumtion, produktion och samhällsplanering.

Ett socialt hållbart samhälle är ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett bra liv med god hälsa, utan orättvisa skillnader - helt enkelt ett samhälle där människors lika värde står i centrum. Det kräver att människor känner tillit och förtroende gentemot varandra och är delaktiga i samhällsutvecklingen.

Ekonomisk hållbarhet innebär att förvalta och utveckla mänskliga och materiella resurser på ett långsiktigt hållbart sätt. Vi arbetar för en varaktig, inkluderande och hållbar ekonomisk utveckling där varje generation bär kostnaderna för den service som den generationen beslutar om och själv konsumerar.

Region Jönköpings län har höga ambitioner för att bidra till en hållbar utveckling. Hållbarhetsprogrammet beskriver hur Region Jönköpings län ska bidra i detta arbete. Som medlem i Klimatrådet står Region Jönköpings län bakom den klimat- och energistrategi som togs fram tillsammans med Länsstyrelsen i Jönköpings län 2019.

Bäst på att förbättra och förnya
Region Jönköpings län arbetar för att nå det strategiska målet att vara bäst på att förbättra och förnya. Det kräver att vi arbetar både med förbättringskunskap, professionell kunskap och forskning.

Innovation, forskning och utveckling
Forskning, utveckling och innovation ingår i sjukvårdens uppdrag. I takt med de förändringar som sker i omvärlden ska Region Jönköpings län stärka och förnya verksamheten för attraktivitet och tillväxt för att nå bättre folkhälsa och bättre vård. Utgångspunkten är att arbeta med det som skapar värde för invånarna inom hälso- och sjukvård och regional utveckling.

En integrerad klinisk forskning är en nödvändig förutsättning för en kunskapsbaserad, jämlik och högkvalitativ hälso- och sjukvård. Region Jönköpings län stärker den kliniska forskningen genom att stödja regionens forskande medarbetare och forskningsinfrastruktur såsom universitetssjukvårdsenheter, Jönköping Academy och biobanken. Effektivare och mer rättssäkra forskningsprocesser för uttag av hälsodata och vävnadsprover ger bättre tillgång till prov och data, och skapar förutsättningar för bättre forskningskvalitet. Regionen stödjer ansökningar för ett nytt forskningsområde och en ny tandläkarutbildning vid Jönköpings University.

Behovet av utveckling, innovation, effektiviseringar och medarbetarnas möjligheter att bidra till förnyelse av service och teknologi är stort. Stärkt innovationskraft och förmåga till innovation är viktigt för region Jönköpings läns verksamheter. Att ge medarbetare rätt förutsättningar för det här stärker långsiktigt Region Jönköpings län som arbetsgivare och leder till att vi kan öka takten i förnyelsearbetet. För att stödja detta har Region Jönköpings län inrättat en innovationsplattform. Innovation är nya lösningar som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet för våra invånare uppstår då insikter och idéer omsätts i praktiken och nyttiggörs. Det värde som skapas kan anta många former – ekonomiska, sociala eller miljömässiga.

Genom en strukturerad innovationsprocess och stödresurser kopplade till arbetet har därför medarbetare möjlighet att föreslå och själv utveckla innovationer. Innovationsplattformen har etablerad samverkan med partners som kommuner, myndigheter, näringsliv och universitet för att säkra nyttiggörandet och för att stärka innovationskraft och förmåga i hälso- och sjukvården. Modeller och metoder för arbetet är under utveckling, liksom framtagandet av nödvändiga utbildningssatsningar.

Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser
För att Region Jönköpings län ska utvecklas till att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplats, behövs rätt kompetens och bemanning. Medarbetarna behöver ha en bra arbetsmiljö och förutsättningar för god hälsa. De ska också kunna vara delaktiga och kreativa i

utvecklingen av verksamheten och arbetsplatsen.

En förutsättning för en framgångsrik organisation är motiverade medarbetare som känner sig uppskattade och respekterade. Ledare och medarbetare är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö. Alla ser sin roll i helheten och har ett tydligt mandat att bidra till verksamhetens utveckling.

Vårt mål är att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare och tillsammans skapar vi Sveriges bästa arbetsplats för att kunna erbjuda och bedriva en verksamhet med högsta kvalitet. För att långsiktigt kunna säkerställa kompetensförsörjning och vara en attraktiv arbetsgivare, är en god arbetsmiljö och möjlighet till kompetensutveckling avgörande. Det gäller både för rekrytering och för att behålla viktig kompetens. Alla medarbetare ska ha ett hållbart arbetsliv och möjlighet att påverka sin arbetsmiljö samt ha möjlighet att utvecklas. Medarbetarna är organisationens främsta och viktigaste resurs.

Region Jönköpings län ska vara en god förebild för andra arbetsgivare och lyhörd gentemot medarbetarna. I arbetet med ständiga förbättringar och klok resursanvändning krävs en öppenhet för nya arbetssätt och delaktiga medarbetare med möjlighet till inflytande. Kompetensförsörjning och en aktiv personalpolitik är och kommer fortsatt vara en av de strategiskt viktigaste frågorna för utvecklingen av Region Jönköpings län.

Vägen till Sveriges bästa arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser går genom att lyckas med de framgångsfaktorer som uttalats i balanced scorecards medarbetarperspektiv: rätt kompetens och bemanning, god arbetsmiljö och hälsa samt främja kreativitet och delaktighet. För detta behövs arbetssätt som säkerställer att vi når ambitionen. Under de senaste åren har därför ett antal regiongemensamma arbetssätt fastslagits. Arbetssätten utgår från forskning och goda exempel på tillämpning. Att de fullt ut tillämpas i hela verksamheten är avgörande för att vi ska leva upp till ambitionen, liksom arbetet med att stärka chefers förutsättning till ett nära ledarskap och verksamhetsutveckling tillsammans med medarbetarna.

Kompetensplanering är vårt gemensamma arbetssätt för hur vi säkerställer att de resurser vi har möter invånarnas behov idag och i framtiden. *De åtta friskfaktorerna* som baseras på forskning, är vårt gemensamma arbetssätt för hur vi skaparen god arbetsmiljö och hälsa. *Vår värdegrund, organisationskultur och ett hållbart ledarskap* är våra gemensamma arbetssätt för att skapa kreativitet och delaktighet. Arbetssätten ska tillämpas och följas upp systematiskt och på alla Region Jönköpings läns arbetsplatser.

Våra medarbetare i siffror

Verksamheten utförs dels i egen regi, dels av privata aktörer. Region Jönköpings läns planering och åtgärder har betydelse för hela verksamheten. Detta avsnitt handlar om medarbetare anställda i Region Jönköpings län.

Vid utgången av 2024 hade Region Jönköpings län 11 783 anställda. Av dem var 11 189 tillsvidareanställda och 594 visstidsanställda. Utöver dessa avlönades motsvarande 304 årsarbetare med timlön under 2024 (tabell X, sidan X).

Region Jönköpings län mäter även antal anställda uttryckt i faktiska årsarbetare, som visar hur många årsarbetare som varit i tjänst i genomsnitt under året. Hänsyn tas i den beräkningen till både tjänstgöringsgrad och frånvaro. Förändring av faktiska årsarbetare kan bero både på fler anställda årsarbetare men också på förändringar i frånvaron (fler eller färre i tjänst). I genomsnitt har antalet faktiska årsarbetare ökat med 279 för hela Region Jönköpings län under 2024 jämfört med 2023. Fördelning och utveckling inom Region Jönköpings läns personalgrupper mätt i faktiska årsarbetare framgår av tabell X, sidan X.

Även om antalet medarbetare i Region Jönköpings län totalt sett har ökat finns det utmaningar. Förutsättningarna att kunna rekrytera och behålla personal kan skilja mellan olika verksamheter och geografiska områden.

Sjukfrånvaron förändras vanligen på ett regelbundet sätt över tid (figur XX, sidan X). Under åren 2020-2022 var sjukfrånvaron något förhöjd beroende på pandemin och Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid minsta symptom. Region Jönköpings läns sjukfrånvaro ligger på en nivå som är under riksgenomsnittet jämfört med andra regioner. Detta är en förbättring jämfört med de senaste åren då sjukfrånvaron varit i nivå med riksgenomsnittet.

Under 2024 var personalomsättningen 7,4 procent. 817 medarbetare slutade sin anställning varav 215 gick i pension. Under samma period tillsvidareanställdes 1 028 medarbetare (figur XX, sidan X).

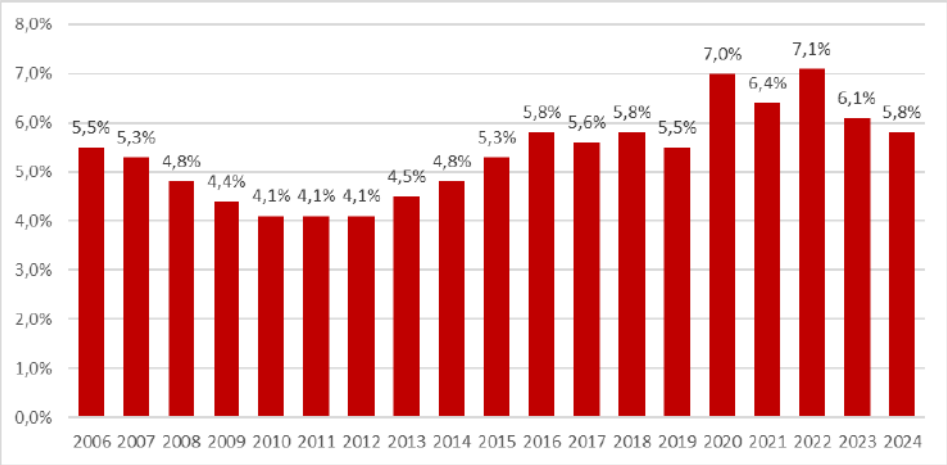
Tabell XX Anställda inom Region Jönköpings län

Anställningsform	Kön	Heltid	Deltid	Totalt	Andel heltidsanställda
Antal anställda tillsvidare	Kvinnor	7 722	1 244	8 966	86 %
	Män	2 111	112	2 223	95 %
Antal anställda visstid	Kvinnor	366	67	433	85 %
	Män	145	16	161	90 %
Totalt antal anställda		**10 344**	**1 439**	**11 783**	**88 %**

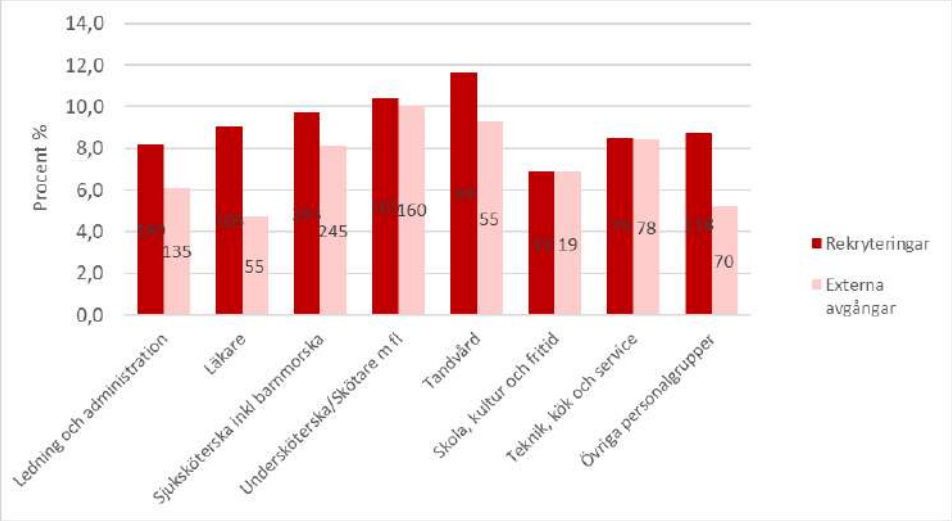
Tabell XX Yrkesgrupper inom Region Jönköpings län

Yrkesgrupp	Faktiska årsarbetare 2022	Faktiska årsarbetare 2023	Faktiska årsarbetare 2024
Ledning och administration	1 914	1 990	2 044
Läkare	1 144	1 163	1 202
Sjuksköterskor (inklusive barnmorskor)	2 360	2 393	2 469
Undersköterska/Skötare med flera	1 362	1 400	1 424
Tandvård	475	483	504
Skola, kultur och fritid	266	259	253
Teknik, kök och service	834	8 63	882
Övriga personalgrupper	1 044	1 098	1 148
Summa	**9 397**	**9 648**	**9 928**

Figur XX Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, som andel (%) av den tillgängliga ordinarie arbetstiden
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Figur XX Personalomsättning och antal externa avgångar/rekryteringar inom Region Jönköpings län 2024 *(antalet avgångar/rekryteringar står angivet i staplarna)*
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Rätt kompetens och bemanning
Samhällets kompetensutmaning är en av de viktigaste frågorna för kommuner och regioner i Sverige. För att räcka till för invånarnas behov, både nu och i framtiden, behöver vi arbeta med långsiktiga åtgärder och samarbeta – både inom hela organisationen och med andra aktörer, till exempel länets kommuner.

Kompetensplanering är Region Jönköpings läns gemensamma arbetssätt för hur vi säkerställer att de resurser vi har idag möter verksamhetens behov. Med stöd av processen för kompetensplanering analyserar alla chefer sitt behov på kort och lång sikt och genomför åtgärder för att säkra sitt kompetensbehov. Det innebär att hitta andra lösningar på kompetensutmaningar genom förändrade arbetssätt, behålla och utveckla befintlig personal men också att identifiera framtida rekryteringsbehov.

Arbetet med att identifiera och använda rätt kompetens är centralt på varje nivå och del av organisationen. En ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens och där de gör mest nytta är en förutsättning för kvalitet och resurseffektivitet.

Region Jönköpings län behöver ständigt attrahera och rekrytera nya medarbetare för att våra verksamheter ska kunna utföra sina uppdrag. Under ett år söker cirka 30 000 kandidater jobb i Region Jönköpings län och cirka 1 000 nya medarbetare tillsvidareanställs varje år. En välfungerande

rekryteringsprocess och ett bra bemötande av alla arbetssökande är en viktig del i strategin för att trygga kompetensförsörjningen och skapa ett starkt arbetsgivarvarumärke.

Region Jönköpings län driver en lönepolitik inriktad mot konkurrenskraftiga löner som kan hävda sig på marknaden. Lönebildningen ska stimulera till ökat engagemang och utveckling av verksamhetens produktivitet och kvalitet. Våra kollektivavtal och riktlinjer för lönebildning i Region Jönköpings län ger förutsättningarna för arbetet.

Region Jönköpings län fortsätter arbetet med att minska kostnaderna för hyrbemanning och ska under mandatperioden arbeta för att minska kostnaderna av hyrbemanning till 1 procent av lönekostnaderna. I verksamheternas kompetensplaner ska framgå vilka åtgärder som genomförs för att säkra kompetensförsörjningen och minska beroendet av hyrbemanning.

Kännetecknande för oss som attraktiv arbetsgivare är utbudet av intressanta, utmanande och meningsfulla arbetsuppgifter, och utvecklande yrken som skapar värde för invånarna i länet. En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Var och en behöver därför se sin roll i helheten, ha klara mål, de medel som krävs samt kunskap om hur resultat ska uppnås. För Region Jönköping län som arbetsgivare är det viktigt att medarbetarna känner att de har intressanta och viktiga arbetsuppgifter oavsett var i organisationen de arbetar.

Att alla medarbetare ges möjlighet till relevant och kontinuerlig kompetensutveckling är centralt för att ständigt förbättra och på bästa sätt bedriva verksamhet för de vi är till för. Genom att utveckla och tydliggöra utvecklingsmöjligheter för olika yrken ges medarbetare en möjlighet att utveckla både sig själva och verksamheten.

Verksamhetens behov, regelbundna medarbetarsamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner ligger till grund för att utveckla och tillföra kompetens på ett sätt som stärker såväl individen som verksamheten i sin helhet. Chefen ska, tillsammans med sina medarbetare, på ett individuellt och metodiskt sätt arbeta med kompetensutveckling utifrån verksamhetens nuvarande och framtida behov samt den enskildes och yrkesgruppernas olika förutsättningar.

En god arbetsmiljö och hälsa

Medarbetarskapet bygger på bra samarbete mellan kollegor, medarbetare och chefer i det dagliga arbetet. Det är allas gemensamma ansvar att bidra till god arbetsmiljö och god kommunikation.

De åtta friskfaktorerna är Region Jönköping läns gemensamma arbetssätt för hur vi systematiskt skapar en god arbetsmiljö och hälsa. Friskfaktorerna sammanfattar de förutsättningar som forskning visar behöver finnas på en arbetsplats för att medarbetarna ska må bra, utvecklas, prestera bra och trivas.

En god och hållbar arbetsmiljö uppnås genom ett gemensamt arbete på arbetsplatsen kring den verksamhet som bedrivs där och de arbetsmiljöfrågor som är kopplade till denna. Genom att tillämpa den vägledning som friskfaktorerna ger kring arbetsmiljöfrågorna säkerställs att inga viktiga aspekter kring verksamheten och arbetsmiljön tappas bort.

Region Jönköpings län ska arbeta för en jämlik grundbemanning inom hälso- och sjukvården, där resurser och arbetsvillkor fördelas rättvist. Målet är att skapa ett hållbart arbetsliv för alla medarbetare. Genom att arbeta med friskfaktorer, uppmuntra heltid och stödja ett längre arbetsliv, tar vi tillvara på den kompetens och kapacitet som finns bland våra medarbetare och minskar behovet av nyrekrytering. Heltidsarbete bidrar till att möta framtida utmaningar, göra organisationen mer attraktiv och minska rekryteringskostnader, samtidigt som jämställdheten ökar. Medarbetarna ska kunna påverka sina arbetstider utifrån verksamhetens behov.

Arbetet med aktiva åtgärder och det interna sociala hållbarhetsarbetet för lika rättigheter och möjligheter ingår som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Varje arbetsplats ska arbeta mot målet att skapa arbetsmiljöer som är tillgängliga och inkluderande för alla.

Främjar kreativitet och delaktighet
Genom ledare som är tillgängliga, tydliggör mål, inspirerar och visar vägen skapas en kultur som främjar jämlikhet, kreativitet, innovation och ständiga förbättringar. Ett framgångsrikt chefskap vilar på Region Jönköpings läns ledningsstrategier och är en nyckel till att skapa en attraktiv arbetsplats. Med fokus på invånarnas behov verkar chefen för verksamhetens resultat och utveckling, medarbetares kompetensutveckling, arbetstillfredsställelse och leder det systematiska förbättringsarbetet.

Chefer behöver få rätt förutsättningar för att kunna utöva ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap och nå verksamhetens uppsatta mål. Samlad forskning visar tydligt att arbetsgruppens storlek påverkar både de anställdas arbetsmiljö och kvaliteten på verksamheten. Genom ett rimligt antal medarbetare per chef, en gemensam bild av vad som förväntas av chefer och hur stödet kring chefen ska se ut skapas förutsättningar för ett nära och tillitsfullt ledarskap. Regiongemensamma program och utbildningar kring chefs- och ledarskap är en viktig förutsättning för att kunna leda det systematiska förbättringsarbetet.

Medarbetares delaktighet och engagemang är grunden för att utveckla verksamhetens arbetssätt och dess kvalitet. Grundläggande för att uppnå detta är delaktighet på alla nivåer samt tillit mellan ledare och medarbetare. Genom en gemensam värdegrund skapas en kultur som utvecklar medarbetarengagemang och främjar kreativitet och delaktighet i hela verksamheten. Styrdokumentet *Att vara medarbetare och ledare* i Region Jönköpings län ger förutsättningarna för varje arbetsplats lokala kulturarbete.

God och hållbar hushållning
Inom Region Jönköpings län är en god och hållbar hushållning ett viktigt strategiskt mål. För att nå målet arbetar alla för en kostnadseffektiv verksamhet.

Utgångspunkten för styrningen är kommunallagens krav på god hushållning, både ur ett verksamhetsperspektiv (ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet) och ur ett finansiellt perspektiv (långsiktig och uthållig finansiering). God ekonomisk hushållning är en förutsättning för att även i framtiden ge invånarna i Region Jönköpings län en god hälso- och sjukvård och regional utveckling.

Verksamhetsmål inom hälso- och sjukvård och regional utveckling ska uppnås med lägsta möjliga resursinsats. För en bra styrprocess krävs att olika verksamhetsnivåers mål, resurstilldelning och resultat är tydliga, i såväl planering som genomförande och uppföljning. En ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet uppnås genom god måluppfyllelse där tjänsten producerats med en hög produktivitet. Kvalitet är Region Jönköpings läns strategi inom alla områden. Genom att prioritera, förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet frigörs resurser och medel till utveckling för nya områden och åtaganden.

Bilaga 1: Grundläggande värderingar



Kundorientering

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde för dem som den finns till för – kunderna. De externa och interna kundernas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar ska vara vägledande för organisationen, dess medarbetare och verksamhet.

Engagerat ledarskap

För att skapa en kultur som sätter kunden i främsta rummet krävs ett personligt, aktivt och synligt engagemang från varje ledare. Ledarskapets viktigaste uppgifter är att ange riktningen för verksamheten, ta till vara potentialen i individers olikheter och erfarenheter, skapa förutsättningar för medarbetarna samt att i dialog med dem definiera och följa upp målen.

Allas delaktighet

En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Var och en måste därför se sin roll i helheten, ha klara mål, de medel som krävs samt kunskap om de resultat som ska uppnås.

Kompetensutveckling

Den samlade kompetensen är avgörande för organisationens framgång och konkurrenskraft. Därför måste kompetensutvecklingen ses både ur ett organisatoriskt och ett individuellt perspektiv, för att därmed utveckla och tillföra kompetens på ett sätt som stärker såväl individen som organisationen i sin helhet.

Långsiktighet

Organisationens verksamhet måste värderas med tanke på utveckling och konkurrenskraft över tiden. Ett uthålligt förbättringsarbete leder till ökande produktivitet och effektivitet, bättre miljö, nöjdare kunder och varaktig lönsamhet på lång sikt.

Samhällsansvar

Varje organisation har ett samhällsansvar utöver lagar och förordningar. Organisationen och dess medarbetare måste se sina processer, varor och tjänster som delar i en större helhet och aktivt medverka till förbättringar i både samhälle och miljö.

Processorientering

Organisationens verksamhet ska ses som processer som skapar värde för kunderna. Processorientering stimulerar till att analysera och förbättra arbetsflöden och arbetsorganisation, och lägger grunden för kundorienterad verksamhetsutveckling.

Förebyggande åtgärder

Det är lönsamt att förebygga fel och ta bort risker i processer, varor och tjänster. Framsynthet, förutseende och planering är nyckelord i förbättringsarbetet där även kunder och leverantörer ska engageras.

Ständiga förbättringar

Konkurrenskraft kräver ständiga förbättringar och förnyelse av alla verksamhetens delar. Förutsättningen för detta är ett metodiskt förbättringsarbete som genomsyrar organisationen och en kultur som stimulerar till ständigt lärande, kreativitet och nya idéer.

Lära av andra

För att kunna vidareutvecklas måste organisationen och dess medarbetare på alla områden skaffa sig ny kunskap om vad som är möjligt att uppnå och hur detta kan uppnås. Detta kräver jämförelser med dem som är bäst på en viss process, oavsett vilken bransch eller sektor de tillhör.

Snabbare reaktioner

I alla verksamheter är kortare svarstider, kortare ledtider och snabbare reaktioner på kundernas behov av avgörande betydelse. Det gäller såväl för utveckling, produktion och leverans av varor och tjänster, som för administrativa processer.

Faktabaserade beslut

Beslut måste bygga på dokumenterade och tillförlitliga fakta. Varje medarbetare måste inom sitt arbetsområde få möjlighet att mäta och analysera fakta av betydelse för att uppfylla sina mål och för att tillfredsställa sina kunder.

Samverkan

Samverkan genomsyrar varje framgångsrik organisation. Det är väsentligt att genom samverkan på flera plan och i olika avseenden ta till vara kompetenser och erfarenheter hos såväl medarbetare som hos kunder, leverantörer, partners, ägare och huvudmän.

Bilaga 2: För ett bra liv i en attraktiv region

Budget med flerårsplan beskriver hur vi förverkligar visionen *För ett bra liv i en attraktiv region*. Vår verksamhetsidé är att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, folkhälsa, kultur, utbildning, kollektivtrafik och regional utveckling.

Region Jönköpings län arbetar med frågor som är avgörande för människors liv och hälsa, men också med frågor som rör länets tillväxt och utveckling. Sambanden mellan dessa områden är starka.

Region Jönköpings län ska arbeta för att bidra till Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling för att på ett långsiktigt hållbart sätt nå vår vision *För ett bra liv i en attraktiv region*.

Figur 1 Agenda 2030



Agenda 2030 innehåller 17 globala mål och 169 delmål som ska leda till att avskaffa extrem fattigdom, minska ojämlikhet och orättvisor i världen, främja fred och rättvisa, samt skydda planetens naturresurser och lösa klimatkrisen.

Dokumentet *Regional utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2035* är en utgångspunkt för arbetet. Samarbete och samverkan är nyckelbegreppen i strategin. Den beskriver bland annat att man ska samordna utvecklingsinsatser inom områden som transportinfrastruktur, näringsliv, arbetsmarknad och utbildning. Region Jönköpings län stödjer aktivt projekt och organisationer som bidrar till en hållbar tillväxt i länet.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030 är ett strategiskt dokument som visar vägen för utveckling av länets hälso- och sjukvård. Där beskrivs bland annat att bästa möjliga hälsa och en jämlik vård ska åstadkommas med kvalitet som strategi, grundläggande värderingar och gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med invånare, patienter, medarbetare, kommuner och civilsamhälle.

Under 2025 görs en genomgång och revidering av fyra av Region Jönköpings läns strategiska dokument. Det gäller både ovanstående Regional utvecklingsstrategi och Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård, men även Hållbarhetsprogrammet och Trafikförsörjningsprogrammet.

Inom Region Jönköpings län arbetar vi för en verksamhet som fungerar väl och som är socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar. Invånarnas behov är utgångspunkten för att ständigt förbättra och förnya. Att förverkliga visionen kräver även insatser inom områden som ligger utanför vår egen verksamhet. Därför är samverkan med länets kommuner, statliga myndigheter, andra organisationer och civilsamhället mycket viktig.

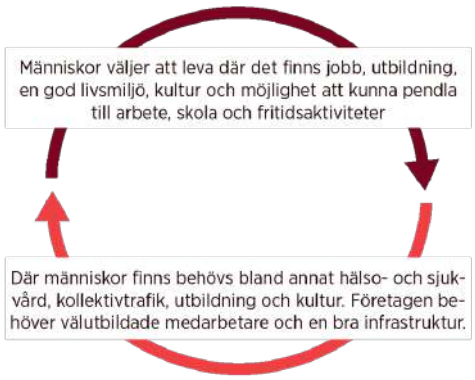
Allt vårt arbete ska leda till att Jönköpings län år 2035 är Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där alla människor trivs, utvecklas och mår bra. Flera områden behöver utvecklas för

att nå dit. Några av de viktigaste är kompetensförsörjning, jämställdhet, integration, mångfald, jämlikhet, energiförsörjning och digitalisering. För att lyckas måste många aktörer samverka i frågor som är viktiga för länet. Samverkan fortsätter att utvecklas inom sjukvårdsregionen som omfattar Östergötland och Kalmar. I de regionala utvecklingsfrågorna sker samverkan i Regionsamverkan Sydsverige, där även regionerna Skåne, Halland, Blekinge, Kronoberg samt Kalmar ingår.

Det globala perspektivet är också viktigt i utvecklingsarbetet. Det handlar både om att bidra till utveckling i andra delar av världen och att sätta länets utveckling i ett globalt perspektiv.

Hälsofrämjande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Flera faktorer styr behovet och efterfrågan inom hälso- och sjukvård.

Figur 2 Allt hänger ihop
(ska revideras till den tryckta budgeten)



Genom samverkan med olika aktörer i länet och en väl fungerande verksamhet blir Region Jönköpings län attraktiv som organisation och utvecklas vidare. En djup förankring i befolkningen skapas genom att verksamheten leds av folkvalda politiker. Inom hela Region Jönköpings län arbetar vi för en väl fungerande verksamhet, som ständigt förbättras och förnyas med utgångspunkt i invånarnas behov och delaktighet.

Övergripande ledningssystem

Utgångspunkten för att styra verksamheten är att förverkliga visionen genom god hushållning, vilket innebär att vi använder resurser på ett sätt som främjar social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet. Verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt och med en finansiering som garanterar verksamheten långsiktigt. Genom att hushålla med offentliga medel skapar vi värde för länets invånare.

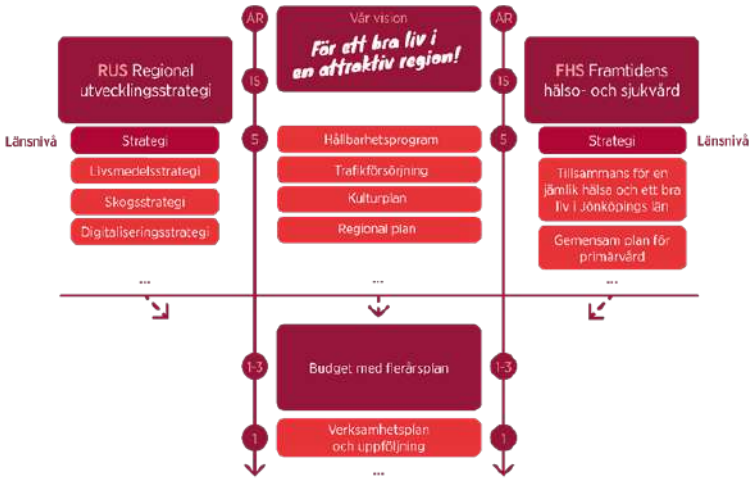
Region Jönköpings läns viktigaste styrdokument är budget med verksamhetsplan och flerårsplan. Här beskrivs våra strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag och mätetal för de närmaste åren. De strategiska målen har en tidshorisont på tio år. Framgångsfaktorerna visar de viktigaste områdena som behöver prioriteras för att vi ska nå de strategiska målen, de har en tidshorisont om tre år. Uppdragen beskriver vad vi behöver uppnå inom respektive område och har en tidshorisont om 1–3 år. Verksamheterna anger sedan aktiviteter kopplade till uppdragen i sina verksamhetsplaner. Arbetet för att uppnå de strategiska målen leds och följs upp genom regelbunden dialog och återkoppling mellan verksamhet, förvaltningsledning och politik. Mätetal och intern kontroll stödjer detta arbete. Våra strategiska mål för de närmaste åren är:

- Bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras

- Enklare vardag för invånare och medarbetare
- Bästa möjliga kvalitet
- Bäst på att förbättra och förnya
- Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion
- Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser
- God och hållbar hushållning.

De strategiska målen tas fram med stöd av våra grundläggande värderingar och ledningsstrategier och utgår från vår vision och våra mer långsiktiga styrdokument, planer och program. De strategiska styrdokumenten *Regional utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2035* och *Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030* har båda långa tidsperspektiv. De beskriver den politiska ambitionen för Region Jönköpings län till år 2035 respektive 2030. Andra politiskt antagna planer och program har kortare tidsperspektiv, upp till fem år. Nedan visas hur styrdokumenten förhåller sig till och samspelar med varandra.

Figur 3 Hur styrdokument och planer som antagits av regionfullmäktige förhåller sig till och samspelar med varandra
(*ska revideras till den tryckta budgeten)*



Kvalitet som strategi

Så planerar, leder, utvärderar och förbättrar vi Region Jönköpings län

”Kvalitet på en tjänst är dess förmåga att tillfredsställa, och helst överträffa, kundernas behov och förväntning”

Vårt övergripande ledningssystem, kvalitet som strategi, beskriver hur vi planerar, leder, utvärderar och förbättrar verksamheten. Det innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, och fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter. På så sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden. En förutsättning för en långsiktigt hållbar verksamhet är att vi ständigt förbättrar våra arbetssätt och processer så att de är socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbara. Målet med kvalitet som strategi är att leverera tjänster som motsvarar kundernas behov och förväntningar och samtidigt skapa en arbetsplats där människor trivs och är stolta över sitt arbete.

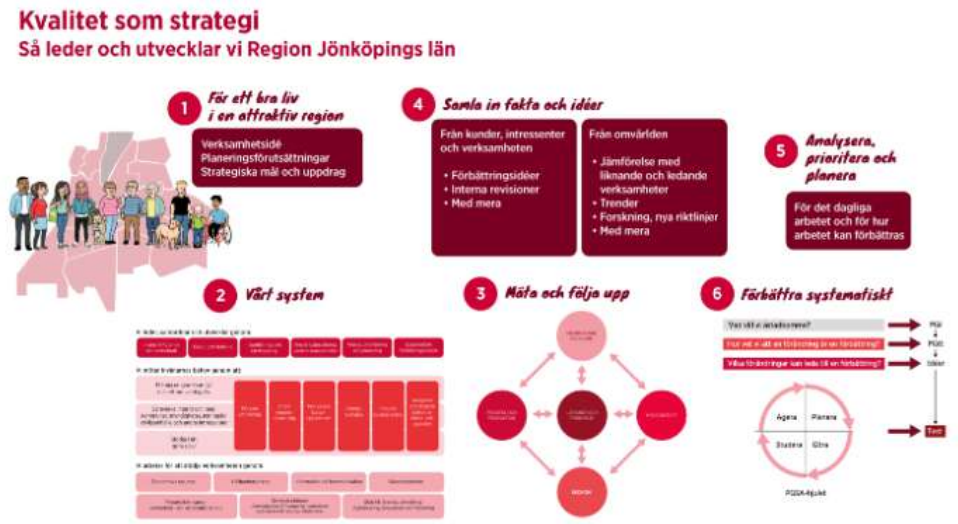
Ett väl fungerande ledningssystem innebär effektiv ledning, styrning och utvärdering. Det innebär också att lokala förbättringsarbeten stimuleras och att erfarenheter behöver tas till vara i hela organisationen. För att utveckla det övergripande ledningssystemet har vi under många år arbetat med

SIQ Managementmodell.

I figur 4 illustreras hur vårt övergripande ledningssystem fungerar och stödjer vårt arbete med kvalitet som strategi.

Figur 4 Kvalitet som strategi

(ska revideras till den tryckta budgetboken)



1. För ett bra liv i en attraktiv region - Utgå från varför och för vem vi finns till

Vi utgår från vår vision *För ett bra liv i en attraktiv region.* Visionen förverkligas genom vårt engagemang i att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, folkhälsa, kultur, utbildning, kollektivtrafik och regional utveckling. Vi behöver ständigt arbeta med frågan ”varför och för vem finns vi till?”.

Figur 5 Varför och för vem vi finns till: vår vision och vårt uppdrag



För att leda, arbeta i och utveckla verksamheten använder vi tre enkla regler:
1. Vad är bäst för Esther?
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.

3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.

Utifrån visionen och de politiskt beslutade långsiktiga styrdokumenten, med stöd av våra grundläggande värderingar och ledningsstrategier, formuleras strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag och mätetal. Dessa är grunden för verksamhetsplaner och handlingsplaner för förbättring och utveckling inom våra olika verksamhetsområden.

De 13 grundläggande värderingarna har vi haft som bas sedan 1990-talet. Dessa har genom SIQ (Swedish Institute for Quality) konkretiserats till fem framgångsfaktorer som kännetecknar ledande organisationer. Region Jönköpings län har antagit dessa som ledningsstrategier och de harmoniserar med de fem perspektiven i balanced scorecard (BSC) som vi använder för planering, uppföljning och återkoppling av resultat ur olika perspektiv (figur 8, sidan X).

Figur 6 Vision, grundläggande värderingar och strategier för framgång



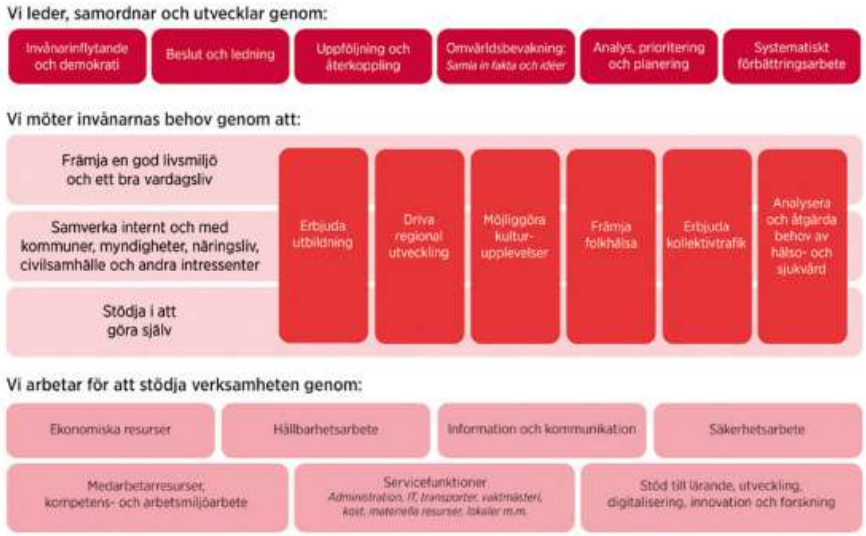
2. Vårt system - Se vårt system som sammanhängande processer

För att uppnå vår vision och verksamhetsidé ser vi oss och agerar som ett sammanhängande system (figur 7, sidan X) av processer och arbetssätt som är ömsesidigt beroende av andra delar i samhället. Processerna delas upp i:

- **Huvudprocesser** som är avsedda att direkt möta invånarnas behov av till exempel folkhälsa, sjukvård, kollektivtrafik och kultur
- **Ledningsprocesser** som beskriver hur vi leder, samordnar och utvecklar verksamheten
- **Stödprocesser** som beskriver hur vi stödjer huvudprocesserna, till exempel resursfördelning, personalutveckling, fastighetsförvaltning, IT och kommunikation

Många av Region Jönköpings läns processer upprepas på flera håll i organisationen och på olika nivåer. För bästa möjliga resultat krävs att dessa processer är snarlika i sin utformning och leder till likartade resultat. En förbättring som genomförts på ett ställe i organisationen har inte nått sin fulla potential förrän den också genomförts på andra ställen i organisationen där samma arbete utförs. Först då kan vi förenkla och förbättra för såväl externa som interna kunder som processen är till för. En process spänner många gånger över flera organisatoriska gränser och för att nå likartade och länsövergripande processer behöver vi samverka på alla nivåer.

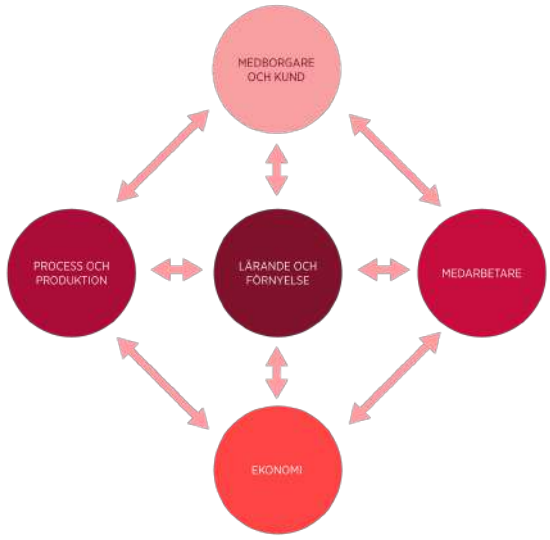
Figur 7 Region Jönköpings län som system



3. Mäta och följa upp

Inom Region Jönköpings län följer vi kontinuerligt processernas och verksamheternas resultat i balanced scorecard (BSC) utifrån fem perspektiv: Medborgare/kund, ekonomi, process/produktion, medarbetare samt lärande och förnyelse (figur 8, sidan x). Dessa perspektiv inkluderar social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet. BSC är ett hjälpmedel för både planering, uppföljning och återkoppling. Inom respektive perspektiv anges strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag, mätetal och målvärden. Verksamheterna anger sedan aktiviteter kopplade till uppdragen i sina verksamhetsplaner. Resultat på alla nivåer följs kontinuerligt via månadsuppföljning, delårsrapporter och årsredovisning.

Figur 8 Balanced scorecard



4. Samla in fakta och idéer

Olika metoder används för att ta reda på invånarnas och andra intressenters nuvarande och framtida behov, krav, önskemål och förväntningar, samt deras synpunkter, förbättringsförslag och klagomål på våra tjänster. Vi tar också reda på relevanta omvärldsfaktorer för att förutse framtida behov, krav, önskemål och förväntningar och efterfrågar förbättringsidéer från medarbetare och andra aktörer. Vi jämför oss med liknande och ledande organisationer och både följer och bedriver forskning inom relevanta områden.

Figur 9 Samla in fakta och idéer



5. Analysera, prioritera och planera

Utifrån resultaten i balanced scorecard och insamlad information, fakta och jämförelser med liknande och ledande verksamheter, analyserar vi vad vi ska fortsätta att göra och vad som behöver förbättras. I arbetet ingår att rangordna och prioritera bland invånarnas och intressenternas behov, krav, önskemål och förväntningar (figur 10, sidan X). Vi strävar efter att skapa så stor effekt som möjligt med de resurser vi har att tillgå. Genom att fasa ut det som skapar mindre värde frigör vi tid och resurser till att satsa på nya prioriterade områden, allt för att ständigt komma närmare vår vision. Prioriterade strategiska mål, uppdrag, mätetal och målvärden formuleras i budget med verksamhetsplan och flerårsplan. Aktiviteter kopplade till uppdragen och andra områden som verksamheterna identifierat som viktiga planeras och formuleras i verksamhetsplaner och vid behov i andra handlingsplaner.

Figur 10 Planera och prioritera



6. Förbättra systematiskt

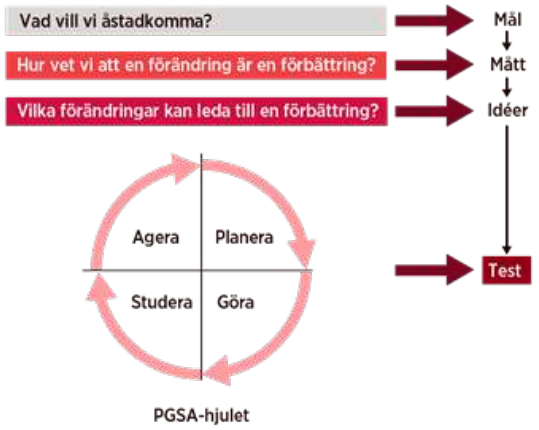
Verksamheten genomför förbättringar och inför nya arbetssätt. Vi testar och prioriterar förbättringsidéer enligt principerna i förbättringsmodellen och PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera):

- Vad vill vi åstadkomma?
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- Vilka förändringar kan leda till en förbättring?

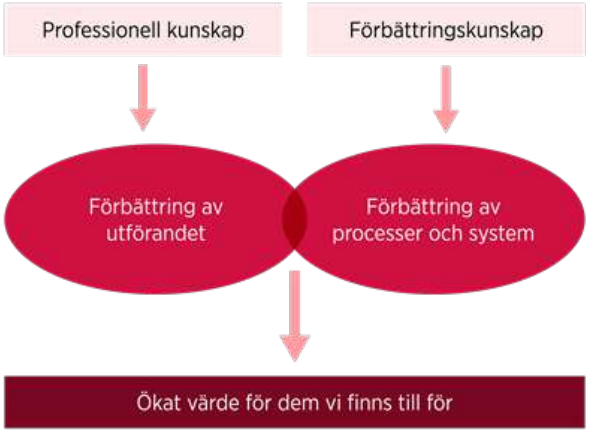
Förbättringsidéerna testas om möjligt i liten skala innan de sprids. Modeller för länsövergripande processförbättring och spridning är nödvändiga för att vi ska kunna hålla jämna steg med omvärlden vad gäller kundnöjdhet, kvalitet och resursförbrukning.

Invånares kompetens och synpunkter är viktiga delar i förbättringsarbetet. I arbetet ingår därför att involvera och samverka med våra invånare för att utveckla processer och tjänster. Med alla medarbetare engagerade i förbättringsarbeten kommer vi allt närmare målet. Vi utgår från att alla medarbetare har två jobb, att göra sitt dagliga arbete och att förbättra det. Därför behöver alla ha både professionell kunskap och förbättringskunskap (figur 12 sidan x). Det innebär att ständigt utveckla sin kunskap inom sin profession och samtidigt ha kunskap om hur man åstadkommer långsiktiga förbättringar genom systemtänkande, förstå variation, kunskap om hur man lär sig och förändringspsykologi.

Figur 11 Förbättringsmodellen med PGSA-hjulet



Figur 12 Vi har alla två jobb



Ledarskap i Region Jönköpings län

Att leda och styra en komplex organisation förutsätter att ledning och medarbetare vet vad uppgiften är och åt vilket håll de ska gå. Det förutsätter en gemensam verklighetsbild och förståelse för de mål som beslutas. Medarbetare ska involveras, vara delaktiga och ges möjlighet att ta ansvar. Ett väl fungerande samverkansklimat är en viktig förutsättning för delaktighet och involvering.

En grundläggande del av chef- och ledarskapet är att skapa förutsättningar för lärande, utveckling och delaktighet, och alltid utifrån invånarnas behov. Därför engageras alla medarbetare i lärande och systematiskt förbättringsarbete inom sina verksamhetsnära arbetslag/mikrosystem och i att förnya sina

arbetsprocesser och sin egen kompetens. Förnyelse och innovationer uppmärksammas särskilt.

Hur vi behöver agera som såväl chefer som medarbetare finns beskrivet i *Mitt och ditt ansvar*. Det handlar om vad vi ansvarar för utifrån våra olika roller som medarbetare och som chef. *Mitt och ditt ansvar* används till exempel i samband med rekrytering, medarbetarsamtal och i lönekriterier.

Vi har olika ansvar utifrån vår roll som medarbetare och som chef. Men vi alla – oavsett roll:

Utgår från att värdet skapas tillsammans med dem vi finns till för. Vi har tre enkla regler som vägleder oss:

1. Vad är bäst för Esther?
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.

Uttrycker omtanke och bidrar till tillit genom att visa förtroende och behandla alla med respekt. Vi är medvetna om att normer påverkar hur vi tänker och vad vi gör.

- Uppmärksammar och kommunicerar om det som är viktigt.
- Utvecklar våra arbetssätt och bidrar till att verksamheten förbättras.
- Utforskar och lyssnar till andras idéer och erfarenheter och ger återkoppling.
- Uttrycker uppskattning och ger återkoppling till kollegor och framtidens medarbetare.
- Det är på så sätt vi skapar vi en arbetsplats där jobbet blir roligare och utmaningarna enklare att lösa.

Den som är chef är också ledare, sätter mål, delegerar och följer upp resultat. Den som är chef utvecklar sina medarbetare så att alla är delaktiga och tar ansvar – både för verksamhetens utveckling och för sin egen personliga utveckling.

Vi utövar alla ledarskap i olika sammanhang, både i rollen som medarbetare och i rollen som chef. Ledarskap uppstår i relationen mellan människor och utvecklas i vårt samspel med varandra. Ledare blir vi genom vårt sätt att agera, kommunicera och påverka andra.

Våra fem ledningsstrategier (figur 13, sidan X) är grunden för ett framgångsrikt ledarskap i vår organisation. Det innebär att vi som ledare:

- skapar värde med kunder och intressenter
- leder för hållbarhet
- involverar motiverade medarbetare
- utvecklar värdeskapande processer
- förbättrar verksamheten och skapar innovationer.

På detta sätt utvecklas ett lärandesystem som ständigt strävar efter att nå visionen *För ett bra liv i en attraktiv region*.

Figur 13 Fem ledningsstrategier för framgång



Bilaga 3: Planeringsförutsättningar

Planeringsförutsättningar belyser länet utifrån följande utgångspunkter: Det aktuella läget, den pågående utvecklingen och dess potentiella konsekvenser för verksamheten. Omvärldsbevakning är ett viktigt moment i planeringsarbetet för att ha kunskap om förutsättningar, möjligheter och utmaningar som präglar samhällsutvecklingen.

Viktigt för analysen är befolkningsutvecklingen och hur den fördelar sig mellan länets olika delar. Fördelningen mellan olika åldersgrupper är central, genom att den påverkar såväl kompetensplanering som behov av samhällsservice och vård. Utbildningsnivå, sysselsättning och hälsoläge är andra väsentliga områden som presenteras. I kapitlet beskrivs också andra omvärldsfaktorer och perspektiv som påverkar regional utveckling, såsom näringsliv och arbetsmarknad, klimatfrågor, energiförsörjning, EU-samarbete och digitalisering. Kapitlet avslutas med en redovisning av aktuella finansiella förutsättningar.

LÄGET I LÄNET

Länets invånare

I det här avsnittet presenteras data och statistik för länet gällande befolkning, utbildning och sysselsättning samt hälsa och levnadsvanor. I Länsbarometern presenteras statistik om befolkningen i Jönköpings län utifrån 130 regionala statistikområden (RegSO) och 13 kommuner. Områdesindelningen är anpassad för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation. För hälsostatistik som inte finns tillgänglig på RegSO-nivå presenteras resultatet för hela kommunen. Statistiken kan jämföras med Jönköpings län som helhet, en kommun eller annat RegSO-område. Länk: www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/lansbarometern/

Befolkning

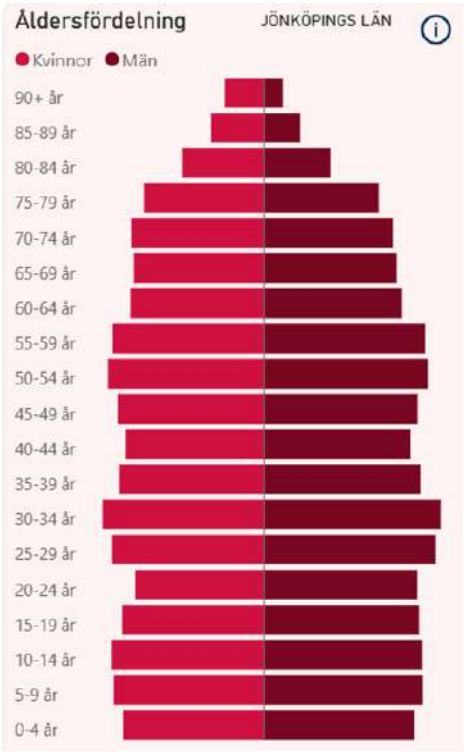
Den 31 december 2024 hade Jönköpings län 370 009 invånare, vilket är en ökning med 1 153 invånare under året. 6 av 13 kommuner ökade sin folkmängd. Ökningen beror på positivt flyttnetto mot utlandet och födelseöverskott (födda minus döda).

Länets befolkning består av 49,2 % kvinnor och 50,8 % män. Andelen:

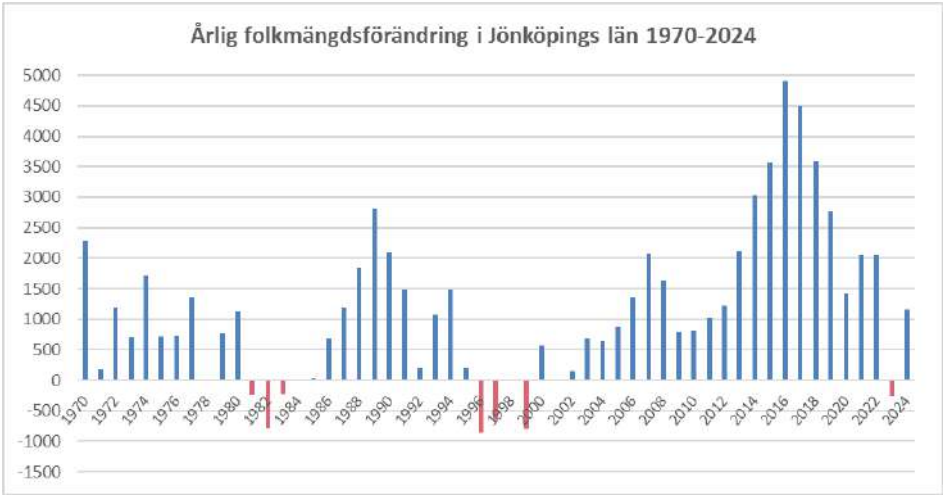
- födda utomlands är 19,5 % (riket 20,8 %)
- 65 år och äldre är 21,6 % (riket 20,8 %)
- 80 år och äldre är 6,6 % (riket 6,1 %)

Den förväntade medellivslängden är högre i länet jämfört med riket. För kvinnorna är medellivslängden 0,5 år längre (85,6 år) och för männen 0,4 år längre (82,4 år) än riket.

Figur XX Befolkningspyramid (år 2023)
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Figur XX Befolkningsutveckling 1970-2024
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Prognos över befolkningsutvecklingen
Enligt SCB:s befolkningsframskrivning som togs fram i april 2024, bedöms utvecklingen i ett längre tidsperspektiv vara mer måttlig de kommande 10 åren.

Prognosen för perioden 2025-2034 är följande:

- Folkmängden ökar med cirka 4 300 (1,2 %)
- Antalet barn och ungdomar i åldrarna 0–18 år minskar med cirka 6 200

- Antalet invånare i förvärvsarbetande åldrar (19–66 år) ökar med drygt 2 600
- Antalet yngre pensionärer (67–79 år) ökar med cirka 1 900 och antalet äldre pensionärer (80 år och äldre) ökar med cirka 6 000
- Inom länet förväntas antal invånare minska i den östra och södra länsdelen med 1 respektive 1,6 procent.
- I den norra länsdelen förväntas antalet invånare öka med 4,1 procent.
- Sammantaget minskar försörjningskvoten under perioden från 82,6 till 82,3*

*Försörjningskvoten visar andelen av befolkningen som är yngre än 20 år och äldre än 64 år (icke förvärvsarbetande åldrar) i förhållande till andelen av befolkningen som är 20–64 år (förvärvsarbetande åldrar).

Figur XX Andel invånare per åldersgrupp
Göra om till diagram i den tryckta budgeten som visar att andelen äldre förväntas öka

Region Jönköpings län	Andel 2025	Andel 2034
Invånare totalt		
0	0,9%	1,0%
1-18	21,3%	19,4%
19-66	58,1%	58,2%
67-79	12,8%	13,1%
80+	6,8%	8,4%

(Källa: SCB, våren 2024)

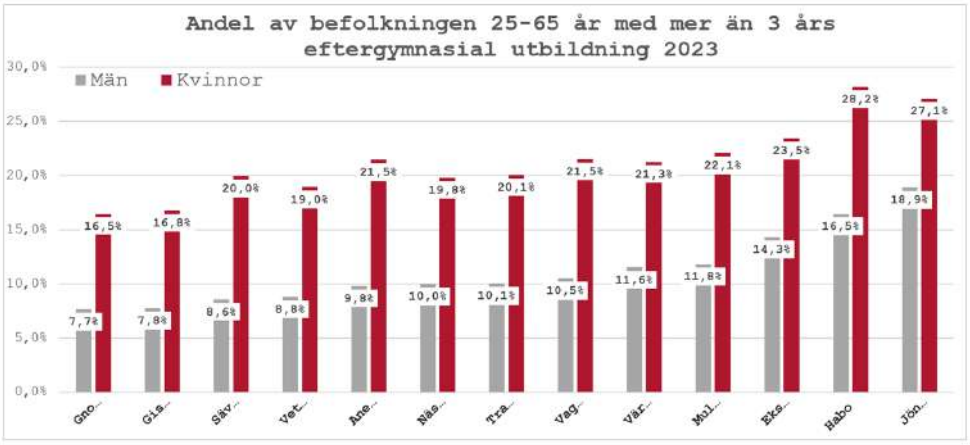
Hushåll
Storleken på hushållen i Jönköpings län varierar från en person till sex personer eller fler. Vanligast är hushåll med två personer, de utgör 29 procent av alla hushåll. 50 procent av länets bostadsbestånd består av småhus (friliggande bostadshus), 44 procent är flerbostadshus (med tre eller fler lägenheter) och 6 procent är specialbostäder. Av alla hushåll i Jönköpings län är 13 procent trångbodda och det finns en stor variation mellan kommunerna i Jönköpings län.

Utbildning
Arbetskraften i Jönköpings län har en lägre utbildningsnivå jämfört med övriga landet. 40 procent av länets befolkning i åldersgruppen 25-64 år har en eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffra för riket är 47 procent. 24 procent av länets befolkning i åldersgruppen 25-64 år har en längre eftergymnasial utbildning (3 år eller mer). Motsvarande siffra för riket är 31 procent.

31 procent av länets kvinnor mellan 25-64 år har en eftergymnasial utbildning längre än 3 år, motsvarande andel bland männen är 17 procent.

En högre utbildningsnivå är viktigt för näringslivets utveckling och för att länet ska trygga en fortsatt god ekonomisk tillväxt. Tillgång till kompetent arbetskraft är en nyckelfaktor för både näringsliv och offentlig sektor.

Figur XX Andel av befolkningen 25-65 år med mer än 3 års eftergymnasial utbildning 2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



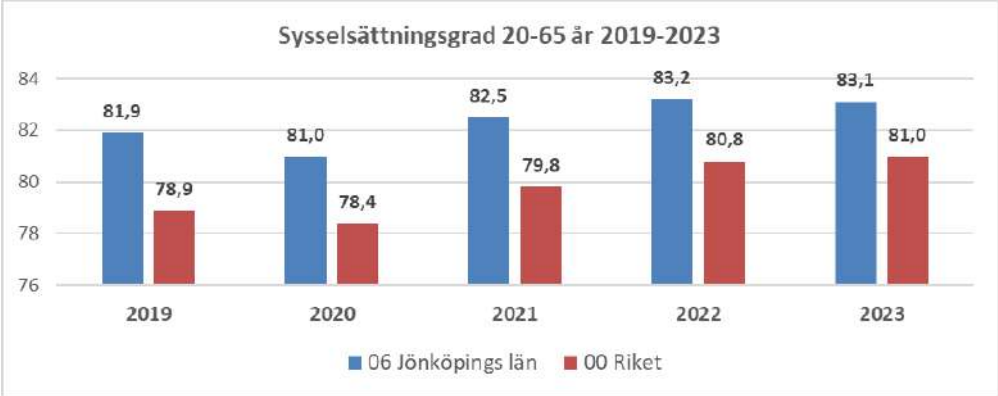
84,8 procent av länets elever i årskurs 9 var behöriga till gymnasiets yrkesprogram 2023. Utöver ordinarie högskole- och universitetsutbildningar i närområdet finns det också 4 343 yrkeshögskoleplatser (YH) i länet, med slutår 2025 och framåt.

Sysselsättning

83,1 procent av länets invånare i åldersgruppen 20–65 år förvärvsarbetade 2023, vilket är högre än riket, där motsvarande siffra är 81 procent. Endast Halland, Jämtland och Norrbottens län har en högre förvärvsgrad. En stor andel sysselsatta är viktigt för den offentliga ekonomin. För enskilda individer skapar sysselsättning möjlighet till självförsörjning, en god hälsa och bättre livsvillkor. Det finns en variation mellan kommunerna i Jönköpings län och utrikes födda har överlag en lägre sysselsättningsgrad.

Figur XX Förvärvsgrad 20-65 år 2019-2023

Ska layoutas till den tryckta budgeten



Arbetslöshet

Av den registerbaserade arbetskraften 16–65 år var i genomsnitt 6,0 procent öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i Jönköpings län under 2024 (riket 6,8 procent). För ungdomar i åldersgruppen 18-24 år var motsvarande siffra 7,7 procent (riket 7,9 procent).

Figur XX Arbetslöshet december 2024

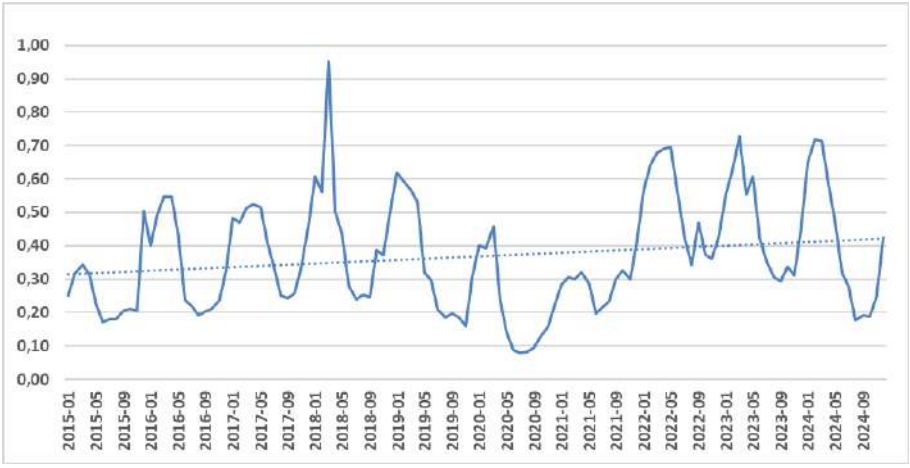
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Under 2023 och 2024 har varselnivåerna varit höga, vilket i sin tur har ökat arbetslösheten. Även långtidsarbetslösheten (mer än 12 mån) och antalet bidragsmottagare av försörjningsstöd har ökat som en följd av lågkonjunkturen.

Det finns mycket som tyder på att kompetensnivån bland inskrivna arbetssökande inte matchar arbetsmarknadens behov. Ett sätt är att mäta detta är andelen kvarvarande (ej tillsatta) platser i länet i förhållande till antalet arbetslösa. Trenden är långsamt stigande de senaste 10 åren. (figur XX).

Figur XX Andel kvarvarande lediga platser per arbetslös person
Ska layoutas till den tryckta budgeten



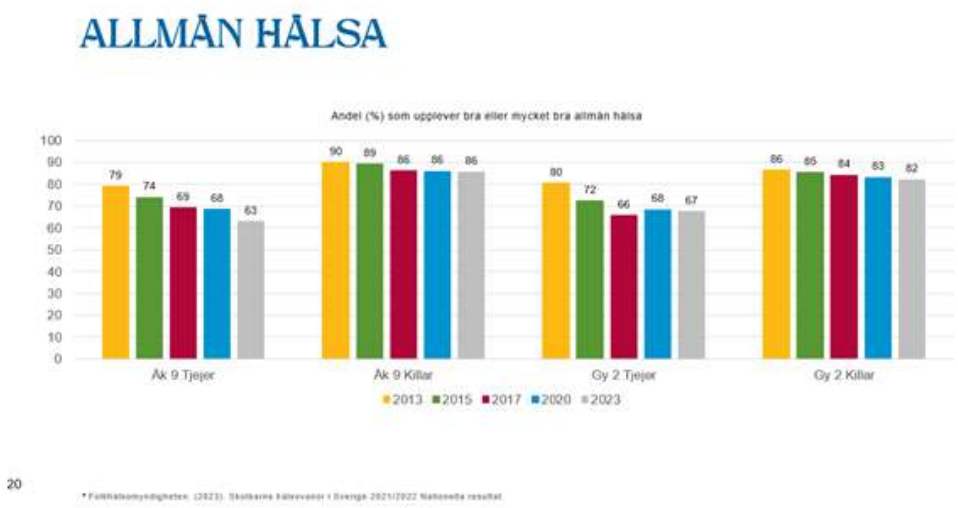
Levnadsvanor och hälsa

Region Jönköpings län arbetar aktivt för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet, både genom att främja hälsa och genom att förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle. Verksamheterna inom både hälso- och sjukvård och regional utveckling är viktiga i folkhälsoarbetet. Möjligheter till arbete och utbildning samt tillgång till fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för invånarnas hälsa.

I Länsbarometern och andra enkäter presenteras levnadsvanor och självskattad hälsa för befolkningen i Jönköpings län. Hälsoläget kan variera mellan kön, åldersgrupper, utbildningslängd och kommuner. För att kunna planera och prioritera verksamheten i Region Jönköpings län och i länets kommuner behövs kunskap om hälsoläget. Medellivslängden för både män och kvinnor ligger sedan många år tillbaka något högre än i riket som helhet.

Barn och unga
Enligt den regionala enkäten Folkhälsoenkät ung finns det tydliga skillnader mellan könen i den självskattade allmänhälsan. En majoritet upplever sin hälsa som bra eller mycket bra, men det finns en negativ trend och då särskilt bland flickor. Flickor upplever också oftare att de har två eller fler psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan.

Figur XX Andel (%) som upplever bra eller mycket bra allmän hälsa
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Figur XX Andel (%) unga som haft två eller fler psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan, de senaste sex månaderna
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Vuxna
Bland den vuxna befolkningen finns skillnader mellan kommunerna i självskattad hälsa och levnadsvanor.

Ohälsotalet är något högre i Jönköpings län jämfört med riket, både för kvinnor och män. Ohälsotalet är något lägre nu jämfört med för några år sedan, både i länet och riket. Ohälsotalet varierar också kraftigt mellan kommunerna i länet. Kvinnor är mer sjukskrivna än män, där sjukskrivningen är mer

omfattande i högre åldrar än yngre åldersgrupper.

Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor visar att kvinnor är mer oroliga, stressade, deprimerade och har större sömnsvårigheter än män. En annan uppdelning av data visar att männen som grupp är mer stillasittande, har sämre matvanor, större intag av alkohol och använder mer tobak.

När statistiken jämförs utifrån utbildningsnivå framgår att personer med lägre utbildningsnivå (högst gymnasieutbildning) uppvisar högre andel otillräcklig fysisk aktivitet, sämre matvanor, högre intag av alkohol och tobak jämfört med de med eftergymnasial utbildning.

Männen har en något mer positiv syn på framtiden jämfört med kvinnor.

OMVÄRLD OCH RESURSER

Klimatutmaning och länets koldioxidbudget

Det kommer att bli blötare, torrare och varmare, vilket kommer att få en direkt och indirekt påverkan på länet. Det behövs insatser för att bidra till att både samhälle och näringsliv kan stå emot klimatförändringarna.

Länets koldioxidbudget visar tydligt att takten för att nå målen är och har varit för låg, både globalt och regionalt. Budgeten förtydligar också att det behöver finnas en plan för hur den återstående utsläppsmängden fördelas år för år och vilka åtgärder som krävs. Växthusgasutsläppen i Jönköpings län minskar stadigt men takten är för långsam för att nå klimatmålen. För att vårt län ska uppfylla målen i Parisavtalet, behöver våra utsläpp minska med närmare 18 procent per år enligt den koldioxidbudget som tagits fram för länet.

I Jönköpings län är det framförallt fossila bränslen från inrikes transporter som står för de största utsläppen. Insatser behövs för att främja omställningen av transportsektorn och näringslivet.

Länk: http://www.climatevisualizer.com

Att utveckla länet hållbart

I den smarta staden skapar innovationer, digitalisering samt miljö- och klimatteknik möjligheter att möta samhällets utmaningar på ett effektivt och hållbart sätt. Städerna behöver vara goda livsmiljöer för människor att leva i utan att för den skull slösa på jordens resurser. Hållbar utveckling är med andra ord en viktig utgångspunkt för smarta städer. Den pågående urbaniseringen innebär en växande miljöbelastning. Urbaniseringen och den demografiska utvecklingen kan skapa motsättningar mellan befolkningsgrupper och utmaningar kring frågor som hälsa och omsorg. Samtidigt finns det i städerna stora möjligheter att ta sig an utmaningarna på ett effektivt sätt – till exempel genom effektiva infrastrukturlösningar och genom att använda den byggda miljön på ett smart sätt och låta den delas av många. Länet har stora möjligheter att gå före i en hållbar stadsutveckling, och det blir då viktigt att ta vara på innovationskraften och på de tekniska verktyg som idag finns tillgängliga.

Landsbygden har långsiktigt goda utvecklingsförutsättningar. De gröna näringarna har en avgörande betydelse för samhällets omställning till en biobaserad och klimatanpassad ekonomi. Landsbygden rymmer stora naturresurser och kulturvärden som erbjuder miljöer för attraktiva permanent- och deltidsboenden, friluftsliv och rekreation. Landsbygden är en värdefull tillgång med stor utvecklingspotential. Landsbygdens sociala och ekonomiska utveckling bygger i högre grad än tätortens på ett samspel mellan privata, offentliga och ideella insatser. Insatser behöver göras för att utöka möjligheten till gröna jobb. Insatser behöver också göras för att ta till vara, tillgängliggöra och utveckla värdefulla natur- och kulturmiljöer.

NÄRINGSLIV

Arbetsmarknaden har präglats av stora omvälvande händelser de senaste åren. Från pandemin och dess effekter till följderna av pågående krig och oro i vår omvärld. Trots höga varselnivåer, ökad

arbetslöshet och något fler konkurser (figur XX) är arbetsmarknaden förhållandevis stark i Jönköpings län. Företagen har hanterat den ekonomiska krisen på ett bra sätt.

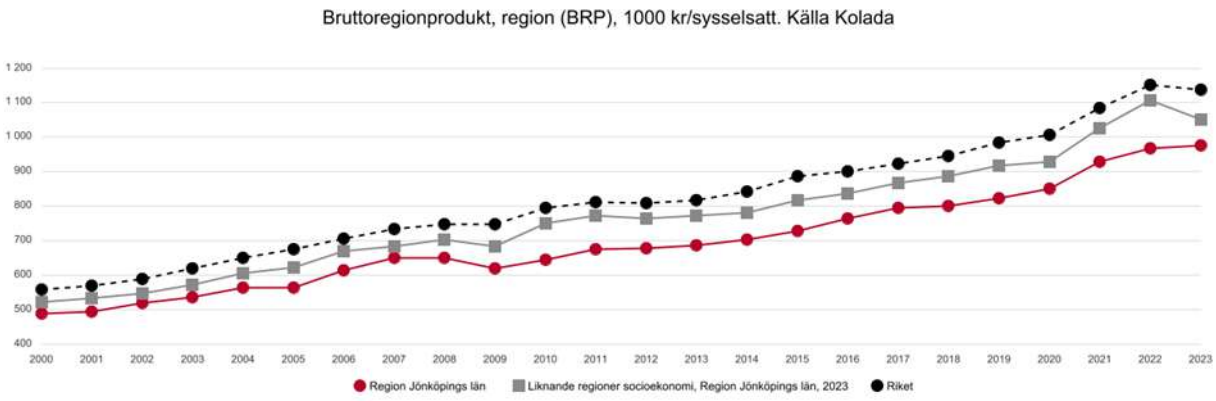
Figur XX Antalet konkurser
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Bidraget till Sveriges BNP (BRP per sysselsatt, bruttoregionprodukt) har under lång tid legat lägre i Jönköpings län än riket och socioekonomiskt liknande regioner (figur XX). Trots lågkonjunktur så ökade länets BRP senaste året medan det minskade för de andra referenserna. Näringslivet genererar alltså ett högre ekonomiskt värde per anställd 2023 än tidigare.

Länets näringsliv har relativt sett lågt kunskaps- och teknologiinnehåll i produkter och tjänster, en låg digital transformationstakt och en lägre grad av hållbarhetsdriven näringslivsutveckling. Kompetensförsörjning är därför en nyckelfråga för näringslivets fortsatta utveckling.

Figur XX BRP per sysselsatt
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Samhällets kompetensutmaning
Både näringslivets företag och offentlig sektor har idag problem med jobbmatchningen eftersom det är svårt att rekrytera personal med rätt erfarenhet och kunskaper. För att Jönköpings län ska fortsätta växa och utvecklas krävs arbetskraft med rätt kompetens.

För att kunna vara anställningsbar på arbetsmarknaden krävs idag i princip att man minst har en godkänd gymnasieexamen. Oftast krävs det någon form av eftergymnasiala studier för att kunna möta arbetsmarknadens behov av spetskompetens.

I Jönköpings län arbetar cirka 55 000 personer inom offentlig sektor, det motsvarar en ungefär en tredjedel av länets förvärvsarbetande mellan 20-65 år. Av dessa jobbar 21 procent inom Region Jönköpings län.

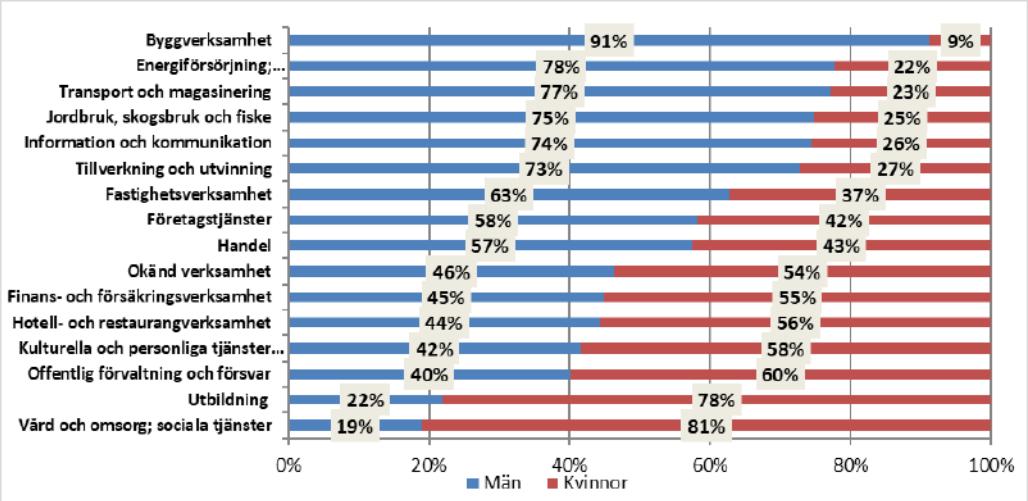
Om alla arbetsmarknadssektorers behov slås ihop, kommer efterfrågan på tillgänglig arbetskraft ligga långt över utbudet framöver. Denna arbetskraftsbrist innebär att en stor del av dagens arbetsmarknad behöver effektiviseras framöver. Digitalisering är en väg, men den löser bara en del av behoven. Utländsk arbetskraft är en möjlighet men språkkunskaper och regelverk är ett hinder. Höjd pensionsålder underlättar också, men frågan är om människor vill arbeta längre om det inte är väldigt lönsamt.

Utvecklingen av antalet personer i arbetsför ålder varierar i länets kommuner vilket innebär olika utmaningar kopplat till kompetensförsörjning inom länet.

Ojämlik arbetsmarknad

Arbetsmarknaden i Jönköpings län är tydligt könssegregerad. I många sammanhang strävas det efter att arbetskraftens sammansättning ska spegla befolkningen för att skapa en hållbar utveckling. Arbetslivets sammansättning skiljer sig åt mellan olika branscher. Branscher och sektorer som kräver högre utbildning domineras av kvinnor, medan branscher där gymnasieutbildning i regel räcker domineras av män. Trots detta har männen högre inkomster. För att minska inkomstskillnaderna mellan könen och bredda kunskapsinnehållet i varor och tjänster, behöver fler utbildade tillföras från det kön som är underrepresenterat. Detta långsiktiga arbete måste börja redan i skolans lägre åldrar.

Figur XX Könsfördelning förvärvsarbetande efter näringsgren i Jönköpings län 2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



INFRASTRUKTUR

Genom infrastruktur för energi, bredband och transporter skapar länet förutsättningar för att fortsatt vara en långsiktigt hållbar, attraktiv och innovativ tillväxtregion. En god tillgänglighet är en förutsättning för alla länsinvånares potential ska komma till sin rätt. Infrastruktur är ett viktigt verktyg för tillgänglighet och en enklare vardag för människor.

Transporter

Transportinfrastrukturen i Jönköpings län är starkt präglad av länets läge och det faktum att flera nationella stråk passerar genom länet.

Infrastrukturen i länet behöver utvecklas för att målen i den regionala utvecklingsstrategin ska nås. En

välutvecklad infrastruktur skapar förutsättningar för ett väl fungerande transportsystem. För att klara hållbarhetsmålen behöver det ske en förflyttning av transporter från väg till järnväg, samt en överflyttning från fossila drivmedel till fossilfria. De befintliga vägarna behöver underhållas och utvecklas för att bibehålla hög säkerhet och underlätta alla former av miljöanpassade transporter på väg.

På vägsidan gäller detta framförallt E4 och riksväg 40, som årligen hanterar stora trafikvolymer, men även riksväg 26 är klassad som nationell stamväg och har stor betydelse för både långväga och regionala resor och transporter. Trafikmängden på länets vägar ökar för varje år. Detta innebär att slitaget på vägarna också ökar och därmed behovet av drift och underhåll. Historiskt har kostnaden för drift och underhåll ökat snabbare än tillgängliga medel, vilket inneburit att standarden har blivit sämre över tid. Under senare år har anslagen för drift och underhåll ökat betydligt, men det kommer att dröja innan underhållsskulden är löst. Vi kommer framöver att se flera åtgärder på länets vägar och järnvägar som kommer att ha påverkan på trafiken.

De främsta behoven för utveckling av vägnätet i länet är kopplade till att förbättra tillgänglighet och trafiksäkerhet på de större vägarna, att skapa tryggare trafikmiljöer längs statliga vägar inne i länets mindre tätorter samt att bibehålla funktion på länets enskilda vägnät.

Jönköpings län korsas också av flera tungt trafikerade järnvägssträckningar. Länet har ett omfattande järnvägsnät med stationer i samtliga kommuner. Den regionala tågtrafiken är beroende av järnvägens tekniska standard. De långväga järnvägsstråken har kapacitetsproblem, medan låg standard är utmaningen för de lågtrafikerade banorna inom länet. Detta försämrar möjligheten att erbjuda attraktiv trafikering längs järnvägarna. Åtgärder för att möjliggöra en robust trafikering, exempelvis trädsäkring, är mycket viktiga. Det är prioriterat att i samverkan med Trafikverket driva frågan om ett järnvägsnät med hög kvalitet.

Södra stambanan, Jönköpingsbanan och Kust-till kustbanan är elektrifierade och viktiga för person- och godstrafik ur såväl ett internationellt som nationellt perspektiv. Halmstad-Nässjö-Jönköping (HNJ)-banan, Vaggerydsbanan, Bockabanan och Vetlandabanan är oelektrifierade och har lägre standard. Järnvägarna har betydelse för det regionala resandet och godstrafikens koppling till hamnar på både väst- och ostkusten som exempelvis Halmstad och Oskarshamn.

Region Jönköpings län arbetar tillsammans med Region Östergötland för en ny järnvägsförbindelse mellan Linköping och Jönköping med syfte är att stärkta förbindelser mellan Norrköping, Linköping och Jönköping samt orterna däremellan.

Länets viktigaste stråk och noder för godstransporter på järnväg är Södra stambanan med kombiterminalerna Gamlarp (Nässjö) och Stockaryd (Sävsjö) samt Vaggerydsbanan med kombiterminalerna i Båramo (Skillingaryd), Torsvik och Ljungarum (Jönköping). Länets omlastningscentraler ger goda förutsättningar för intermodala transporter

För att möjliggöra hållbar mobilitet över längre sträckor i hela länet, behöver byten mellan olika transportslag förenklas och stimuleras.

Region Jönköpings län är delägare i flygplatsen Jönköping Airport.

Digitalisering och bredband

Den digitala utvecklingen är en stark drivkraft för regional utveckling. Behoven av digitala lösningar hos företag och offentlig sektor ökar och i takt med det ökar även invånarnas digitala behov. Digitaliseringen har god fart framåt i länet och utmaningarna finns framförallt i att det kan vara svårt att fullt ut realisera nyttorna med de digitala lösningarna. Digitaliseringen behöver drivas framåt för att stärka konkurrenskraft, lösa väldfärdsutmaningar, bidra till ett socialt sammanhållet samhälle samt att hela länet ska utvecklas. Den något långsamma utbyggnaden av bredband bromsar dock möjligheterna till digitalisering för både invånare och företag. Särskilt på landsbygden kvarstår fortfarande stora utmaningar för att nå både företag och hushåll med bredband. Var i länet invånarna bor ska inte avgöra hur god tillgången till bredband är.

Den digitala delaktigheten behöver öka så att grupper och individer inte ska lämnas utanför det digitala samhället. Företag och privatpersoner ska kunna verka och bo både på landsbygden och i staden eller stadsnära områden utan att behöva välja bort attraktiva arbeten eller kulturella och sociala upplevelser. I ett allt mer digitaliserat samhälle är tillgången till digitala tjänster och bredband en fråga om demokrati och delaktighet.

Det finns en påtaglig risk kopplad till ett allt mer digitaliserat samhälle. Skulle el, mobiltelefoni eller internetuppkoppling slås ut som en konsekvens av klimathändelser, terroristhandlingar eller av en fientlig makt, skulle både samhället och varje enskild individ påverkas på många sätt. Länet behöver utvecklas och byggas medvetet, med fokus på resiliens och redundans.

Energiförsörjning
Energikrisen under 2022 har flyttat energifrågan högre upp på agendan på både nationell och regional nivå. Rysslands invasion av Ukraina har gett följdverkningar på den europeiska energimarknaden och ökat behovet av fossilfri energi i Sverige och Europa. I Jönköpings län har vi en låg självförsörjningsgrad av energi och el.

För att samhället och näringslivet ska utvecklas, behöver produktionen av fossilfri energi öka samtidigt som användningen behöver bli mer effektiv och flexibel. Länet har goda förutsättningar för förnybar energiproduktion. Det finns möjligheter till fortsatt utbyggnad av både vindkraft och produktion av solenergi samt biogas.

Flera nationella, regionala och lokala initiativ, såsom energiplanering, har tagits för att påskynda utvecklingen av ett fossilfritt och robust energisystem. I Jönköpings län har vi en gemensam vision för arbete med klimat- och energi. För att nå länets vision om att bli ett fossilfritt och robust plusenergilän krävs att produktionen från förnybara energikällor vara större än den energimängd vi använder.

Region Jönköpings län har genom sin klimat- och energistrategi förbundit sig att stödja åtgärder för att främja:

- ökad produktionen av förnybar energi
- utvecklingen av ett robust energisystem
- en effektiv och flexibel energianvändning

Trafik och hållbarhet
För att nyttja trafiksystemet optimalt och möjliggöra resor som behövs, bör onödiga resor undvikas till förmån för andra lösningar, såsom distansarbete och digitala möten. För både personresor och godstransporter är vägsystemet helt dominerande och att nå fastlagda klimatmål är en utmaning. Att öka andelen hållbart resande och hållbara transporter är viktigt. Förutom att främja en överflyttning till gång- och cykelbanor för de kortaste resorna och till elektrifierade järnvägstransporter och kollektivtrafik för längre resor, är en snabb överflyttning från fossila till fossilfria drivmedel det avgörande.

En snabb elektrifiering av vägtransportsystemet för både tunga fordon och personbilar kräver stora investeringar i både nya fordon och laddstationer i hela landet. Förutom en elektrifiering av vägtransportsystemet är användandet av biodrivmedel den åtgärd som har störst potential att minska vägtransportsystemets beroende av fossila drivmedel.

Del av ett europeiskt sammanhang
Den regionala utvecklingen har ett direkt samband med europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete ska det regionala utvecklingsarbetet bedrivas i syfte att uppfylla regionala mål och mål för EU:s sammanhållningspolitik.

Som en del av EU har länet möjlighet att bidra till och dra nytta av europeiskt samarbete.

På EU-nivå finns mål och strategier kring den dubbla omställningen (twin transition) med EU:s gröna giv och EU:s digitala agenda. Dessa genomsyrar EU-program, initiativ och lagförslag som, när de

verkställs, har påverkan på regional nivå.

Omvärldsbevakning och proaktivt påverkansarbete på EU-arenan ökar möjligheten att både bidra till och på sikt dra nytta av utvecklingen. Region Jönköpings län samarbetar med andra regioner och ett lärosäte genom sitt ägande i Småland Blekinge Halland South Sweden med gemensamt kontor i Bryssel. Vidare är Region Jönköpings län värdorganisation för Europa Direkt, EU-kommissionens informationsnätverk. Genom detta värdskap stärks kopplingen mellan regional och europeisk nivå, både strategiskt och praktiskt.

Det regionala utvecklingskapitalet
Medel för det regionala utvecklingsarbetet kommer från regional nivå, men finns också till förfogande på nationell och europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete har Region Jönköpings län rätt att besluta om användningen av vissa statliga medel för regionalt tillväxtarbete, så kallade 1.1-medel. Dessa regleras årligen genom regeringsbeslut av villkor för budgetåret. I beslutet framgår bemyndiganderam och anslag. Bemyndiganderamen fastställer den totala möjliga volymen av pågående utvecklingsprojekt och anslagsramen fastställer volymen medel som är möjlig att betala ut under året. Förutom dessa medel, som tilldelas regional nivå för självständiga beslut utifrån den regionala utvecklingsstrategin, finns möjlighet att söka statliga medel genom utlysningar, framför allt hos Tillväxtverket. Riktade utlysningar där enbart regionalt utvecklingsansvariga aktörer kan söka genomförs genom erbjudanden utifrån de förväntningar nationell nivå har på den regionala nivån.

En stor del av det regionala utvecklingskapitalet kommer från EU:s strukturfonder i form av Europeiska regionala utvecklingsfonden (ERUF) och Europeiska socialfonden (ESF). I strukturfondssammanhang tillhör Jönköpings län tillsammans med Kalmar län, Kronobergs län och Gotlands län regionen Småland och Öarna (NUTS 2-nivå i EU:s regionindelning). Medel från ERUF och ESF tillfaller regional nivå utifrån geografisk tilldelning, med regionala utvecklingsstrategier och EU-mål som utgångspunkter.

EU:s strukturfonder och den kommande långtidsbudgeten (MFF 2028-2034) står inför stora förändringar. EU-kommissionen har inlett en bred debatt om framtida finansieringsprioriteringar, där säkerhet, grön omställning, teknologisk konkurrenskraft och landsbygdsutveckling lyfts fram som centrala utmaningar. Detta kan innebära att vissa traditionella program, såsom sammanhållningspolitiken och den gemensamma jordbrukspolitiken (CAP), får mindre skyddade budgetar än tidigare och i högre grad styrs av nationella prioriteringar och prestationer.

Regionala stöd för kultur, demokrati och hälsa
De regionala stöden grundar sig på Region Jönköpings läns vision *För ett bra liv i en attraktiv region,* vilket innebär ett län med bra miljö, goda möjligheter till arbete, utbildning och utveckling, bra kommunikationer och ett rikt kulturliv. Regionalt stöd utgår också från Region Jönköpings läns grundläggande värderingar och alla människors lika värde.

Stöden ska bidra till att

1. stärka och utveckla demokratin i hela länet
2. ge invånare i hela länet möjlighet att påverka sin livssituation
3. höja bildnings- och utbildningsnivån för invånare i hela länet
4. ge bättre livskvalitet för länets invånare
5. stärka kulturlivets infrastruktur.

Stöd ges till verksamheter som främjar demokrati, social inkludering och en meningsfull fritid för länets invånare. Verksamheter som får stöd från Region Jönköpings län ska vara demokratiskt uppbyggda och bör ha hälsofrämjande, inkluderande, ideologiska, opinionsbildande, demokratiska eller sociala funktioner.

Stöd ges till:

- organisationer inom folkhälsoområdet (folkhälsa, funktionshinder och projekt)

- ungdomsorganisationer, pensionärsorganisationer, studiedistrikt
- kulturområdet i olika former.

Patientavgifter i vården 2026 Sid.

- Nytt för året 2
- Patientavgifter i korthet 3
- Grundläggande bestämmelser för patientavgifter 5
- Patientavgifter vid remittering 6
- Betalning 7
- Högkostnadsskydd för öppenvård – eFrikort 8
- Patientavgifter och avgiftskoder i Cosmic 11
- Förtydligande om patientavgifter A-Ö 21
- Patienter i slutenvård 30
- Intygsavgifter 32
- Avgifter för intyg och möten – sjukskrivningsprocessen 36
- Journal- och röntgenkopior 39
- Vaccinationer 41
- Avgiftsfria åtgärder enligt smittskyddslagen (SmL) 43
- Avgiftsfria besök och åtgärder 45
- Patientavgifter för tandvård som ingår i hälso- och sjukvård 48
- Patientavgifter i ögonsjukvård 49
- Patientavgifter, debiteringar och regelverk - vård av personer från andra länder 50

Nytt för året - 2026

- Inga nyheter/förändringar gällande patientavgifter

Patientavgifter - i korthet

Oavsett *när* man kontaktar vården, *vem* man möter och om besöket görs på sjukhus eller vårdcentral så kostar ett fysiskt besök 250 kr i patientavgift.
Om en kontakt genomförs via distans och den bedöms som en kvalificerad kontakt så kostar dessa besök 100 kr i patientavgift oavsett vårdnivå, vem man möter och via vilken kanal kontakten utförs.
Även mellanliggande provtagning och receptförskrivning (utan samband med annan kontakt) kostar 100 kr i patientavgift.

Ett urval/ex. på vård/besök/kontakt	Avgift
• Fysiska vårdkontakter • Allmänläkarvård och sjukvårdande behandling • Specialistsjukvård, primärvård samt närakut och akutmottagning • Hembesök, dagsjukvård, vaccinationer, vård av utomlänspatient • Bokade besök inför/efter KBT via internet • Vård på plats av ambulanspersonal • Avgift för sena återbud eller uteblivet besök – fysiska besök	250: -
• Kvalificerade vårdkontakter på distans • Provtagning mellan besök (s.k mellanliggande provtagn) • Bentäthetsmätning, aortascreening, blodtryck, EKG, Telefon-EKG, Band-EKG • Hälsovård, t ex viktgrupp, hälsokurva • Graviditetstest • Recept via telefon eller via nätet, inklusive ”dosförpackade läkemedel” • Sjukintyg via telefon eller via nätet • Avgift för sena återbud eller uteblivet fysiskt besök – barn • Avgift för sena återbud eller uteblivet besök – distanskontakter	100: -
• Första remissbesök, remiss från primär- till specialistvård (även akut) • Första remissbesök, remiss från specialist- till primärvård (även akut) • Frikortsbesök • Barnsjukvård, hembesök palliativ vård, kontrollbesök organdonatorer, konsultbesök, smittskyddspatienter • Avgiftsfri hälsovård samt screening (kvinnohälsovård, barnhälsovård, tobaksavvänjning, mammografi, gynekologisk hälsokontroll) • Recept till barn, sjukintyg till tonåringar	0: -

• Öppen hälso- och sjukvård för personer 85 år eller äldre.	

Grundläggande bestämmelser för patientavgifter

Grundprincipen för att kunna ta ut patientavgift ska vara att patienten personligen träffar vårdgivaren. Men även vid kvalificerade distanskontakter som motsvarar insatsen vid ett fysiskt besök ska patientavgift tas ut.

För att avgöra vilken patientavgift som är aktuell måste följande frågor besvaras:

- Omfattas personen av lagen om allmän försäkring?
- Är det fråga om öppen vård?
- Sker besöket på grund av sjukdom?
- Gäller det läkarvård eller sjukvårdande behandling?

Om samtliga dessa frågor kan besvaras med JA ska patienten betala patientavgift. Patientavgift ska betalas med kort eller faktura, detta gäller även avgift för hälsovård. Det gäller även vid akutverksamhet och jourverksamhet.

Vilka som omfattas av lagen om allmän försäkring är alla i Sverige folkbokförda, såväl vuxna som barn, inskrivna hos försäkringskassan.

Patientavgifter vid remittering

- Vid remissbesök från primär- till specialistvård eller från specialist- till primärvård (även privat specialist) erläggs ingen patientavgift vid första remissbesöket.
- Vid remissbesök inom specialistvården betalas 250 kronor för alla remissbesök. Konsultbesök är däremot avgiftsfria.
- Vid akuta remissbesök för samma sjukdom inom samma dygn tas ingen patientavgift ut.
- Vid remissbesök för röntgen- och laboratorieundersökningar, som sker till följd av läkarbesöket, tas ingen patientavgift ut. För provtagning som sker utan samband med läkarbesök (så kallad *mellanliggande* provtagning) tas en patientavgift på 100 kronor.
- Vid remittering utomläns betalar patienten den patientavgift som gäller i den vårdande regionen.

Remiss från privatläkare verksamma enligt lag om läkarvårdsersättning eller vårdavtal med Region Jönköpings län

- För besök inom specialistvården efter remiss från privat allmänläkare betalar patienten ingen patientavgift.
- För besök inom specialistvården efter remiss från privat specialist betalar patienten 250 kronor.
- Patienten betalar ingen patientavgift för laboratorie- och röntgenundersökning efter remiss från privatläkare.

Remiss från skolläkare

Skolläkare har rätt att remittera elev eller studerande till primärvård och specialistsjukvård. Oftast omfattas dessa patienter av regeln för fri barnsjukvård men om så inte är fallet betalar patienten 250 kronor för ett läkarbesök. Skolläkare får remittera för labb och röntgen för sjukvård på regionens bekostnad.

Remiss från helt privata läkare

För undersökning eller behandling av läkare som sker efter remiss från läkare utan avtal med regionen betalas patientavgift. Helt privata läkare betalar själva för labb och röntgen.

Remiss från företagshälsovård

Vid besök efter remiss från företagshälsovård betalar patienten 250 kronor i primärvård och 250 kronor vid specialistmottagning. Företagshälsovården betalar själva för labb och röntgen.

Betalning

Region Jönköpings läns vårdmottagningar och tandvårdskliniker ser helst att patienter betalar med kort direkt vid besöket. Den som inte betalar med kort får en faktura. Vid fakturabetalning erbjuds tre alternativ. Betalningsvillkor vid fakturabetalning är 30 dagar.
Privata vårdcentraler som ingår i vårdval och privata vårdmottagningar som har avtal med Region Jönköpings län kan ha andra regler.

Fakturaalternativ

E-faktura till internetbank.

Privatpersoner som anmält att man vill ha e-faktura till sin internetbank får fakturan dit.
Läs mer: E-faktura, 1177

Faktura till digital brevlåda – NYTT från 1 december

Den som inte har e-faktura får istället fakturan till sin digitala brevlåda
Läs mer: Digital post för dig som privatperson, DIGG – Myndigheten för digital förvaltning.

Faktura med posten

Den som inte gjort något digitalt val får fakturan med posten.

Kontant betalning

Patienter som har ett särskilt behov av att betala kontant kan få hjälp att göra det vid någon av vårdens ekonomiavdelningar:

- Centralreceptionen, Värnamo sjukhus
- Centralreceptionen, Höglandssjukhuset Eksjö
- Centralreceptionen/patientinformationen, Länssjukhuset Ryhov
- Respektive folktandvårdsklinik

Högkostnadsskydd för öppenvård - eFrikort

Frikort för sjukvård är digitala i Region Jönköpings län. Det räcker med att patienten uppger sitt personnummer så känner *eFrikort* om frikortsgränsen är uppnådd eller om patienten ska betala och i så fall hur mycket.
De flesta regioner är anslutna till *eFrikort.* Ett fåtal regioner kan ha andra lösningar för högkostnadsskydd, men de kommer ändå att vara kopplade till det *nationella högkostnadsskyddet* (*HKS* via Inera). HKS är den samlade nationella lösningen som gör det möjligt för patienten att logga in via 1177 och se nivån på sitt högkostnadsskyddsbelopp.
Besök gjorda hos vårdgivare inom Region Jönköpings län (via Cosmic, T4 och Paratus) och besök gjorda hos andra regioner (som är anslutna till *eFrikort* eller HKS) kommer att synas på 1177 för patienten.
Har patienten frikort och ska besöka de regioner som inte använder sig av *eFrikort* kan de be om en utskrift som visar att de har frikort/eller hur mycket de har kvar att betala till högkostnadsgränsen för frikort. Detta kan skrivas ut av alla mottagningar och vårdcentraler som har tillgång till *eFrikort*.
Kvittot måste kontrolleras så att samma besök inte räknas mer än en gång (förslagsvis noteras datum och signatur på det uppvisade kvittot)

Några övriga övergångsrekommendationer för registrering av öppenvårdsavgift:

- gäller besöket annan region än Jönköping (**samt** om det avser besök hos privata vårdgivare) så registrerar vårdande region sina besöksavgifter i sin egen lösning av högkostnadsskydd.
- undantag för region Värmland och Kalmar (gäller **både** besök i regionen samt deras respektive privata vårdgivare) - dessa besöksavgifter måste registreras i eFrikort av ekonomiservice, öppenvårdsredovisningen i region Jönköpings län, opv@rjl.se.
- om den privata vårdgivaren **inte** är registrerad i den nationella HSAkatalogen behöver kvittot mailas till ekonomiservice, öppenvårdsredovisningen, opv@rjl.se för registrering.

Allmänt
Högkostnadsskyddet är nationellt och gäller även för patienter från andra regioner. Patienten måste kunna uppvisa tidigare erlagda patientavgifter i de regioner som inte anv sig av eFrikort, eller det N*ationella högkostnadsskyddet,* annars debiteras hel patientavgift.
Även en EU/EES-patient, som är berättigad till vårdförmån, betalar till regionen samma vårdavgifter som personer som är bosatta i Sverige och omfattas därmed också av högkostnadsskyddet i hälso- och sjukvårdslagen. eFrikort kan hantera personer med A-nr och medlemskap EU/EES/Konvention.
För patienter bosatta i länet är högsta belopp för att få frikort för sjukvård 1 450 kronor. Ett frikort berättigar till fri sjukvård hos regionens vårdgivare, vårdgivare med vårdavtal samt hos vårdgivare med ersättning från regionen enligt särskild lag.

De grundläggande reglerna för högkostnadsskyddet finns i 26 § i Hälso- och sjukvårdslagen. Högsta nivå på högkostnadsskyddsbeloppet för öppenvård bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska centralbyrån). Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

Grundläggande regler
eFrikort gäller endast öppenvård. Regionens högkostnadsskydd för sjukvård gäller enligt följande regler:

Kvalificerande belopp:
1 450 kronor

Kvalificerande avgifter:
- Patientavgift för sjukvård hos vårdgivare i alla regioner
- Patientavgift för sjukvård hos vårdgivare med ersättning från regioner enligt lag eller avtal
- Receptförnyelse/telefonrecept
- Patientavgift för viss nödvändig tandvård som omfattas av sjukvårdens patientavgifter
- Patientavgift för kvalificerade distanskontakter
- Patientavgift vid vård på plats av ambulanspersonal

Inte kvalificerande avgifter:
- Patientavgift inom företagshälsovården
- Patientavgift hos helt privata vårdgivare
- Patientavgift som betalas av asylsökande
- Patientavgift vid uteblivet besök
- Besök som är hälsovård t ex vaccinationer, hälsokurva
- Slutenvårdsavgift på sjukhus

Frikort gäller:
- Vid besök för sjukvård hos regionens vårdgivare (samt vid besök hos andra regioners vårdgivare)
- Vid besök för sjukvård hos vårdgivare med ersättning från regionen enligt lag eller avtal
- Receptförnyelse/telefonrecept
- Vid besök för viss nödvändig tandvård som omfattas av sjukvårdens patientavgifter
- Vid kvalificerade distanskontakter
- Vid vård på plats av ambulanspersonal

Giltighetstid:
Tolv månader räknat från och med dagen för det första vårdbesöket.

Frikortsbesök
Vid besök med frikort utfärdas ev. sjukvårdskvitto på 0 kronor.

Frikort som anställningsförmån
Patient med anställning där arbetsgivaren betalar sjukvårdskostnaderna, t.ex. statligt anställda, regionsanställda m.fl. har även rätt till registrering i eFrikort.

Patientavgifter och avgiftskoder i Cosmic

Patientavgifterna i Cosmic är kopplade till vårdgivarkategori, vilket medför att de patientavgifter som kan vara aktuella visas upp i kassan. Även åldersintervall är kopplat till samtliga patientavgifter i Cosmic så att urvalet för patientavgifter hänger samman med patientens ålder. Härigenom visas en anpassad patientavgiftslista utifrån patientens ålder och den vårdgivarkategori som är aktuell vid besöksregistrering.

Avgifts-koder	Produktnamn	Avgift	Beskrivning
100	Läkarbesök, primärvård	250:-	Allmänläkarvård, primärvård. Inklusive patient med EU-kort. Vård av utomlänspatient. Gäller vid hembesök, tillkommande patienter. Gäller patienter upp till 85 år.
110	Läkarbesök, specialistvård	250:-	Länssjukvård, akutmottagning, jourcentral, allmänläkares mottagning efter kl 21.00, lör-, sön- och helgdag. Gäller även vid hembesök. Inkl patient med EU-kort. Dagsjukvård läkare. Vård av utomlänspatient. Gäller patienter upp till 85 år.
120	Läkarbesök, remiss	0:-	Första remissbesök till specialistläkare gäller både akut och planerat remitterad från primärvården. Inkl patient med EU-kort.
130	Läkarbesök, asylsökande	50:-	Asylsökande
140	Läkarbesök, personer från andra länder	3 179:-*	Vård av personer från andra länder. Patienten betalar hela avgiften. (enligt fast prislista)
150	Läkarbesök, utlandssvensk, planerad vård	780:-	Utlandssvenskar från länder utan konvention

			(6 x högsta slutenvårdsavg)
160	Läkarbesök, korttidsboende, planerad mottagning	250:-	Gäller endast primärvård. Gäller patienter upp till 85 år.
170	Läkarbesök, korttidsboende, hembesök	250:-	Gäller endast primärvård. Gäller patienter upp till 85 år.
180	Distanskontakt	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla yrkeskategorier, oavsett kommunikationsmedel.
181	Distanskontakt avgiftsfritt	0:-	Se ovan.
182	Distanskontakt läkare, personer från andra länder	500:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
182	Distanskontakt Psykolog/Kurator, personer från andra länder	425:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
182	Distanskontakt sjukvårdande behandling, personer från andra länder	275:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
183	Distanskontakt läkare, asyl	50:-	Se ovan.
184	Distanskontakt sjukvårdande behandling, asyl	25:-	Se ovan.
200	Sjukvårdande behandling	250:-	Sjukvårdande behandling, gäller även hembesök. Dagsjukvård, annan än läkare. Inklusive patient med EU-kort. Vård av utomlänspatient. Gäller patienter upp till 85 år.
205	Sjukvårdande behandling, remiss	0:-	Första remissbesök till sjukvårdande behandling gäller både akut och planerat remitterad från primärvården. Inklusive patient med EU-kort.
210	Sjukvårdande behandling, asylsökande	25:-	Asylsökande Gäller patienter upp till 85 år.

230	Sjukvårdande behandling, personer från andra länder	1 373:-*	Vård av personer från andra länder. Patienten betalar hela avgiften (enligt fast prislista).
230	Dialysbehandling, personer från andra länder	5 458:-	Enligt DRG M32O
240	Provtagning	100:-	Provtagning mellan läkarbesök. Bentäthetsmätning. Gäller patienter upp till 85 år. Gäller endast i primärvården
240	Provtagning, asyl	25:-	
240	Provtagning, personer från andra länder	1 373:-*	(enligt fast prislista)
250	Sjukvårdande behandling, utlandssvensk, planerad vård,	780:-	Utlandssvenskar från länder utan konvention (6 x högsta slutenvårdsavg)
OBS!	Frikort fångas genom val i kassan då besök registreras. När patienten har frikort ska aktuell patientavgift väljas i kassan, inte avgiftsfritt besök	0:-	Mottagning läkare, frikort. Dagsjukvård, läkare, frikort. Mottagning annan än läkare, frikort. Dagsjukvård annan än läkare, frikort. Recept, frikort. Sjukintyg, frikort.
300	Läkarbesök, avgiftsfritt	0:-	Fri barnsjukvård. Hembesök av läkare i palliativ vård. Kontrollbesök för organdonatorer. Konsultbesök. Nedsatt avgift. Hembesök, frikort alt. nedsatt avgift. Tillsammans med vara: *IVF läkare*
305	Provtagning, avgiftsfritt	0:-	Gäller endast i primärvården.
306	Provtagning, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Alla enheter, länssjukvård och primärvård
307	Provtagning, remiss från primärvården	0:-	Provtagning

310	Sjukvårdande behandling, avgiftsfritt	0:-	Fri barnsjukvård. Hembesök av annan än läkare i palliativ vård. Konsultbesök. Nedsatt avgift. Hembesök frikort alt. nedsatt avgift. Gästdialys. Tillsammans med vara: *IVF sjukvårdande behandling*
320	Läkarbesök, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Smittskydd
330	Sjukvårdande behandling, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Smittskydd
340	Läkarbesök, team, ej första vårdgivaren	0:-	Gäller endast i primärvården
350	Sjukvårdande behandling, team, ej första behandling	0:-	Gäller endast i primärvården.
360	Läkarbesök, korttidsboende, avgiftsfritt	0:-	Gäller endast i primärvården
430	Hälsovård, avgiftsbelagd (varugrupp)	0:-	Denna kod kombineras med avgift bland varor i Cosmic.
440	Varuförsäljning	0:-	Denna kod används vid varuförsäljning utan besök.
450	Hälsokurva, avgiftsbelagd (varugrupp)	0:-	Denna kod används vid varuförsäljning i kombination med varan Hälsovård, avgiftsbelagd, 100 kr
500	Hälsovård, avgiftsfri (varugrupp)	0:-	Mödrahälsovård, barnhälsovård m.m.
600	Återbetalning, väntetid	0:-	Återbetalning, väntetid.
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud	100:-	Avgift vid provtagning, kontroll
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud, barn	100:-	Avgift vid uteblivet besök, läkare, annan personal, barn
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud, barn, tolk	410:-	Avgift vid uteblivet besök, läkare, annan personal, barn, tolk (100 kr pat.avg, 310 kr för utebliven tolkkontakt)
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud	250:-	Avgift vid ej meddelat återbud, läkare, tolk.

			Avgift vid ej meddelat återbud, annan personal. Avgift vid ej meddelat återbud, avgiftsfritt barnbesök eller mödrahälsovård hos läkare. Avgift för ej meddelat återbud, avgiftsfritt barnbesök hos annan än läkare. Gäller även besök inom kvinnohälsovården.
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, asylsökande, ej meddelat återbud	25:-	Se ovan.
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, asylsökande, ej meddelat återbud, tolk	335:-	Se ovan. (25 + 310)
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, ej meddelat återbud, tolk	560:-	Se ovan. (250 + 310)
610	Uteblivet läkarbesök, asylsökande, ej meddelat återbud	50:-	Se ovan.
610	Uteblivet läkarbesök, asylsökande, ej meddelat återbud, tolk	360:-	Se ovan. (50 + 310)
610	Utebliven distanskontakt	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
610	Utebliven distanskontakt, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
610	Utebliven distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande	25:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier

			men ej läkare, oavsett kommunikationsmedel.
610	Uteblivet distanskontakt läkarbesök, ej meddelat återbud, asylsökande	50:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller läkarbesök, oavsett kommunikationsmedel.
610	Utebliven distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande med tolk	335:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier men ej läkare, oavsett kommunikationsmedel. (25 + 310)
610	Uteblivet läkarbesök distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande med tolk	360:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller läkarbesök, oavsett kommunikationsmedel. (50 + 310)
610	Utebliven distanskontakt, med tolk	410	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier, oavsett kommunikationsmedel. (100 + 310)
610	Uteblivet läkarbesök/sent återbud, vård av personer från andra länder	3 179:-*	Gäller både specialist- och primärvård. (enligt fast prislista)
610	Uteblivet sjukvårdande behandling/sent återbud, vård av personer från andra länder	1 373:-*	Se ovan. (enligt fast prislista)
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling	250:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling, remiss PV	250:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, barn	100:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, barn, tolk	410:-	(100 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling, inklusive tolk	560:-	(250 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, asyl	50:-	

611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, tolk, asyl	360:-	(50 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling, asyl	25:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling, tolk, asyl	335:-	(25 + 310)
611	Sent återbud inom 72 timmar, avgiftsfritt	0:-	
611	Sent återbud Distanskontakt inom 72 timmar	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
611	Sent återbud Distanskontakt inom 72 timmar, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
612	Vårdtillfälle, sent återbud inom 72 timmar	250:-	
612	Vårdtillfälle, sent återbud inom 72 timmar, barn	100:-	
613	Avgiftsfritt, när vårdenheten har avbokat inom 72 timmar	0:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV	250:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV, barn	100:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV, barn, tolk	410:-	(100 + 310)
	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök och sjukvårdande behandling PV, tolk	560:-	(250 + 310)
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, asyl	50:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, tolk, asyl	360:-	(50 + 310)
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, asyl	25:-	

614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, tolk, asyl	335:-	(25 + 310)
614	Sent återbud inom 24 timmar, avgiftsfritt	0:-	
614	Sent återbud Distanskontakt inom 24 timmar	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
614	Sent återbud Distanskontakt inom 24 timmar, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
615	Avgiftsfritt när primärvården har avbokat inom 24 timmar	0:-	
616	Uteblivet vårdtillfälle, ej meddelat återbud	250:-	
616	Uteblivet vårdtillfälle, ej meddelat återbud, barn	100:-	
617	Uteblivet besök, avgiftsfritt	0:-	
618	Uteblivet besök/sent återbud inom 24 timmar, hälsovård	100:-	Gäller patienter som lämnar sent återbud, vid hälsovård, t.ex. Hälsokurva.
620	Receptförskrivning	100:-	Recept utfärdat av läkare eller ssk. Telefon-EKG, band-EKG. Remiss utfärdat efter telefonsamtal. Om både recept och sjukintyg utfärdas efter telefonsamtal, tas endast en avgift ut. Recept ApoDos och förnyelse ApoDos. Recept, frikort. Gäller patienter upp till 85 år.
625	Recept, personer från andra länder	1 373:-*	(taxa enligt fast prislista, sjukv.beh)
630	Recept, avgiftsfritt	0:-	Recept, sjukintyg till tonåring.

640	Sjukintyg	100:-	Sjukintyg utfärdat efter telefonsamtal. Sjukintyg frikort.
650	Receptförskrivning, asyl	25:-	Gäller patienter upp till 85 år.
660	Sjukintyg, avgiftsfritt	0:-	
700	Övrigt	17.496:-*	Omskärelse av pojkar av icke medicinska skäl. DRG-baserad full kostnad enligt följande: DRG N20O, 17.496 kr* (enligt DRGprislista)
	Varugrupper		Hjälpmedel, momsfritt (egenavgift ortoser, kompressionsstrumpor, journalkopior etc.). Intyg utan moms, avgiftsfria intyg. Övriga intyg med moms (inklusive körkortsintyg, provtagning).

* Vid fulldebitering enligt prislista: priset justeras i början på året enligt prislista "Nord DRG" - eller den fasta prislistan - som beslutas i december av Regionsjukvårdsnämnden.

Förtydligande om patientavgifter A-Ö

Abort och sterilisering
Abort och sterilisering ska betalas enligt gällande patientavgift för sjukvård.

Amningsmottagning
Besök gällande problem med amning är avgiftsfria.

ApoDos - se "dosförpackade läkemedel"

Arbetsplatsbesök
Om en arbetsgivare begär en insats av regionens personal avseende råd och anpassning i arbetsmiljön debiteras enligt gällande intygstaxa B (exkl moms) per besök. Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas.
Om arbetsplatsbesök initieras av vårdgivare debiteras patientavgift som vid sjukvårdande behandling.

Blodgruppering
Blodgruppering som initieras av privatpersoner väljs som ”vara” i Cosmic 250 kr (inkluderar provtagning).

Dagsjukvård
För dagsjukvård (dagmedicin, dagkirurgi) betalar patienten vanlig patientavgift.
Besök i dagsjukvård redovisas som ett besök oberoende av vilken/vilka kategorier hälso- och sjukvårdspersonal som medverkar i vården av patienten.
Patient med fler än 5 dagsjukvårdsbesök inom 30 dagar erhåller mat (lunch eller middag) utan egen kostnad från första lunch/middag. Detta gäller de enheter som serverar måltider i samband dagsjukvård. Övriga patienter betalar samma avgift som för personalkost. Barn får mat avgiftsfritt.
Enklare måltid, t.ex. dricka och smörgås kan tillhandahållas utan avgift.
Anhöriga hänvisas till matsal alternativt betalar som för personalkost.

Distanskontakter, kvalificerade
En kvalificerad distanskontakt kostar 100 kr i patientavgift. Detta oavsett kanal (telefon, video, app, chatt…) och oavsett yrkeskategori och vårdnivå.
Det är en medicinsk bedömning om en patientavgift ska debiteras, bedömningen grundas på utförd eller planerad insats. En distanskontakt betraktas som kvalificerad om den innehållsmässigt motsvarar de insatser som görs/skulle ha gjorts vid ett fysiskt besök. T ex:

- beslut om behandling eller ytterligare utredning
- att man gör en ändring av pågående behandling
- utvärdering av läkemedel.

För att en distanskontakt ska generera en avgift *bör* patienten vara medveten om patientavgiften via t ex kallelse, muntlig överenskommelse eller dylikt. Men då information om detta har gått ut offentligt via olika slags kanaler från Region

Jönköpings län så anses att invånarna har fått information om att vi debiterar patientavgift även för *kvalificerade* distanskontakter.
Precis som vid ett fysiskt besök så ingår även receptförskrivning och provtagning inför/i samband med en kvalificerad distanskontakt. Avgiften för kvalificerad distanskontakt räknas in i högkostnadskyddet. Regelverken för *avgiftsfria remissbesök* respektive *uteblivande/sent återbud* gäller även för kvalificerade distanskontakter

Distanskontakter, inte kvalificerade (avgiftsfria)
De distanskontakter som fortfarande kommer att vara avgiftsfria avser upplysning, rådgivning, hänvisning och information. Till exempel:

- utlämnande av provsvar
- ändra eller boka tid
- telefonrådgivning/information/enkla råd om egenvård
- vanliga enkla brevkontakter
- kontaktgarantin inom primärvården – nationella vårdgarantin

Dosförpackade läkemedel (förr: ApoDos)
Patientavgift för recept tas ut när vårdtagare/patient får *Dosförpackade läkemedel* utfärdat för första gången samt även vid förnyelse/förlängning av recepten i listan (förlängning/förnyelse görs oftast en gång per år). Om nytt läkemedel tas in i receptlistan för *Dosförpackade läkemedel* så betalar patienten patientavgift på samma sätt som för annan receptförskrivning (om receptförskrivning ingår i ett besök så betalar patienten endast besöksavgift, om det avser typ telefonrecept utan besök betalar patienten receptavgift). Vid förändring av dosering utgår ingen ytterligare avgift, om inte ett helt nytt recept skrivs ut.

Drogtest, DNA-test
Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas vid t.ex. drogtest begärt av arbetsgivare, DNA-test vid t.ex. arvstvister. Läkarinsats + provtagningar. Provsvar går till beställaren som även betalar analyskostnaden.

Faderskapsprov
Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas för faderskapsprov. Läkarinsats + provtagningar, laboratoriekostnader. Provsvar till beställare som får skriva utlåtande.

Flera besök/behandlingar samma dygn, samma sjukdom
Om patienten återkommer till vårdgivare inom 24 timmar (ett dygn) *för samma sjukdom* betalas ingen ny patientavgift. Detta gäller *endast för akuta besök*. Det behöver inte vara samma vårdgivare.

Gruppbehandling
Varje patient som behandlas på grund av sjukdom betalar vanlig patientavgift.

Graviditetsdiabetes
Besök som görs på grund av graviditetsdiabetes är avgiftsfria

Hembesök
Vanlig patientavgift tas ut när läkare eller annan vårdgivarkategori (sjukvårdande behandling) besöker patienten i hemmet. Avser det provtagning utgår provtagningstaxa. Hembesök för medicinutdelning är avgiftsfritt.
Om besöket gäller flera patienter i samma hushåll betalar även övriga familjemedlemmar vanlig patientavgift.

Hjälpmedelsförskrivning
Förskrivning av hjälpmedel är en process där behovsbedömning, information, ordination, eventuell anpassning, träning, uppföljning och dokumentation ingår. Vid förskrivning betalar patienten vanlig patientavgift per behandlingstillfälle (sjukvårdande behandling).
Bedömning och uppföljning av bostadsanpassning, som sker i hemmet, är avgiftsfritt. Även intyget är avgiftsfritt.
När utprovning/tillverkning av ortoser är en del i behandling kostar det vanlig patientavgift + kostnad för produkten. För enbart utlämnande av ordinerad ortos uttas ingen besöksavgift (patienten betalar endast för produkten).

Hälsokontroll
Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas för hälsokontroller. Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas (gäller inte asylsökandes inledande hälsokontroll som är fri och betalas av migrationsverket).
En hälsokontroll bör innehålla: allmän anamnesupptagning, basal kroppsundersökning och provtagning, vid behov EKG och en sammanfattande bedömning.

Hälsovård
Vid t.ex. kostrådgivning och hälsokurva utgår en patientavgift för hälsovård/behandlingstillfälle. Mammografiundersökning, gynekologisk cellprovstagning och tobaksavvänjning är dock avgiftsfria (eventuellt recept i samband med tobaksavvänjning debiteras).
Avgift vid hälsovård är inte frikortsgrundande.

Hälsoundersökningar där sjukdom konstateras
Om sjukdom konstateras vid en hälsoundersökning gäller följande:

- om inga åtgärder vidtas p.g.a. den konstaterade sjukdomen betalas endast patientavgift för hälsoundersökningen.
- om den konstaterade sjukdomen leder till nytt besök betalas vanlig patientavgift.
- om den konstaterade sjukdomen vid samma tillfälle föranleder åtgärder som normalt inte ingår i hälsoundersökningen betalas patientavgift både för hälsoundersökningen, om denna är avgiftsbelagd, och för läkarbesöket/sjukvårdande behandlingen.
- om oklarhet råder vid tolkning av undersökningsresultatet och hälsokontrollen därför måste göras om, tas ingen ny avgift ut av patienten.

Högriskskydd för levande donatorer
Det finns ett särskilt högriskskydd för levande donatorer av organ och vävnader. Skyddet omfattar utredningar och operation i samband med donation. Skyddet innebär att donatorn har rätt till ersättning för sina kostnader. Den enskilde får ersättning från den första dagen i en sjukperiod (karensdagen). Informera patienten om att begära läkarintyg, där det framgår att den försäkrade är donator och vilket organ/vävnad som eventuellt ska doneras.
Donatorn har också rätt att i samband med donationsingrepp få full ersättning för förlorad arbetsförtjänst av organmottagande region. Även andra kostnader som är relaterade till donationsingreppet kan ersättas av respektive region.

Hörselskydd och musikproppar
Kunden alternativt företaget betalar den faktiska kostnaden, 350 kronor per person, för avgjutning av hörselgången i syfte att göra hörselskydd och musikproppar.

Kvarskrivna patienter
En kvarskriven patient som är bosatt här i vår region, är av sekretesskäl fortfarande folkbokförd i sin gamla hemregion. Enligt en överenskommelse ska dessa patienter behandlas som om de vore skrivna här, dvs. de har rätt till planerad vård som vi normalt måste ha en betalningsförbindelse för.
Regionen, där patienten fortfarande är formellt folkbokförd, ska ej debiteras vårdkostnaden.

KBT via internet
Patienten betalar ingen patientavgift för tillgång till behandlingspaketet. Patientavgift erläggs för inledande bedömningssamtal samt vid eventuellt avslutningssamtal, precis som vid vanliga bokade besök. Övriga kontakter under vårdprogrammet genererar ingen patentavgift.

Konsultation
Konsultation som initieras av vården i samband med sluten vård/dagsjukvård/dagkirurgi är avgiftsfri för patienten. Planerade (tidsbeställda) besök på annan klinik som görs under tiden patienten är inskriven i sluten vård är däremot avgiftsbelagda.

Körkortsintyg för vissa sjukdomsgrupper
Intyg för vissa sjukdomsgrupper, t.ex. diabetiker, epileptiker, som rutinmässigt vanligtvis årligen begärs av transportstyrelsen för att få behålla körkort ska vara avgiftsfria.

Läkarbesök i samband med oplanerad inläggning
Om patienten läggs in för sluten vård i samband med att han/hon har haft ett öppenvårdsbesök samma dag, debiteras både öppenvårds- och slutenvårdsavgift.

Läkarbesök i äldreboende
När primärvårdsläkare organiserar mottagningsverksamhet på äldreboende ska patienten betala samma avgift som vid besök på vårdcentral. Om primärvårdsläkaren kallas till äldreboendet på annan tid gäller samma patientavgift.

Läkarbesök när patienten är inskriven i sluten vård
Planerade (tidsbeställda) besök som görs under tiden patienten är inskriven i sluten vård är avgiftsbelagda. Konsultbesök är avgiftsfria.

Läkarbesök på grund av sjukdom där samtidigt annan åtgärd vidtas
När en patient vid ett besök samtidigt önskar behandling, undersökning eller åtgärd för annan sjukdom än vad det ursprungliga bokade besöket avser ska det räknas som två separata bokade besök och patientavgift betalas för varje besök.

Läkarbesök och sjukvårdande behandling - flera samma dag
Om flera separata läkarbesök och/eller sjukvårdande behandlingar utförs samma dag betalas patientavgift för varje besök. Patientavgift ska betalas vid varje behandlingstillfälle, även när de av praktiska skäl samordnas samma dag.

Lärcafé
Lärcafé är en pedagogisk modell med målsättning att deltagande patienter och/eller närstående ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation och därmed få bästa möjliga livskvalitet. Deltagande i ett lärcafé bokas inte som ett vanligt vårdbesök, därför är deltagande i lärcaféer avgiftsfritt.

Momsbelagda tjänster
Huvudregeln är att tjänster som görs för att tillhandahålla fakta som grund för tredje persons beslut ska påföras moms. Det gäller t.ex.:

- Rättsintyg
- Intyg till försäkringsbolag
- Intyg om hälsotillstånd
- Körkortsintyg inklusive drogintyg
- Intyg för arbetslivsinriktad rehabilitering
- Medverkan i avstämningsmöte med försäkringskassan
- Intyg för att styrka behov av särskilda hjälpmedel i arbetsliv eller skola, parkeringstillstånd
- Alla typer av intyg för att styrka lämplighet; för att arbeta i utlandet, på natten, på höga höjder, med livsmedel, på sjön, för att flyga, dyka, hoppa fallskärm etc.

Exempel på momsfria tjänster:

- LVM-intyg
- LVU-intyg

Nyförlöst med förlossningsskada
Nyförlöst med förlossningsskada ska betala avgift för vård fr.o.m. vecka 13 efter förlossningen

När patienten lämnar sent återbud/uteblir från besök i primärvården
Återbud till erbjuden besökstid i primärvården ska lämnas senast 24 timmar före besöket.
Uteblivet besök och återbud mindre än 24 timmar före besöket debiteras med vad besöket skulle genererat i patientavgift. Detta gäller även patienter som har frikort samt vid besök som normalt är avgiftsfria. Gäller även kvalificerade distanskontakter samt besök inom kvinnohälsovården.
Tidsbeställt avgiftsfritt barnbesök debiteras med 100 kronor för läkarbesök/sjukvårdande behandling, om patienten uteblir eller lämnar sent återbud. Undantag: Gäller ej BHV-besök.
Om en patient uteblir eller om återbud meddelas så sent att språktolk inte kan avbeställas debiteras patienten även för tolkkostnad, 310 kronor. Förutsättning för detta är att patienten informerats om dessa regler i kallelsen.
Eventuella undantag från avgift vid sent återbud/uteblivande besök får tas av respektive klinik eller verksamhetschef.
Ovanstående avgifter är inte högkostnadsgrundande.

När patienten lämnar sent återbud/uteblir från besök i specialistsjukvården
Återbud till erbjuden besökstid i specialistsjukvården ska lämnas senast 3 hela vardagar (72 timmar) före besöket. Detta gäller både öppenvård och inläggning/operation.
Uteblivet besök och återbud mindre än tre hela vardagar före besöket debiteras med vad besöket skulle ha genererat i patientavgift. För öppen vård utgår vanlig patientavgift. Samma avgift tas ut om besöket avser en inläggning eller operation. Detta gäller även patienter som har frikort samt vid besök som normalt är avgiftsfria. Det gäller även vid kvalificerade distanskontakter.
Tidsbeställt avgiftsfritt barnbesök debiteras med 100 kronor för läkarbesök/sjukvårdande behandling, om patienten uteblir eller lämnar sent återbud. Undantag: Gäller ej BHV-besök.
Om en patient uteblir eller om återbud meddelas så sent att språktolk inte kan avbeställas debiteras patienten även för tolkkostnad, 310 kronor. Förutsättning för detta är att patienten informerats om dessa regler i kallelsen.
Eventuella undantag från avgift vid sent återbud/uteblivande besök får tas av respektive klinik eller verksamhetschef.
Ovanstående avgifter är inte högkostnadsgrundande

När patienten inte får vård
Om det är sjukvårdens fel att planerad åtgärd inte utförs, ska patienten inte betala patientavgift. Om det beror på patienten att åtgärden inte kan utföras, betalar patienten patientavgift.
För de som har rätt till sjukresa betalas detta av regionen, inklusive egenavgift (sjuktransportkvitto eller skrivet intyg behövs för att sjukreseersättning ska kunna betalas ut). För mer information om resor och ersättning, ta kontakt med regionens sjukreseenhet.

Primärvård
Om primärvården avbokar planerad vård mindre än 24 timmar före besöket så behöver inte patienten betala för nästa planerade vårdbesök som gäller samma sjukdom.

Specialistvård
Om specialistsjukvården avbokar planerad vård mindre än tre hela vardagar (72 timmar) före besöket så behöver inte patienten betala för nästa planerade vårdbesök som gäller samma sjukdom.
När planerat ingrepp (dagkirurgi eller operation) som utförs på operationsavdelningen ställs in mindre än 24 timmar innan operationen skulle ha påbörjats, kan patienten ansöka om en ersättning på 1 200 kr (andra kostnader, t ex förlorad arbetsinkomst eller kostnad för barnpassning, ersätts inte). Det ligger på patienten att ansöka om denna ersättning. Ansökan görs lämpligast hos den klinik som patienten har haft kontakt med, men om det är annan klinik som är orsaken till att ha ställt in så är det DEN kliniken som ska ha ansökan och ev. betala ut ersättning.
Om vårdtillfället infaller på en måndag ska patienten informeras senast fredagen innan (man ”utesluter” alltså helgdagarna). Det gäller endast folkbokförda personer i Region Jönköpings län och ingrepp utförda i Region Jönköping.
Det är upp till kliniken/ansvarig enhet att bedöma om patienten har rätt till ersättning eller inte, men en riktlinje är att patienten inte ska ha rätt till ersättning om:

- patienten får en ny tid samma dag (ersättning betalas alltså inte ut om ingreppet påbörjas samma dag)
- patienten redan sen tidigare är inneliggande/inskriven i slutenvård
- patienten redan innan blivit informerad om att ett planerat ingrepp ev. kan komma att ställas in om behov av operationen inte längre finns (t ex om en planerad undersökning dagen innan ingrepp påvisar att det inte längre finns behov av operation)
- patienten själv är orsak till att vården ställs in

Provtagning - mellanliggande eller inför ett besök
När provtagning görs utan samband med besök - så kallat "mellanliggande provtagning" - ska patienten betala provtagningsavgift.
När provtagning görs inför eller i samband med ett besök eller en kvalificerad distanskontakt, ingår provtagningen i patientavgiften för besöket/kontakten.
Provtagning för alkoholtest ska faktureras polisen (ingår ej i högkostnadsskyddet).
Ex på provtagning: bentäthetsmätning, tfn- eller band-EKG, blodtryck (även -24 tim), blodprov.

Provtagning på familjemedlemmar
Vid vissa sjukdomar är det nödvändigt att samtliga familjemedlemmar lämnar prover, ex svalgodling vid streptococcinfektion. I dessa fall betalas provtagningsavgift för varje prov. Eventuellt recept är avgiftsfritt.

Receptförskrivning
Recept ingår i patientavgiften för både sjukvårdande behandling och läkarbesök samt vid kvalificerade distanskontakter.

Remissbesök hos specialist- och primärvård
Första besöket hos specialistvården blir avgiftsfritt när man har remiss från primärvården och första besöket hos primärvården blir avgiftsfritt när man har remiss från specialistvården (undantag: bassängträning)
Remissbesök som sker mellan specialister genererar patientavgift.
Om man uteblir från sitt första avgiftsfria remissbesök och blir kallad till nytt besök så blir det avgift för nästa besök.
Ovan regelverk gäller även för kvalificerade distanskontakter.

Smittskydd
Det ska inte tas ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen. Det är endast de besök *som läkare bedömer minska risken för smittspridning* som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittar och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts.
Slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Teambesök
Om det är flera besök som samordnas av hälso- och sjukvårdspersonal för en specifik patient är det ett teambesök och patienten betalar endast en avgift. Om det är flera besök som tidsamordnats på samma dag av hänsyn till patienten så ska besöken generera en patientavgift för varje besök.
Teambesök avser ett planerat öppenvårdsbesök där patienten möter ett vårdteam. Vårdteamet träffar patienten samtidigt eller tidsmässigt efter varandra under samma dag. Teamet kan bestå av hälso- och sjukvårdspersonal från samma såväl som från olika medicinska ansvarsområden där varje personal har ett eget behandlingsansvar. Teamet har ett gemensamt syfte och mål och det görs en gemensam bedömning eller uppföljning av patientens behov. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd ska tillämpas. Besöket ska dokumenteras i journal.
Patientavgift tas endast ut för den som samordnar teamet. Övriga deltagare i teamet registrerar sina besök som avgiftsfria (se regelverk för kontakt-, diagnos och åtgärdsregistrering i Region Jönköpings län). Teambesök omfattar inte vårdpersonal som assisterar annan vårdpersonal.

Transport av avlidna
Regionen har ett yttersta ansvar för att den som avlider på allmän plats eller i en privatbostad införs till bårhus. Kommunen har motsvarande ansvar för särskilda boenden. Polisen ansvarar vid transport för rättsmedicin. Sjukvårdshuvudmannens ansvar upphör när kroppen utlämnas för bisättning/kistläggning.

Regionen utför eller betalar transport

- till sjukhus för obduktion som initierats av läkare
- vid tillkommande transportkostnader för borttagning av implantat
- vid hemtransport av avlidna utanför regionsområdet vid vård enligt specialistvårdsremiss. Dödsboet betalar egenavgift om 300 kronor. Dödsboet betalar övriga transporter.

Faktureringsadress: Region Jönköpings län, Fakturaenheten, Box 1024, 551 11 Jönköping. Märk fakturan med ansvarsnummer 900008.

Vård på plats av ambulanspersonal

För patient som behandlas på plats av ambulanspersonal tas vanlig patientavgift ut som för besök på akutmottagning/närakut. Om patienten istället förs till vårdcentral eller sjukhus betalar de som tidigare en patientavgift för det vårdtillfället och ingen avgift tillkommer för *vård av ambulans*. Avgiften är högkostnadsgrundande.

Återbetalning vid väntetid

Om väntetiden överstiger 30 minuter vid planerat besök, återbetalas den eventuellt erlagda patientavgiften. Detta gäller inte vid akuta besök eller vid planerade polikliniska ingrepp och mottagning som huvudsakligen har sådan verksamhet. Det åligger patienten att på plats begära återbetalning i samband med besöket.

Patienter i slutenvård

Avgifter i slutenvård

För dag 1-10, inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 130 kr per påbörjad vårddag. Därefter utgår en avgift på 110 kr per vårddag.
Med samma vårdtillfälle menas vård på samma klinik. Vid överflyttning till annan klinik eller annat sjukhus påbörjas nytt vårdtillfälle.
Högsta nivå på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska Central Byrån) Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

Barn

Barn och ungdomar under 20 år har avgiftsfri slutenvård. Från och med 20-årsdagen gäller vanlig sjukvårdstaxa.

För vilka dagar betalar patienten?

Patienten betalar för samtliga vårddagar utom för permissionsdagar. Patienten betalar för inskrivningsdag, men inte för utskrivningsdag. Detta gäller även om patienten flyttas till annan avdelning, klinik eller annat sjukhus under pågående vårdtid.
Om patienten skrivs in och ut samma dag tas en slutenvårdsavgift ut.

Högkostnadsskydd och sluten vård

Patientavgiften för slutenvård är inte högkostnadsgrundande.

Patientgrupper med avgiftsfrihet

Anhållna och intagna på kriminalvårdsanstalt
Patient som är anhållen, häktad eller intagen på kriminalvårdsanstalt betalar ingen patientavgift för sluten vård. Hemregionen står för patientavgiften till dessa patienter.

Rättspsykiatrisk vård
Kriminalvården står för kostnaderna för rättspsykiatrisk utredning av häktade och intagna på kriminalvårdsanstalt. Dessa patienter betalar ingen patientavgift.
För den som ges rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd efter beslut av domstol står hemregionen för vården till dessa patienter. Slutenvårdsavgift tas inte ut.

Psykiatrisk tvångsvård
Slutenvårdsavgift tas inte ut.

Smittskyddslagen
Det är endast besök *som läkare bedömer minska risken för smittspridning* som är avgiftsfria för patienten. Slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Asylsökande
Asylsökande med LMA-kort betalar ingen avgift vid sjukhusvård.

Inskrivningsregler

Gränsdragning - öppen eller sluten vård?
Det är alltid behandlande läkare som avgör om patienten ska skrivas in för sluten vård. Från och med den tidpunkt patienten är inskriven är vården att beteckna som sluten vård.

Identitet och rätt folkbokföringsadress
Försäkra dig alltid om att patienten har uppgivit rätt identitet. Tänk på att dokumentera samtliga uppgifter. Det är viktigt att kontrollera att den adress som patienten uppger överensstämmer med folkbokföringsadressen. Detta för att kunna debitera rätt hemregion efter avslutad vårdtid. Det är alltid patientens hemregion som har betalningsansvar för vården. I Riksavtalet definieras patientens hemmaregion som den region där patienten vid vårdtillfällets inledning var folkbokförd.

Permissionsregler

Betalning vid permissioner
För resdag betalar patienten patientavgift för sluten vård. För permissionsdag betalar patienten ingen patientavgift.

Resdag
Som resdag räknas den dag patienten lämnar avdelningen för att gå på permission. Som resdag räknas också den dag patienten återkommer till avdelningen efter avslutad permission.

Permissionsdag
Som permissionsdag räknas den dag då patienten vistas utanför sjukhuset i minst 12 timmar mellan kl 00.00 och kl 24.00. Detta gäller även de dagar när man reser till och från sjukhuset.

Omfattning av permissionen
Permissionen får omfatta högst tre dagar, detta exklusive resdagar.
Undantag: Avsteg från denna regel får i undantagsfall göras för patienter som vårdas på psykiatriska kliniken och där permissionen ingår som ett led i behandlingen.

Anhörigförmåner
När en patient får specialistvård långt från den egna bostadsorten kan ekonomisk ersättning ges till patient eller anhörig för patienthotell i samband med vård/vistelse hos patienten. Specialistvården ska ha initierats av regionen.
Se utförliga riktlinjer för hotellövernattning vid remittering: Patienthotell regelverk.

Intygsavgifter

Patienten betalar inte patientavgift utan endast intygsavgift när enda syftet med besöket är att få ett intyg.
Intygsavgiften omfattas inte av högkostnadsskyddet.

Moms på intyg

Skattemyndigheten har utgivit riktlinjer som innebär att vissa av hälso- och sjukvårdens tjänster ska påföras moms. Huvudregeln är att tjänster som görs för att tillhandahålla fakta som grund för tredje persons beslut ska påföras moms. Det gäller också de intyg som ligger till grund för tredje persons ställningstagande och som inte primärt är till för att skydda den enskildes hälsa eller är ett led i vård och behandling.

Det gäller t.ex:

- Rättsintyg
- Intyg till försäkringsbolag
- Intyg om hälsotillstånd
- Körkortsintyg inklusive drogintyg
- Intyg för arbetslivsinriktad rehabilitering
- Medverkan i avstämningsmöte med försäkringskassan
- Intyg för att styrka behov av särskilda hjälpmedel i arbetsliv eller skola, parkeringstillstånd
- Alla typer av intyg för att styrka lämplighet; för att arbeta i utlandet, på natten, på höga höjder, med livsmedel, på sjön, för att flyga, dyka, hoppa fallskärm etc.

Exempel på momsfria tjänster:

- LVM-intyg
- LVU-intyg

Avgiftsfria intyg

- Mycket enkla schablonintyg (kryssa i enkel fråga) för exempelvis mönstring eller enkla intyg som bara bekräftar diagnosen (svara: ja/nej) är avgiftsfria.
- Intyg, utredningar och analyser m.m. till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) ska tillhandahållas utan kostnad.
- Adoptionsintyg
- Färdtjänstintyg

Detta gäller även för privata vårdgivare med vårdavtal med Region Jönköpings län.

Intygsavgifter* A, B och C

	Intyg	Exkl moms	Inkl moms
A.	Enkelt intyg grundat på patientkontakt eller journaluppgift.	248:-	310:-
B.	Intyg som kräver undersökning och/eller enkla prover t ex AMF-intyg, livsmedelsintyg inkl prover, LVM-intyg	784:-	980:-
C.	Intyg av omfattande karaktär som kräver kvalificerade undersökningar och/eller röntgen, t ex dykarcertifikat, rättsintyg, handskadeintyg, invaliditetsintyg.	1.224:-	1.530:-
	Vid tidskrävande intyg kan timtaxa debiteras med	984:-/tim	1.230:-/tim

*Möjlighet ges till årlig indexering av intygsavgifterna baserad på LPIK (Landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner)

Intygsavgifter enligt författning

Intyg	Avgift
Intyg för rättspsykiatriska undersökningar i brottmål (SOSFS 1996:15). Rättsmedicinalverket beslutar om ersättning	Taxa med moms
Intyg till försäkringskassan är kostnadsfritt för försäkringskassan. Vanlig patientavgift får tas ut om särskild undersökning behövs för intygets utfärdande (SFS 1984:908)	Patientavgift
Intyg för föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning (VAB) (SFS 1995:584)	0:-

Körkortsintyg

Intyg	Exkl moms	Inkl moms
De rutinmässiga körkortsintyg som begärs av Transportstyrelsen på grund av sjukdom är avgiftsfria. Patienten är känd för vårdpersonalen och det behövs oftast endast journalinformation när intyget skrivs. Om särskild undersökning krävs tas patientavgift ut för besöket. Avgiftsfriheten gäller inte för de obligatoriska 45-årsintygen eller de intyg som krävs av Transportstyrelsen pga missbruk.	0: -	
Intyg för behörighet till C- och D-körkort.	784:-	980:-

Obligatoriskt 45 års intyg för C- och D-körkort		
Provtagningar och läkarbesök för att återfå/behålla körkort p.g.a. missbruk (gäller även för att få körkortstillstånd) efter beslut av körkortsmyndighet (Transportstyrelsen). Taxan innefattar 4-6 analyskostnader, provtagningstaxa samt intyg och läkarbesök. Taxa för kompletterande provtagningar utöver de 4-6 godkända som krävs: provtagningstaxa 100 Kr gäller (ej frikortsgrundande). Hela intygskostnaden ska vara erlagd innan utlämnande av intyget. ! Om Transportstyrelsen kräver ny provomgång och nytt intyg så tas hel intygstaxa ut på nytt vid varje intygstillfälle.	1.224:-	1.530:-
Läkarintyg i samband med Transportstyrelsens beslut om alkolås, inklusive kostnaden för blodanalyser. Om någon analys visar sig vara positiv och därför måste verifieras av Rättsmedicinskt laboratorium, får den enskilde utöver grundavgiften för intyget, betala provtagningstaxa 100 kr (ej frikortsgrundande). Hela intygskostnaden ska vara erlagd innan utlämnande av intyget. ! Om Transportstyrelsen kräver ny provomgång och nytt intyg så tas hel intygstaxa ut på nytt vid varje intygstillfälle.	1.224:-	1.530:-
Övriga körkortsintyg enligt intygstaxa A, B eller C		

Intyg om tandvård till särskilda patientgrupper
Personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan få tandvård till samma patientavgift som inom hälso- och sjukvården. För detta krävs ett särskilt läkarintyg: "Läkarintyg vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning” enligt 3 a § *tandvårdsförordningen (1998:1338)* (Socialstyrelsen).

Detta intyg är avgiftsfritt för patienten, de betalar endast patientavgift för besöket.

Avgifter för intyg och möten - sjukskrivningsprocessen

Sjukintyg, läkarintyg vid sjukskrivning, förstadagsintyg som sker via distanskontakt (t ex telefon, video) där avgift tas ut så ingår intyget i distanskontaktsavgiften. Om ingen avgift tas ut för distanskontakten kostar intyget 100 kr. Vid besök tas vanlig patientavgift ut och då ingår intyget i besöksavgiften. Intyg gällande smittbärarpenning samt riskgrupp ang Covid 19 är avgiftsfria med motivering till smittskyddslagen.

Läkarutlåtande och intyg

Läkarutlåtande	**Exkl moms**	**Inkl moms**
Begäran av läkarutlåtande av Försäkringskassan eller av patienten (inkl detaljerat läkarutlåtande, blankett E213*) i syfte att söka aktivitets- eller sjukersättning ingår i vårdens uppdrag och kan inte debiteras Försäkringskassan eller patienten enligt *förordning (SFS 2004:888) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m*. Vanlig patientavgift tas ut om särskild undersökning behövs för intygets utfärdande.	-	-
Detaljerat läkarutlåtande (blankett E213) - om en person arbetat i annat EU-medlemsland. **OBS!** Enbart läkare som går under den nationella taxan kan begära ersättning (d.v.s. läkare som bedriver privat verksamhet och inte är knuten till landsting/vårdval). Fakturan skickas till Försäkringskassan (RFFS 1977:27).	4.500:-	5.625:-
Förfrågan (skriftligt) om medicinskt utlåtande från Arbetsförmedlingen eller förfrågan om läkarutlåtande från kommunens socialtjänst är avgiftsbelagda. Arvode tas ut. Faktura skickas till Arbetsförmedling eller kommunens socialtjänst. Om intyget kräver särskild undersökning tas ingen patientavgift ut eftersom besöket räknas in i arvodet. OBS! Vid fakturering Arbetsförmedlingen ska det ärendenummer anges som står i förfrågningsunderlaget. Personnummer ska inte anges på underlaget.	3 200:-	4.000:-
Intyg (exkluderat sjukintyg, läkarintyg vid sjukskrivning, förstadagsintyg)		
Om frågor från Arbetsförmedling, kommunens socialförvaltning eller försäkringsbolag besvaras i ett intyg eller brev gäller vanlig intygstaxa A-C. Se ”patientavgifter i vården/ Intygsavgifter”		

Avstämningsmöte – när läkare medverkar	**Exkl moms**	**Inkl moms**

När Försäkringskassan kallar till avstämningsmöte enligt FKFS 2010:35 gäller att vårdenheten debiterar Försäkringskassan för läkarmedverkan. Fakturaunderlag behöver inte undertecknas av försäkringsutredaren. Patientavgift tas inte ut. Om ett läkarintyg om sjukskrivning skrivs/förnyas efter mötet kostar intyget för patienten 100 kr. Om tolkbehov finns vid avstämningsmötet ska Försäkringskassan boka och betala för den kostnaden. Det är viktigt att vården uppmärksammar Försäkringskassan om tolkbehov finns.	750: -	938: -
Trepartsmöte med extern aktör - utan Försäkringskassan		
Trepartsmöte innebär ett möte med hälso- och sjukvården, patient och extern aktör, exempelvis arbetsgivare, arbetsförmedling eller socialtjänst. Försäkringskassan deltar inte. Syftet är att initiera och planera insatser för att om möjligt förhindra en sjukskrivning eller förkorta sjukskrivningsperioden. Extern aktör kan initiera, dock inte kräva, ett trepartsmöte med vården. Trepartsmöte kan inte debiteras extern aktör och patientavgift tas inte ut. Om ett läkarintyg om sjukskrivning skrivs/förnyas efter mötet kostar intyget för patienten 100 kr.		

Rehabkoordinator
Besök som görs som en del av vård och behandling för att följa upp/planera insatser under sjukskrivningen, exempelvis via kartläggande eller stödjande samtal.

För bokade besök och kvalificerade distanskontakter (t ex telefon, video…) med rehabkoordinator tas sedvanlig patientavgift ut.

Samordnad individuell plan (SIP)
Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en SIP när den enskilde har behov av stöd med samordning av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Samordnad individuell plan kan initieras av vårdtagare, närstående, sjukvården eller socialtjänsten. SIP kan inte debiteras socialtjänsten. Patientavgift tas inte ut.

Arbetsplatsbesök
Om en arbetsgivare gör en förfrågan om en insats av regionens personal avseende råd och anpassning i arbetsmiljön debiteras arbetsgivaren enligt gällande intygstaxa B (*exklusive* moms). Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas. Debiteringen blir intygstaxa (*inklusive* moms) för besök + intyg.

Det är alltså endast en avgift som debiteras. Man kan inte ta avgift för både ett besök samt ett intyg.

Om arbetsplatsbesök initieras av vårdgivare debiteras vanlig patientavgift som vid sjukvårdande behandling.

PR-team®
Patientavgift tas ut vid varje besök. Vid besök hos flera vårdgivarkategorier samma dag, tas endast en avgift ut.

Se regler för teambesök: *”patientavgifter i vården/förtydligande om patientavgifter”*

Journal- och röntgenkopior

När en patient, myndighet, advokat, försäkringsbolag etc begär journal- eller röntgenkopia gäller att:

- Kopiorna kan lämnas till patienten personligen eller skickas med post (det bör ske med rekommenderad post för att försäkra sig om att utskriften inte kommer till fel person, det finns dock inget lagkrav som stödjer att de måste rekommenderas).
- Se hela regelverket om utlämnande av patientuppgifter i regionens dokumentationshandbok.

Kostnad vid journalkopior ska inte momsbeläggas. Detta räknas som ett led i sjukvård och är undantaget från momslagen.

Nedanstående kostnad gäller även för övriga administrativa handlingar (enligt avgiftsförordning (1992:191).

Kostnad

- 1-9 kopior/sidor: 0: -
- 10 kopior/sidor: 50: -
- Kopior där utöver (11 eller fler): 2: -/st
- Röntgenfilm på CD-skiva: 300: -
- Kopia av video/DVD: 600: -/st
- Ultraljudsbild: 50: -/st

Exempel:
Om en patient begär att få ut 15 kopior blir kostnaden 50 + 10 = 60: -

När försäkringsbolag, företag etc begär journal- och röntgenkopior kan dessa skickas mot faktura.

Uppgift om att journal finns, lämnas ut i samband med svar till personer som begärt utdrag enligt personuppgiftslagen. Journalutdrag lämnas enbart enligt ovan angivna regler i enlighet med patientjournallagen och sekretesslagen.

Avgiftsfria journalkopior
Patienten har rätt att utan kostnad läsa sin journal (gäller både pappersjournal och datajournal) på mottagningen.

Journalkopior som utlämnas till statliga myndigheter, Försäkringskassan, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), Personskaderegleringen (PSR) och kommuner är avgiftsfria oavsett antal.

Journalkopior som behövs i direkt anslutning till vården av en enskild patient hos vårdgivare med vårdavtal eller hos regionsansluten vårdgivare ska tillhandahållas utan kostnad. Gäller även företagshälsovården i länet.

Vaccinationer

Patienten betalar vanlig patientavgift + vaccinpris hos både primärvård och specialistläkare. En patientavgift gäller oavsett antal injektioner. Detta gäller även icke länsbor och asylsökande. För ej folkbokförda utlänningar/turister gäller debitering enligt fasta prislistan: sjukvårdande behandling + vaccinpris.
Vaccinationsavgifter är inte högkostnadsgrundande.
Om distriktssköterskan utför vaccination på patient som själv anskaffat vaccin ska patienten också betala vanlig patientavgift.
Vaccin som erbjuds till asylsökande och övriga nyanlända i samband med hälsoundersökning är avgiftsfria.
Vaccinationer inom barnhälsovårdsprogrammet är kostnadsfria, men i samband med resor eller andra vaccinationer utanför programmet kan extra vaccinationer på barn utföras och då är kostnaden enligt prislista + patientavgift även för barn.
För aktuella vaccinpriser se 1177: https://www.1177.se/jonkopings-lan/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-jonkopings-lan/

Incidenter med risk för blodsmitta
Vid incidenter där personal stuckit eller skurit sig på material där risk för blodsmitta föreligger, gäller att enheten, där incidenten inträffade, står för kostnaden för eventuell provtagning. Om det av infektionsläkaren bedöms nödvändigt med vaccin eller immunglobulin debiteras detta smittskyddsenheten.

Vaccination mot influensa och pneumokocker
Region Jönköpings län erbjuder kostnadsfri vaccination (ingen vaccinkostnad eller patientavgift) mot höstinfluensa, Covid och pneumokockinfektioner till alla länsinvånare över 65 år samt riskgrupper (definieras av Folkhälsomyndigheten).
Vid vaccination mot höstinfluensa och pneumokocker för icke riskgrupper betalar patienten stick/patientavgift + vaccinkostnad. Vid vaccination mot Covid för icke riskgrupper betalar patienten stick/patientavgift men ingen kostnad för vaccinet.
Givna vaccinationer ska registreras i *MittVaccin* och ersättning för vaccinkostnaden utbetalas en gång per år.

Barn och Hepatitvaccin
Barn äldre än 6 år som inte fått Hepatit B på BVC och som ska ut och resa kan erbjudas hepatit B vaccin i kombination med hepatit A som resevaccin.

Barn och TBEvaccin
TBEvaccinering är helt avgiftsfritt (både vaccin och stick) för barn 3-18 år (från 19 årsdagen vanlig taxa).

Barn med särskild risk
Enligt nationella riktlinjer har barn med Downs syndrom rätt till gratis vaccination mot Hepatit B.
I Region Jönköpings län erbjuds alla barn inom Barnhälsovårdsprogrammet kostnadsfri Hepatit B vaccination vid 3,5,12 månader. För alla barn som flyttar hit från andra länder bedöms vaccinationsstatus vid hälsoundersökning och dessa barn vaccineras så att de kommer ikapp det svenska programmet, inklusive Hepatit B, kostnadsfritt.
Barn med svåra hjärtfel och svår lungsjukdom, t ex Cystisk fibros har rätt till gratis vaccination mot pneumokocker.

Kostnadsfri vaccination mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta
Se smittskydds rekommendation: Kostnadsfri vaccination mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta-Folkhälsa och sjukvård (rjl.se)

Avgiftsfria åtgärder enligt smittskyddslagen (SmL)

Behandling av allmänfarlig sjukdom är avgiftsfri för att förebygga att ingen avbryter behandlingen för tidigt. Det tas inte ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen (SmL 2004:168 7 kap 2§). Det är endast de besök **som läkare bedömer minska risken för smittspridning** som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittar och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts. För behandling av komplikationer betalas vanlig patientavgift. Kostnadsfrihet för läkemedel gäller de mediciner som bedöms ha en biologisk effekt på smittspridningen. Slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Detta gäller för personer som är inskriven i svensk försäkringskassa, asylsökande, personer som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd, EU-medborgare och utländska patienter.

För andra anmälningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga betalas vanlig patientavgift.

Förteckning över sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen
Allmänfarliga sjukdomar
•Apkoppsvirus
•Campylobacterinfektion
•Difteri
•Ebola
•Enterohemorragisk E.coli (EHEC)
•Fågelinfluensa (H5N1)
•Giardiainfektion
•Gonorré
•Hepatit A, B, C, D, E
•Hivinfektion
•HTLV I eller II
•Klamydiainfektion
•Kolera
•Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
•Mjältbrand
•Paratyfoidfeber
•Pest
•Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
•Polio
•Rabies
•Salmonellainfektion
•Shigellainfektion
•Smittkoppor
•Svår akut respiratorisk sjukdom (sars)

•Syfilis
•Tuberkulos
•Tyfoidfeber
•Virala hemorragiska febrar, exklusive denguefeber och sorkfeber

Avgiftsfria besök och åtgärder

Besök/åtgärd	Kommentar
Adoptionsintyg	Adoptionsföräldrar befrias från kostnad för sig och barnet vad gäller hälsoundersökning och ev lungröntgen.
Amningsmottagning	Besök gällande problem vid amning är avgiftsfria
Anhållna, häktade eller intagna vid kriminalvårdsanstalt	Öppenvårdsbesök. *Häktesförordning (SFS 2010:611)*
Antabusbehandling	
Barn och ungdomar	Barn och ungdomar under 20 år har avgiftsfri öppen sjukvård, inkl tobaksavvänjning (från och med 20-årsdagen gäller vanlig patientavgift). Avgiftsfriheten omfattar allt som för andra ingår i högkostnadsskyddet. Avgiftsfriheten omfattar även barn och ungdomar från EES-land, konventionsland samt asylsökande. Besök inom barn- och ungdomspsykiatri.
Barnhälsovård	Hälsosamtal inom ramen för barnhälsovård ska vara avgiftsfritt.
Barnmisshandel	Undersökning av barn som leder till anmälan om misshandel Soc tjänstlag, § 71, (SoL 2001:453)
BB hemvård	Besök i BB hemvård och vid tidig hemgång är avgiftsfritt.
Dialysbehandling	
Donatorer, kontrollbesök för organdonatorer	
Dödsbevis	Konstaterande av dödsfall
Färdtjänstintyg	
Förlossningsskada	Nyförlöst med förlossningsskada har rätt till avgiftsfri vård t.o.m vecka 12 efter förlossningen
Graviditetsdiabetes	Besök gällande graviditetsdiabetes är avgiftsfria
Gynekologisk cellprovtagning	Avgiftsfritt från 1 januari 2018
HIV-smittade som fått infektion genom blod eller blodprodukter	*Lag (SFS 1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m för vissa hiv-smittade*
Klinisk läkemedelsprövning	
Körkortsintyg vid sjukdom	Gäller de rutinmässiga intyg som Transportstyrelsen kräver in vid vissa sjukdomar. Kan avse t ex diabetiker, epileptiker, psykisk sjukdom, stroke (patientavgift tas ut om särskild undersökning krävs) Avser inte de körkortsintyg som Transportstyrelsen kräver in vid missbruk.

Konsultbesök	Besök för att belysa en viss fråga och där vårdansvaret kvarstår hos den remitterande vårdgivaren.
Kvinnohälsovård	Gäller endast besök hos kvinnohälsovården eller specialist-kvinnohälsovården
Lärcaféer	Deltagande i ett lärcafé bokas inte som ett vanligt vårdbesök, därför är deltagande i lärcaféer avgiftsfritt.
Mammografi	Avgiftsfritt från och med 1 juli 2018
Medicinhämtare/-Depotinjektioner	Patienter inom psykiatrin, som får doserade läkemedel.
OPT (organiserad prostatatestning)	Specifik årskull kallas enligt riktlinjer
Palliativ vård	Hemsjukvårdsbesök av läkare eller annan vårdpersonal för patienter i palliativ vård. Med palliativ vård menas vård åt patient med symptomgivande sjukdom med en begränsad förväntad överlevnad, oftast upp till sex månader och där kurativ vård inte längre är möjlig.
Preventivmedels- och abortrådgivning. Insättning av spiral, P-spruta	*Lag (SFS 2010:1218) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.* OBS! Patienten betalar själv spiralen eller sprutan.
Psykiatrisk tvångsvård, slutenvård	Ingen slutenvårdsavgift tas ut
Tobaksavvänjning	Själva tobaksavvänjningen är avgiftsfri (ev. recept debiteras som vanliga recept)
Vissa öppenvårdsbesök inom psykiatrin	Verksamhetschef kan i vissa enstaka tidsbegränsade fall (6 mån) medge avgiftsbefrielse när detta krävs för att genomföra en meningsfull behandling.
Vård enligt smittskyddslag (SFS 2004:168)	Det ska inte tas ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen. Det är endast de besök **som läkare bedömer minska risken för smittspridning** som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittar och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts. (ev. slutenvårdsavgift som tas ut för inneliggande vård ska dock fortfarande betalas av patienten)

Vårdintyg för sluten psykiatrisk vård	Vårdintygsbedömning - patienter som behöver läkarbedömning angående vårdbehov enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).
Öppen sjukvård för regionanställda	Anställda i Region Jönköpings län betalar patientavgift för öppen sjukvård. Patientavgiften omfattas av högkostnadsskyddet. Kvittot insänds till lönekontoret för utbetalning med lön. Detta innebär att förmånen blir skattepliktig. Förmånen omfattar besök för sjukvård (inte hälsokontroll, vaccinationer eller läkemedel). Förmånen gäller vid besök på regionens mottagningar samt hos de privata vårdgivare som har vårdavtal med Regionen. För de anställda som är berättigade till förmånen och som bor i annat län, betalar regionen patientavgiften även vid besök på hemregionens vårdinrättningar. Vid t.ex. arbetsskada eller liknande, där försäkringsbolag eller annan utomstående har betalningsansvar, betalar inte regionen patientavgiften.
Öppen sjukvård för personer 85 år och äldre	Vårdavgifter eller andra avgifter (gäller även receptförskrivning) för öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet tas inte ut för patienter som är 85 år eller äldre.
Övre luftvägsinfektion	Om patienten söker för övre luftvägsinfektion och inte får antibiotika har han vid behov rätt till ett avgiftsfritt återbesök inom fem dagar. Patienten behöver endast uppvisa kvittot från första besöket och upplysa kassapersonalen om orsak till besöket. Vid tveksamhet kan diktat eller journal styrka rätten till avgiftsfrihet.

Patientavgifter för tandvård som ingår i hälso- och sjukvård

Barn och ungdomar har fri tandvård t.o.m. det kalenderår de fyller 19 år (från 1 januari 2025).

Viss tandvård debiteras enligt hälso- och sjukvårdens öppenvårdsregler och omfattas av högkostnadsskyddet för sjukvård. Detta gäller både offentlig och privat tandvård. Vissa patienter som omfattas av dessa regler måste uppvisa speciellt intyg.

Hälso- och sjukvårdens öppenvårdsregler gäller:

- Om behandlingen följer Bedömning tandvårds regelverk.
- Nödvändig tandvård till personer med stort och långvarigt behov av personlig omvårdnad i dagliga livet.
- Nödvändig tandvård till personer som tillhör personkretsen LSS § 1, personkrets 1-3, samt har beslut om pågående LSS-insatser enligt 9 § eller får assistansersättning genom Socialförsäkringsbalken via Försäkringskassan.
- Nödvändig tandvård till personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar som medfört funktionshinder.
- Tandvård som krävs som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.
- Tandvård för personer med stora behov p g a långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.
- Viss oralkirurgisk behandling där sjukhusets resurser krävs

Vårdgivare	Patientavgift
Tandläkare inom allmäntandvård	250:-
Tandläkare inom specialisttandvård	250:-
Annan vårdgivare än tandläkare, ex tandhygienist	250:-

För att ta ut patientavgift måste patienten vara fysiskt närvarande.

Patienter som är 85 år eller äldre betalar ingen patientavgift.

Om patienten har giltigt frikort för sjukvård är besöket avgiftsfritt.

Patientavgift ska inte tas ut vid omgörningar under garantitiden.

Patientavgifter i ögonsjukvård

Åtgärder som utförs av olika yrkeskategorier/har ett ”klart samband”/med självklarhet utförs vid ett och samma tillfälle

Åtgärd	Avgift
a. Ny- eller återbesök hos läkare som föregås av förberedelser i form av synundersökning, tryckmätning OCT eller SLO utfört av usk/ssk/optiker eller efterföljs av exteriörfoto utfört av ssk.	250
b. Kombination av åtgärder i samband med ett akutbesök	250

Avgift tas bara för ett läkarbesök vid samma besökstillfälle även om fler än en läkare är involverad, t ex en som undersöker och en annan som ger injektion.

”Relativt omfattande åtgärder” som utförs självständigt och dokumenteras av usk/ssk, optiker eller ortoptist

Åtgärd	Avgift
a. Synfältsundersökning - ssk/optiker	250
b. FUS inför kataraktoperation - ssk/optiker/usk	250
c. Fluo (röntgen) - ssk	250
d. Diabetesfoto - ssk/optiker	250
e. SLO - usk/ssk/optiker	250
f. Makulabesök - ssk/optiker	250

Som ovan i kombination med läkarbesök

Åtgärd	Avgift
Synfältsundersökning av ssk/optiker + läkarbesök	2*250
Läkarbesök med beslut om kataraktoperation + efterföljande FUS av ssk/optiker	2*250
Fluo (röntgen) av ssk + läkarbesök	2*250
Makulabesök hos ssk/optiker + läkarbedömning + injektion	2*250

Patientavgift tas ut för varje besök, oavsett om åtgärderna utförs samma dag eller olika dagar. Det ska inte registreras som ett teambesök utan som enskilda besök. Det framgår av regelverket (Läkarbesök och sjukvårdande behandling – flera samma dag): *”Om flera separata läkarbesök och/eller sjukvårdande behandling utförs samma dag betalas patientavgift för varje besök. Patientavgift ska betalas vid varje behandlingstillfälle, även när de av praktiska skäl samordnas samma dag.”*

Patientavgifter, debiteringar och regelverk – vård av personer från andra länder

(fullständigt regelverk för rätten till vård för asylsökande och flyktingar finns här: https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/154b5110-cb34-4e27-9014-313479bedd17)

Asylsökande
Regionen har ansvar för hälso- och sjukvård åt asylsökande.
Samtliga asylsökande har rätt till en hälsoundersökning, tolk, eventuella hjälpmedel samt sjukresor.
Den inledande hälsoundersökningen är avgiftsfri och betalas av Migrationsverket.
Asylsökande barn och ungdomar under 20 år får hälso- och sjukvård utan kostnad på samma sätt som länsbarn. Från och med 20-årsdagen gäller patientavgift som för asylsökande vuxna. Asylsökande barn och ungdomar har upp till att de fyller 18 år rätt till tandvård som länsbarn.
Asylsökande vuxna har från och med 20-årsdagen rätt till akut sjukvård och vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Asylsökande vuxna har rätt till tandvård som inte kan anstå från 18 årsdagen.
I verksamhet som är avgiftsfri, betalar inte heller asylsökande någon egenavgift.

Vem är asylsökande?
Asylsökande och vissa andra utlänningar har rätt att få ersättning enligt lagen om mottagande av asylsökande (LMA) genom att uppvisa ett tillfälligt LMA-kort. Kortets nummer anges alltid i Cosmic eller på kvitton och annat debiteringsunderlag. Ersättning för vården sker på vanligt sätt till enheterna via registrering i Cosmic eller för privata vårdgivare genom underlag till ekonomiavdelningen på Regionens Hus.
Om patienten inte har LMA-kort kan Migrationsverket kontaktas för besked (0771-235 235).

Patientavgifter för asylsökande inom primärvård
Frikortsförmån gäller inte.

Läkarbesök	50: -
Sjukvårdande behandling	25: -
Telefonrecept	25: -

Patientavgifter för asylsökande inom länssjukvård
Vid första besök med remiss från primärvården:

Läkarbesök	50: -
Akuta remissbesök	0: -
Sjukvårdande behandling	25: -
Telefonrecept	25: -
Tolk*	

*Sjukvården är skyldig att vid behov svara för att tolktjänst tillhandahålls. Kostnaden för detta är sjukvårdens ansvar. Uteblir patienten från tidsbeställt

besök utan att meddela detta ska emellertid patienten debiteras en schablonmässig kostnad på 310 kronor per planerat tolktillfälle + patientavgiften.

Vid återbesök efter att ha haft remiss från primärvården eller ansvarig läkare:

Läkarbesök	50: -
Sjukvårdande behandling	25: -

Vid besök utan remiss inom specialistsjukvården, t.ex. akutmottagningen:

Läkarbesök	250: -
Sjukvårdande behandling	250: -

Sjukhusvård
Asylsökande med LMA-kort betalar ingen avgift vid vård på sjukhus (inläggning/sluten vård).

Debiteringsrutiner
Kostnader för vård åt asylsökande debiteras i vissa fall till ekonomiavdelningen på Regionens Hus eller så regleras vårdersättningen direkt via registrering i Cosmic (beroende på vårdgivarens ekonomisystem).
Ersättningens storlek baseras på öppenvårdsprislistan för utomlänsvård. Betald patientavgift räknas bort.

Läkarbesök i primärvård och länssjukvård	3 179 kr* - 50 kr = 3 129 kr
Besök hos annan vårdgivare	1 373 kr* - 25 kr = 1 348 kr
Hjälpmedel	Kostnaden för inköp och anpassning för hjälpmedlet debiteras regionen
Hälsoundersökningar	2.175** kronor för rutinhälsoundersökning (inkl tolk) utförda under år 2024 (ingen uppdatering för 2025 än).

*Priset justerat i början av året enligt prislista ”Priser och ersättningar för sydöstra sjukvårdsregionen” som beslutas i december av Regionssjukvårdsnämnden.
** Ersättning från migrationsverket regleras varje år

Övriga flyktinggrupper, tillståndslösa m.fl grupper
Regionen erbjuder tillståndslösa personer (förr kallade gömda/papperslösa personer) akutvård och annan vård som inte kan anstå. De har även rätt till en avgiftsfri hälsoundersökning där enheterna ersätts via regionen. För tillståndslösa barn gäller samma regler för hälso- och sjukvård som för länsbarn. Patientavgifter för tillståndslösa personer är detsamma som för asylsökande.
Även de flyktingar (kvotflyktingar och anknytningsflyktingar) som redan vid ankomsten till Sverige har fått sitt uppehållstillstånd och sina sista siffror i personnumret har rätt till en avgiftsfri hälsoundersökning. Den ersätts av Migrationsverket på samma sätt som för asylsökande.
För flyktingar som fått uppehållstillstånd, men som ännu ej blivit kommunplacerade, gäller LMA-kortet. Först när man blivit kommunplacerad med ett eget boende gäller samma villkor som för övriga länsbor.
För kommunplacerade flyktingar, kvotflyktingar och flyktingar som fått permanent uppehållstillstånd (har de sista fyra siffrorna i personnumret) gäller samma regler som för länsbor.

Berättigad vård ska ges även om patienten inte har möjlighet att betala vid tidpunkten när de får vård.

EU/EES-länder
EU/EES-länderna är Belgien, Bulgarien, Cypern, Danmark, Estland, Finland (inkl Åland), Frankrike, Grekland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Sverige, Schweiz (EES-avtal gäller), Tjeckien, Tyskland, Ungern, Österrike.
För att styrka sin rätt till medicinskt nödvändig vård i Sverige, ska patienter från EU-länderna kunna uppvisa det europeiska sjukförsäkringskortet.
För Storbritannien som nu har genomfört Brexit finns samarbetsavtal med EU. Brittiska medborgare från *Förenade kungariket Storbritannien och Nordirland* (omfattar även Skottland och Wales) har som innan rätt till nödvändig vård precis som de medborgare som tillhör EU. Dessa samarbetsavtal innebär att det i nuläget finns olika varianter av brittiska s.k ”EHIC-kort”. Det gamla EU-kortet gäller fortfarande förutsatt att kortets giltighetstid gäller, men det finns även nya kort som utfärdas av brittiska myndigheter. Ett av korten gäller inom hela EU, ett annat kort gäller endast i specifikt angett land. Exempel på hur dessa kort ser ut och mer information finns i bilagan ”Utländska patienter” (observera att det precis som innan även kan finnas provisoriska intyg utfärdade av brittisk myndighet).
Patienter från **de nordiska länderna** behöver inte visa upp ett EU-kort, men i ansökan till Försäkringskassan måste det finnas med uppgifter på patientens namn och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Svenskt EU-kort gäller inte i Sverige.
När vi debiterar Försäkringskassan för dessa patienter ska kopia på deras EU-kort bifogas. Det är sidan med "stjärncirkeln" som ska kopieras. Vid osäkerhet, ta kopia på båda sidor. Se länk hur EU-kortet ser ut i andra länder: EU-kort i andra länder .
Blanketterna E110, E111, E119 och E128 accepteras inte av Försäkringskassan.

EUmedborgare utan EU-kort
Om EU-medborgare utan EU-kort söker vård ska lagen om vård till tillståndslösa inte tillämpas då det strider mot likställighetsreglerna för EU-medborgare. De s.k EU-migranterna ingår alltså inte i definitionen "tillståndslösa".
Om en person från annat EU/EESland söker vård och inte har ett EU-kort att visa upp ska de debiteras hela summan för vården via faktura till sin hemadress. De har sedan möjlighet att i efterhand kontakta sin motsvarighet till Försäkringskassa i sitt hemland och ev. få tillbaka sina pengar. Denna rutin ska tillämpas på alla EU-medborgare som saknar EU-kort.
EU-medborgare har endast rätt till akut- och nödvändig vård. Planerad vård är de hänvisade att göra i sitt hemland.

Hälso- och sjukvård till barn från andra länder

Barnkonvention säger att alla barn har samma rättigheter och lika värde, inga får diskrimineras. I artikel 24 står det att alla barn har rätt till hälso- och sjukvård. Däremot så innebär inte det att alla barn ska ha rätt till *avgiftsfri* vård.
Region Jönköpings län har avgiftsfri hälso- och sjukvård för barn, och tandvård är också avgiftsfri för barn. Detta gäller folkbokförda barn och ungdomar under 20 år eller de som kan påvisa rätt till subventionerad vård. Barn under 18 år med rätt till subvention omfattas nationellt av samma rättigheter som länsbarn och följer barnhälsovårdens, skolhälsovårdens och folktandvårdens basprogram.
Asylsökande eller tillståndslösa barn har rätt till sjukvård på samma sätt som länsbarn kostnadsfritt. Tandvård för asylsökande och tillståndslösa som fyllt 18 år debiteras enligt gällande tandvårdstaxa.
Utländska barn och ungdomar under 20 år, som omfattas av sjukvårdskonvention eller EES-avtalet, betalar ingen patientavgift för nödvändig vård. Från och med 20-årsdagen gäller vanlig patientavgift. Försäkringskassan debiteras (enligt prislista för utomlänsvård). Kopia av EU-kortet bifogas för EES-patienter och ID-handling för konventionspatienter. Om patienten saknar EU-kort eller inte omfattas av sjukvårdskonvention ska vårdkostnad enligt gällande prislista för utomlänsvård betalas.
Gäller det övriga utländska medborgare som inte är folkbokförda, t.ex. turister som inte kan påvisa sin rätt till subventionerad vård i Sverige, så fulldebiteras de vården på samma sätt som vuxna enligt gällande prislista för utomlänsvård.

Målgrupper med rätt till kostnadsfri hälsoundersökning inom regionen
Barn och ungdomar som kommer till Sverige för att stanna permanent eller för en längre tid, har behov av en hälsoundersökning så snart som möjligt efter ankomst.

- Flyktingbarn/asylsökande med eller utan förälder.
- Anknytningsbarn som kommer till förälder som redan finns i Sverige
- Barn som immigrerar till Sverige med en eller två föräldrar
- Adoptivbarn
- Barn och ungdomar från östra och sydöstra Europa

Behovet och omfattningen av hälsoundersökning varierar beroende på vilket land barnet kommer från. Barn från Skandinavien, Centraleuropa, USA, Canada, Australien och Nya Zeeland behöver normalt ingen hälsoundersökning.
Konventionsländer
Konventionsländerna är Algeriet, Australien, Québec och Israel.
Danmark, Norge, Island, Finland och Sverige tillhör den Nordiska konventionen.
Patienter från de nordiska länderna behöver inte visa upp ett EU-kort, men i ansökan till Försäkringskassan måste det finnas med uppgifter på patientens namn och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Patientavgifter för akut sjukvård för utländska medborgare
OBS!! Kopia tas på patientens id-handling/pass om patienten inte kan betala vid vårdtillfället.

Algeriet	Patienten ska kunna styrka sin algeriska identitet med försäkringsintyg eller pass. Betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Patienten betalar 130 kronor/vårddygn för akut

	slutenvård. Resten enligt DRG-poäng faktureras försäkringskassan. Kopia på patientens id-handling medsändes till FK.
Australien	Patienten ska kunna styrka sin nationalitet med pass eller försäkringsintyg. Betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Patienten betalar 130 kronor/vårddygn för akut slutenvård. Resten enligt DRG-poäng faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens id-handling medsändes till FK
Israel	Konventionen gäller endast vid förlossningsvård. Patienten ska kunna uppvisa intyg från behörig institution (försäkringskassa). För akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.
Québec	Personer från staten Quebec som arbetar eller studerar i Sverige samt medföljande familjemedlemmar till sådana betalar som svenskar för sjukvård (vistelsetid max ett år). Resten enligt regionavtalet (öppen vård) och DRG-poäng (sluten vård) debiteras försäkringskassan. Patienten ska uppvisa dels ett försäkringsintyg från Quebec och dels ett intyg om arbetstillstånd eller om inskrivning vid läroanstalt i Sverige och omfattas av den svenska lagstiftningen om studiestöd.
Belgien, Bulgarien, Estland, Frankrike, Grekland, Italien, Lettland, Kroatien, Lichtenstein, Litauen, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Schweiz, Spanien, Tyskland, Ungern, Österrike	Förordning (EEG) 883/2004 reglerar rätten till vård i andra EU/EES-länder. De personer som är försäkrade enligt dessa regler ska kunna intyga sin rätt till vård i Sverige till vanliga patientavgifter genom att visa upp det Europeiska sjukförsäkringskortet (EU-kortet), eller provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller annat intyg som ger rätt till vård i Sverige (**nödvändig vård**). Reglerna gäller vid tillfälligt besök i Sverige, samt när vårdbehovet har uppstått under vistelsen här. Patienten betalar 250 kronor för ett **akut/nödvändigt** öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten enligt regionavtalets taxa faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens EU-kort medsändes (kopior på kortets fram- och baksida). Saknar patienten EU-kortet, ska hen betala 3 179 kr för ett läkarbesök inom primärvård och specialiserad vård och 1 373 kr

	för sjukvårdande behandling. Vid akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn om hen innehar EU-kortet. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.
Danmark, Finland, Island och Norge	Patienten betalar 250 kronor för ett öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten upp till regionavtalet faktureras FK. För akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK. **Krav: uppgifter om patientens namn, personnr och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort) medsändes till FK.**
Förenade kungariket Storbritannien och Nordirland (UK) – omfattar även Skottland och Wales	För att ha rätt till **nödvändig vård** måste brittiska medborgare kunna uppvisa ett kort (EU-kort eller EHIC-kort) eller provisoriskt intyg utfärdat av brittiska myndigheter. Se bilaga *utländska patienter* för bilder på dessa kort. Patienten betalar 250 kronor för ett **akut/nödvändigt** öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten enligt regionavtalets taxa faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens EU-kort medsändes (kopior på kortets fram- och baksida). Saknar patienten EU-kortet, ska hen betala 3 179 kr för ett läkarbesök inom primärvård och specialiserad vård och 1 373 kr för sjukvårdande behandling. Vid akut slutenvård betalar patienten 130 kronor/vårddygn om hen innehar EU-kortet. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.
Övriga länder	Patienter från övriga länder (som inte kan uppvisa något bevis för rätt till subventionerad vård) betalar full avgift: **Akut vård – fullbetalande patient** * öppen primär- samt specialistvård – enligt fasta prislistan (ex. för år 2025: 3 179 kr läkare samt 1 373 kr för sjukv.beh) * slutenvård – enligt gällande DRGprislista **Planerad vård – fullbetalande patient** * öppen primärvård – enligt fasta prislistan (ex. för år 2025: 3 179 kr läkare samt 1 373 kr för sjukv.beh) * öppen- samt sluten specialistvård – enligt

	gällande DRG-prislista.

Reservnummer (A- respektive C-nr)
Patienter från andra länder har oftast sex siffror i sitt personnummer. Våra vårdsystem behöver tio siffror för att kunna registrera patienten. Under dagtid erhålls C-nr/reservnummer (då patienten ej kan identifiera sig) hos Kundservice på IT-centrum, telefon 010-241 41 41. På kvällar och helger kontaktas receptionen vid länets akutmottagningar. A-nr (används när personen kan identifieras) kan klinikerna själva erhålla och registrera i Cosmic.

Utlandssvenskar - definition av utlandssvensk
Svensk medborgare utflyttad från Sverige. För planerad vård gäller att den ges i det landsting man flyttade ut från för att den ska gälla som subventionerad vård. För barn födda utomlands av svenska föräldrar eller ena parten är svensk, gäller att barnet har ett svenskt medborgarskap, helt eller dubbelt, för att få subventionerad vård. Som hemlandsting gäller det som föräldrarna/föräldern flyttade ut från.
Utlandssvenskar skall kunna uppvisa ett giltigt svenskt pass.

Utlandssvenskar som bor i ett EU/EES-land
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. De måste styrka sin rätt till akut sjukvård i Sverige genom EU-kortet (i detta fall gäller inte det svenska EU-kortet utan ett EU-kort utfärdat i det land som personen nu är folkbokförd i). Försäkringskassan faktureras sedan resterande kostnad och kopia på EU-kortet bifogas. Om patienten inte har EU-kort måste hen betala full avgift enligt öppenvårdsprislistan för utomlänsvård.
För att få planerad vård i Sverige ska patienten styrka denna rätt med intyg E112 från sitt bosättningsland. Försäkringskassan faktureras sedan resterande kostnad. Om patienten inte har detta intyg måste hen betala fullt pris enligt gällande prislista.

Pensionärer som bor i ett EU/EES-land
Pensionärer med svensk pension som är bosatta i ett annat EU-land och som reser till Sverige har rätt till fullständig vård till vanlig patientavgift. Deras svenska EU-kort gäller inte här i Sverige, de måste uppvisa ett intyg från svenska försäkringskassan: ”*Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land eller Schweiz*”.

Studerande (utlandssvensk) som bor i ett EU/EES-land
Studenter som är folkbokförda i Sverige får sjukvård på samma villkor som länsbor. Rätten till dessa förmåner kan kvarstå även när studenten inte är folkbokförd i Sverige. Studenter som omfattas av svensk socialförsäkring har även rätt till akut- (nödvändig) och planerad sjukvård i Sverige till samma avgift som länsbor. Förutsättningen är att Försäkringskassan har bedömt att de fortfarande har rätt att omfattas av svensk socialförsäkring.
Försäkringskassan utfärdar i dessa fall ett intyg till studenten: ”*Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer som studerar i ett annat EU/EES-land eller*

Schweiz". Detta intyg ska visas upp när de söker sjukvård i Sverige och de betalar då samma avgift som länsbor.
Om studenten omfattas av studielandets socialförsäkring har de endast rätt till akut- (nödvändig) sjukvård i Sverige till samma avgift som länsbor. Då krävs ett EU-kort som är utfärdat i studielandet.
Studerande i nordiska länder måste kunna lämna uppgifter på fullständig adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Utlandssvenskar bosatta i ett konventionsland
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. Resten faktureras Försäkringskassan. Kopia på patientens ID-handling bifogas.
Patienten betalar 6 x slutenvårdsavgiften för ett öppenvårdsbesök när det handlar om planerad vård. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden. Denna rättighet gäller bara i den region patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige.

Utlandssvenskar bosatta i Kanada, Nya Zeeland, USA, Monaco eller Andorra
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård.
Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.
För planerad sjukvård betalar patienten hela vårdkostnaden själv. Planerad vård måste sökas i den region där patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige.

Utlandssvenskar bosatta i övriga länder utan konventioner eller utanför EU/EES
Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård.
Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.
För planerad sjukvård betalar patienten 780 kronor/besök (6 x högsta slutenvårdsavgiften på 130 kr). För slutenvård är kostnaden 1 300 kronor/vårddygn (10 x högsta slutenvårdsavgiften på 130 kr).
Denna rättighet gäller bara i den region där patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.

Vissa utlandssvenskar i utvecklingsländer
Vissa missionärer, präster och volontärer i utvecklingsländer **kan** ha rätt till öppen vård till samma kostnad som länsbor. De **kan** också ha rätt till sluten vård (akut och planerad) till den högsta slutenvårdsavgiften för länsbor, 130 kronor (vårdregionen svarar för den resterande kostnaden). Förutsättningen är dock att dessa personer fortfarande tillhör Svensk Försäkringskassa, och detta måste kontrolleras med FK. I annat fall går dessa som enligt texten ovan *("Utlandssvenskar bosatta ..... utanför EU/EES*").

Svensk medborgare - avregistrerad i folkbokföringen
En svensk medborgare som är avregistrerad i folkbokföringen har rätt till akut/nödvändig vård till samma patientavgift som folkbokförda länsbor, men för att erhålla planerad vård så krävs en folkbokföring/tillhörighet till något län. Klinikerna bör uppmana dessa personer att kontakta Skatteverket om detta. Först efter säkerställd folkbokföring kan dessa personer ha rätt till planerad vård.

Studerande från EU/EES-land
Studerande från EU/EES-land har rätt till nödvändig vård, förebyggande mödra- och barnhälsovård, förlossningsvård samt kontrollundersökningar. Detta under förutsättning att studenten kan uppvisa EU-kortet från behörig institution i sitt hemland.
Under förutsättning att studenten kan styrka sin rätt till vårdförmån genom att uppvisa EU-kortet, betalar personen i fråga samma vårdavgift som bosatta inom regionen. Därefter faktureras försäkringskassan den resterande vårdkostnaden.

Studerande från icke EU/EES-land
Utländsk student (ej EU/EES), som ska studera i Sverige i mer än ett år, måste ha ett uppehållstillstånd. I och med att ett uppehållstillståndet sträcker sig över ett år så har man rätt att bli folkbokförd i Sverige och erhålla de fyra sista siffrorna i personnumret. Regionen har vårdansvaret och man är att jämställa med övriga länsbor. Att bli folkbokförd är dock något personen själv ansöker om hos Skatteverket, det är inget som sker automatiskt.

Arbetande i Sverige från annan EU/EES-stat
Personer som arbetar i Sverige under högst 12 månader, som kommer från andra EU/EES-stater, använder sitt EU-kort. En del av dessa personer kan också ha ett samordningsnr pga skatteinbetalning. Detta **kan** betyda att de eventuellt tillhör svensk försäkringskassa (FK). FK betalar i så fall ersättning till regionen för både nödvändig och planerad vård för denna kategori patienter som inte är bosatta i Sverige. Personen kan ha ett svenskt arbetsgivarintyg som utfärdats av arbetsgivaren men måste även ha intyget ”*Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land eller Schweiz*”.
Samordningsnummer behöver alltså inte betyda att de har rätt till vård, intyg måste finnas, kontakta FK för kontroll.
Om anställningstiden överskrider 12 månader bör personen ifråga folkbokföra sig i Sverige och har då tillgång till hälso- och sjukvården som övriga bosatta i regionen.

Samordningsnummer
Om en person ska vistas kortare tid i Sverige än ett år får personen ett kortare uppehållstillstånd och eventuellt ett samordningsnummer (ett måste för att personen t ex ska kunna betala skatt). Ett ex på ett samordningsnummer kan vara följande: 19521075-xxxx om personen är född 15:e okt 1952 (talet 60 läggs till på födelsedatum, 60+15, i detta fall 75). Samordningsnummer behöver inte betyda att de har rätt till vård, Försäkringskassan måste kontaktas för att kontrollera om de tillhör svensk försäkringskassa eller inte.

Egenavgifter och bidrag 2026 hjälpmedelsområdet

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Hörapparat	0 kr	< 20 år	
Hörapparat/ljudstimulerare	500 kr	> 20 år	
Hörapparat/ljudstimulerare(uppladdningsbar)	1200 kr	> 20 år	

Syn

Område	Bidrag	Målgrupp	Speciella regler
Glasögon kategori I*	Max 800 kr	< 8 år	Bidrag ges per ordinationstillfälle. Barn som behöver glasögon. Särskilda regler finns.
Bidrag till glasögon eller kontaktlinser*	Max 800 kr	8 år < 19 år	Bidrag ges en gång per 12 mån. Särskilda regler finns.
Tandemcykel	Max 5000 kr	Barn och vuxna med svår synnedsättning/ blindhet	Cykeln tillfaller brukaren. Service och reparationer bekostas av brukaren.
Tandemcykel	Bidrag ges med belopp som överstiger 5000 kr	Barn med synskada	

* Bidraget dras av på kostnaden för glasögonen. Optikern/glasögonbutiken registrerar bidraget i webSESAM och skickar orginalrecept/kvitto och faktura till:
Region Jönköpings län
Fakturaenheten

Rörelse

Område	Bidrag	Målgrupp	Speciella regler
Trehjulig cykel	500 kr (egenavgift)	< 20 år eller t o m 20" hjulstorlek	Avgift per cykel. Cykeln ägs av huvudmannen och skall lämnas tillbaka när den ej längre används. Däck/slang är egenansvarsprodukt och köps från HMC. HMC erbjuder byte till självkostnadspris.
Trehjulig cykel	50% av cykelns inköpspris, inkl tillbehör inkl moms	> 20 år eller > 20" hjulstorlek	Cykeln tillfaller brukaren. Service och reparationer bekostas av brukaren.

Däck och slang till drivhjul på manuell rullstol	Eget ansvar	Person med manuell rullstol	Gäller luftpumpade däck

Träning, vård och behandling

Område	Avgift	Målgrupp	Speciella regler
CPAP	150 kr/mån	Personer med obstruktivt sömnapnésyndrom	*
Kompressionsstrumpa, standard**	170 kr/ uttag	Se särskilda regler	Bidrag ges till max 4 eller 8 par/år beroende på kompresions-grad
Kompressionsstrumpa, måttbeställd	240 kr/ uttag		
Kompressionsutrustning	150 kr/mån	Se särskilda regler	*
UVB-lampa	150 kr/mån		*
TENS	150 kr/mån	Smärtlindring	
	300 kr/tillfälle	Smärtlindring vid förlossning/graviditet	

* Högkostnadsskydd för behandlingshjälpmedel är 1.800 kr per 12-månaders period.

** Enklare strumpor med låg kompression, där medicinsk ordination saknas, kan köpas i handeln och är egenansvar.

Hårersättning

Område	Bidrag/år	Målgrupp	Förskrivning gäller
Hårersättning	max 8 000 kr inkl. moms	Permanent håravfall	5 år
Hårersättning	max 8 000 kr inkl. moms	Tillfälligt håravfall	1 år
Tatuering	max 8 000 kr inkl. moms	Permanent håravfall 2 * max 8000 kr	5 år
Tatuering	-	Tillfälligt håravfall	-

Ortopediska skor

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Ortopediska skor, stövlar och kängor	50% av totalpris, max 600 kr	< 20 år	Bidrag lämnas till max 4 par per år

Ortopediska skor	50% av totalpris, max 1000 kr	> 20 år	
Ortopediska kängor och stövlar	50% av totalpris, max 1100 kr	> 20 år	
Skoändringar	150 kr/sko		Bidrag lämnas till max 4 ändringar per år
RA-toffel	50% av totalpris, max 700 kr		Bidrag lämnas till max 4 par per år

Egenavgift för skor är inte högkostnadsgrundande.

Ortoser

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Ortos, nack, hals och bål	250 kr per utprovad ortos *	> 20 år	Se särskilda regler
Ortos, övre och nedre	250 kr per utprovad ortos *	> 20 år	Se särskilda regler
Ortos, tumme	100 kr per utprovad ortos *	> 20 år	
Ortos, fingrar	100 kr per utprovad ortos *	> 20 år	
Ortos	0 kr	< 20 år	
Ortos, långvarig behandling Värmehjälpmedel	800kr/par	Alla åldrar	

* Endast en egenavgift vid bilateral behandling och/eller av hygieniska skäl se särskilda regler.

Egenavgift tas ut även för inneliggande patienter om hjälpmedlet tas med vid utskrivning. Avgift för ortoser är inte högkostnadsgrundande.

Livsmedel för medicinska ändamål

Ett uttag ska täcka näring för en månads behov.

Område	Egenavgift/ bidrag (B)	Målgrupp	Speciella regler
Samtliga livsmedel för medicinska ändamål	120 kr/uttag	< 16 år	

Näringstillskott och sondnäring (enteral nutrition)	2600 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå F Förskriven energimängd kcal > 1800 Full nutrition med näringsdryck eller sondmat
	1900 kr /uttag (1)	> 16 år	Nivå E Förskriven energimängd kcal 1301 - 1800 4-5 näringsdrycker/dag eller 2 förp sondmat/dag
	1300 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå D Förskriven energimängd kcal 901 - 1300 3-4 näringsdrycker/dag
	900 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå C Förskriven energimängd kcal 601 - 900 2-3 näringsdrycker/dag eller 1 förp sondmat/dag
	600 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå B Förskriven energimängd kcal 301 - 600 1-2 näringsdrycker/dag
	300 kr/uttag (1)	> 16 år	Nivå A Förskriven energimängd kcal 0 - 300 Ca 1 näringsdryck/dag. Kan också vara enbart berikningspulver/förtjockningsmedel
Proteinreducerade livsmedel	600 kr/uttag (1)	16-19 år	
	50% av verklig kostnad (1)	>19 år	Max avgift 1300 kr/uttag enligt nivå D ovan
Livsmedel för spannmålsallergi	600 kr/uttag (1)	16-19 år	
	50% av verklig kostnad (1)	>19 år	Max avgift 1300 kr/uttag enligt nivå D ovan
Livsmedel vid medfödda metabola sjukdomar	600 kr/uttag (1)	16-19 år	
	50% av verklig kostnad (1)	>19 år	Max avgift 1300 kr/uttag enligt nivå D ovan

Glutenfria livsmedel	110 kr (B) (2)	2 - 5 år	Diagnos celiaki ska vara verifierad med biopsi eller celiakispecifika antikroppar
	175 kr (B) (2)	6 - 9 år	
	220 kr (B) (2)	10 - 13 år	
	275 kr (B) (2)	14 - 19 år	

(1) Avgiften uppdateras årligen med index KPI.

2) Bidraget baseras på konsumentverkets beräknade merkostnad för glutenfri kost för respektive åldersgrupp.

(3)Dietist med delegation från verksamhetschef barnklinik/barnmottagning

(4) Sjuksköterska med erforderlig kunskap om nutrition

Region Jönköpings län

Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län

Regelbok 2026

Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län
folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppdrag-och-avtal/primarvard-inom-vardval

Innehåll

1. Vision och övergripande mål 9
1.1 Vision för Region Jönköpings län 9
1.2 Övergripande mål 9
1.3 Vårdval i primärvård 11
Mål och grundläggande principer 11
2. Allmänna villkor 13
2.1 Arbetsgivaransvar 13
2.2 Verksamhetsförutsättningar 13
Verksamhetschef 13
Medicinskt ledningsansvarig läkare 13
Bemanning och kompetens 13
Lokaler 13
Lokalisering 14
2.3 Samarbetsformer 14
2.4 Samverkan 15
Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer 15
Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU) 15
Representation informationsmöten 15
2.5 Beredskapsplaner 15
2.6 Hållbar utveckling 16
2.7 Medicinsk service/diagnostik 16
2.8 Medicintekniska produkter 16
Medicinskteknisk utrustning 16
Hjälpmedel och förbrukningsprodukter 17
2.9 Patientjournalen 17
Remisser 18
2.10 Intyg 18
2.11 Tystnadsplikt och sekretess 18
2.12 Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering 18
2.13 Patientens rättigheter 18
2.14 Barnens rättigheter och behov 19
2.15 Patientsäkerhet 19

Klagomål 20
2.16 Patientskadeförsäkring 20
Patientförsäkring 20
Läkemedelsförsäkring 20
2.17 Smittskydd och vårdhygien 20
Smittskydd 20
Vårdhygien 20
2.18 Läkemedel 21
2.19 Sjuk- och behandlingsresor 21
3.20 Tolk 21
2.21 Marknadsföring och information till invånare 21
2.22 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem 22
3. Listning av invånare 23
3.1 Listningsbegränsning 23
3.2 När en vårdcentral eller filial upphör 23
4. Vårdcentralens allmänna uppdrag 24
4.1 Patienter med stora eller komplexa vårdbehov 24
Psykisk hälsa 25
4.2 Tillgänglighet 25
Vårdgaranti 25
Öppettider 25
Vårdcentralens närakut 25
Telefon och 1177 direkt 26
E-tjänster 26
Filial 26
4.3 Tillgänglighet jourtid 27
Gemensam närakut 27
Läkare i beredskap 28
4.4 Dokumenterad överenskommelse 28
Samordnad individuell plan (SIP) 28
Fast vårdkontakt 28
Fast läkarkontakt 28
4.5 Kontinuitet 29
4.6 Vårdsamordning 29

4.7 Läkaruppdrag i hemmet 29
4.8 Läkaruppdrag i palliativ vård 30
4.9 Läkarmedverkan i barnhälsovården 30
4.10 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin 30
Rehabilitering 30
Habilitering 30
Sjukskrivning och Försäkringsmedicin 30
4.11 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete 31
Levnadsvanor 31
Hälsosamtal 31
Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden 31
Vaccinationer 31
Vårdprevention 31
4.12 Hälsoundersökning och vård av flyktingar och migranter 31
4.13 Provtagning och patientnära analyser 31
4.14 Medicinsk fotvård 32
4.15 Dödsfall utanför sjukhus 32
4.16 Geografiskt områdesansvar 32
5. Kunskapsstyrning och systematiskt kvalitetsarbete 33
5.1 Kunskapsstyrning 33
Deltagande i Region Jönköpings läns kunskapsstyrning 33
Länsgemensamma programområden (LPO) ordförande 33
5.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 33
5.3 Årligt systematiskt förbättringsarbetet 33
5.4 Patientmedverkan 34
5.5 Resurs för utveckling av nära vård – kunskapsstyrning 34
6. Utbildning och forskning 35
6.1 Grundutbildning 35
Studenter och elever 35
Klinisk undervisningsmottagning (KUM) 35
6.2 Vidareutbildning 35
Allmäntjänstgöring (AT) för läkare 35
Bastjänstgöring (BT) för ST läkare inom andra specialiteter 35

Specialisttjänstgöring (ST) för läkare 36
Fortbildning av läkare med specialistkompetens i allmänmedicin med utbildning från EU- eller EES-land 36
Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) 36
Specialistutbildning för sjuksköterskor 37
Utbildning inom KBT – Kognitiv beteendeterapi 37
Magister eller master utbildning 37
6.3 Forskning 37
Akademisering av primärvården 37
7. Informationshantering och IT 39
7.1 Inledning 39
7.2 Informationssäkerhet 39
7.3 Personuppgifter 40
7.4 Verksamhetsdata 40
7.5 IT-system och infrastruktur 40
IT system och utrustning 40
IT-infrastruktur 41
Övrigt 41
7.6 Support och IT-konsulttjänster 41
8. Rapportering och uppföljning 43
8.1 Insyn och rapportering 43
8.2 Avtals- och uppdragsuppföljning 43
Avdrag för bristande uppfyllnad av avtal 44
Fördjupad uppföljning och revision 44
Kvalitetsregister och andra register 44
Patientenkäter 44
9. Ersättningsvillkor 45
9.1 Budgetram 45
9.2 Ersättningsmodell 45
9.3 Ekonomisk ersättning 2026 46
9.4 Kapiteringsersättning 47
Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups) 47
Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index) 48
Läkemedel 48

9.5 Särskild ersättning 48
Nära vård mest sjuka – Prediktion för inskrivning inom 60 dagar (Prea60)48
Vårdsamordning 49
Läkarbesök i hemmet 49
Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden 49
Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende 49
Läkarmedverkan i barnhälsovården 50
Utökade öppettider 50
Ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter 50
Ersättning för jourverksamhet 51
Hälsosamtal 51
Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden 51
Vaccinationer 51
Särskilt kostnadskrävande patienter 51
Eget systematiskt förbättringsarbete 51
Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten 51
Ersättning för deltagande Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU) . 52
Ersättning för deltagande Regionalt programområde (RPO) 52
Ersättning för deltagande i grupper enligt ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg” 52
Ersättning för deltagande i pilot eller modellverksamhet 52
Ordförandeskap i Länsgemensamma programområden (LPO) 52
Digitalisering 53
Tolk 53
9.6 Ersättning för utbildning 53
Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning SOSFS 2015:8 (gamla förordningen) 53
Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen) 53
Pre-ST via Nässjö utbildningscenter för specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8 54
Vetenskaplig handledning av ST-läkare 54
Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU eller EES land 54

Specialistutbildning för sjuksköterskor 54
PTP-psykolog 54
KBT-utbildning steg 1 54
Magister eller master utbildning 54
Klinisk undervisningsmottagning (KUM) 55
Centrala utbildnings- och utvecklingsmedel 55
9.7 Övriga ersättningar 55
Vård av patient som är listad på annan vårdcentral 55
Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar 55
Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m. 55
Momskompensation 56
Riktade statsbidrag 56
Kvalitetsindikatorer kopplad till ersättning 56
9.8 Avdrag/kostnadsansvar 56
Patientavgifter 56
Avdrag för besök på annan vårdcentral i Region Jönköpings län 57
Avdrag för besök i andra regioner 57
Avdrag för besök hos privat vårdgivare på nationella taxan eller vårdavtal på primärvårdsnivå 57
Kostnadsansvar för läkemedel 58
Kostnadsansvar för medicinsk service inom Region Jönköpings län 58
Kostnadsansvar för närakutmottagning 59
Kostnadsansvar för smittskydd 59
Kostnader för IT och telefoni 59
Kostnader för förbrukningsmaterial 59
9.9 Underlag för utbetalning 59
10. Anvisningar för ansökan 61
10.1 Ansökan om godkännande 61

1. Vision och övergripande mål

1.1 Vision för Region Jönköpings län

För ett bra liv i en attraktiv region.

1.2 Övergripande mål

Målet för hälso- och sjukvården i Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och god och jämlik vård oavsett var i länet man bor. Länets invånare ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver den. Region Jönköpings län vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

Region Jönköpings län beskriver den nära vården som:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheteter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.



Region Jönköpings läns strategi för nära vård är att ställa om hälso- och sjukvården från slutenvård till öppenvård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva.

För att ”Esther” ska få bästa möjliga vård utifrån sina behov stärks samverkan med kommunerna. För en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län stödja invånaren i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa.

Region Jönköpings län är aktiv i utveckling och implementering av välfärdsteknik och e-hälsa. Digitala vårdsbesök ska vara en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga att vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Satsningar på primärvården och den nära vården har målet samordning och kontinuitet i vårdinsattser, ökad tillgänglighet och ökad delaktighet som stärker patientens ställning. En stark primärvård främjar en jämlik hälsa men kräver en god bemanning. Målsättningen är max 1100 listade per distriktsläkare.

I Jönköpings län är vårdcentralen invånarnas självklara förstahandsval när de har behov av hälso- och sjukvård. Vårdcentralen är den naturliga koordinatorn som samordnar invånarnas behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Invånarna känner tilltro och upplever att de är trygga och säkra i sina kontakter med vårdcentralen.

Vården ska bedrivas personcentrerad. I den personcentrerade vården ska andra behov än enbart de fysiska behoven lyftas fram. En viktig framgångsfaktor är den

personcentrerade vården som innebär att se och möta hela människan och där individens berättelse är utgångspunkten för partnerskap, gemensam planering och ömsesidig respekt för varandras kunskap. Även anhöriga och närståendes hälsa och delaktighet ska finnas med och ha en tydligare roll vid varje kontakt med vårdgivare.

För att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård innefattar planen sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

1.3 Vårdval i primärvård

Utifrån budget och flerårsplan fastställer och reviderar regionfullmäktige årligen mål, uppdrag och ersättningsvillkor för vården som avtalas och drivs inom ramen för Lag om valfrihetssystem (2008:962).

Fokusområden är:

- stödja det hälsofrämjande arbetet, stärka invånarnas förmåga till egenvård och öka användandet av digitala verktyg för att möta välfärdsutmaningen
- att tidigt upptäcka och behandla psykisk ohälsa
- kroniskt sjuka
- samverkan

Mål och grundläggande principer

Vårdvalsmodellen för Region Jönköpings län:

1. Stärker invånarnas inflytande genom att

- invånarna väljer vårdgivare
- ersättningen följer invånaren
- redovisning av kvalitet och resultat är offentliga
- vården ges med kontinuitet och bred kompetens
- vården ges på lika villkor i hela länet
- vården är personcentrerad och utförs i samarbete med patienten

- vårdgivaren upprättar en dokumenterad överenskommelse och en samordnad individuell vårdplan
- stärka invånarnas förmåga till egenvård

2. Tillvaratar och utvecklar de professionella gruppernas kompetens genom att

- stimulera kreativitet och innovation med invånarens behov i fokus
- systematiskt fördela arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens som främjar personcentrerad vård, kvalitet och effektivitet
- sörja för att det finns rätt kompetens och kontinuerlig kompetensutveckling
- utgå från teamsamverkan och tillvarata alla medarbetares kompetens
- stimulera mångfald av vårdgivare
- delta aktivt i forskning och utveckling
- handleda och utbilda studenter, AT-, ST-läkare samt PTP psykologer.

3. Styr mot önskvärda resultat genom att

- ge störst ersättning för invånare med störst vårdbehov
- premiera goda kliniska resultat
- premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- vara patientsäker
- ha hög tillgänglighet
- stimulera samverkan och utveckling av nya arbetssätt
- stimulera digitalisering och e-hälsa
- säkerställa kostnadseffektiv vård
- stimulera aktivt deltagande i klinisk forskning

2. Allmänna villkor

Leverantören ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och Region Jönköpings läns styrande dokument i form av exempelvis policy och riktlinjer, överenskommelser samt nationella och regionala kunskapsstöd.

Leverantören ska följa gällande Regelbok för vårdval primärvård med dess tillhörande Tillägg i form av förtydliganden och riktlinjer

2.1 Arbetsgivaransvar

Leverantören ska upprätthålla god arbetsmiljö och följa de lagar, avtal och regler som gäller för arbetsmarknaden.

2.2 Verksamhetsförutsättningar

Verksamhetschef

Sökanden ska ha en för uppdraget ansvarig verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30, 4 kap. 2§). Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med verksamheten och de lagar, förordningar, riktlinjer, föreskrifter från Socialstyrelsen och de allmänna råd som gäller för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ledningsansvarig läkare

Verksamheten ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare. Den medicinskt ledningsansvariga läkaren ska vara specialist i allmänmedicin med minst tre års erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten allmänmedicin efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning. Medicinskt ledningsansvarig läkare ska vara regelbundet kliniskt verksam vid vårdenheten och där emellan vara tillgänglig för vårdenheten vid behov.

Bemanning och kompetens

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med den formella eller reella kompetensen som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Vårdcentralen ska ha minst två läkare med specialistkompetens i allmänmedicin.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare får den fortbildning som behövs för att upprätthålla kompetens för att ge god och säker vård.

Lokaler

Leverantören ska för verksamheten ha ändamålsenliga och godkända lokaler i Jönköpings län. Med lokaler avses vårdcentralens samtliga verksamheter. Lokalerna ska uppfylla gällande lagkrav och föreskrifter för vårdverksamhet. Lokalerna ska vara fysiskt tillgängliga för alla enligt Boverkets riktlinjer för tillgängliga lokaler. Som stöd i arbetet hänvisas till checklista för tillgängliga lokaler. För

information om vårdhygieniska aspekter var god se avsnitt 2.17 Smittskydd och vårdhygien.

Vårdcentral som anlitar underleverantör ansvarar att säkerställa att den fysiska tillgängligheten är uppfylld.

Leverantören ska ha de hjälpmedel som krävs för att besökande patienter på ett säkert sätt kan flyttas över från stol/säng till brits vid undersökning, behandling eller träning (personlyft, överflyttningsplattform eller liknande).

Lokalisering

Inom vårdval Region Jönköpings län är det inte tillåtet att öppna vårdcentraler, filialer eller andra former av utlagda mottagningar i andra län för att bedriva fysiska utomlänsbesök.

2.3 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget undantaget kravet på öppettider om inte särskild överenskommelse (skriftlig) finns med Region Jönköpings län.

När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för de olika samarbetsformerna.

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om var och när vårdcentralens utbud är tillgängligt och vem som ansvarar för verksamheten. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Leverantören ansvarar för att all vårddokumentation sker enligt lagar och föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Om ett underleverantörsavtal gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

2.4 Samverkan

Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer

Leverantören ska samverka med funktioner och verksamheter inom Region Jönköpings län, kommuner och andra myndigheter enligt lagar, föreskrifter, förordningar, överenskommelser och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Samverkan kan gälla enskilda patienters vård och rehabilitering men också planering, utveckling, uppföljning av verksamheten och kompetensutveckling.

Samverkan med kommunerna regleras bland annat i dokumentet ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg”

Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU)

Forum-PBU har i uppdrag att:

- Vara Region Jönköpings läns forum för dialog mellan beställare och utförare inom vårdval primärvård.
- Vara ledningsstöd till primärvårdsordföranden i kunskapsstyrningsorganisationen
- Vara vårdcentralernas forum för samordnad dialog avseende samverkan med den specialiserade vården i Region Jönköpings län.
- Vara vårdcentralernas forum för samordnad dialog avseende samverkan med den kommunala primärvårdsnivån och omsorgen.
- Vara beredning till sjukvårdensledningsgrupp och andra regionövergripande funktioner avseende frågor som berör vårdcentralerna.

Forum-PBU består av representanter för leverantörer i privat och offentlig regi samt från Regionledningskontoret Region Jönköpings län som leder och samordnar gruppens arbete.

Representation informationsmöten

Leverantören ska representeras på informationsmöten som Region Jönköpings län kallar till.

2.5 Beredskapsplaner

Leverantören ska planera för och vidta åtgärder för att klara uppdraget under fredstida kriser och följa regionens beredskapsplaner.

Leverantören ska tillsammans med Region Jönköpings län planera för och vidtar åtgärder för att klarar uppdraget under höjd beredskap och ytterst krig.

Leverantören ska delta i Region Jönköpings läns arbete med robusthetshöjande åtgärder genom kontinuitetshantering.

Leverantören ska ha en utsedd representant för planeringssamverkan för krisstöd vid särskild händelse. Samverkan behöver ske både med krisstöd på lokalt sjukhus samt med det kommunala krisstödet.

Personal som behövs för att driva verksamheten ska vara krigsplacerade på sin arbetsplats. Beredskapschefen ansvarar för krigsplaceringen i samråd med leverantörens verksamhetschef.

2.6 Hållbar utveckling

Leverantören ska:

- Följa Region Jönköpings läns Hållbarhetsprogram 2021-2025.
- Årligen rapportera åtgärder som vidtagits under året och hur hållbarhetsmålen kommunicerats i verksamheten.

2.7 Medicinsk service/diagnostik

Leverantören har möjligheten nyttja Region Jönköpings läns utbud av medicinsk service. Medicinsk service omfattar klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, nuklearmedicin, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi, klinisk immunologi, medicinsk radiologi och transfusionsmedicin.

I de fall leverantören tecknat underleverantörsavtal för medicinsk service ansvarar leverantören för att

- underleverantören är ackrediterad av Swedac eller har motsvarande kvalitetssäkring.
- upprätta och förankra rutiner kring remiss- och svarshantering med berörd underleverantör av medicinsk service.
- relevant verksamhetsdata görs tillgänglig i de IT system som är aktuella enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

För vårdcentralens uppdrag gällande provtagning se avsnitt 4.13 Provtagning och patientnära analyser.

2.8 Medicintekniska produkter

Medicinskteknisk utrustning

Leverantören har det övergripande medicintekniska ansvaret för sin verksamhet och ansvarar för att i förekommande fall den medicinsktekniska servicen är ackrediterad av Swedac eller motsvarande kvalitetssäkring samt att utrustningen uppfyller vedertagna normer, standarder och krav på tillgänglighet, prestanda och kvalitet enligt gällande lagar och regler.

Leverantören ansvarar för att verksamheten har den medicintekniska utrustning som behövs för uppdraget och att utrustningen uppdateras och kompletteras vid förändringar i uppdraget.

Obligatorisk utrustning är EKG-apparat med tolkningsprogram 12 SL, dermatoskop med möjlighet till bildöverföring, spirometer, defibrillator, bladderscan, blodtrycksmätare för utlåning och alkomätare samt övrig utrustning som behövs för uppdraget.

Hjälpmedel och förbrukningsprodukter

Inom diabetes, inkontinens samt nutrition ska förskrivaren bedöma, prova ut, förskriva och följa upp hjälpmedel och förbrukningsprodukter enligt förskrivningsprocessen och Region Jönköpings läns riktlinjer, gällande avtal och överenskommelser.

Vid förskrivning i samverkan ansvarar förskrivande part för uppföljning av förskrivningen om inget annat avtalats vid överrapporteringen. Överrapportering och uppföljning ska ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer, gällande avtal och överenskommelser.

Samtliga nya förskrivare ska ha gått Socialstyrelsens förskrivarutbildning (webbutbildning). Förskrivande sjuksköterskor av inkontinens- och nutritionsprodukter ska ha gått regional utbildning för förskrivare som erbjuds via Hjälpmedelscentralen. Innan nya förskrivare kan påbörja denna utbildning behöver de genomgått Socialstyrelsens förskrivarutbildning enligt ovan. Alla förskrivare bör gå utbildning i systemet Sesam LMN som erbjuds av Hjälpmedelscentralen.

Förskrivaren ska använda Region Jönköpings läns upphandlade sortiment och IT-stöd för beställning och registrering av hjälpmedel.

Leverantören debiteras inte kostnader för hjälpmedel och förbrukningsprodukter. Under avtalsperioden kan det komma att ske förändringar i kostnadsansvar då Region Jönköpings län utreder vilket verksamhetsområde som ska ha kostnadsansvaret för inkontinens- och diabetshjälpmedel.

2.9 Patientjournalen

Leverantören ska upprätta och hantera patientjournalen enligt gällande lagar och förordningar. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård enligt gällande lagar och föreskrifter.

Leverantören ska beakta de lagar och regler som reglerar samtycke mellan vårdgivare och patient vid överföring av personuppgifter till annan vårdgivare.

Region Jönköpings län tecknar särskilt avtal avseende sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, inklusive den nationella patientöversikten, med leverantören. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och anvisningar för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Leverantören ska följa Regin Jönköpings läns riktlinjer för hur vårdkontakter kodas och registreras.

Leverantören ska på begäran kunna lämna ut kopior av patientjournal enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och tillämplig lagstiftning.

Remisser
Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11), Region Jönköpings läns riktlinjer samt de nationella och regionala kunskapsstöden.

2.10 Intyg
Leverantören ansvarar för att utfärda vårdintyg, rättsintyg, dödsbevis, utlåtande till Försäkringskassan och andra patientrelaterade intyg via Region Jönköpings läns IT-stöd.

2.11 Tystnadsplikt och sekretess
Leverantören ska se till att all personal omfattas av sekretesskrav motsvarande de som ställs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Detta gäller även icke hälso- och sjukvårdspersonal.

2.12 Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering
Leverantören ska följa gällande lagstiftning för främjande av lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering.

- Diskrimineringslagen (2008:567)
- Förbud mot missgynnande behandling av arbetstagare eller arbetssökande som är, ska vara eller har varit föräldraledig. Omfattar även vård av sjukt barn. Föräldraledighetslagen (1995:584).
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Förordningen (2006:260) om antidiskrimineringsvillkor i upphandlingskontrakt

Leverantören ska på begäran redovisa åtgärder, upprättade planer med mera som vidtagits med anledning av ovanstående.

2.13 Patientens rättigheter
Leverantören ska ha goda kunskaper om och tillämpa patientens rättigheter utifrån patientlagen (2014:821) som syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

2.14 Barnens rättigheter och behov

Leverantören ska följa lagen om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (2018:1197) och Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) avseende ett barns behov av information, råd och stöd som anhöriga samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

2.15 Patientsäkerhet

Leverantören ska följa lagar och föreskrifter om patientsäkerhet, exempelvis:

- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns chefläkarorganisation och delta i riskanalyser samt händelseanalyser vid utredning av händelser som berör egen verksamhet och verksamheter där Region Jönköpings län är vårdgivare.

Leverantören ska ha rutiner för registrering och hantering av avvikelser. Leverantören ska anmäla, följa upp och analysera egna avvikelser i Region Jönköpings läns avvikelsehanteringssystem Synergi. Leverantören ska kunna delta i systemövergripande analyser och uppföljning av avvikelser samt vara behjälplig i spridningen av resultaten.

Leverantören ska i enlighet med Patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Leverantören kan få stöd i sin utredning från Region Jönköpings läns chefläkarorganisation. Leverantören ska på begäran skicka en avidentifierad kopia på den kompletta anmälan, eventuell händelseanalys och beslut från Inspektionen för vård och omsorg till vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska på begäran skicka en kopia på verksamhetstillsyn och andra beslut från Inspektionen för vård och omsorg till vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska förse patientnämnden med de uppgifter som nämnden behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Leverantören ska utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs vid granskning av enskilda ärenden.

Leverantören ska beakta Region Jönköpings läns arbete med patientsäkerhet som det uttrycks i budget och flerårsplan.

Leverantören ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen.

Leverantören ska delta i regionala kvalitetsindikationsmätningar och beakta de utbildningsaktiviteter Region Jönköpings län erbjuder medarbetare i patientsäkerhet.

Klagomål

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård.

2.16 Patientskadeförsäkring

Leverantören ska informera patient om möjligheten att anmäla en vårdskada till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) respektive läkemedelsskada till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF).

Leverantören ska tillhandahålla intyg, utredning och analys som behövs för handläggning av anmälda ärenden.

Patientförsäkring

Region Jönköpings län har tecknat en patientförsäkring hos LÖF, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Den patientförsäkringen gäller även om patienten har skadats hos en privat vårdgivare som har vårdavtal med en region.

Patientförsäkringen gäller enligt vad som framgår i patientskadelagen.

Läkemedelsförsäkring

Läkemedelsförsäkring är en försäkring är en försäkring som ägs av läkemedelsföretag, en del regioner och myndigheter. Läkemedelsförsäkringen gäller vid personskador där det finnas ett övervägande sannolikt samband mellan läkemedlet och den skada som anmälts.

2.17 Smittskydd och vårdhygien

Smittskydd

Leverantören ska utan dröjsmål rapportera anmälningspliktiga sjukdomar via SmiNet, samt utreda sjukdomsfall, smittspåra och vidta övriga åtgärder i enlighet med smittskyddslagen (SFS 2004:168), och Region Jönköpings läns riktlinjer för smittskydd.

Vårdhygien

Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att Hälso- och sjukvårdslagens krav på god hygienisk standard uppfylls. Detta innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns vårdhygieniska riktlinjer. Leverantören ska årligen genomföra ”Egenkontroll för vårdhygienisk standard”.

2.18 Läkemedel

Läkemedelsbehandling ska ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt och med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns Läkemedelskommittés, Stramas och de lokala kunskapsstödens riktlinjer som rör läkemedel.

2.19 Sjuk- och behandlingsresor

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjuk- och behandlingsresor.

3.20 Tolk

Leverantören ansvarar för att tillhandhålla tolk till patienter som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska. Leverantören ansvarar för tolkservice åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade och talskadade personer.

2.21 Marknadsföring och information till invånare

Leverantören ska följa marknadsföringslagen (2008:486).

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje Marknadsföring av hälso- och sjukvård och tandvård, övriga riktlinjer inom kommunikationsområdet, riktlinjer för kallelser samt följa gällande praxis för patientinformation.

I all marknadsföring ska tydligt framgå vem som ansvarar för verksamheten eller tjänsten och hur man kontaktar ansvarig.

Leverantören ska tydligt informera om att hela eller delar av verksamheten finansieras och drivs på uppdrag av Region Jönköpings län enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Region Jönköpings läns symbol för vårdval används för att signalera vilka vårdenheter som är godkända och möjliga att välja. Symbolen ska användas på vårdenhetens webbplats och i informationsprodukter där det är relevant. Symbolen får användas i marknadsföring, men inte i brev och kallelser, på kuvert, visitkort, tidkort och liknande produkter.

Leverantören ansvarar för att det finns en kontaktsida på 1177.se som i allt följer Riktlinjer för kontaktsidor på 1177.se och de kompletterande riktlinjer som det hänvisas till.

Leverantören länkar till 1177.se från sin webbplats och tillser att webbplatsen uppfyller lagar och regler, enligt skrivning i Riktlinje för webbplatser inom Region Jönköpings län.

Om leverantören har verksamhet och utbud utanför LOV så ska informationen vara tydligt separerad. Detta innebär exempelvis behov av separata webbsidor för verksamhet inom LOV och verksamhet utanför LOV.

Leverantörens ska medverka i Region Jönköpings läns informationskampanjer.

Leverantören ansvarar för eventuella underleverantörers marknadsföring.

2.22 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem

Ytterligare avtalsreglering framgår av det skriftliga avtalet med regionen.

3. Listning av invånare

Alla som fyllt 18 år har rätt att välja vårdcentral. För barn och ungdomar under 18 år väljer vårdnadshavaren. Barn och vårdnadshavare kan välja olika vårdcentraler. Vårdvalet innebär att man väljer vårdcentral, inte enskilda medarbetare.

Invånarnas val administreras av Region Jönköpings län. Invånaren väljer vårdcentral via 1177 e-tjänster eller på Region Jönköpings läns blankett för vårdval. Region Jönköpings län registrerar invånarens val. Region Jönköpings län godkänner endast omval genomförda via 1177 e-tjänster eller via Region Jönköpings läns pappersblankett med fysisk signering. Mer detaljerad information om listning av invånare finns i Region Jönköpings läns riktlinjer om listning.

3.1 Listningsbegränsning

Leverantören kan ansöka om listningsbegränsning där utföraren visar på en alltför stor belastning och allvarliga brister i patientsäkerhet eller arbetsmiljö. Region Jönköpings län kommer ha en restriktiv hållning till tillfälliga listningsbegränsningar. Region Jönköpings läns riktlinjer för listningsbegränsning är gällande.

3.2 När en vårdcentral eller filial upphör

När en vårdcentral eller filial upphör ansvarar Region Jönköpings län för att informera berörda invånare om rätten att välja en ny vårdcentral. Vårdcentralens tidigare geografiska områdesansvar kommer omfördelas till andra närliggande vårdcentraler. Invånare som inte väljer ny vårdcentral eller filial inom angiven tid registreras på den vårdcentral inom kommunen som fågelvägen ligger närmast invånarens folkbokföringsadress. Invånare som är folkbokförd i annat län registreras på den vårdcentral inom kommunen som fågelvägen ligger närmast tidigare vårdcentral.

4. Vårdcentralens allmänna uppdrag

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. När en invånare behöver hälso- och sjukvård ska vårdcentralen vara förstahandsvalet.

4.1 Patienter med stora eller komplexa vårdbehov

Patienter med stora eller komplexa vårdbehov oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning är prioriterade patientgrupper.

Som en del i ett effektivt, personcentrerat arbete med ohälsa för dessa grupper ska leverantören till exempel:

- erbjuda fast läkarkontakt enligt avsnitt 4.4
- erbjuda patienten en dokumenterad överenskommelse enligt avsnitt 4.4
- erbjuda patienter som behöver vård och omsorg från både leverantören och kommunen en samordnad individuell plan (SIP) enligt avsnitt 4.4
- bedriva vårdsamordning enligt avsnitt 4.6
- utse fast vårdkontakt vid behov enligt avsnitt 4.4
- ha ett psykosocialt team som motsvarar listade invånares behov. Lämpliga kompetenser i teamet är kurator, psykolog, psykiatrisjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare.
- bedriva läkaruppdrag i hemmet enligt avsnitt 4.7
- arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande enligt avsnitt 4.11

Som en del i att främja vårdcentralens arbete för patienter med stora vårdbehov styr även regionens ersättningsmodell mot högre ersättning för patienter med stora eller komplexa vårdbehov

- ACG och CNI ger högre ersättning i kapiteringen utifrån större vårdtyngd, sämre socioekonomiska förhållanden och hög ålder.
- det utgår särskild ersättning enligt kapitel 9 för
  - ✓ Läkemedel
  - ✓ Överenskommelse för patienter på Prea 60 listan
  - ✓ Läkarbesök i hemmet
  - ✓ Samordning och deltagande i SIP
  - ✓ Vårdsamordning
  - ✓ Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården
  - ✓ Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden
  - ✓ Särskilt kostandskrävande patienter
- leverantören har också möjlighet att ansöka om ersättning enligt kapitel 6 för
  - ✓ PTP psykolog

- ✓ utbildning i KBT steg 1
- ✓ utbildning av specialistsjuksköterska med inriktning distriktssköterska alternativt psykiatrisk vård
- ✓ magister eller master utbildning

Psykisk hälsa

Leverantören ska arbeta med att tidigt upptäcka, behandla och följa upp psykisk ohälsa enligt de nationella och regionala kunskapsstöden**.** Leverantören ska följa aktuella överenskommelser framtagna mellan region och kommun.

Leverantören ska tillsammans med den specialiserade vården och kommunen bidra till förbättrad somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom.

4.2 Tillgänglighet

Vårdgaranti

Leverantören ska uppfylla den lagstadgade nationella vårdgarantin och Region Jönköpings läns krav på tillgänglighet.

Öppettider

Vårdcentralen ska vara öppen under vardagar mellan 08:00-17:00 året om med undantag för nationella helgdagar. Vårdcentralen ska vara öppen för fysiska besök, tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov. Under öppettiden bedriver vårdcentralen närakut.

Det är tillåtet att stänga en vårdcentral som mest nio timmar i veckan. Öppettiden för en vårdcentral får dock inte understiga 36 timmar i veckan. Om vårdcentralen är stängd hel/del av dag mellan 08:00-17:00 (vardagar), ska invånarna informeras och hänvisas till närliggande vårdcentral eller filial i länet som vårdcentralen samarbetar med. Samarbetsparten ska ha kapacitet att uppfylla vårdcentralens uppdrag inklusive ansvaret för det geografiska området.

Region Jönköpings län uppmuntrar leverantörer att utöka sina öppettider som service till invånarna. Under avtalsperioden kan det bli aktuellt med krav på utökade öppettider.

Vårdcentralens närakut

Vårdcentralen bedriver närakut vardagar 08:00-17:00. Invånare som kontaktar vårdcentralen och bedöms vara i behov av akut vård och behandling på primärvårdsnivå ska omhändertas på vårdcentralen samma dag. Endast patienter som söker vård efter 17:00 får hänvisas till gemensam närakut.

Vårdcentralen ska under hela öppettiden kunna erbjuda fysiska besök och utföra patientnära analyser så som P-CRP, P-Glukos, B-Hb, urinsticka, Strep A Test, Graviditetstest U-hCG.

Telefon och 1177 direkt

Invånaren ska kunna kontakta vårdcentralen via telefon eller 1177 direkt enligt vårdgarantin samt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och krav på öppettider.

Den som kontaktar vårdcentralen mellan 08:00-16:59 ska kunna välja att bli kontaktad samma dag. Efter klockan 17:00 ska den som kontaktat vårdcentralen kunna välja att bli kontaktad av vårdcentralen nästkommande vardag.

Det ska finnas möjlighet att lämna återbud och förnya recept dygnet runt via röstbrevlåda eller 1177 direkt.

E-tjänster

Leverantören ska erbjuda invånarna e-tjänster via 1177.se enligt Region Jönköpings län riktlinjer och basutbud.

Leverantören ska erbjuda invånarna digitala vårdmöten i form att chatt och videosamtal via 1177 direkt enligt nationell målbild för första linjens digitala vård och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska vara ansluten till de nationella tjänsterna och tillgängliggöra informationsmängder i 1177 Journalen, Sammanhållen planering och Nationell patientöversikt (NPÖ) enligt nationellt Ramverk för invånarens åtkomst till journalen och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska ha tillgång till utbildad personal för att kunna erbjuda stöd- och behandlingsprogram eller motsvarande via 1177.se enligt region Jönköpings läns utbud och riktlinjer.

Leverantören ska kunna genomföra samordnad vårdplanering via video i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns överenskommelse med länets kommuner.

Leverantören ska erbjuda patienter med kronisk sjukdom möjlighet till ordinerad egenmonitorering i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska ha en namngiven resurs för samordning av vårdcentralens uppdrag inom e-hälsoområdet. Den namngivna resursen ska stödja och driva omställning till mer digitala arbetssätt.

Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan leverantören ansöka om att bedriva en filial. Med filial menas en underavdelning till leverantörens huvudmottagning (vårdcentral) som bedriver verksamhet i annan lokal än där huvudmottagningen finns. En befintlig vårdcentral inom LOV kan inte omvandlas till filial.

En filial ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudmottagningen. Filialen är alltid knuten till huvudmottagningen, och verksamhetschefen för huvudmottagningen är även verksamhetschef för filialen.

Filialer får endast öppnas och bedrivas inom Region Jönköpings läns länsgränser.

En huvudmottagning (vårdcentral) vars filial geografiskt tillhör ett annat jourområde för Gemensamt Närakut än huvudmottagningen är även ansvarig för jouruppdrag (primärjour och beredskapsjour) kopplat till filialens geografiska jourområde. En huvudmottagning kan därmed ansvara för jouruppdrag på fler än en Gemensam Närakut. Bemanningen av den Gemensamma Närakuten är i proportion till hur många av filialens listade invånare som besökt gemensamma Närakuten i filialens geografiska jourområde.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för filial.

Invånare kan välja att lista sig på en filial som är med i Region Jönköpings läns förteckning över valbara enheter.

Verksamheten får starta när Region Jönköpings län verifierat och godkänt filialen.

Vid beslut om nedläggning av en filial ska Region Jönköpings län informeras.

4.3 Tillgänglighet jourtid

Gemensam närakut

Leverantörerna inom vårdval Region Jönköpings län ansvarar tillsammans för tre gemensamma närakutmottagningar i länet.

- Eksjö (Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vetlanda)
- Jönköping (Habo, Jönköping, Mullsjö)
- Värnamo (Gislaved, Gnosjö Vaggeryd, Värnamo)

Öppettider:

- vardagar 17:00-22:00 med utringningstid från 16:30
- lördag, söndag samt övrig helgdag 10:00-22:00 med utringningstid från 08:00.

Den gemensamma Närakuten ska vara anslutna till den nationella tjänsten ”1177 direkt” enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.
Vårdcentralerna i respektive område bemannar den gemensamma mottagningen i proportion till hur många av vårdcentralens listade invånare som besökt mottagningen. För jouruppdragsansvar kopplat till filial som geografiskt inte ligger i samma jourområde som huvudmottagningen (vårdcentralen) se avsnitt 4.2 Filial

Respektive vårdcentral ansvarar för att närakutmottagningen bemannas med de kompetenser och antal som behövs samt har verksamhetschefsansvar och det medicinska ledningsansvaret för sina arbetspass.

Region Jönköpings läns utsedda samordnare för de tre gemensamma närakutmottagningarna ansvarar bland annat för gemensamma arbetssätt och rutiner, schema,

beställning av läkemedel och förbrukningsmaterial samt dialog med vårdcentralernas verksamhetschefer och andra samarbetsparter.

Utöver bemanning av de gemensamma närakutmottagningarna ska leverantören ha läkare i beredskap vardagar 17:00-08:00 och dygnet runt lördag, söndag och helgdag. Bemanning av läkare i beredskap ska vara i proportion till hur många av vårdcentralens invånare som besökt mottagningen. Läkare i beredskap ska kunna tjänstgöra på gemensam närakut vid behov.

Under avtalsperioden avser regionen utreda öppettiderna på den gemensamma Närakuten som en del av akutvårdsprocessen.

Läkare i beredskap

Utöver bemanningen av de gemensamma närakutmottagningarna ska leverantören ha läkare i beredskap vardagar 17:00-08:00 och dygnet runt lördag, söndag och helgdag. Bemanning av läkare i beredskap ska vara i proportion till hur många av vårdcentralens listade invånare som besökt mottagningen. För jouruppdragsansvar kopplat till filial som geografiskt inte ligger i samma jourområde som huvudmottagningen (vårdcentralen) se avsnitt 4.2 Filial.

Läkare ska under sin beredskapstjänstgöring ha tillgång till Cosmic (exempelvis via mobil lösning) för att kunna bedriva en god och säker vård.

Leverantörens läkare i beredskap ska följa region Jönköpings läns riktlinjer för läkare i beredskap.

4.4 Dokumenterad överenskommelse

Leverantören ska kunna erbjuda patienten en dokumenterad överenskommelse enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Överenskommelsens delar dokumenteras i Cosmic enligt gällande rutin.

Samordnad individuell plan (SIP)

Leverantören ska följa region Jönköpings läns riktlinjer för samordnad individuell plan

Fast vårdkontakt

Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821) utse en fast vårdkontakt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer för de patienter som behöver eller begär det, för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Fast läkarkontakt

Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821) informera patienten om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad. Leverantören ska följa regionens riktlinjer för fast läkarkontakt.

4.5 Kontinuitet

Kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet.

Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett vårdteam med flera olika professioner. Graden av kontinuitet ska anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser då till exempel inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.

4.6 Vårdsamordning

Leverantören ska ha namngivna medarbetare i funktionen som vårdsamordnare. Vårdsamordnaren innehar funktionen som fast vårdkontakt i primärvården. Funktionen ska ha tid avsatt för uppdraget och vara anträffbar på ett särskilt direktnummer vardagar 08:00-17:00 för patient, närstående och vårdpersonal för exempelvis rådgivning, tidsbokning och samordning av hälso- och sjukvård.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för vårdsamordnaruppdraget och för fast vårdkontakt

4.7 Läkaruppdrag i hemmet

Läkaruppdrag i hemmet innefattar ordinärt boende utan kommunal hälso- och sjukvård, ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård samt särskilda boendeformer och korttidsboenden.
Leverantören ska under vardagar 08:00-17:00 bemanna och avsätta tid för konsultation och läkarbesök i hemmet när invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren onödig sjukhusvistelse.

Kvällar, helger och nätter ansvarar läkare i beredskap för läkarinsatser i hemmet (se avsnitt 4.3 Tillgänglighet jourtid).

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer gällande läkaruppdrag i hemmet samt samverkansavtal och överenskommelser med kommunerna.

Kommunen tecknar avtal om läkaruppdrag på korttidsplatser och särskilda boende för äldre med valfri vårdcentral. Leverantören har rätt att tacka nej till avtal med kommunen för boenden utanför vårdcentralens geografiska områdesansvar. Med anledning av att fördelningsmodellen för geografiskt områdesansvar kan komma att ändras under avtalsperioden (se avsnitt 4.16 Geografiskt områdesansvar) kan även fördelningsmodellen för SÄBO komma att behöva ändras.

4.8 Läkaruppdrag i palliativ vård

Leverantören ansvarar för läkaruppdrag och samverkan i palliativ vård enligt Region Jönköpings läns processbeskrivning för palliativ vård, de nationella och regionala kunskapsstöden och ”Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende”.

4.9 Läkarmedverkan i barnhälsovården

Leverantören ska genomföra läkarinsatser i barnhälsovården (BHV) enlighet med barnhälsovårdens nationella program enligt Rikshandboken i barnhälsovård för professionen, Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Uppdragets omfattning baseras på antal barn listade på vårdcentralen och de socioekonomiska förutsättningarna i området. Uppdragets utförande omfattar barn som hör till aktuell familjecentral oavsett var barnet är listad.

4.10 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Rehabilitering

Leverantören ansvarar för rehabiliteringsinsatser i form av bedömning, utredning, behandling, träning och uppföljning enligt nationella riktlinjer, Region Jönköpings läns riktlinjer samt överenskommelser mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län.

Vårdcentralen ska erbjuda fysisk tillgång till fysioterapeut och arbetsterapeut och samverka med andra aktörer i rehabiliteringskedjan.

Habilitering

Leverantören ansvarar för att invånare som valt vårdcentralen, får habiliteringsinsatser på primärvårdsnivå enligt det regionala kunskapsstödet.

Leverantören ska samverka med habiliteringscentrum i de fall invånaren har kompletterande insatser från habiliteringscentrum.

Sjukskrivning och Försäkringsmedicin

Leverantören ska följa nationella riktlinjer och Region Jönköpings läns riktlinjer och rutiner för sjukskrivning och försäkringsmedicin.
Leverantören ansvarar för att det finns kompetens inom försäkringsmedicinska kunskapsområdet. Leverantören ska ha rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och utveckla sina arbetssätt inom området.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av vårdcentralens avidentifierade sjukskrivningsstatistik som erhålls genom Ineras ”Intygsstatistik”.

4.11 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Leverantören ska bedriva både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Leverantören ska bidra i det hälsofrämjande arbetet genom samverkan med kommunen och andra aktörer, med utgångspunkt från befolknings- och patientgrupper med störst behov.

Levnadsvanor

Leverantören ska följa de regionala kunskapsstöden för att systematiskt uppmärksamma, åtgärda och följa upp ohälsosamma levnadsvanor. Det utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor samt det Nationella vårdprogrammet för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor.

Hälsosamtal

Leverantören ska erbjuda alla invånare ett riktat hälsosamtal genom en personlig inbjudan det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år enligt Region Jönköpings läns fastställda rutiner i det regionala kunskapsstödet**.** Under avtalsperioden avser regionen utreda hur hälsosamtalen skulle kunna flyttas till Hälsocenter.

Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden

De vårdcentraler som har ett högt CNI (Care Need Index) kan ansöka om en treårig ekonomisk ersättning för att arbeta med hälsofrämjande insatser. Ansökan ska ske enligt region Jönköpings läns riktlinjer.

Vaccinationer

Leverantören ansvarar för vaccinationer enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Vaccinationer ska dokumenteras enligt Region Jönköpings läns riktlinjer

Vårdprevention

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för prevention av fallskador, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

4.12 Hälsoundersökning och vård av flyktingar och migranter

Leverantören ska inom sitt geografiska områdesansvar erbjuda hälsoundersökning och vård till flyktingar och migranter samt till personer som vistas i Sverige utan tillstånd enligt Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt de nationella och regionala kunskapsstöden.

4.13 Provtagning och patientnära analyser

Leverantören ska utifrån sina listade invånares behov vardagar kunna utföra rutinmässig provtagning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Oavsett var invånaren är listad ska leverantören kunna utföra provtagningen på patienter som vårdcentralen själv ordinerat prover på eller på remissbegäran.

Vårdcentralens närakut dagtid, vardagar, ska kunna utföra följande patientnära analyser P-CRP, P-Glukos, B-Hb, urinsticka, Strep A Test samt Graviditetstest U-hCG under vårdcentralens hela öppettid. Patientnära analysverksamhet innefattar provtagning, preanalys, analys eller postanalys som utförs av vårdpersonal.

Leverantören ska följa Regelverket för patientnära analysverksamhet från Laboratoriemedicin. Leverantören ska utföra internrevision en gång per år enligt Regelverket för patientnära analysverksamhet.

4.14 Medicinsk fotvård

Leverantören ansvarar för att invånare som valt vårdcentralen, får medicinsk fotvård på primärvårdsnivå enligt det regionala kunskapsstödet.

Leverantörens fotvårdsterapeut ska uppfylla kompetenskraven enligt Region Jönköpings län riktlinjer.

4.15 Dödsfall utanför sjukhus

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av dödsfall utanför sjukhuset.

4.16 Geografiskt områdesansvar

Region Jönköpings län fördelar ansvar för geografiska områden till vårdcentralerna. Fördelningen av områden bygger på kommunernas system med nyckelkodsområde. Under avtalsperioden kan fördelningsmodellen som bygger på kommunernas nyckelområden komma att ändras.

Leverantören ansvarar för att medverka inom ett antal samhällsviktiga funktioner i sitt geografiska områdesansvar av vad som framgår under respektive avsnitt i ”Primärvård inom vårdval Jönköpings län” och de regionala kunskapsstöden. Leverantören ska även bistå polis och andra myndigheter enligt de regionala kunskapsstöden.

I händelse av att nya vårdcentraler etableras reviderar Region Jönköpings län ansvaret för geografiska områden utifrån den nya situationen.

I händelse av att en befintlig vårdcentral etablerar sig i en annan vårdcentrals geografiska närområde kan Region Jönköpings län komma att revidera ansvaret för det geografiska området utifrån den nya situationen.

I händelse av att en vårdcentral upphör se avsnitt 3.2 När en vårdcentral eller filial upphör.

En revidering av geografiskt områdesansvar påverkar inte invånarnas val.

5. Kunskapsstyrning och systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är vårdens gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer inom kunskapssyrning så som de regionala kunskapsstöden.

Deltagande i Region Jönköpings läns kunskapsstyrning

Samtliga leverantörer har i uppdrag att bemanna de grupper som Region Jönköpings län beslutat om inom Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd. Bemanningen fördelas i proportion till leverantörens andel ersättning för ACG.

Allt eftersom de länsgemensamma programområdena (LPO) startar upp kommer Fakta grupperna med primärvårdens representation enligt ovan uppdrag integreras i respektive LPO.

Länsgemensamma programområden (LPO) ordförande

Leverantörer har i uppdrag att bemanna primärvårdens ordförande i respektive LPO grupp. Uppdraget tilldelas enligt region Jönköpings läns riktlinjer

5.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9). Leverantören ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta.

Leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt skapa förutsättningar för medarbetarna att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

5.3 Årligt systematiskt förbättringsarbetet

Utöver leverantörens skyldighet att bedriva systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med avsnitt 5.2 ska leverantören årligen genomföra ett eget systematiskt förbättringsarbete med påvisbar patientnytta. Detta ska redovisas vid Region Jönköpings läns konferens Utvecklingskraft.

Region Jönköpings län beslutar årligen inom vilka områden det systematiska förbättringsarbetet ska omfatta.

5.4 Patientmedverkan

Patientmedverkan ska utgöra en naturlig del av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Syftet med patientmedverkan är att förbättra och utveckla verksamheten utifrån ett patientperspektiv och de listade invånarnas behov.

Med patientmedverkan menas en nära involvering i dialog i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Allmänna enkätutskick och kontakter med intresseorganisationer utgör inte en nära patientmedverkan men kan vara ett bra komplement.

5.5 Resurs för utveckling av nära vård – kunskapsstyrning

Leverantören ska i funktionen ha en namngiven medarbetare som är kliniskt verksam på vårdcentralen.

Uppdraget innebär att:

- stödja, leda och samordna vårdcentralens utveckling- och förbättringsarbete inom nära vård – kunskapsstyrningen
- Individen ska representera primärvården i regionala förbättringsarbeten inom området.
- Medverka i nätverksträffar och utbildning som erbjuds.

6. Utbildning och forskning

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns samordningsansvariga för grundutbildning, studierektororganisation och ansvariga för akademisering av primärvården under ledning av Futurum.

6.1 Grundutbildning

Studenter och elever

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns avtal med universitet, högskolor, gymnasieskolor, yrkesutbildningar och andra utbildningssamordnare om att ta emot och handleda elever och studenter i lärande i arbetslivet (LIA), arbetsplatsbaserat lärande (APL) och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt fältstudiedagar. Med APL, LIA och VFU menas såväl sammanhängande perioder av deltagande i vårdcentralens arbete, liksom kortare moment i syfte att nå lärandemålen.

Leverantören ansvarar för att kvalitet och inriktning följer målbeskrivningar för respektive utbildning och överenskomna krav på handledarkompetens. Handledarna ska följa gällande handledarinstruktioner och känna till lärandemålen för utbildningen.

Klinisk undervisningsmottagning (KUM)

Region Jönköpings län tecknar tilläggsuppdragsavtal med leverantörer för att bedriva klinisk undervisningsmottagning för studenter i Jönköpings län.

6.2 Vidareutbildning

Allmäntjänstgöring (AT) för läkare

Region Jönköpings läns organisation för AT (Futurum) samordnar AT-tjänstgöringen och uppdrar till leverantörer att ansvara för AT-läkares tjänstgöring inom allmänmedicin och följer Region Jönköpings läns riktlinjer (AT-koncept).

AT-läkarna är anställda av Region Jönköpings län under hela tjänstgöringen inom allmänmedicin. Eventuell jour betalas av den organisation där AT-läkaren tjänstgör.

Bastjänstgöring (BT) för ST läkare inom andra specialiteter

Enligt HSLF-FS 2021:8 ska ST inom samtliga specialiteter inledas med BT. Region Jönköpings läns organisation för BT (Futurum) samordnar BT-tjänstgöringen och uppdrar till leverantörer att ansvara för BT i primärvård.

BT ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för BT. Eventuell jour betalas av den organisation där BT/ST-läkaren tjänstgör.

Specialisttjänstgöring (ST) för läkare

Region Jönköpings län kan efter en ansökan uppdra till leverantör att ansvara för hela eller delar av en läkares ST (inklusive BT). Under närmaste åren kommer två förordningar som reglerar ST förekomma parallellt.

- Specialisttjänstgöring enligt förordning SOSFS FS 2015:8 (gamla förordningen)
- Specialisttjänstgöring enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen där BT ingår i ST)

ST ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer (ST-koncept) och verksamhetslokala riktlinjer för ST i allmänmedicin samt Socialstyrelsens föreskrifter.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för ST-läkare. Inför anställning av ST-läkare ska verksamhetschef samråda med ST-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen.

Enligt särskilt beslut från Futurum kan leverantörens enskilda medarbetare åta sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST läkare i allmänmedicin.

Fortbildning av läkare med specialistkompetens i allmänmedicin med utbildning från EU- eller EES-land

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för fortbildning av läkare med bevis om specialistkompetens från EU eller EES-land och som fått automatisk specialistkompetens i allmän medicin i Sverige.

Syftet med ersättningen är att läkaren ska få möjlighet till fördjupad introduktion i allmänmedicin i RJL samt t ex möjlighet för tjänstgöring på andra enheter inom RJL i form av sidotjänstgöring och auskultationer.

Fortbildningen får pågå upp till två år och ska följa ”Fortbildningskoncept av läkare med specialistläkarexamen från EU/EES-land”. I särskilda fall kan Region Jönköpings län godkänna en längre period.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för EU/EES-specialist. Inför anställning av EU/EES-specialist ska verksamhetschef samråda med ST-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen.

Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP)

Futurum samordnar Region Jönköpings läns PTP-program. Tjänstgöringen sker enligt Regionens riktlinjer (PTP-koncept) och följer Socialstyrelsens föreskrifter om praktisk tjänstgöring för psykologer (SOSFS 2008:34 M).

Region Jönköpings län kan efter en ansökan uppdra till leverantör att ansvara för hela eller delar av utbildningen. Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för PTP-psykologer. Inför anställning av PTP-psykolog kan verksamhetschef samråda med PTP-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för sjuksköterskor som ansökt och antagits till utbildningstjänst som specialistsjuksköterska med inriktning till distriktssköterska alternativt psykiatrisk vård.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för aktuell sjuksköterska. Anställningen ska vara tillsvidare.

Utbildning inom KBT – Kognitiv beteendeterapi

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för medarbetare som ansökt och antagits till grundläggande utbildning i kognitiv beteendeterapi, KBT steg 1, 45/60 hp. Utbildningen ska motsvara de krav som ställs av Socialstyrelsen.

Magister eller master utbildning

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för medarbetare i kliniskt nära verksamheter som studerar master eller magister utbildning med lön utifrån verksamhetens behov.

6.3 Forskning

Leverantören ska medverka i klinisk forskning. Leverantören kan själv ta initiativ till klinisk forskning eller medverka i forskning som föreslås av Akademisk primärvård. Leverantören ska informera Region Jönköpings län/Futurum om forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Leverantören kan även medverka i industrifinansierade kliniska prövningar. Leverantören ska i dessa fall även inhämta godkännande från Region Jönköpings län/Futurum enligt regionens riktlinjer och riktlinjerna för genomförande av forskningen.

Leverantören kan få tillgång till Region Jönköpings läns infrastruktur för forskning som exempelvis handledning, statistikkonsultationer och bibliotekstjänster. Medarbetare hos leverantörer har rätt att söka forskningsmedel från FORSS, Futurum och andra organisationer. Leverantören kan få råd och stöd om lagar, föreskrifter och rutiner vid klinisk forskning inklusive klinisk läkemedelsprövning och annan uppdragsforskning.

Akademisering av primärvården

Primärvården i RJL är etablerad som en universitetssjukvårdsenhet (USVE). Alla leverantörer är en del i detta arbete. De tre delarna grundutbildning, utveckling av vården samt forskning ingår i en universitetssjukvårdsenhets arbete och arbetet leds av en särskild USVE-organisation. Akademiska vårdcentralen är noder i USVE.

För att bli en akademisk vårdcentral ska man uppfylla Region Jönköpings läns särskilda krav som definieras i Akademisk vårdcentrals-koncept. Akademiska

vårdcentraler kommer regelbundet att utvärderas. Futurum i samråd med vårdval Region Jönköpings län utser akademiska vårdcentraler.

7. Informationshantering och IT

7.1 Inledning

Leverantören ska följa tillämpliga delar av Region Jönköpings läns riktlinjer för IT. Varje vårdenhet ska ha en namngiven kontaktperson för IT, telefoni och katalogtjänsten HSA.

7.2 Informationssäkerhet

Leverantören ska arbeta utifrån det ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) med tillhörande riktlinjer och regelverk som Region Jönköpings län har tagit fram. Ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd bygger på den internationella standardserien SS-ISO/IEC 27000 vilket innebär att informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet bedrivs systematiskt och riskbaserat samt att Region Jönköpings län följer gällande dataskyddslagstiftning.

Leverantören ska i sitt arbete med informationssäkerhet, förhålla sig till aktuella rättsliga krav i form av lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter.

All användning av IT-systemen loggas. Leverantören ska följa upp loggar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantörens verksamhet ska ha en för uppdraget avsedd funktionsbrevlåda inom rjl.se för hantering av bl.a. sekretessbelagd information i enlighet med region Jönköpings läns riktlinjer.

I de fall leverantören använder sig av konsult enligt avsnitt 2.3 Samarbetsformer är leverantören ansvarig för att konsulten är införstådd med och följer Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för informationssäkerhet.
Region Jönköpings läns IT-utrustning får endast användas under den tid då leverantören och dess eventuella konsulter har ett pågående uppdrag för Region Jönköpings län. Om leverantören eller konsulter under pågående uppdrag har privat verksamhet samtidigt så får inte Region Jönköpings läns IT-utrustning användas i den privata verksamheten.

Leverantören ska upprätta, säkerställa och upprätthålla manuella reservrutiner för verksamheten som tillämpas vid ett eventuellt avbrott.

Leverantören ska utbilda nya användare i informationssäkerhet t.ex. med hjälp av introduktionsutbildning i informationssäkerhet som finns publicerad i Lärande och kompetensportalen (LOK). Leverantören ska också informera ny personal om det personliga ansvaret att följa policyn för informationssäkerhet och dataskydd med tillhörande riktlinjer och regelverk.

7.3 Personuppgifter

Leverantören ska hantera personuppgifter enligt gällande lagstiftning.

Leverantören är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som behandlas inom leverantörens organisation.

7.4 Verksamhetsdata

Leverantören ska på begäran kunna leverera elektroniskt läsbar data för t.ex. uppföljning, fakturaunderlag etc.

I kommunikation med Region Jönköpings län eller andra vårdgivare ska leverantören använda definitioner och termer i IT-systemen som fastställs av Region Jönköpings län.

Leverantören ska i förekommande fall följa de särskilda regler som gäller för hantering av information vid verksamhetsövergång.

De data som delas med Region Jönköpings län i gemensamma system lämnas i vissa fall vidare till tredje part i aggregerad form. Region Jönköpings län ansvarar för att säkerställa att inget röjande sker i samband med den typen av datautlämning.

7.5 IT-system och infrastruktur

IT system och utrustning

Leverantören ska enbart använda utrustning i IT-infrastrukturen som är godkänd av Region Jönköpings län. Datorer och skrivare tillhandahålls av Region Jönköpings län. Eventuellt kan medicinteknisk utrustning eller annan utrustning anslutas efter samråd och godkännande och i dessa fall skall leverantören själv säkerställa att fullgod IT-säkerhet upprätthålls.

Leverantören förbinder sig att använda de obligatoriska IT-system som Region Jönköpings län anvisar. I förekommande fall skall leverantören följa Region Jönköpings läns riktlinje för respektive system. Region Jönköpings län tillhandahåller system och utbildning av superanvändare i förhållande till verksamhetens storlek.

Region Jönköpings län ansvarar för underhåll av regionens system och leverantören ansvarar för dess innehåll. För administrativa dokument ska PDF och Officekompatibla filformat användas.

Leverantören ska använda sig av SITHS och HSA enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Leverantören ansvarar för att användarna inte har tillgång till fler programvaror och system än nödvändigt.

Leverantören ska kontinuerligt tillse att utrustningen är uppkopplad mot rjl:s nätverk för att säkerställa att skyddet mot skadlig kod, virus och spionprogram är aktuellt på verksamhetens utrustning.

Leverantören har rätt att använda egna stödsystem under förutsättningar att det inte krävs någon installation/förändring av eller stör andra delar av IT-miljön. Region Jönköpings län lämnar ingen support för dessa.

System och program som används för andra ändamål än Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören ska inte användas i den av Region Jönköpings län tillhandahållna IT-miljön.

System, program och utrustning som tillhandahålls av Region Jönköpings län får bara användas för verksamhet inom vårdval Region Jönköpings län. För mer information kopplat till samarbetsformen konsult se avsnitt 7.2 Informationssäkerhet.

IT-infrastruktur

Region Jönköpings län levererar kommunikationslösning mot Region Jönköpings läns nätverk inklusive nätverksutrustning. Leverantören ansvarar för det interna fastighetsnätet för data och telefoni, inklusive förbindelsen mellan avlämningspunkt och verksamhetens lokaler. Fastighetsnätet ska följa Region Jönköpings läns standard för kabelsystem.

Region Jönköpings län kan komma att leverera annan IT-uppkoppling till utlagd mottagning och filial än för leverantörens huvudmottagning.

Övrigt

Region Jönköpings län tillhandahåller inte infrastruktur, IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Vid införande av nya IT-tjänster eller vid större utbyggnader av Region Jönköpings läns befintliga IT-tjänster som kan komma att ingå i utbudet till leverantören upprättas ett nytt tjänsteavtal.

7.6 Support och IT-konsulttjänster

Leverantören har rätt att använda Region Jönköpings läns supportorganisation i frågor om Region Jönköpings läns IT-infrastruktur och fastställda IT-system. Servicenivåer för respektive IT-tjänst fastställs av systemägare, vilket innebär att olika system har olika inställelsetider gällande support.

Leverantören ska använda IT-beställningssystem och de blanketter som Region Jönköpings län tillhandahåller för beställningar. Leverantören ska göra felanmälningar på utrustning och program till Region Jönköpings läns kundcenter på IT-centrum. Region Jönköpings län har rätt att ha planerade avbrott för systemuppdateringar, nyinstallationer, service och underhåll.

Leverantören kan, efter överenskommelse, köpa IT-konsulttjänster från Region Jönköpings län inom systemområden som är relevanta för Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören.

8. Rapportering och uppföljning

8.1 Insyn och rapportering

Leverantören ska på begäran lämna ut relevant information till Region Jönköpings län, t.ex. uppgifter om bemanning och kompetens.

Information ska kunna lämnas ut för att tillgodose invånarnas önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs enligt kommunallagen samt för att Region Jönköpings län ska kunna säkerställa sitt uppdrag som huvudman för hälso- och sjukvården inom regionen.

Leverantören är inte skyldig att lämna information om utlämnandet strider mot lag eller annan författning.

8.2 Avtals- och uppdragsuppföljning

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av villkoren för godkännande av leverantör och andra avtalsvillkor.

Region Jönköpings län följer upp den kvalitet i vården som Region Jönköpings län vill förmedla till invånarna utifrån svensk lag. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska:

- vara säker
- vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- vara patientfokuserad
- vara effektiv
- vara jämlik
- ges i rimlig tid

Uppföljning ska t.ex. bidra till en positiv utveckling av befolkningens hälsa och leverantörernas verksamhet.

Region Jönköpings län äger rätt att följa upp leverantörens verksamhetsdata från bland annat vårdens IT-stöd. Nyckeltal och kvalitetsindikatorer kan revideras årligen i samband med regionfullmäktiges beslut om budget.

Region Jönköpings län kallar leverantören till dialog en gång om året för genomgång av verksamheten utifrån ett urval av inhämtade uppgifter. Inför genomgången ska leverantören gjort en egen analys av sin verksamhet inklusive medicinska resultat.

Förutom den årliga genomgången kan Region Jönköpings län kalla till uppföljningsdialoger inom specifika områden, exempelvis läkemedelsförskrivning.

Ett urval av vårdcentralernas resultat kan komma att redovisas publikt för att ge invånare insyn i verksamheten och underlag för att välja vårdcentral.

Verksamhetsdata och resultat är tillgängliga för leverantören via Region Jönköpings läns IT-stöd för analys- och rapportuttag.

Avdrag för bristande uppfyllnad av avtal

Enligt avtalet äger Region Jönköpings län rätt att helt eller delvis minska ersättning vid brister eller avtalsbrott.

Vid bristande uppfyllande av avtal eller måluppfyllelse av Region Jönköpings läns fastställda parametrar kan Region Jönköpings län besluta om ett avdrag på 1-5 kr per listad per månad i enlighet med Region Jönköpings läns riktlinjer.

Fördjupad uppföljning och revision

Region Jönköpings län har rätt att genomföra fördjupad uppföljning hos enskilda leverantörer eller inom specifika områden. Med fördjupad uppföljning menas riktad och systematisk kontroll av utförare som genomförs utöver den årliga och löpande uppföljningen. Fördjupad uppföljning kan ske bland annat genom verksamhetsrevision, kostnadsjämförelser och produktivitetsanalyser.

Region Jönköpings län har rätt att självt eller genom ombud genomföra revision av leverantörens verksamhet, exempelvis inom medicinsk kvalitet, ekonomiska och juridiska förhållanden. Möjligheten till revision omfattar även underleverantörer som leverantören anlitar för genomförande av uppdraget. Leverantören ska utan kostnad för Region Jönköpings län biträda vid revision bland annat genom att ställa nödvändig dokumentation till förfogande. Leverantören kan bli betalningsansvarig för fördjupad uppföljning och/eller revision om Region Jönköpings län bedömer att man behöver upphandla utomstående part för granskning och brister påvisas.

Kvalitetsregister och andra register

Leverantören ska rapportera till de kvalitetsregister och andra register som är aktuella för primärvården utifrån kunskapsstyrningen t.ex. PrimärvårdsKvalitet.

Patientenkäter

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings län om patientenkäter och i förekommande fall delta i den nationella patientenkäten. Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av allt grundmaterial från gemensamma patientenkäter.

9. Ersättningsvillkor

9.1 Budgetram

Region Jönköpings län fortsätter att satsa på primärvården och omställningen till nära vård. Målet är en samordning och kontinuitet av vårdinsatser, ökad tillgänglighet och ökad delaktighet där patientens ställning stärks. En stark primärvård främjar en jämlik hälsa och kräver en god bemanning. Region Jönköpings läns inriktningsmål för att bedöma kostnadseffektivitet är att ligga i nedre kvartilen jämfört med övriga län/regioner avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, samtidigt som vi levererar behandlingsresultat i toppklass.

Leverantörerna kompenseras årligen för löne- och prisutveckling med utgångspunkt från Sveriges Kommuner och Regioners prisindex.

Region Jönköpings län ska erbjuda läkemedelsbehandlingar som är så kostnadseffektiva som möjligt utan att det påverkar det medicinska resultatet. Målet är att Apotekets utpris exklusive moms per tusen invånare ska motsvara rikets kostnader. Visar primärvården som helhet ett underskott i jämförelse mot budget finns möjlighet att få tillskott från central budget för nya dyra läkemedel under förutsättning att primärvården ligger under eller i nivå med riket. När det sker kraftigt ökade merkostnader till följd av nya läkemedel eller vid införande av befintliga läkemedel till nya stora patientgrupper sker en särskild bedömning. Riktvärde är en årlig merkostnad på minst 1 000 000 kronor.

Förändringar i kostnadsansvar mellan Region Jönköpings läns olika verksamheter påverkar budgetramen enligt principen att ett utökat kostnadsansvar motsvaras av en utökad ersättning och vice versa. Ändrade kostnader som faller inom ramen för befolkningens förändrade konsumtion, eller härrör från ändrade arbetssätt hos leverantörerna, medför inte någon förändring i ersättningsramen. Ökat demografibehov täcks inte av utökad budget utan ska i första hand mötas med effektiviserad verksamhet genom förändrade arbetssätt.

Centrala överskott som beror på oväntade utfall kan komma att betalas ut retroaktivt fördelat via ACG och CNI under året. Vissa ersättningar kan vara villkorade av kommande uppdrag från Region Jönköpings län. Om inte uppdrag motsvarande avsatta medel kommer från Region Jönköpings län kan medlen fördelas via ACG och CNI under året.

9.2 Ersättningsmodell

Region Jönköpings läns ersättningsmodell för vårdval primärvård utgår från att pengarna följer patienten. Modellen ska stimulera måluppfyllelse, samverkan och kvalitetsutveckling. Modellen ska vara transparent så att det är tydligt på vilka grunder ersättning ges.

Den samlade ersättning som utbetalas till en leverantör förväntas täcka samtliga kostnader för uppdraget enligt regelboken för Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län.

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vård av patienter som valt en vårdcentral i Region Jönköpings län, men som är folkbokförda i annat län, på samma sätt som patienter folkbokförda i Jönköpings län, med undantag för läkemedelsersättningar.

Ersättningsmodellen förutsätter att Region Jönköpings län och leverantörerna tar gemensamt ansvar för att upprätthålla modellens intentioner och normer. Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter.

Den totala ersättningen är högre än den budgetram som regionfullmäktige beslutat i Region Jönköpings läns budget med flerårsplan. Detta beror på att ersättningsmodellen även innehåller andra finansieringskällor.

Vissa specifika ersättningar kan användas under ett eller ett par år för att stimulera införandet av nya arbetssätt. Därefter kan arbetssättet anses infört och vårdenheterna ersätts fortsättningsvis enligt vårdtyngd och socioekonomiska faktorer.

För primärvårdsuppdrag som lämpar sig att centraliseras i Region Jönköpings län av kompetens- och effektivitetsskäl kan tilläggsuppdrag utlysas.

Specifika ersättningar som tas bort eller tillkommer vid årsskiften och regleras med en månads eftersläp hanteras genom att kapiteringen ökar eller minskar beroende på den specifika ersättningens uppbyggnad. På så sätt minimeras effekten av en månads eftersläp över årsskiften.

9.3 Ekonomisk ersättning 2026

Ersättningar	**Totalbelopp tkr**
Kapiteringsersättning	
Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups)	1 447 115
Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index)	255 373
Läkemedel	522 000
Särskild ersättning	
Nära vård mest sjuka – Prediktion för inskrivning inom 60 dagar	40 000
Vårdsamordning, SIP	27 500
Läkarbesök i hemmet	25 700
Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden	17 900

Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende	24 400
Läkarmedverkan i barnhälsovården	14 500
Utökade öppettider	20 000
Ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter	10 000
Ersättning för jourverksamhet	34 000
Hälsosamtal	6 900
Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden	4 000
Vaccinationer, särskilt kostnadskrävande patienter	2 000
Systematiskt förbättringsarbete	7 900
Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten	2 600
Digitalisering	4 000
Tolk	7 600
Ersättning för utbildning	
ST-läkare	95 700
Utbildning för SSK, PTP, KBT, KUM, Magister/Master	13 700
Centrala utbildningsmedel	2 000
Övriga ersättningar samt avdrag/kostnadsansvar	-59 800
Budget Vårdval primärvård	**2 525 088**

9.4 Kapiteringsersättning

Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups)

ACG är en metod för att kategorisera patienters sjukdomar genom att gruppera diagnoser i öppen vård. ACG-grupperna representerar hälsotillstånd och är definierade utifrån sjukdomsbörda, ålder och kön. ACG-grupperna tilldelas olika vikter beroende på resursåtgång.

Ersättningen grundas på invånarnas registrerade diagnoser i både öppen och sluten vård de senaste 18 månaderna.

Leverantören får ersättning för de invånare som valt vårdcentralen. Leverantören får inte bygga sitt listningsunderlag på utomlänsinvånare. Listade utomlänsinvånare får endast utgöra en mindre andel av listningsunderlaget.

År 2026 är ersättningen för 1,0 relativ ACG-poäng 3 882 kronor.

Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index)

CNI är en metod att kategorisera vårdtyngd utifrån socioekonomiska faktorer. Leverantören får ersättning för sin genomsnittliga CNI-poäng per invånare som valt vårdcentralen. Statistiska centralbyrån (SCB) beräknar CNI på vårdcentralsnivå varje månad.

År 2026 är ersättningen för 1,0 CNI-poäng 307 kronor.

Variabler	**CNI-poäng**
Ensamboende äldre än 65 år	6,15
Utlandsfödd	5,72
Arbetslös	5,13
Ensamstående förälder	4,19
Flyttningar senaste året	4,19
Lågutbildad	3,97
Barn yngre än fem år	3,23

Läkemedel

Leverantören får ersättning för basläkemedel för listade invånare som är folkbokförda i Jönköpings län.

Ersättningen fördelas enligt ålder:

Ålder	**Ersättning per person**
0-49 år	380 kr
50-64 år	1 467 kr
65-74 år	2 717 kr
75-84 år	4 103 kr
85- år	5 271 kr

9.5 Särskild ersättning

Nära vård mest sjuka – Prediktion för inskrivning inom 60 dagar (Prea60)

Region Jönköpings län ersätter leverantören för dokumenterade överenskommelser till patienter som har identifierats som riskpatienter för inskrivning inom 60 dagar.

För att erhålla ersättning ska dokumenterade överenskommelser alternativt SIP upprättats i primärvården till riskpatienter de senaste 90 dagarna vid månadsmätningen.

Ersättning utgår månadsvis med 1 900 kronor per patient på vårdcentralens Prea60 lista om målet minst 70 procent uppnås. Halv ersättning utbetalas när andelen är minst 60 procent uppnås.

Vårdsamordning

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vårdsamordnarens samordning och deltagande i samordnad individuell plan (SIP).

- Ersättning för vårdsamordning är 300 kronor per listad invånare 75 år och äldre.
- Samordning och deltagande i SIP innefattar hela vårdplaneringsprocessen, och inte enbart upprättandet av SIP. Upprättande av SIP ska ske enligt Region Jönköpings län riktlinjer.
  Ersättningen är 4 000 kronor per patient och vårdplaneringsprocess.

Läkarbesök i hemmet

Region Jönköpings län ersätter leverantören för läkarbesök i hemmet enligt region Jönköpings län riktlinjer.

Leverantören kan även erhålla ersättning för hembesök på annan plast än folkbokföringsadressen om den enskilda invånaren på grund av komplex livssituation och utanförskap av olika slag inte nås av primärvården.

Fysiska besök av läkare ersätts med 3 000 kronor.

Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden

Region Jönköpings län ersätter leverantören som har avtal om läkarmedverkan på korttidsplatser och särskilda boendeformer för äldre. Korttidsboenden och särskilda boendeformer.

Ersättningen för permanentboendeplats är 4 000 kronor och för korttidsplats 12 000 kronor per år.

För att erhålla den särskilda ersättningen för läkarbesök i hemmet på 3 000 kronor krävs att det föreligger ett akut medicinskt behov som inte kan hanteras på distans (exempelvis telefon eller digitalt) eller under planerad läkarmottagning på boendet. Det vill säga det ska finnas ett akut behov av ett fysiskt läkarbesök som inte kan anstå.

Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende

Region Jönköpings län ersätter leverantören med 550 kronor per listad invånare 75 år och äldre.

Ersättningen avser att garantera invånare inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende motsvarande resurser som boende i särskilt boende.

Läkarmedverkan i barnhälsovården

Region Jönköpings län ersätter leverantören för läkarmedverkan i barnhälsovården.

Behovet av läkartid beräknas på ett genomsnitt av antal barn som är listade på vårdcentralen och födda de tre senaste åren viktat med CNI värde beräknat på barnens föräldrar. Ju högre CNI värde desto mer läkartid per barn.

Ersättningen är 1 490 kronor per timme.

Utökade öppettider

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för utökade öppettider utöver 9 timmar per dag 08:00-17:00 vardagar. Under den utökade öppettiden ska vårdenheten:

- ta emot akuta patienter enligt sitt närakutsuppdrag
- ha bokningsbara tider för planerade fysiska läkarbesök
- bedriva telefonrådgivning

De utökade öppettiderna ska gälla under en längre period och kommuniceras tydligt till invånarna. Region Jönköpings län ska i god tid meddelas utökade öppettider eller förändring av utökade öppettider.

Ersättningen är 3 300 kronor per timme.

Ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter

Leverantören kan efter ansökan få ersättning för mottagning utanför kommunernas huvudorter. Ersättning gäller orter från vilkas invånare har mer än 20 minuter till vårdcentralen med bil. Region Jönköpings län bedömer vilka mottagningar som ger rätt till ersättning. Om flera mottagningar finns på samma ort delas ersättningen. Stängning under t ex sommaren medför utebliven ersättning.

För mottagningar som förbättrar tillgängligheten för fler än 100 invånare och har öppet minst en gång per vecka och minst fyra timmar per dag är ersättningen 350 000 kronor per ort och år. Region Jönköpings län ersätter även sjuksköterskemottagning på Visingsö på motsvarande sätt.

För mottagningar som förbättrar tillgängligheten för fler än 100 invånare och har öppet minst tre gånger per vecka och minst fyra timmar per dag är ersättningen 450 000 kronor per ort och år.

För läkarmottagningar som förbättrar tillgängligheten för mellan 1 000 – 3 000 invånare och har öppet minst fyra dagar per vecka och minst åtta timmar per dag är ersättningen 900 000 kronor per ort och år.

För läkarmottagningar som förbättrar tillgängligheten för fler än 3 000 invånare och har öppet minst fyra dagar per vecka och minst åtta timmar per dag är ersättningen 1 300 000 kronor per ort och år.

Ersättning för jourverksamhet

Ersättning för gemensam jourverksamhet inklusive beredskapsjourer. Modellen är till för att utjämna differenserna i ACG och CNI ersättningen kopplat till jouruppdraget i de tre jourområdena.

Vårdcentraler jourområde Jönköping: 65 kronor per listad invånare och år
Vårdcentraler jourområde Eksjö: 100 kronor per listad invånare och år
Vårdcentraler i jourområde Värnamo: 130 kronor per listad invånare och år

Hälsosamtal

Region Jönköpings län ersätter leverantören för hälsosamtal som genomförs med hjälp av hälsokurvan med 1 100 kronor.

Tilläggsuppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden

De vårdcentraler som har ett högt CNI (Care Need Index) kan ansöka om en treårig ekonomisk ersättning för att arbeta med hälsofrämjande insatser. Ansökan ska ske enligt region Jönköpings läns riktlinjer.

Ersättningsmodell är under framtagande.

Vaccinationer

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vaccinationer enligt förtydligande.

Särskilt kostnadskrävande patienter

Region Jönköpings län kan besluta om ersättning till leverantörer med ansvar för vård av särskilt kostnadskrävande patienter. Ersättningen ska garantera god vård för ett fåtal patienter med behov av mycket stora volymer eller särskilt dyra sjukvårdsmaterial.

Leverantörer ansöker om ersättningen och Region Jönköpings län beslutar i varje enskilt fall. Ersättningen täcker leverantörens redovisade kostnader för sjukvårdsmaterial utöver 60 000 kronor per år och patient.

Eget systematiskt förbättringsarbete

Region Jönköpings län betalar ut ersättning i samband med godkända riktmärken (2 stycken). Ersättningen består av en grundersättning på 100 000 kr samt 10 kronor per listad invånare och år.

Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten

I grunduppdraget ingår att leverantören aktivt ska delta i förbättrings- och utvecklingsarbeten som kan ske i samverkan internt och externt.

Ersättningen ska inte ses som en heltäckande ersättning för uppdraget utan ett sätt att premiera och främja deltagande.

Ersättning för deltagande Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU)

Utsedd representant ersätts endast för deltagande den faktiska mötestiden enligt modell nedan.

Ersättning för deltagande Regionalt programområde (RPO)

Utsedd representant ersätts endast för deltagande den faktiska mötestiden enligt modell nedan.

Ersättning för deltagande i grupper enligt ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg”.

Utsedd ledamot eller representant i länsövergripande arbetsgrupp ersätts endast för deltagande den faktiska mötestiden enligt modell nedan.

Ersättning utbetalas per redovisad timma.

Personalkategori	Pris per timma
Specialistläkare, verksamhetschefer	1 260 kr
Psykolog	750 kr
Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast	580 kr
Administrativ personal, undersköterska	440 kr

Ersättning kan även utgå för andra större regionala länsövergripande förbättringsarbeten eller nationella uppdrag. Vilka uppdrag som ersätts fastställs av vårdval Region Jönköpings län. Alla ersättningar förutsätter att leverantören meddelat vårdval Region Jönköpings län om leverantörens deltagande i projekt, grupp eller annat utfört uppdrag.

Ersättning för deltagande i pilot eller modellverksamhet

Region Jönköpings län ersätter leverantören som deltar i pilot eller modellverksamhet i syfte att testa nya arbetssätt som sedan kan spridas i Region Jönköpings län. En särskild ersättning som bestäms i förväg betalas ut från fall till fall.

Ordförandeskap i Länsgemensamma programområden (LPO)

Region Jönköpings län ersätter leverantören som bemannar primärvårdens ordförandeskap i aktuella LPO grupper. Ersättningen är 10 procent av en heltidslön (regionens genomsnittslön för respektive personalkategori) inklusive kostnader för overhead. Ordförande ska vara en av de utsedda primärvårdsrepresentanterna enligt avsnitt 5.1 Kunskapsstyrning- Deltagande i Region Jönköpings läns kunskapsstyrning.

Tolk
Leverantören får ersättning för månadsvis redovisade tolkarvoden. Ersättning medges för max tre månader gamla fakturor.

9.6 Ersättning för utbildning
Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning SOSFS 2015:8 (gamla förordningen)
Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST-tjänstgöring, vilket normalt innebär fem år.

Region Jönköpings län ersätter som regel max 60 månaders heltidstjänstgöring (eventuell provanställning inräknad) men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader. Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar en Svensk läkarutbildning med AT utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Vårdcentralen står för alla kostnader som är förenade med ansvaret för en ST-läkare. Vårdcentralen avlönar ST-läkaren under hela specialisttjänstgöringen. Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Leverantören får ersättning med 63 500 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen)
Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST tjänstgöring, vilket normalt innebär 5,5 år.

Region Jönköpings län ersätter som regel max 66 månaders heltidstjänstgöring (eventuell tillgodoräknas tjänstgöring på Nässjö utbildningscenter) men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader. Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar en Svensk läkarutbildning utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Vårdcentralen står för alla kostnader som är förenade med ansvaret för en ST-läkare. Vårdcentralen avlönar ST-läkaren under hela specialisttjänstgöringen. Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Leverantören får ersättning med 63 500 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Pre-ST via Nässjö utbildningscenter för specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8

Leverantören kan efter ansökan få ersättning retroaktivt för den pre-ST tid läkaren fullgjort via Nässjö utbildningscenter under max 3 månader heltidstjänstgöring.

Leverantören får ersättning med 45 000 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Vetenskaplig handledning av ST-läkare

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för anställd som åtar sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST-läkare i allmänmedicin enligt särskilt beslut.

Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU eller EES land

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för fortbildning av läkare med läkarexamen, från EU eller EES-land, som fått automatisk specialistkompetens i allmän medicin i Sverige i samband med ansökan om svensk legitimation. Ersättningen är densamma som för ST-läkare i ST-utbildning under den tid som kompletterande utbildning sker. Ersättning utgår upp till 2 år, vid särskilda skäl kan ersättningen förlängas med upp till 6 månader.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning med 45 000 kronor per månad för specialistutbildning till distriktssköterska och 50 000 kronor per månad för specialistutbildning till psykiatrisjuksköterska beräknat på heltidsstudier.

PTP-psykolog

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning med 45 000 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

För att en vårdcentral ska kunna anställa en PTP-psykolog med central finansiering krävs att vårdcentralen är bemannad med minst en legitimerad psykolog med dokumenterad erfarenhet av tjänstgöring i primärvårdsverksamhet samt att vårdcentralen kan erbjuda PTP-handledning av psykolog med minst tre års erfarenhet av yrket.

KBT-utbildning steg 1

Leverantören kan efter godkänd ansökan och genomförd godkänd termin få ersättning med 50 000 kronor per termin

Magister eller master utbildning

Leverantören kan efter godkänd ansökan och för varje 30 högskolepoäng studenten uppnår få ersättning med 100 000 kr.

Klinisk undervisningsmottagning (KUM)

Leverantören kan efter godkänd ansökan teckna avtal med Region Jönköpings län gällande tilläggsuppdrag för att bedriva klinisk undervisningsmottagning i Jönköpings län. Uppdraget ersätts enligt särskild modell.

Centrala utbildnings- och utvecklingsmedel

Region Jönköpings län har avsatt medel till centrala utbildningar och utveckling som en del i omställningen av den nära vården till primärvården. Avsatta medel hanteras centralt och är inte ansökningsbara.

9.7 Övriga ersättningar

Vård av patient som är listad på annan vårdcentral

Ersättning gäller alla invånare folkbokförda i Sverige.

Fysiska besök

Region Jönköpings län ersätter leverantören för fysiska besök av patienter som inte är listade på vårdcentralen.

	Ersättning*
Läkarbesök	650 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr

* Ersättning inklusive medicinsk diagnostik. Erlagd patientavgift tillfaller inte leverantören enligt avsnitt 6.7.

Digitala besök

Region Jönköpings län ersätter leverantören för digitala besök av patienter som inte är listade på vårdcentralen.

	Ersättning*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Ersättning inklusive medicinsk diagnostik. Erlagd patientavgift tillfaller inte leverantören enligt avsnitt 6.7.

Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar

Leverantören får ersättning för vård av personer bosatta i EU- eller EES-land. Underlag för utbetalning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer (exempelvis kopia på giltigt EU-kort) ska skickas in till Region Jönköpings län. Saknas fullständigt underlag betalas inte någon ersättning ut.

För vård av utländska medborgare och utlandssvenskar bosatta i länder utanför EU och EES gäller särskilda regler. I flera fall betalar patienten själv sin vård.

Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.

Leverantören får ersättning för vård av asylsökande. Särskilda regler gäller, se Region Jönköpings läns riktlinjer. Kvotflyktingar och anknytningsflyktingar har

rätt till en kostnadsfri hälsoundersökning inom en tolvmånadersperiod efter ankomst till Sverige.

För att ersättning ska utbetalas ska registrering ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. I aktuella fall måste uppgifter om LMA-kortets dossiernummer framgå. Saknas detta betalas ingen ersättning ut.

Momskompensation

En privat leverantör får momskompensation genom att ersättningen räknas upp med 5 procent på nettoutbetalningen.

Enligt nuvarande momslagstiftning har landstingskommunala leverantörer avdragsrätt för ingående moms. Motsvarande gäller inte privata leverantörer som i stället måste kostnadsföra ingående moms. För att privata och landstingskommunala leverantörer ska kunna konkurrera på lika villkor får de privata leverantörerna därför kompensation för sina merkostnader för moms.

Riktade statsbidrag

Regeringen använder särskilda statsbidrag för att stimulera utveckling inom viktiga områden i regionernas och kommunernas verksamhet. Villkoren för statsbidragen beslutas vanligen för ett eller två år i taget. Leverantören förväntas delta i relevanta förbättringsområden kopplat till stadsbidrag. Modellerna för ersättning varierar.

Kvalitetsindikatorer kopplad till ersättning

Under avtalsperioden kan Region Jönköpings län komma att, med hjälp av Forum Primärvård Beställare Utförare (Forum-PBU) ta fram förslag till kvalitetsindikatorer för nästkommande verksamhetsår utifrån ett patient- och producentperspektiv.

Region Jönköpings län beskriver hur indikatorerna ska mätas, redovisas, följas upp och ersättas. Kvalitetsindikatorerna ska vara klara senast tre månader före nästa verksamhetsår.

9.8 Avdrag/kostnadsansvar

Patientavgifter

Leverantören är skyldig att ta ut de patientavgifter som fastställts av Region Jönköpings län. Följsamheten till detta är grundläggande för att Region Jönköpings läns patienter ska behandlas lika.

Patientavgifter räknas av mot den ersättning som betalas ut. Patientavgifterna är en delfinansiering av ersättningsmodellen.

Månadsvis sker avstämning mellan budgeterade patientintäkter och faktiskt utfall. Vid större avvikelser kan en justering av ersättning göras i proportion till ACG/CNI.

Vårdcentralen ersätts inte för uteblivna patientintäkter till följd av att patienten låter bli att betala avgift enligt Region Jönköpings läns avgiftsregler. Leverantören får inte heller ersättning för återbetald patientavgift, exempelvis den som en patient som vid planerat besök får vänta mer än 30 minuter har rätt till.

Avdrag för besök på annan vårdcentral i Region Jönköpings län

Leverantören får avdrag när listad patient får vård på annan vårdcentral i Region Jönköpings län. Avdragen inkluderar kostnader för medicinsk diagnostik. Avdragen görs i samband med den månatliga utbetalningen av ersättning.

Fysiska besök

	Avdrag*
Läkarbesök	650 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Digitala besök

	Avdrag*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

I de fall leverantören har tecknat avtal om att köpa vård från en annan leverantör, där avtalet även reglerar ersättning och denna avviker från prislistan, ska leverantören betala ersättning till den leverantör som har tillhandahållit vården. Avtalsparterna administrerar och ansvarar själva för de ekonomiska mellanhavandena.

Avdrag för besök i andra regioner

Leverantören får avdrag för besök när listad patient får digital vård på primärvårdsnivå i andra regioner.

Avdrag för besök utanför länet sker i samband med att den besökta regionen fakturerar Region Jönköpings län. Den besökta regionen ska fakturera patientens hemregion senast sex månader efter besöket.

Digitala besök

	Avdrag*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Avdrag för besök hos privat vårdgivare på nationella taxan eller vårdavtal på primärvårdsnivå

Leverantören får avdrag när listad invånare har besökt läkare eller fysioterapeut/sjukgymnast som arbetar enligt nationella taxan, lagen (1993:1651) om

läkarvårdsersättning (LOL-lagen) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF-lagen) eller som har vårdavtal på primärvårdsnivå.

- Avdrag för de 5 första läkarbesöken per person och år
- Avdrag för de 10 första besöken hos fysioterapeut/sjukgymnast per person och år

Besök hos läkare och fysioterapeut/sjukgymnast enligt nationella taxan eller vårdavtal (primärvårdsnivå)	**Avdrag**
Läkarbesök inklusive telefonrådgivning*	650 kr
Sjukgymnastbesök*	450 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Kostnadsansvar för läkemedel

Leverantören betalar förmånskostnaden för basläkemedel (läkemedel på recept) för listade invånare folkbokförda i Jönköpings län (oavsett förskrivare). För listade invånare som inte är folkbokförda i Jönköpings län betalar personens hemlandsting. Läkemedelskommittén reviderar listan med basläkemedel årligen. Nyregistrerade läkemedel kan tillföras listan under året.

Förmånskostnaden för basläkemedel belastar vårdcentralen. Basläkemedel är alla läkemedel på recept, med följande undantag:

- Läkemedel som uppenbart är sjukhusspecifika.
- Läkemedel (7-ställig ATC-kodsnivå) där riktlinjerna är att Region Jönköpings läns årskostnad för enskilt läkemedel ska överstiga 0,5 miljoner kronor och primärvårdens förskrivning vara mindre än 30 procent. Båda kriterierna ska vara uppfyllda.

NOAK-läkemedel (Dabigatranetexilat, Rivaroxaban, Apixaban och Edoxaban) belastar vårdcentralen med halva förmånskostnaden.

Leverantören har även kostnadsansvar för de rekvisitionsläkemedel som behövs i vårdcentralens verksamhet.

Kostnader för läkemedel (med undantag för syrgas) i akutförråd på särskilda boendeformer inom kommunal hälso- och sjukvård belastar inte vårdcentralen.

Kostnadsansvar för medicinsk service inom Region Jönköpings län

Leverantören har kostnadsansvar för alla typer av medicinsk diagnostik som beställs av vårdcentralen.

Kostnadsansvar för närakutmottagning

Leverantören har kostnadsansvar för laboratorieprover och radiologi som ordinerats av leverantörens personal på närakutmottagningen. Leverantören ansvarar för samtliga sina personalkostnader, inklusive resor och logi, när personalen tjänstgör på närakutmottagningen.

Region Jönköpings län ansvarar för lokalhyra, städning, vaktmästeri, telefoni, läkemedelsförråd, förbrukningsmaterial och investeringar av nödvändig utrustning samt sjukresor. Patientavgifter på närakutmottagningen tillfaller och bokförs på Region Jönköpings län.

Kostnadsansvar för smittskydd

Leverantören har kostnadsansvar för provtagning av enskilda personer i samband med smittspårning av exempelvis tarmsjukdomar, STI-sjukdomar eller stick- och skärskador.

Leverantören har kostnadsansvar för provtagning och behandling i samband med utbrott av smittsamma sjukdomar. Vid större utbrott kan samråd ske med Region Jönköpings läns smittskyddsläkare för kostnadsfördelning.

Kostnader för IT och telefoni

För de obligatoriska IT-stöden debiteras ingen kostnad för leverantören.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för IT-infrastruktur och eventuell hyra av IT-utrustning.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för TeleQ som innefattar infrastruktur, licenser, samtalskostnader, eventuell hyra av telefoner. Leverantören får avropa TeleQ enligt Region Jönköpings läns leveransavtal med tjänsteleverantören.

Kostnader för förbrukningsmaterial

Leverantören erbjuds att köpa förbrukningsmaterial från Materialförsörjningen. Leverantören debiteras för dessa kostnader.

9.9 Underlag för utbetalning

Region Jönköpings län hämtar de flesta uppgifter som ligger till grund för utbetalning av ersättning från listningssystemet och Cosmic. Reglering för utbetalning baseras på samtliga vårddata som registrerats vid avstämningstidpunkten. Ersättningsberäkningen är beroende av inrapportering av korrekt indata från vårdcentraler inom Vårdval Primärvård. Leverantören är ansvarig för all sin registrering och rapportering och att leverera efterfrågade indata av god kvalitet. Systemet för inrapportering bygger i stor utsträckning på förtroende för leverantörens integritet och noggrannhet och leverantören ska lojalt fullgöra sina skyldigheter i detta avseende. Det är av yttersta vikt för förtroendet mellan parterna, liksom för kontraktets fortlevnad, att Region Jönköpings län får korrekt indata från vårdcentralen.

I de fall då leverantörerna ska lämna in underlag för ersättning till Region Jönköpings län måste det ske senast den åttonde i varje månad för att komma med i nästa utbetalning.

Utbetalning av ersättning sker den 19:e varje månad. Om den 19:e infaller på en helgdag sker utbetalning på efterföljande vardag.

Om det finns fel i registreringar eller rapporteringen som innebär att för hög utbetalning skett äger Region Jönköpings län rätt att kräva återbetalning av felaktigt utbetalt belopp eller att minska ersättningen på kommande utbetalningar. Ersättning som uteblir på grund av felaktig registrering eller rapporteringar kompenseras inte i efterhand. Region Jönköpings län korrigerar inte heller tillägg och avdrag för besök på annan vårdenhet som skett på grund av utebliven eller felaktig inrapportering av underleverantörsavtal.

Om Region Jönköpings län gör en felaktig för stor utbetalning blir leverantören återbetalningsskyldig eller att vi minskar ersättning på kommande utbetalningar. Om Region Jönköpings län gör en felaktigt för liten utbetalning kommer ersättningen justeras.

10. Anvisningar för ansökan

10.1 Ansökan om godkännande

Intresserade bjuds in att ansöka om godkännande för att få driva vård inom vårdvalet. En leverantör kan ansöka om godkännande för flera enheter. En ansökan ska lämnas per enhet.

Det finns inget sista datum för ansökan. Det innebär att ansökan kan lämnas tills det aktuella vårdvalet upphör. Inför en ny avtalsperiod ansöker även sedan tidigare godkända leverantörer.

Ansökan ska ske enligt Region Jönköpings läns anvisningar.

Region Jönköpings län

Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län

Regelbok 2026

Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem

Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppdrag-och-avtal/vardval/

Innehåll

1. Vision och övergripande mål 8
1.1 Vision för Region Jönköpings län 8
1.2 Övergripande mål 8
1.3 Vårdval i specialiserad ögonsjukvård 10
Mål och grundläggande principer 10
2. Allmänna villkor 12
2.1 Verksamhetsförutsättningar 12
Verksamhetschef 12
Medicinskt ledningsansvarig läkare 12
Bemanning och kompetens 12
Lokaler 12
Lokalisering 13
2.2 Utgångspunkter 13
Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering 13
Barnets rättigheter och behov 13
Hållbar utveckling 13
Informationsansvar 14
Kunskapsstyrning 14
Marknadsföring och information till invånare 14
Patientens rättigheter 15
Dokumenterad överenskommelse 15
Fast vårdkontakt 16
Kontinuitet 16
Klagomål 16
Vårdgaranti 16
Patientsäkerhet 16
Samverkan 17
Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer 17
Forum Specialiserad Ögonsjukvård Beställare Utförare (Forum-SÖBU) 17
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 18
Patientmedverkan 18
2.3 Invånarens val 18

2.4 Ansvar och skyldigheter 18
Kris och katastrofmedicinsk beredskap 18
Handlingsplan för plötsligt omfattande bemanningsbortfall 19
Intyg 19
Läkemedel 19
Medicinsk service/diagnostik 19
Medicintekniska produkter 20
Hjälpmedel och förbrukningsprodukter 20
Förbrukningsmaterial via Materialförsörjningen 20
Patientjournalen 20
Patientskadeförsäkring 21
Läkemedelsförsäkring 21
Sjukskrivning 21
Smittskydd 21
Remisser 21
Sjuk- och behandlingsresor 21
Tolk 22
Vårdhygien 22
2.5 Arbetsgivaransvar 22
Meddelarfrihet och meddelarskydd 22
Sociala avgifter och skatt 22
Tystnadsplikt och sekretess 22
2.6 Samarbetsformer 23
Överenskommelse inom samma vårdgivare 23
Konsultavtal 23
Underleverantörsavtal 24
2.7 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem 24
3. Specialiserad ögonsjukvårds uppdrag 25
3.1 Ögonmottagning 25
Ögonbottenfotografering av diabetiker 26
Kataraktoperationer 27
Polikliniska operationer - övriga 28
Laserbehandling i ögats främre segment 29

Provtagning 29
3.2 Tillgänglighet 29
Öppettider 29
Telefon 30
E-tjänster 30
Filial 30
3.3 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete 31
3.4 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin 31
Rehabilitering 31
Habilitering 32
Försäkringsmedicin 32
3.5 Vård av flyktingar och migranter 32
3.6 Vårdsamordning 32
3.7 Utbildning och forskning 32
Grundutbildning 32
Studenter och elever 32
Vidareutbildning 33
Allmäntjänstgöring (AT) för läkare 33
Specialisttjänstgöring (ST) läkare 33
Specialistutbildning för sjuksköterskor 33
Forskning 33
3.8 Systematiskt förbättringsarbete 34
4. Informationshantering och IT 35
4.1 Inledning 35
4.2 Informationssäkerhet 35
4.3 Personuppgifter 36
4.4 Verksamhetsdata 36
4.5 IT-system och infrastruktur 36
IT system och utrustning 36
IT-infrastruktur 37
Övrigt 37
4.6 Support och IT-konsulttjänster 37
5. Rapportering och uppföljning 39
5.1 Insyn och rapportering 39

5.2 Avtals- och uppdragsuppföljning....39
Kvalitetsregister....40
Patientenkäter....40
Fördjupad uppföljning och revision....40
6. Ersättningsvillkor....41
6.1 Budgetram....41
6.2 Ersättningsmodell....41
Kostnadskontroll....41
6.3 Ersättning....42
Allmänt....42
Fördelning av ersättning....42
6.4 Patientrelaterad ersättning....42
Ersättningsvillkor....42
Ersättning per besök och kontakt....42
Kataraktoperationer....43
Polikliniska operationer....43
Laserbehandling i ögats främre segment....43
Vård av patienter från andra regioner....44
Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar....44
Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m....44
6.5 Särskild ersättning....44
Kompensation för utebliven patientavgift....44
Utbildning....45
Vetenskaplig handledning av ST-läkare....45
Specialistutbildning för sjuksköterskor....45
Tolk....45
6.6 Övrig ersättning....45
Ersättning för deltagande i pilot....45
Riktade statsbidrag....45
Momskompensation....45
Kunskapsstyrning....45
6.7 Kostnader....46
Medicinsk service inom Region Jönköpings län....46

Kostnader för IT och telefoni 46
Läkemedel 46
Kvalitetsavdrag 46
6.8 Underlag för utbetalning 47
7. Avtalsperiod och anvisningar för ansökan 48
7.1 Avtalsperiod 48
7.2 Ansökan om godkännande 48

1. Vision och övergripande mål

1.1 Vision för Region Jönköpings län

För ett bra liv i en attraktiv region.

1.2 Övergripande mål

Målet för hälso- och sjukvården i Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och en god och jämlik vård oavsett var i länet man bor. Länets invånare ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver den. Region Jönköpings län vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

Region Jönköpings län beskriver den nära vården som:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheteter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.



Region Jönköpings läns strategi för nära vård är att ställa om hälso- och sjukvården från slutenvård till öppenvård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva.

För att ”Esther” ska få bästa möjliga vård utifrån sina behov stärks samverkan med kommunerna. För en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län stödja invånaren i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa.

Region Jönköpings län är aktiv i utveckling och implementering av välfärdsteknik och e-hälsa. Digitala vårdsbesök ska vara en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga att vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

I Jönköpings län är vårdcentralen invånarnas självklara förstahandsval när de har behov av hälso- och sjukvård. Vårdcentralen är den naturliga koordinatorn som samordnar invånarnas behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Invånarna känner tilltro och upplever att de är trygga och säkra i sina kontakter med vårdcentralen.

Vården ska bedrivas personcentrerad. I den personcentrerade vården ska andra behov än enbart de fysiska behoven lyftas fram. En viktig framgångsfaktor är den personcentrerade vården som innebär att se och möta hela människan och där individens berättelse är utgångspunkten för partnerskap, gemensam planering och ömsesidig respekt för varandras kunskap. Även anhöriga och närståendes hälsa och delaktighet ska finnas med och ha en tydligare roll vid varje kontakt med vårdgivare.

För att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård innefattar planen sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård.
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering.
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs.
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

1.3 Vårdval i specialiserad ögonsjukvård

Utifrån budget och flerårsplan fastställer och reviderar regionfullmäktige årligen mål, uppdrag och ersättningsvillkor för vården som avtalas och drivs inom ramen för Lag om valfrihetssystem (2008:962).

Mål och grundläggande principer

Vårdvalsmodellen för Region Jönköpings län:

1. Stärker invånarnas inflytande

genom att

- invånarna väljer vårdgivare
- ersättningen följer invånaren
- redovisning av kvalitet och resultat är offentliga
- vården ges med kontinuitet och bred kompetens
- vården ges på lika villkor i hela länet
- vården är personcentrerad och utförs i samarbete med patienten
- vårdgivaren upprättar en dokumenterad överenskommelse (Patientkontrakt) och en samordnad individuell vårdplan
- stärka invånarnas förmåga till egenvård

2. Tillvaratar och utvecklar de professionella gruppernas kompetens

genom att

- stimulera kreativitet och innovation med invånarens behov i fokus
- systematiskt fördela arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens som främjar personcentrerad vård, kvalitet och effektivitet
- sörja för att det finns rätt kompetens och kontinuerlig kompetensutveckling
- utgå från teamsamverkan och tillvarata alla medarbetares kompetens
- stimulera mångfald av vårdgivare

- delta aktivt i forskning och utveckling
- handleda och utbilda studenter, AT-, ST-läkare

3. Styr mot önskvärda resultat

genom att

- premiera goda kliniska resultat
- premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- vara patientsäker
- ha hög tillgänglighet
- stimulera samverkan och utveckling av nya arbetssätt
- stimulera digitalisering och e-hälsa
- säkerställa kostnadseffektiv vård
- stimulera aktivt deltagande i klinisk forskning

2. Allmänna villkor

Leverantören ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och Region Jönköpings läns styrande dokument i form av exempelvis policy och riktlinjer, överenskommelser och kliniska kunskapsstöd.

2.1 Verksamhetsförutsättningar

Sökanden ska ha en organisation med kapacitet att hantera och leverera de efterfrågade tjänsterna.

Beställaren kommer att bedöma om sökanden kan uppfylla verksamhetskraven utifrån beskrivningarna i ansökan och eventuella tidigare uppdrag inom området.

Verksamhetschef

Sökanden ska ha en för uppdraget ansvarig verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30, 4 kap. 2§). Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med verksamheten och de lagar, förordningar, riktlinjer, föreskrifter från Socialstyrelsen och de allmänna råd som gäller för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ledningsansvarig läkare

Verksamheten ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare. Den medicinskt ledningsansvariga läkaren ska vara specialist i oftalmologi med minst tre års erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten oftalmologi efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning. Medicinskt ledningsansvarig läkare ska vara regelbundet kliniskt verksam vid vårdenheten och där emellan vara tillgänglig för vårdenheten vid behov.

Bemanning och kompetens

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med formell eller reell kompetens som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Verksamheten ska ha en bemanning som främjar kontinuiteten i verksamheten.

Verksamheten behöver en tvärprofessionell bemanning där olika professioner kompletterar varandra. Vårdenheten ska ha minst två läkare, med specialistkompetens inom oftalmologi.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare får den fortbildning som behövs för att upprätthålla kompetens för att ge god och säker vård.

Leverantören ska vid förfrågan lämna uppgifter om bemanning och kompetens.

Lokaler

Leverantören ska ha för verksamheten ändamålsenliga och godkända lokaler i Jönköpings län. Lokalerna ska uppfylla gällande lagkrav och föreskrifter för vårdverksamhet. Lokalerna ska vara fysiskt tillgängliga för alla enligt Boverkets riktlinjer för tillgängliga lokaler. Med lokaler avses vårdenhetens samtliga

verksamheter. Vårdenheter som anlitar underleverantör ansvarar att säkerställa att den fysiska tillgängligheten är uppfylld.

Leverantören ska ha de hjälpmedel som krävs för att patienter på ett säkert sätt kan förflyttas vid undersökning, behandling eller träning, exempelvis via personlyft, överflyttningsplattform eller liknande.

Lokalisering

Inom vårdval Region Jönköpings län är det inte tillåtet att öppna någon form av vårdenhet i andra län för att bedriva fysiska utomlänsbesök.

2.2 Utgångspunkter

Leverantören ska följa gällande regelbok för ”*Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län Regelbok 2024*” med tillhörande tillägg i form av t.ex. förtydliganden och riktlinjer.

Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering

Leverantören ska följa gällande lagstiftning för främjande av lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering.

- Diskrimineringslagen (2008:567).
- Förbud mot missgynnande behandling av arbetstagare eller arbetssökande som är, ska vara eller har varit föräldraledig. Omfattar även vård av sjukt barn. Föräldraledighetslagen (1995:584).
- Arbetsmiljölagen (1977:1160).
- Förordningen (2006:260) om antidiskrimineringsvillkor i upphandlingskontrakt.

Leverantören ska på begäran redovisa åtgärder, upprättade planer med mera som vidtagits med anledning av ovanstående.

Barnets rättigheter och behov

Leverantören ska följa lagen om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (2018:1197) och Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) avseende ett barns behov av information, råd och stöd som anhörig, samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Hållbar utveckling

Leverantören ska:

- följa Region Jönköpings läns Hållbarhetsprogram 2021-2025 (gäller även för 2026)
- årligen rapportera åtgärder som vidtagits under året
- rapportera hur hållbarhetsmålen kommunicerats i verksamheten.

Informationsansvar

Leverantören och Region Jönköpings län har ett ömsesidigt ansvar att samråda och informera om verksamhetsförändringar som påverkar invånarnas tillgång till vård och service eller samarbetet mellan leverantören och Region Jönköpings län.

Leverantören ska bland annat informera Region Jönköpings län om:

- ändrade ägarförhållanden
- överlåtelse av LOV-avtal till annan vårdenhet/leverantör
- byte av marknadsnamn eller firma för verksamheten
- byte av verksamhetschef
- byte av medicinskt ledningsansvarig läkare
- underleverantörer, konsulter och samverkanspartners
- risk för kapacitetsbrist

Leverantören ska representeras på informationsmöten som Region Jönköpings län kallar till.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är vårdens gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.
Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare har förutsättningar att:

- använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte
- följa upp och analysera patientmöten både på individnivå och på gruppnivå
- använda nationella kvalitetsregister för att systematiskt förbättra sin verksamhet
- tillämpa nationella och lokala kunskaps- och beslutstöd som Region Jönköpings län anvisar
- omsätta ny kunskap effektivt och systematiskt
- identifiera och prioritera förbättringsområden tillsammans med patienten
- delta i Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd och Länsgemensamt programområde (LPO)

Marknadsföring och information till invånare

Leverantören ska följa marknadsföringslagen (2008:486). All marknadsföring ska vara saklig och korrekt.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje Marknadsföring av hälso- och sjukvård och tandvård, övriga riktlinjer inom kommunikationsområdet, riktlinjer för kallelser samt följa gällande praxis för patientinformation.

I all marknadsföring ska tydligt framgå vem som ansvarar för verksamheten eller tjänsten och hur man kontaktar ansvarig.

Leverantören ska tydligt informera om att hela eller delar av verksamheten finansieras och drivs på uppdrag av Region Jönköpings län enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Region Jönköpings läns symbol för vårdval används för att signalera vilka vårdenheter som är godkända och möjliga att välja. Symbolen ska användas på vårdenhetens webbplats och i informationsprodukter där det är relevant. Symbolen får användas i marknadsföring, men inte i brev och kallelser, på kuvert, visitkort, tidkort och liknande produkter.

Leverantören ansvarar för att det finns en kontaktsida på 1177.se som i allt följer Riktlinjer för kontaktsidor på 1177.se och de kompletterande riktlinjer som det hänvisas till.

Leverantören länkar till 1177.se från sin webbplats och tillser att webbplatsen uppfyller lagar och regler, enligt skrivning i Riktlinje för webbplatser inom Region Jönköpings län.

Om leverantören har verksamhet och utbud utanför LOV ska informationen vara tydligt separerad. Detta innebär exempelvis behov av separata webbsidor för verksamhet inom LOV och verksamhet utanför LOV.

Leverantörens ska medverka i Region Jönköpings läns informationskampanjer. Leverantören ansvarar för eventuella underleverantörers marknadsföring.

Patientens rättigheter

Leverantören ska ha goda kunskaper om och tillämpa patientens rättigheter utifrån patientlagen (2014:821) som syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Dokumenterad överenskommelse

Leverantören ska kunna erbjuda patienten en dokumenterad överenskommelse enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Överenskommelsens delar dokumenteras i Cosmic enligt gällande rutin.

Samordnad individuell plan (SIP)

Leverantören ska följa region Jönköpings läns riktlinjer för samordnad individuell plan.

Fast vårdkontakt

Leverantören ska enligt Patientlag (2014:821) och enligt Region Jönköpings läns riktlinjer utse en fast vårdkontakt för de patienter som behöver eller begär det, för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Fast vårdkontakt registreras enligt gällande rutin.

Kontinuitet

Kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet.

Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett vårdteam med flera olika professioner. Graden av kontinuitet ska anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser då till exempel inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.

Klagomål

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Vårdgaranti

Leverantören ska uppfylla den lagstadgade nationella vårdgarantin och Region Jönköpings läns krav på tillgänglighet.

Patientsäkerhet

Leverantören ska följa lagar och föreskrifter om patientsäkerhet, exempelvis:

- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns chefläkarorganisation och delta i riskanalyser samt händelseanalyser vid utredning av händelser som berör egen verksamhet och verksamheter där Region Jönköpings län är vårdgivare.

Leverantören ska ha rutiner för registrering och hantering av avvikelser. Leverantören ska anmäla, följa upp och analysera egna avvikelser i Region Jönköpings läns avvikelsehanteringssystem Synergi. Leverantören ska kunna delta i systemövergripande analyser och uppföljning av avvikelser samt vara behjälplig i spridningen av resultaten.

Leverantören ska i enlighet med Patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Leverantören kan få stöd i sin utredning från Region Jönköpings läns chefläkarorganisation. Leverantören ska på begäran skicka en avidentifierad kopia på den kompletta anmälan, eventuell händelseanalys och beslut från Inspektionen för vård och omsorg till Vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska på begäran skicka en kopia på verksamhetstillsyn och andra beslut från Inspektionen för vård och omsorg till Vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska förse patientnämnden med de uppgifter som nämnden behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Leverantören ska utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs vid granskning av enskilda ärenden.

Leverantören ska beakta Region Jönköpings läns arbete med patientsäkerhet som det uttrycks i budget och flerårsplan.

Leverantören ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen.

Leverantören ska delta i regionala kvalitetsindikationsmätningar och beakta de utbildningsaktiviteter Region Jönköpings län erbjuder medarbetare i patientsäkerhet.

Samverkan

Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer

Leverantören ska samverka med funktioner och verksamheter inom Region Jönköpings län, kommuner och andra myndigheter enligt lagar, föreskrifter, förordningar, överenskommelser och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Samverkan kan gälla enskilda patienters vård och rehabilitering men också planering, utveckling, uppföljning av verksamheten och kompetensutveckling.

Samverkan med kommunerna regleras bland annat i dokumentet ”*Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommuner gällande hälsa, vård och omsorg.*”

Forum Specialiserad Ögonsjukvård Beställare Utförare (Forum-SÖBU)

Forum-SÖBU har i uppdrag att:

- vara Region Jönköpings läns forum för dialog mellan beställare och utförare inom Vårdval specialiserad ögonsjukvård.
- vara ledningsstöd till ögonsjukvårdens representanter i Länsgemensamma programområde (LPO) Ögonsjukvård i kunskapsstyrningsorganisationen.

Forum-SÖBU består av samtliga verksamhetschefer för leverantörer i privat och offentlig regi samt från Regionledningskontoret Region Jönköpings län som leder och samordnar gruppens arbete.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9). Leverantören ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta.

Leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt skapa förutsättningar för medarbetarna att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Patientmedverkan

Patientmedverkan ska utgöra en naturlig del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.
Syftet med patientmedverkan är att förbättra och utveckla verksamheten utifrån ett patientperspektiv och de listade invånarnas behov.
Med patientmedverkan menas en nära involvering i dialog i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.
Allmänna enkätutskick och kontakter med intresseorganisationer utgör inte en nära patientmedverkan men kan vara ett bra komplement.

2.3 Invånarens val

Vårdval inom den öppna specialiserade ögonsjukvården innebär att invånare från 18 år och äldre som söker ögonsjukvård har möjlighet att fritt välja mellan flera godkända ögonmottagningar inom både offentlig och privat regi.

Syftet är att erbjuda en god, trygg och behovsstyrd vård, kombinerat med valfrihet, god tillgänglighet och närhet.

Samtliga godkända ögonmottagningar inom vårdvalet ska uppfylla det uppdrag och de kvalitetskrav som Region Jönköpings län ställer.

2.4 Ansvar och skyldigheter

Kris och katastrofmedicinsk beredskap

Leverantören ska följa gällande föreskrifter för kris- och katastrofmedicinsk beredskap och regionens beredskapsplaner.

Vid särskild händelse ska leverantören följa Region Jönköpings läns direktiv från tjänsteman i beredskap eller regional särskild sjukvårdsledning.

Leverantören ska delta i utbildning, träning och övning i samverkan med andra vårdgivare och kommuner i sådan omfattning att den viktigaste verksamheten kan bedrivas även i kritiska lägen.

Personal som behövs för att driva verksamheten ska vara krigsplacerade på sin arbetsplats. Beredskapschefen ansvarar för krigsplaceringen i samråd med leverantörens verksamhetschef.

Leverantör som bedriver verksamhet på regionens sjukhus gäller även sjukhusets kris och katastrofmedicinska beredskapsplan.

Handlingsplan för plötsligt omfattande bemanningsbortfall

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med den formella eller reella kompetensen som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Varje verksamhet har därmed även ett långtgående ansvar för att planera och leda verksamheten så det finns en bemanning för att kunna bedriva de delar av uppdraget som inte kan anstå vid t.ex. sjukfrånvaro. Exempel på prioriterade uppdrag är akuta patientfall dagtid och jouruppdrag, men det kan även finnas andra specifika arbetsuppgifter som ur ett patientsäkerhetsperspektiv också måste säkerställas.

Verksamheten ska ha en handlingsplan i händelse av ett plötsligt omfattande bemanningsbortfall som innebär att verksamheten inte kan bedriva prioriterade uppdrag. Verksamheten ska i första hand lösa situationen genom samarbete med annan geografiskt närliggande vårdenhet.

Verksamhet som erhåller hjälp av annan vårdenhet ansvarar för att så snart som möjligt vidta åtgärder för att inte belasta hjälpande vårdenhet längre än nödvändigt.

Intyg

Leverantören ansvarar för att utfärda för uppdraget patientrelaterade intyg samt utlåtande till Försäkringskassan via Region Jönköpings läns IT-stöd.

Läkemedel

Läkemedelsbehandling ska ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns Läkemedelskommittés, Stramas och de Länsgemensamma programområdenas kunskapsstödens riktlinjer som rör läkemedel.

Medicinsk service/diagnostik

Leverantören har möjlighet att nyttja Region Jönköpings läns utbud av medicinsk service. Medicinsk service omfattar klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, nuklearmedicin, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi, klinisk immunologi, medicinsk radiologi och transfusionsmedicin.

Leverantören har möjlighet att beställa enskilda transporter av Länstransporter, vid behov av mer regelbundenhet finns även möjlighet att teckna avtal.

I de fall leverantören tecknat underleverantörsavtal för medicinsk service ansvarar leverantören för att:

- underleverantören är ackrediterad av Swedac eller har motsvarande kvalitetssäkring.
- upprätta och förankra rutiner kring remiss- och svarshantering med berörd underleverantör av medicinsk service.
- relevant verksamhetsdata görs tillgänglig i de IT system som är aktuella enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

Medicintekniska produkter

Leverantören har det övergripande medicintekniska ansvaret för sin verksamhet och ansvarar för att i förekommande fall den medicinsktekniska servicen är ackrediterad av Swedac eller motsvarande kvalitetssäkring samt att utrustningen uppfyller vedertagna normer, standarder och krav på tillgänglighet, prestanda och kvalitet enligt gällande lagar och regler.

Leverantören ansvarar för att verksamheten har den medicintekniska utrustning som behövs för uppdraget och att utrustningen uppdateras och kompletteras vid förändringar i uppdraget.

Hjälpmedel och förbrukningsprodukter

Leverantören ska informera patient samt vid behov även anhöriga om hjälpmedel och eventuella avgifter.

Leverantören ska vid behov remittera patient till syncentralen för individuella bedömningar och förskrivningar av hjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsmaterial enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och gällande avtal och överenskommelser.

Förbrukningsmaterial via Materialförsörjningen

Leverantören erbjuds att köpa förbrukningsmaterial från Materialförsörjningen.

Patientjournalen

Leverantören ska upprätta och hantera patientjournaler enligt gällande lagar och förordningar. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård enligt gällande lagar och föreskrifter.

Leverantören ska beakta de lagar och regler som reglerar samtycke mellan vårdgivare och patient, vid överföring av personuppgifter till annan vårdgivare.

Region Jönköpings län tecknar särskilt avtal avseende sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, inklusive den nationella patientöversikten, med leverantören. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och anvisningar för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hur vårdkontakter kodas och registreras.

Leverantören ska på begäran lämna ut kopior av patientjournal enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och tillämplig lagstiftning.

Patientskadeförsäkring

Leverantören ska informera patient om möjligheten att anmäla en vårdskada till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) respektive läkemedelsskada till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF).

Leverantören ska tillhandahålla intyg, utredning och analys som behövs för handläggning av anmälda ärenden.

Patientförsäkring

Region Jönköpings län har tecknat en patientförsäkring hos LÖF - Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Den patientförsäkringen gäller även om patienten har skadats hos en privat vårdgivare som har vårdavtal med en region.

Patientförsäkringen gäller enligt vad som framgår i patientskadelagen.

Läkemedelsförsäkring

Läkemedelsförsäkring är en försäkring som ägs av läkemedelsföretag, en del regioner och myndigheter. Läkemedelsförsäkringen gäller vid personskador där det finnas ett övervägande sannolikt samband mellan läkemedlet och den skada som anmälts.

Sjukskrivning

Leverantören ska följa nationella riktlinjer och Region Jönköpings läns riktlinjer för sjukskrivning.

Smittskydd

Leverantören ska utan dröjsmål rapportera anmälningspliktiga sjukdomar via SmiNet, samt följa smittskyddslagen (SFS 2004:168) och Region Jönköpings läns riktlinjer för smittskydd.

Remisser

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11), Region Jönköpings läns riktlinjer samt de nationella och regionala kunskapsstöden.

Sjuk- och behandlingsresor

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjuk- och behandlingsresor.

Tolk
Leverantören ansvarar för att tillhandhålla tolk till patienter som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska. Leverantören ansvarar för tolkservice åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade och talskadade personer.

Vårdhygien
Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att Hälso- och sjukvårdslagens krav på god hygienisk standard uppfylls. Detta innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

Leverantören ska som en del i sitt systematiska kvalitetsarbete årligen genomföra *Egenkontroll för vårdhygienisk standard* i syfte att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagen.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns vårdhygieniska riktlinjer. Det innebär till exempel att:

- Leverantören ska ha ett hygienombud som arbetar enligt regionens uppdragsbeskrivning för hygienombud.
- Leverantören ska registrera och analysera följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt åtgärda och följa upp avvikelser i enlighet med Region Jönköpings läns riktlinjer.
- Leverantören ska registrera och analysera vårdrelaterade infektioner.

2.5 Arbetsgivaransvar
Leverantören ska upprätthålla god arbetsmiljö och följa de lagar, avtal och regler som gäller för arbetsmarknaden.

Meddelarfrihet och meddelarskydd
Personal vid privat drivna vårdenheter ska omfattas av samma meddelarfrihet och meddelarskydd avseende den medicinska vården som anställda i offentlig verksamhet.

Sociala avgifter och skatt
Leverantören ska fullfölja samtliga skyldigheter avseende inbetalning av sociala avgifter enligt socialförsäkringen såsom arbetsgivaravgift samt inbetala skatt.

Tystnadsplikt och sekretess
Leverantören ska se till att all personal omfattas av sekretesskrav motsvarande de som ställs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Detta gäller även icke hälso- och sjukvårdspersonal.

2.6 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget.
När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om var och när vårdenhetens utbud är tillgängligt och vem som ansvarar för verksamheten. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Leverantören ansvarar för att all vårddokumentation sker enligt lagar och föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Om ett underleverantörsavtal gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

Överenskommelse inom samma vårdgivare

Överenskommelse inom samma vårdgivare används när en leverantör med vårdgivaransvar för flera vårdenheter inom Jönköpings län samarbetar för att exempelvis kunna erbjuda invånarna god vård och tillgänglighet enligt villkoren för vårdval.

Samarbetet ska dokumenteras i en skriftlig överenskommelse.

Konsultavtal

Konsultavtal används för inhyrd personal som utför uppdrag genom leverantörens verksamhet.

Leverantören har det juridiska vårdgivaransvaret och ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för konsultavtal inom Vårdval specialiserad ögonsjukvård

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt konsultavtal.

Inhyrd personals ordinarie arbetsplats ska vara leverantörens fysiska verksamhet/klinik eller filial. Vid eventuellt arbete på distans dvs. utanför leverantörens verksamhet eller filial, ska det ske i enlighet med Region Jönköpings läns riktlinjer för distansarbete.

Leverantören har samma vårdgivaransvar över en konsult som ordinarie anställd personal. Leverantören är därmed t.ex. ansvarig för konsultens utförda arbete som hälso- och sjukvårdspersonal men är även ansvarig över den lokal och utrustning som konsulten arbetar i/med även när arbetet inte utförs i leverantörens egna lokaler. Leverantören är även ansvarig för att konsulten är införstådd med och följer Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för informationssäkerhet. Se vidare under avsnitt 4.2. Informationssäkerhet.

Underleverantörsavtal

Underleverantörsavtal används när ett företag utför uppdrag åt leverantören genom sin egen verksamhet.
Leverantören ska tydligt kunna motivera sitt behov av underleverantörsavtal och hur avtalet säkerställer att invånarens tillgång till vård bibehålls eller förbättras.

Om underleverantören ska bedriva fysisk vård ska den bedrivas i Jönköpings län. Underleverantören har det juridiska vårdgivaransvaret för den hälso- och sjukvård som utförs i underleverantörens verksamhet.
Underleverantörer som utför hälso- och sjukvårdsuppdrag ska vara anmälda till vårdgivarregistret.

Leverantören är juridiskt ansvarig gentemot beställaren och ansvarig för att underleverantören uppfyller beställaren krav och villkor för uppdraget. Leverantören ska kontinuerligt kontrollera och följa upp underleverantörens kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Leverantören ska på begäran kunna redovisa exempelvis underleverantörens kompetens, lokaler, utrustning och följsamhet till lagar och föreskrifter, nationella vårdprogram och riktlinjer samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

All kommunikation, rapportering, fakturering med mera från eventuell underleverantör ska ställas till leverantören.

Underleverantörer får endast agera genom sin avtalspart, och äger inte rätt att marknadsföra sina tjänster på ett sätt som kan uppfattas att de har avtal med Region Jönköpings län.

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt underleverantörsavtal.

Om ett underleverantöravtal gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

2.7 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem

Ytterligare avtalsreglering framgår av det skriftliga avtalet med regionen.

3. Specialiserad ögonsjukvårds uppdrag

3.1 Ögonmottagning

Den specialiserade ögonsjukvården inom vårdval är en del av den specialiserade ögonsjukvården i öppenvård och ska erbjudas i Jönköpings län.

Uppdraget är obligatoriskt och utförs av samtliga leverantörer inom vårdvalet och avser patienter från 18 år och äldre.

Vårdenheten ska ha bemanning, kompetens, lokaler, medicinteknisk utrustning och tillgänglighet som krävs för hela uppdraget eller teckna överenskommelser och avtal med andra aktörer för delar av uppdraget.

Uppdraget ska utföras i enlighet med den av Nationellt programområde (NPO) Ögonsjukvårds framtagna *Medicinska prioriteringslistan inom ögonsjukvård*.

Uppdraget omfattar:

- akuta och planerade besök vardagar 08:00 – 17:00
- nybesök remitterade av optiker som verkar utanför regionfinansierad verksamhet
- återbesök enligt gällande vårdprogram och riktlinjer
- utredning, provtagning, diagnostik, behandling och uppföljning av patienter i behov av vård inom specialiserad ögonsjukvård på medicinsk indikation. Varje patients individuella behov och resurser att klara vård och behandling ska bedömas och tillgodoses.
- bedöma och behandla sjukdomstillstånd där vård inte kan anstå hos alla som vänder sig till vårdenheten.
- rådgivning i enskilda patientärenden till andra vårdgivare inom länets specialiserade ögonsjukvård
- samverkan i multiprofessionella team
- avsnitten: Tillgänglighet, Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, Rehabilitering/habilitering och Försäkringsmedicin, Vård av flyktingar och migranter, Vårdsamordning, Utbildning och forskning samt Systematiskt förbättringsarbete. Dessa områden beskrivs närmare i avsnitten 3.1-3.8

Uppdraget omfattar inte:

- Synfel som ska omhändertas av optiker såsom t.ex. glas- och kontaktlinsutprovning och kontaktlinskontroller.
- Sjukdomar som ska handläggas av specialist i allmänmedicin enligt Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd.
- Sjukdomar som kräver akutsjukhusens resurser, kompetens och utrustning (var god se förtydligande).

- Sjukdomstillstånd utan misstänkt ögondiagnos.
- Rutinmässiga hälsokontroller vid hereditet för glaucom.
- Rutinmässiga hälsokontroller vid hereditet för åldersförändringar i gula fläcken.
- Botoxbehandlingar.
- Undersökningar i samband med refraktiv kirurgi.
- Kosmetisk kirurgi.

Ögonbottenfotografering av diabetiker

Uppdraget omfattar patienter med typ 1 eller typ 2 diabetes mellitus och ges enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling av diabetes mellitus.

Uppdraget omfattar:

- Digital avbildning av ögonbotten med utrustning som har upplösning för att upptäcka de minsta förändringarna.
- Analys av fotograferade ögonbottnar.
- Undersökning och klinisk uppföljning av patienter som inte går att fotografera* eller där annat behandlingskrävande fynd iakttagits vid fotograferingen.
- Rekommendation av tidsintervall för nya undersökningar – patienter som behöver täta kontroller ska kallas vid tidpunkter som bedömts lämplig med hänsyn till aktuell ögonstatus.
- Information till den läkare som behandlar patientens diabetes i de fall annan sjukdom än diabetesretinopati upptäcks vid ögonbottenundersökning.
- Digital lagring av fotografier så att de – med patientens samtycke – är tillgängliga för andra vårdgivare.

  *Patienter med mediegrumlingar, liten pupill, skador på hornhinna, komplikationer i iris, utbredda ärr i näthinnan efter olika sjukdomar eller laserbehandlingar, perifert liggande skador i näthinnan, andra kroniska ögonsjukdomar eller dålig medverkan från patienten ska följas upp av ögonläkare genom individuella kontroller under lång tid.

Kompetens

Fotografering ska utföras av verksamhetschef utsedd personal, som har den kompetens som krävs för uppdraget.
Granskning av bilder kan enligt *Diabetesretinopati, vårdprogram för Sydöstra sjukvårdsregionen* utföras av vidareutbildad ögonsjuksköterska alt. optometrist som självständigt bedömer bilder med stadie "ingen" upp till "måttlig" diabetesretinopati.
Vid högre grad av retinopati ska ögonläkare bedöma bilderna.

Utrustning
Medicinteknisk utrustning för digital avbildning av ögonbotten. Utrustningen ska leverera bilder i dicomformat till bilddatabasen Forum.

Kataraktoperationer

Uppdraget avser kataraktoperationer i öppen vård för patienter med grå starr som omfattas av indikationer för kataraktoperation enligt Sydöstra sjukvårdsregionens vårdriktlinjer. Patienter som av medicinska skäl kräver narkos eller speciell medicinteknisk utrustning ingår inte i uppdraget.

Patienterna ska prioriteras utifrån medicinsk behovsbedömning. Särbehandling, andra överenskommelser med remittenter eller andra åsidosättande av den medicinska prioriteringen får inte förekomma. Målet är att patienterna ska slutbehandlas för det tillstånd som ingår i detta uppdrag.

Uppdraget innefattar:

- Oftalmologisk förundersökning enligt regionens riktlinjer för att bedöma operationsindikationer samt biometri ska genomföras före operation.
- Skriftlig information till patienten inför och efter operation.
- Kataraktoperation med senaste teknik (FACO*) och implantation av intraokulär lins. Operationerna ska genomföras enligt ögonläkarföreningens State of the Art-dokument med kliniska riktlinjer för katarakt.
- Postoperativa komplikationer/besvär, som inte kräver akutsjukhusets resurser, ska hanteras av opererande enhet under vårdenhetens öppettid.
- Återbesök ska ske när det är medicinskt motiverat.

*Om FACO inte kan användas kan i enstaka fall annan vedertagen teknik användas.

Kompetens
Leverantörens opererande ansvarige läkare ska vara specialist inom ögonsjukvård med aktuell erfarenhet inom kataraktkirurgi.

Leverantörens opererande läkare ska vid driftstarten eller nyanställning självständigt ha utfört minst 300 kataraktoperationer totalt.
Verksamhetschef ansvarar för att opererande kirurg har rätt kompetens och erfarenhet för uppdraget. Vid erfarenhet av färre operationer krävs erfaren kollega i direkt närhet till operationssal.

Vid kataraktoperation ska legitimerad sjuksköterska med kompetens för uppdraget assistera på operationssal.

Lokal och utrustning
Leverantören ska förfoga över utrustning och särskild lokal för

operationsverksamheten som uppfyller kraven för operationsrum enligt rapporten *Byggenskap och vårdhygien (BOV),* framtagen av Svensk förening för vårdhygien.

Krav på luftkvalitet och ventilation på operationssal ska uppfyllas enligt SIS TS 39:2015. Vid avvikande uppmätt värde ska *Smittskydd och vårdhygien* kontaktas. Mätutrustning finns möjlighet att låna av *Smittskydd och vårdhygien*.

Ögonkirurgi, framförallt implantationskirurgi, innebär infektionskänsliga ingrepp och värden på 50 cfu/m^3 ska inte överskridas och ambitionen bör vara att nå ner under 10 cfu/ m^3

Rapportering och uppföljning
Leverantören ska rapportera till det Nationella kataraktregistret och redovisa verksamhetens utfall enligt kataraktregistret en gång per år till Region Jönköpings län.

Leverantören ska genomföra provtagning avseende bakterier från luften under pågående operationsverksamhet 1 gång per år, uppmätt värde rapporteras årligen till Region Jönköpings län.

Leverantörens Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla uppgifter om komplikationsfrekvens i relation till patientunderlag, bland annat gällande kapselrupturer.

Polikliniska operationer - övriga

Uppdraget omfattar polikliniska operationer i ögats yttre delar enligt Region Jönköpings riktlinjer. Uppdraget omfattar inte kosmetisk kirurgi utan medicinsk indikation, kvalificerade tårvägsoperationer, pterygium, kryobehandling för trikiasis eller omfattande/komplicerade akuta skador.

- Uppdraget indelas i tre nivåer utifrån ingreppets art, omfattning och utrustning.
- I de fall medicinskt motiverade synstörande dermatochalasis genomförs ska fotodokumentation alltid utföras.
- Postoperativa komplikationer/besvär, som inte kräver akutsjukhusets resurser, ska hanteras av opererande enhet under vårdenhetens öppettid.
- Patienten ska få skriftlig information efter operation.

Kompetens
Verksamhetschef ansvarar för att opererande läkare har kompetens och erfarenhet att utföra uppdraget.

Lokal och utrustning
Leverantören ska förfoga över utrustning för operativ verksamhet och diatermin samt utrustning och särskild lokal för operationsverksamheten som uppfyller kraven för operationsrum enligt rapporten *Byggenskap och vårdhygien* (BoV), framtagen av Svensk förening för vårdhygien

Krav på luftkvalitet och ventilation på operationssal ska uppfyllas enligt SIS TS 39:2015. Vid avvikande uppmätt värde ska *Smittskydd och vårdhygien* kontaktas. Mätutrustning finns möjlighet att låna av *Smittskydd och vårdhygien*.

Rapportering och uppföljning
Leverantören ska genomföra provtagning avseende bakterier från luften under pågående operationsverksamhet 1 gång per år, uppmätt värde rapporteras årligen till Region Jönköpings län.

Laserbehandling i ögats främre segment
Uppdraget omfattar laserbehandling av sjukdomar i ögats främre segment.

Kompetens
Leverantörens behandlande läkare ska vara väl förtrogen med behandlingsmetoden.

Lokal och utrustning

- Utrustning för Selektiv lasertrabekuloplastik (SLT) alternativt argonlaser
- YAG laser

Provtagning
Leverantören ska under mottagningens öppettid kunna utföra relevant provtagning på medicinsk indikation för de besvär eller problem patienten söker.
Leverantören ansvarar för att relevant verksamhetsdata görs tillgänglig enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

3.2 Tillgänglighet

Öppettider
Mottagningen ska vara öppen under vardagar mellan 08:00-17:00 året om med undantag för nationella helgdagar.

Mottagningen ska vara öppen för akuta och planerade fysiska besök, tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov.

Det är tillåtet att stänga en mottagning som mest nio timmar i veckan. Öppettiden får dock inte understiga 36 timmar i veckan.

Om mottagningen är stängd hel/del av dag mellan 08:00-17:00 (vardagar), ska invånarna informeras och hänvisas till närliggande vårdvalsenhet i länet som mottagningen samarbetar med. Samarbetsparten ska ha kapacitet att uppfylla mottagningens uppdrag. Samarbetet ska styrkas med ett skriftligt samarbetsavtal, kopia ska skickas till vårdval för kännedom.

Region Jönköpings län uppmuntrar leverantörer att utöka sina öppettider som service till invånarna. Under avtalsperioden kan det bli aktuellt med krav på utökade öppettider.

Telefon

Invånaren ska kunna kontakta mottagningen via telefon enligt vårdgarantin samt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och krav på öppettider.

Den som ringer 08:00-16:59 ska kunna välja att bli uppringd samma dag. Efter klockan 17:00 ska den som ringer kunna välja att bli uppringd av mottagningen nästkommande vardag.

Det ska finnas möjlighet att lämna återbud och förnya recept dygnet runt via röstbrevlåda.

Leverantören kan teckna avtal med Region Jönköpings län om telefonitjänster med tillhörande stödsystem. Leverantörer som inte använder Region Jönköpings läns telefonitjänster ska leverera verksamhetsdata för uppföljning enligt regionens specifikationer.

E-tjänster

Leverantören ska erbjuda invånarna e-tjänster via 1177.se enligt Region Jönköpings län riktlinjer och basutbud.

Leverantören ska erbjuda invånarna digitala vårdmöten i form att chatt och videosamtal via någon av Region Jönköpings läns appar/plattformar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska vara ansluten till *1177 Journalen* och tillgängliggöra informationsmängder enligt nationella Ramverk för invånarens åtkomst till journalen och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska vara ansluten till de nationella tjänsterna, kontaktinformation och journalen via nätet som tillgängliggörs via 1177.se enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och utbud.

Leverantören ska kunna genomföra samordnad vårdplanering via video i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns överenskommelse med länets kommuner.

Leverantören ska ha en namngiven resurs för samordning av vårdenhetens uppdrag inom e-hälsoområdet. Den namngivna resursen ska stödja och driva omställning till mer digitala arbetssätt.

Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan leverantören ansöka om att bedriva en filial. Med filial menas en underavdelning till leverantörens

huvudmottagning som bedriver verksamhet i annan lokal än där huvudmottagningen finns.

En filial ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudmottagningen. Filialen är alltid knuten till huvudmottagningen, och verksamhetschefen för huvudmottagningen är även verksamhetschef för filialen.

Filialer får endast öppnas och bedrivas inom Region Jönköpings läns länsgränser.

Verksamhetschefen ansvarar för att filialen har den utrustning och bemannas med den kompetens som behövs för uppdraget. Kravet på fysisk tillgänglighet är densamma som för huvudmottagningen.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om filialens utbud. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Om filialen inte har öppet eller erbjuder vård i samma omfattning som kravet för en mottagning ska leverantören erbjuda detta via huvudmottagningen.

Verksamheten får starta när Region Jönköpings län verifierat och godkänt filialen.

Vård vid en filial rapporteras och ska kunna följas upp på samma sätt som vård på huvudmottagningen.

Beslut om eventuell nedläggning av en filial fattas i samråd med Region Jönköpings län.

3.3 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Leverantören ska bedriva både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Leverantören ska uppmärksamma invånarnas tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor samt erbjuda stöd och uppföljning om behov och önskemål finns enligt Region Jönköpings läns Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd.

3.4 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Rehabilitering

Leverantören ansvarar för rehabiliteringsinsatser i form av bedömning, utredning, behandling, träning och uppföljning enligt nationella riktlinjer, Region Jönköpings läns riktlinjer och överenskommelser mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län.

Habilitering
Leverantören ska samverka med habiliteringscentrum i de fall invånaren har behov av kompletterande insatser från habiliteringscentrum.

Försäkringsmedicin
Leverantören ska följa nationella riktlinjer och Region Jönköpings läns riktlinjer och rutiner för försäkringsmedicin.
Leverantören ansvarar för att det finns kompetens inom försäkringsmedicinska kunskapsområdet och ska utveckla arbetssätt och rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av leverantörens avidentifierade sjukskrivningsstatistik som erhålls genom Ineras *Intygsstatistik.*

3.5 Vård av flyktingar och migranter
Leverantören ska bedöma och behandla sjukdomstillstånd för flyktingar och migranter samt för personer som vistas i Sverige utan tillstånd enligt Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta, med behov av akut, omedelbar vård eller behov av vård som inte kan anstå.

3.6 Vårdsamordning
Leverantören ska aktivt delta och medverka till att vårdplaneringen för den enskilde individen görs i enlighet med gällande lagar, föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

3.7 Utbildning och forskning
Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns samordningsansvariga för grundutbildning samt studierektororganisation under ledning av Futurum.

Grundutbildning
Studenter och elever
Leverantören ska följa Region Jönköpings läns avtal med universitet, högskolor, gymnasieskolor, yrkesutbildningar och andra utbildningssamordnare om att ta emot och handleda elever och studenter i lärande i arbetslivet (LIA), arbetsplatsbaserat lärande (APL) och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt fältstudiedagar. Med APL, LIA och VFU menas såväl sammanhängande perioder av deltagande i ögonmottagningens arbete, liksom kortare moment i syfte att nå lärandemålen.

Leverantören ansvarar för att kvalitet och inriktning följer målbeskrivningar för respektive utbildning och överenskomna krav på handledarkompetens.
Handledarna ska följa gällande handledarinstruktioner och känna till lärandemålen för utbildningen.

Vidareutbildning

Allmäntjänstgöring (AT) för läkare

Region Jönköpings läns organisation för AT (Futurum) samordnar AT-tjänstgöringen och kan uppdra till leverantörer att ansvara för AT-läkares tjänstgöring inom specialiserad ögonsjukvård (en (1) vecka) enligt Region Jönköpings läns riktlinjer (AT-koncept).

Specialisttjänstgöring (ST) läkare

Leverantören ska bereda utrymme och tillsammans med övriga leverantörer ta ett solidariskt ansvar för att erbjuda ST-läkare inom olika specialiteter sidotjänstgöring (s.k. randning).

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring enligt gällande regelverk samt Region Jönköpings läns riktlinjer för ST-utbildning.

Leverantörens handledare samt vederbörande ST-läkare ska beredas möjlighet att delta i möten och kurser anordnade av Region Jönköpings läns ST-studierektorsfunktioner.

Studierektor säkerställer att ST-läkarna erbjuds en ändamålsenlig utbildning i enlighet med Socialstyrelsens krav. Studierektor gör uppföljning för godkänd studiemiljö vid behov.

Studierektor säkerställer att ST läkare inom specialiserad ögonsjukvård som behöver sidotjänstgöring inom vårdval ögon, fördelas jämnt på vårdvalsenheterna.

Under sidotjänstgöring utför ST läkaren inom specialiserad ögonsjukvård även annan förekommande mottagningsverksamhet hos aktuell leverantör under den överenskomna tiden för avtalad sidotjänstgöring.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för sjuksköterskor som ansökt och antagits till utbildningstjänst som specialistsjuksköterska med inriktning ögonsjukvård.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för aktuell sjuksköterska. Anställningen ska vara tillsvidare.

Forskning

Leverantören ska medverka i klinisk forskning. Leverantören kan själv ta initiativ till klinisk forskning eller medverka i forskning. Leverantören ska informera Region Jönköpings län/Futurum om forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Leverantören kan även medverka i industrifinansierade kliniska prövningar. Leverantören ska i dessa fall även inhämta godkännande från Region Jönköpings

län/Futurum enligt regionens riktlinjer och riktlinjerna för genomförande av forskningen.

Leverantören kan få tillgång till Region Jönköpings läns infrastruktur för forskning som exempelvis handledning, statistikkonsultationer och bibliotekstjänster. Medarbetare hos leverantörer har rätt att söka forskningsmedel från FORSS, Futurum och andra organisationer. Leverantören kan få råd och stöd om lagar, föreskrifter och rutiner vid klinisk forskning inklusive klinisk läkemedelsprövning och annan uppdragsforskning.

3.8 Systematiskt förbättringsarbete

Leverantören ska systematiskt förbättra sin verksamhet utifrån invånarnas behov. Förbättringsarbeten bör fokusera på medicinsk kvalitet, implementering av nationella kunskapsstöd och framtagande av lokala riktlinjer.

Leverantören ska i sitt systematiska förbättringsarbete ha en struktur för att mäta, rapportera och utveckla sin verksamhet. Här ingår som exempelvis att aktivt medverka i utvecklingsarbete av patientprocesser samt kodningsnätverk för specialiserad ögonsjukvård. Redovisning och uppföljningen sker SÖBU (Specialiserad Ögonsjukvård Beställare Utförare) i samverkan med LPO Ögonsjukdomar (Länsgemensamt programområde).

4. Informationshantering och IT

4.1 Inledning

Leverantören ska följa tillämpliga delar av Region Jönköpings läns riktlinjer för IT. Varje vårdenhet ska ha en namngiven kontaktperson för IT, telefoni och katalogtjänsten HSA.

4.2 Informationssäkerhet

Leverantören ska arbeta utifrån det ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) med tillhörande riktlinjer och regelverk som Region Jönköpings län har tagit fram. Ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd bygger på den internationella standardserien SS-ISO/IEC 27000 vilket innebär att informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet bedrivs systematiskt och riskbaserat samt att Region Jönköpings län följer gällande dataskyddslagstiftning.

Leverantören ska utbilda nya användare i informationssäkerhet t.ex. med hjälp av introduktionsutbildning i informationssäkerhet som finns publicerad i Lärande och kompetensportalen (LOK). Leverantören ska också informera ny personal om det personliga ansvaret att följa policy och riktlinjer.

All användning av IT-systemen loggas. Leverantören ska följa upp loggar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantörens verksamhet ska ha en för uppdraget avsedd funktionsbrevlåda inom rjl.se för hantering av bl.a. sekretessbelagd information.
Sekretessbelagd information får endast skickas från funktionsbrevlåda till funktionsbrevlåda då:

- risken att känsliga och sekretessbelagda uppgifter når obehöriga kan medföra stor skada för enskild person
- verksamheten måste kunna säkerställa att informationen blir omhändertagen hos motpart
- personanknuten e-post aldrig får användas för sekretessbelagd information

I de fall leverantören använder sig av konsult enligt avsnitt 2.6 Samarbetsformer, är leverantören ansvarig för att konsulten är införstådd med och följer Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för informationssäkerhet.

Region Jönköpings läns IT-utrustning får endast användas under den tid då leverantören och dess eventuella konsulter har ett pågående uppdrag för Region Jönköpings län. Om leverantören eller konsulter under pågående uppdrag har privat verksamhet samtidigt så får inte Region Jönköpings läns IT-utrustning användas i den privata verksamheten.

Leverantören ska upprätta, säkerställa och upprätthålla manuella reservrutiner för verksamheten som tillämpas vid ett eventuellt avbrott.

4.3 Personuppgifter

Leverantören ska hantera personuppgifter enligt gällande lagstiftning.

Leverantören är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som behandlas inom leverantörens organisation avseende uppdraget.
Vid avtalets avslut kommer leverantörens personuppgiftsansvar avseende uppdraget, övergå till Region Jönköpings län.

4.4 Verksamhetsdata

Leverantören ska på begäran kunna leverera elektroniskt läsbar data för uppföljning och till fakturaunderlag.

I kommunikation med Region Jönköpings län eller andra vårdgivare ska leverantören använda definitioner och termer i IT-systemen som fastställs av Region Jönköpings län.

Leverantören ska i förekommande fall följa de särskilda regler som gäller för hantering av information vid verksamhetsövergång.

De data som delas med Region Jönköpings län i gemensamma system lämnas i vissa fall vidare till tredje part i aggregerad form. Region Jönköpings län ansvarar för att säkerställa att inget röjande sker i samband med den typen av datautlämning.

4.5 IT-system och infrastruktur

IT system och utrustning

Leverantören ska enbart använda utrustning i IT-infrastrukturen som är godkänd av Region Jönköpings län. Datorer och skrivare tillhandahålls av Region Jönköpings län. Eventuellt kan medicinteknisk utrustning eller annan utrustning anslutas efter samråd och godkännande och i dessa fall skall leverantören själv säkerställa att fullgod IT-säkerhet upprätthålls.

Leverantören förbinder sig att använda de obligatoriska IT-system som Region Jönköpings län anvisar som t.ex. Picsara och Forum. I förekommande fall skall leverantören följa Region Jönköpings läns riktlinje för respektive system. Region Jönköpings län tillhandahåller system och utbildning av superanvändare i förhållande till verksamhetens storlek.

Region Jönköpings län ansvarar för underhåll av Regionens system och leverantören ansvarar för dess innehåll. För administrativa dokument ska PDF och Office-kompatibla filformat användas.

Leverantören ska använda sig av SITHS och HSA enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Leverantören ansvarar för att användarna inte har tillgång till fler programvaror och system än nödvändigt.

Leverantören ska kontinuerligt tillse att utrustningen är uppkopplad mot Region Jönköpings läns nätverk för att säkerställa att skyddet mot skadlig kod, virus och spionprogram är aktuellt på verksamhetens utrustning.

Leverantören har rätt att använda egna stödsystem under förutsättningar att det inte krävs någon installation/förändring av eller stör andra delar av IT-miljön. Region Jönköpings län lämnar ingen support för dessa.

System och program som används för andra ändamål än Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören ska inte användas i den av Region Jönköpings län tillhandahållna IT-miljön. För mer information kopplat till samarbetsformen konsult se avsnitt 4.2 Informationssäkerhet.

System, program och utrustning som tillhandahålls av Region Jönköpings län får bara användas för verksamhet inom vårdval Region Jönköpings län.

IT-infrastruktur

Region Jönköpings län levererar kommunikationslösning mot Region Jönköpings läns nätverk inklusive nätverksutrustning. Leverantören ansvarar för det interna fastighetsnätet för data och telefoni, inklusive förbindelsen mellan avlämningspunkt och verksamhetens lokaler. Fastighetsnätet ska följa Region Jönköpings läns standard för kabelsystem.

Region Jönköpings län kan komma att leverera annan IT-uppkoppling till utlagd mottagning och filial än för leverantörens huvudmottagning.

Övrigt

Region Jönköpings län tillhandahåller inte infrastruktur, IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Vid införande av nya IT-tjänster eller vid större utbyggnader av Region Jönköpings läns befintliga IT-tjänster som kan komma att ingå i utbudet till leverantören upprättas ett nytt tjänsteavtal.

4.6 Support och IT-konsulttjänster

Leverantören har rätt att använda Region Jönköpings läns supportorganisation i frågor om Region Jönköpings läns IT-infrastruktur och fastställda IT-system. Servicenivåer för respektive IT-tjänst fastställs av systemägare, vilket innebär att olika system har olika inställelsetider gällande support.

Leverantören ska använda IT-beställningssystem och de blanketter som Region Jönköpings län tillhandahåller för beställningar. Leverantören ska göra felanmälningar på utrustning och program till Region Jönköpings läns kundcenter på IT-centrum. Region Jönköpings län har rätt att ha planerade avbrott för systemuppdateringar, nyinstallationer, service och underhåll.

Leverantören kan, efter överenskommelse, köpa IT-konsulttjänster från Region Jönköpings län inom systemområden som är relevanta för Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören.

5. Rapportering och uppföljning

5.1 Insyn och rapportering

Leverantören ska på begäran lämna ut relevant information till Region Jönköpings län t.ex. uppgifter om bemanning och kompetens.

Informationen ska kunna lämnas ut för att tillgodose invånarnas önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs enligt Kommunallag (2017:725) samt för att Region Jönköpings län ska kunna säkerställa sitt uppdrag som huvudman för hälso- och sjukvården inom regionen.

Leverantören är inte skyldig att lämna information om utlämnandet strider mot lag eller annan författning.

5.2 Avtals- och uppdragsuppföljning

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av villkoren för godkännande av leverantör och andra avtalsvillkor.

Region Jönköpings län följer upp den kvalitet i vården som Region Jönköpings län vill förmedla till invånarna utifrån svensk lag. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska:

- vara säker
- vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- vara patientfokuserad
- vara effektiv
- vara jämlik
- ges i rimlig tid

Uppföljningen ska t.ex. bidra till en positiv utveckling av befolkningens hälsa och leverantörernas verksamhet.

Region Jönköpings län äger rätt att följa upp leverantörens verksamhetsdata från bland annat vårdens IT-stöd.

Dialog

Region Jönköpings län kallar leverantören till dialog en gång om året för genomgång av verksamheten utifrån ett urval av inhämtade uppgifter. Inför genomgången ska leverantören gjort en egen analys av sin verksamhet inklusive medicinska resultat.

Förutom den årliga genomgången kan Region Jönköpings län kalla till uppföljningsdialoger inom specifika områden, exempelvis läkemedelsförskrivning.

Ett urval av verksamhetens resultat kan komma att redovisas publikt för att ge invånare insyn i verksamheten och underlag för att välja mottagning.

Verksamhetsdata och resultat är tillgängliga för leverantören via Region Jönköpings läns IT-stöd för analys och rapportuttag.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av verksamhetens avidentifierade statistik som erhålls genom Nationella Kataraktregistret.

Kvalitetsregister

Leverantören ska rapportera till och använda resultaten från alla för uppdraget relevanta nationella kvalitetsregister som stöd för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete såsom t.ex. Nationella Kataraktregistret.

Patientenkäter

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings län om patientenkäter och i förekommande fall delta i den nationella patientenkäten. Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av allt grundmaterial från gemensamma patientenkäter.

Fördjupad uppföljning och revision

Region Jönköpings län har rätt att genomföra fördjupad uppföljning hos enskilda leverantörer eller inom specifika områden. Med fördjupad uppföljning menas riktad och systematisk kontroll av utförare som genomförs utöver den årliga och löpande uppföljningen. Fördjupad uppföljning kan ske bland annat genom verksamhetsrevision, kostnadsjämförelser och produktivitetsanalyser.

Region Jönköpings län har rätt att självt eller genom ombud genomföra revision av leverantörens verksamhet, exempelvis inom medicinsk kvalitet, ekonomiska och juridiska förhållanden. Möjligheten till revision omfattar även underleverantörer som leverantören anlitar för genomförande av uppdraget. Leverantören ska utan kostnad för Region Jönköpings län biträda vid revision bland annat genom att ställa nödvändig dokumentation till förfogande.

Leverantören kan bli betalningsansvarig för fördjupad uppföljning och/eller revision om Region Jönköpings län bedömer att man behöver upphandla utomstående part för granskning och brister påvisas.

6. Ersättningsvillkor

6.1 Budgetram

Regionfullmäktige fördelar årligen resurser på delområdesnivå utifrån behovsbeskrivningar, nationella jämförelser, demografi och socioekonomiska faktorer, medicinsk utveckling och kunskapsstyrning, löne- och prisutveckling samt rationaliseringsbehov.

För löne- och prisutveckling kompenseras leverantörerna med utgångspunkt från Sveriges Kommuner och Regioners prisindex. Förändringar i kostnadsansvar mellan Region Jönköpings läns olika verksamheter påverkar budgetramen enligt principen att ett utökat kostnadsansvar motsvaras av en utökad ersättning och vice versa. Ändrade kostnader som faller inom ramen för befolkningens förändrade konsumtion, eller härrör från ändrade arbetssätt hos leverantörerna, medför inte någon förändring i ersättningsramen. Ökat demografibehov täcks inte av utökad budget utan ska i första hand mötas med effektiviserad verksamhet genom förändrade arbetssätt.

Regionens inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen jämfört med övriga län/regioner avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

6.2 Ersättningsmodell

Region Jönköpings läns ersättningsmodell för vårdval ögon utgår från att pengarna följer patienten. Modellen ska stimulera måluppfyllelse, samverkan och kvalitetsutveckling. Modellen ska vara transparent så att det är tydligt på vilka grunder ersättning ges. Ersättningsnivåerna revideras årligen.

Ersättningsmodellen förutsätter att Region Jönköpings län och leverantörerna tar ett gemensamt ansvar för att upprätthålla modellens intentioner och normer. Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter.

Den samlade ersättning som utbetalas till en leverantör förväntas täcka samtliga kostnader för uppdraget enligt regelbok för Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län.

Kostnadskontroll

Region Jönköpings län fastställer varje år ett kostnadstak för varje vårdvalsområde. Kostnadstaket är den gemensamma maximala ersättningsnivån för samtliga godkända och verksamma leverantörer inom det specifika vårdvalsområdet. Kostnadstaket avser patientrelaterad ersättning exklusive patientavgifter.

Kostnadstaket fördelas per månad under ett kalenderår utifrån tidigare års utfall. Det betyder att den totala ersättningsnivån kan variera från en månad till en annan.

Om kostnadstaket (den maximala ersättningen) inte nås förs kvarstående belopp över till nästkommande månad. Om kostnadstaket i stället överskrids reduceras priserna innevarande månad för samtliga leverantörer.
Om kostnadstaket inte nås efter december månad kommer överskottet att betalas ut proportionerligt i förhållande till eventuell reducerad ersättning tidigare månader under aktuellt år.

6.3 Ersättning

Allmänt

Regionen avsätter 107,7 miljoner kronor för specialiserad ögonsjukvård inom vårdval 2026.

Fördelning av ersättning

Ersättning (miljoner kronor)	Totalbelopp	Procentuell fördelning
Rörlig patientrelaterad ersättning	97,1	90 %
Särskild ersättning	10,6	10 %
Summa	**107,7**	**100 %**

6.4 Patientrelaterad ersättning

Den patientrelaterade ersättningen utgör merparten av ersättningen till leverantören. Region Jönköpings län beräknar ersättningens storlek utifrån identifierade kostnader för effektiv vård och patienternas behov.

Ersättningsvillkor

Regionen ersätter endast vårdåtgärder som genomförts och registrerats enligt Region Jönköpings läns gällande rutiner och riktlinjer.

Grundkravet för all ersättning är att alla besök/åtgärder ska vara kodade med en av Region Jönköpings län godkända diagnos- och åtgärdskoder.

För mer information kring registreringsvillkor och ersättningsberättigade koder se bilaga ”Ersättningsgrundande Diagnos och KVÅ-koder för specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län 2026”.

För att ersättning ska erhållas krävs att kontakten är DRG-grupperad.

Ersättning per besök och kontakt

Kontaktform	Pris per kontakt (exkl. patientavgift)
Kvalificerad telefon- eller distanskontakt	210 kr
Sjukvårdande behandling (omfattande åtgärder som utförs självständigt och journalförs)	485 kr
Läkarbesök (inkl. ev. förundersökning)	1230 kr
Synfältsundersökning och körkortsintyg	925 kr
Ögonbottenfotografering (besök inkl. bedömning)	780 kr

Kataraktoperationer

Regionen ersätter:

- undersökning inför operation
- kataraktoperation inklusive intraokulär lins samt för operationen nödvändiga läkemedel och material
- kontakt efter operation vid behov

Kontaktform	Pris per kontakt (exkl. patientavgift)
Ensidig linsoperation	5 000 kr
Bilateral linsoperation	10 000 kr

Medfinansiering

I de fall patienten önskar multifokala och/eller toriska linser utan att medicinsk indikation föreligger ska leverantören debitera patienten merkostnaden jämfört med ersättningen för ensidig alternativt bilateral linsoperation. Tillkommande besök och åtgärder förknippat med patientens val av utbyteslins ersätts inte.

Leverantören ska för patienten specificera kostnaderna som debiteras. Patienten ska i samtliga fall av medfinansiering underteckna ett informerat samtycke till operation samt medfinansiering.

I samtliga fall av medfinansiering ansvarar leverantören för kostnader vid reoperation och andra åtgärder t.ex. återbesök vid eventuella komplikationer som kan relateras till den specifika linsen. Ansvaret sträcker sig upp till två år efter utförd operation.

Polikliniska operationer

Resursnivå A	2 170 kr
Resursnivå B	3 270 kr (bilateralt) 5 710 kr
Resursnivå C	5 650 kr (bilateralt) 9 895 kr

För mer information kring när bilateral ersättning gäller se bilaga *”Ersättningsgrundande Diagnos och KVÅ-koder för specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län 2026*”.

Laserbehandling i ögats främre segment

Laserbehandling vid efterstarr	1 495 kr (bilateralt) 1 930 kr
Laserbehandling vid glaukom, trycksänkning	1 495 kr (bilateralt) 1 930 kr

Vård av patienter från andra regioner

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vård av patienter som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Leverantören ska följa hemregionens eventuella remissregler.

Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar

Leverantören får ersättning för vård av personer bosatta i EU- eller EES-land.

För vård av utländska medborgare och utlandssvenskar bosatta i länder utanför EU och EES gäller särskilda regler, se Region Jönköpings läns riktlinjer.
I flera fall betalar patienten själv sin vård.

Underlag för utbetalning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer ska skickas in till Region Jönköpings län. Saknas fullständigt underlag betalas inte ersättning ut. Vård av dessa patienter ersätts enligt ordinarie prislista.

Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.

Leverantören får ersättning för vård av asylsökande. Särskilda regler gäller, se Region Jönköpings läns riktlinjer. Vård av dessa patienter ersätts enligt ordinarie prislista.

För att ersättning ska utbetalas ska registrering ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. I aktuella fall måste uppgifter om LMA-kortets dossiernummer framgå. Saknas detta betalas ingen ersättning ut.

6.5 Särskild ersättning

Kompensation för utebliven patientavgift

Leverantören är skyldig att ta ut de patientavgifter som fastställts av Region Jönköpings län. Följsamheten till detta är grundläggande för att Region Jönköpings läns patienter ska behandlas lika.

Patientavgifterna tillfaller leverantören.

När patienten har uppnått högkostnadsskyddet ersätter Region Jönköpings län leverantören för uteblivna patientavgifter vid avgiftsbelagda besök. Leverantören får kompensation för uteblivna patientavgifter vid avgiftsfria besök för 18-19 åringar, 85-åringar och äldre samt för avgiftsfria remissbesök från verksamheten.

Leverantören får inte ersättning för återbetald patientavgift, exempelvis den som en patient som vid planerat besök får vänta mer än 30 minuter har rätt till.

Leverantören ersätts inte för uteblivna patientintäkter till följd av att patienten låter bli att betala avgift enligt Region Jönköpings läns avgiftsregler.

Utbildning

Vetenskaplig handledning av ST-läkare
Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för anställd som åtar sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST-läkare enligt särskilt beslut.

Specialistutbildning för sjuksköterskor
Leverantören kan efter godkänd ansökan få maximal ersättning med 45 000 kronor per månad för specialistutbildning till ögonsjuksköterska beräknat på heltidsstudier.

Tolk
Leverantören får ersättning för månadsvis redovisade tolkarvoden. Ersättning medges för max tre månader gamla fakturor.

6.6 Övrig ersättning

Ersättning för deltagande i pilot
Region Jönköpings län kan ersätta leverantör som deltar som pilot i syfte att testa nya arbetssätt som sedan kan spridas i Region Jönköpings län. Ersättningen baseras på omfattning och aktuell verksamhets storlek samt beslutas innan piloten inleds.

Riktade statsbidrag
Regeringen använder särskilda statsbidrag för att stimulera utveckling inom viktiga områden i regionernas och kommunernas verksamhet. Villkoren för statsbidragen beslutas vanligen för ett eller två år i taget.

Leverantören förväntas delta i relevanta förbättringsområden kopplat till stadsbidrag. Modellerna för ersättning varierar.

Momskompensation
En privat leverantör får momskompensation genom att ersättningen räknas upp med 5 procent på nettoutbetalningen.

Enligt nuvarande momslagstiftning har regionkommunala leverantörer avdragsrätt för ingående moms. Motsvarande gäller inte privata leverantörer som i stället måste kostnadsföra ingående moms. För att privata och regionkommunala leverantörer ska kunna konkurrera på lika villkor får de privata leverantörerna därför kompensation för sina merkostnader för moms.

Kunskapsstyrning
Representation från leverantör till kunskapsstyrningens olika organisatoriska grupperingar ersätts, om uppdraget innefattar område inom Vårdval Specialiserad ögonsjukvårds uppdrag.

6.7 Kostnader

Medicinsk service inom Region Jönköpings län

Leverantören har kostnadsansvar för alla typer av medicinsk diagnostik som beställs av leverantören.

Kostnader för IT och telefoni

För de obligatoriska IT-stöden debiteras ingen kostnad för leverantören.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för IT-infrastruktur och eventuell hyra av IT-utrustning.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för TeleQ som innefattar infrastruktur, licenser, samtalskostnader, eventuell hyra av telefoner. Leverantören får avropa TeleQ enligt Region Jönköpings läns leveransavtal med tjänsteleverantören.

Läkemedel

Om inget annat anges har leverantören kostnadsansvar för samtliga rekvisitionsläkemedel som administreras till patienter inom vårduppdraget.

Om behandlande läkare bedömer att patienten själv kan administrera sina läkemedel, utan övervakning eller hjälp av sjukvårdspersonal, får läkemedlet förskrivas på recept. Leverantören har inte kostnadsansvar för receptläkemedel. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för förskrivning.

Kvalitetsavdrag

Kvalitetsavdrag görs månatligen för utvalda parametrar om verksamheten inte uppfyller godkänd nivå enligt Region Jönköpings specifikationer för aktuell kvalitetsparameter.

Måluppfyllelse kommer bedömas utifrån statistik på rullande 12 månader. Kvalitetsavdraget beräknas i Love, systemet för ersättningar i vårdval ögon.

Kvalitetsparametrar som kan ge kvalitetsavdrag är följande:

- Tillgänglighet första kontakt
- Tillgänglighet operation/åtgärd
- Tillgänglighet återbesök
- Skrivna läkaranteckningar
- Signerade läkaranteckningar
- Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner

Avdrag vid avtalsbrott

Vid brister eller avtalsbrott har Region Jönköpings län rätt att minska ersättningen delvis eller i sin helhet.

Om fel och brister inte åtgärdas enligt skriftligt påpekande kan avdrag komma ske på nästkommande utbetalning
Vid flera enskilda avvikelser från avtalet görs ett avdrag per avvikelse. Avdragets storlek kan ökas eller minskas tills avtalet efterföljs.
Avdrag görs på den produktionsbaserade ersättningen och fortlöper månadsvis tills avtalsuppfyllelse nåtts.

6.8 Underlag för utbetalning

Region Jönköpings län hämtar de flesta uppgifter som ligger till grund för utbetalning av ersättning från Cosmic. Reglering för utbetalning baseras på samtliga vårddata som registrerats vid avstämningstidpunkten.
Ersättningsberäkningen är beroende av inrapportering av korrekt indata från leverantörerna inom Specialiserad ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län. Leverantören är ansvarig för att leverera efterfrågade indata av god kvalitet i nära anslutning till utförd vårdkontakt.

Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter, enligt regelbok avsnitt 6.2.
Om enstaka korrigeringar ändå behöver göras ska detta åtgärdas så fort som möjligt, dock inom max 3 månader, och i möjligaste mån inom aktuellt år.
Ersättningssystemet Love ersätter besök som är registrerade eller justerade upp till 3 månader bakåt i tiden från besöksdatum. Äldre besök, nyregistrerade eller justerade, hanteras inte av Love.

Det är viktigt att det görs så få rättningar som möjligt avseende året före eftersom varje års vårdvalsbudget ska ge ersättningar till leverantörerna för den produktion som utförs under motsvarande verksamhetsår.

Systemet för inrapportering bygger i stor utsträckning på förtroende för leverantörens integritet och noggrannhet och leverantören ska lojalt fullgöra sina skyldigheter i detta avseende. Det är av yttersta vikt för förtroendet mellan parterna, liksom för kontraktets fortlevnad, att Region Jönköpings län får korrekt indata från leverantören.

I de fall då leverantörerna ska lämna in underlag för ersättning till Region Jönköpings län måste det ske senast den åttonde i varje månad för att komma med i nästa utbetalning.

Utbetalning av ersättning sker den 19:e varje månad. Om den 19:e infaller på en helgdag sker utbetalning på efterföljande vardag.

7. Avtalsperiod och anvisningar för ansökan

7.1 Avtalsperiod

Avtalet gäller efter undertecknande från 2023-01-01 till och med 2027-12-31.

För nya leverantörer som ansöker under pågående avtalsperiod gäller avtalet enligt överenskommet datum för driftstart, <datum> till och med 2027-12-31.

Före driftstarten äger leverantören inte rätt att utföra vård enligt detta avtal. Möjlighet till förlängning med två (2) år i taget, om inte avtalet sagts upp skriftligen av endera part senast tolv månader före avtalstidens slut.

7.2 Ansökan om godkännande

Intresserade bjuds in att ansöka om godkännande för att få driva vård inom vårdvalet. Ansökan sker genom att ansökan tillsammans med övriga begärda handlingar lämnas in till Region Jönköpings län. En leverantör kan ansöka om godkännande för flera enheter. En ansökan ska lämnas per enhet.

Det finns inget sista datum för ansökan. Det innebär att ansökan kan lämnas tills det aktuella vårdvalet upphör. Inför en ny avtalsperiod ansöker även sedan tidigare godkända leverantörer.

Ansökan ska ske enligt Region Jönköpings läns anvisningar.

FÖRSLAG PRISJUSTERING
2026

Priser 2026

Indexuppräkning på 1,8%. Enkelbiljett och 24-timmarsbiljett lämnas oförändrat. Övriga biljetter räknas upp med 2,7% i snitt.

Biljettyp	**Pris**			**Förändring** *(kr)*			**Förändring** *(%)*		
Enkelbiljetter	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län
Vuxen	40 kr	80 kr	160 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Ungdom	24 kr	48 kr	96 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Tillsammans	***25% rabatt** på det totala biljettpriset när två eller fler personer reser på samma biljett.*								
24-timmarsbiljett	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län
Vuxen	80 kr	160 kr	320 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Ungdom	48 kr	96 kr	192 kr	0 kr	0 kr	0 kr	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Tillsammans	***25% rabatt** på det totala biljettpriset när två eller fler personer reser på samma biljett.*								
Flexbiljetter	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län
Flex 10/30 Vuxen	405 kr	470 kr	690 kr	10 kr	25 kr	35 kr	*2,5%*	*3,3%*	*3,0%*
Flex 10/60 Vuxen	478 kr	554 kr	822 kr	12 kr	14 kr	22 kr	*2,6%*	*2,6%*	*2,8%*
Flex 20/60 Vuxen	785 kr	905 kr	1 335 kr	20 kr	25 kr	35 kr	*2,6%*	*2,8%*	*2,7%*
30-dagarsbiljett	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län
Vuxen	815 kr	950 kr	1 355 kr	20 kr	25 kr	35 kr	*2,5%*	*2,7%*	*2,7%*
Ungdom	–	–	230 kr	–	–	5 kr	–	–	*2,2%*
Senior	–	–	230 kr	–	–	5 kr	–	–	*2,2%*
Student	610 kr	715 kr	1 020 kr	15 kr	20 kr	30 kr	*2,5%*	*2,9%*	*3,0%*
90-dagarsbiljett	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län
Vuxen	2 200 kr	2 565 kr	3 660 kr	50 kr	65 kr	95 kr	2,3%	2,6%	2,7%
Ungdom	–	–	690 kr	–	–	15 kr	–	–	2,2%
Senior	–	–	690 kr	–	–	15 kr	–	–	2,2%
Student	1 645 kr	1 930 kr	2 755 kr	40 kr	55 kr	80 kr	2,5%	2,9%	3,0%
365-dagarsbiljett	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län
Vuxen	7 745 kr	9 025 kr	12 875 kr	190 kr	235 kr	330 kr	*2,5%*	*2,7%*	*2,6%*
Barnvagn	835 kr	885 kr	1 050 kr	25 kr	25 kr	30 kr	*3,1%*	*2,9%*	*2,9%*
Klassbiljett	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län	1 zon	2 zoner	Län
6-15 resande	150 kr	300 kr	600 kr	5 kr	10 kr	15 kr	*3,4%*	*3,4%*	*2,6%*
16-25 resande	300 kr	595 kr	1 200 kr	10 kr	15 kr	35 kr	*3,4%*	*2,6%*	*3,0%*
26-35 resande	445 kr	895 kr	1 795 kr	10 kr	25 kr	50 kr	*2,3%*	*2,9%*	*2,9%*

Biljetter över länsgräns

Sydtaxan *(Blekingetrafiken, Hallandstrafiken, Kalmar Länstrafik, Länstrafiken Kronoberg, Skånetrafiken)*		
Enkelbiljett	Vuxen/Ungdom	*Addering av zoner med **25% rabatt** för den första zonen i respektive län.*
24-timmarsbiljett	Vuxen/Ungdom	
Flexbiljett 10/30	Vuxen	
30-dagarsbiljett	Vuxen	*Addering av zoner med **35% rabatt** för den första zonen i respektive län.*
365-dagarsbiljett	Vuxen	
Västra Götaland *(Västtrafik)*		
Enkelbiljett	Vuxen/Ungdom	Addering av zoner (inget gränsavdrag).
24-timmarsbiljett	Vuxen/Ungdom	
Flex 10/30*	Vuxen	Addering av zoner med ***15% rabatt*** för den första zonen i respektive län.
30-dagarsbiljett	Vuxen	
365-dagarsbiljtt	Vuxen	

** Finns ej i Västtraffks biljettsortiment och går endast köpa hos Jönköpings Länstraffk.*

Övrigt

Resekort	30 kr (vid köp av nytt resekort)
Tilläggsavgift	1 500 kr (om biljett saknas eller vid ogiltig/felaktig biljett).

Datum för prisjustering

7 januari eller nästkommande vardag. Enligt överenskommelse i sydtaxesamarbetet.

Regelverk för sjuk- och behandlingsresor

1. Inledning

Rätten till sjukresor regleras i lagen (1991:419) om sjukreseersättning vid sjukresor. I lagen ges hänvisningar till lagar och förordningar som i sin tur pekar ut den vård och de behandlingar som berättigar till ersättning för resekostnader. Vidare anges att frågor om resekostnadsersättning skall prövas av sjukvårdshuvudmannen och att denna prövning skall ske enligt de grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer.
Sjukvårdshuvudmannen har med andra ord stora friheter att själv utforma innehållet och omfattningen av sjukreseverksamheten.

1.1 Vem omfattas av regelverket för sjukresor?

Alla personer som omfattas av AFL (Lagen om allmän försäkring) har rätt till sjukreseersättning enligt detta regelverk. Försäkrade enligt AFL är alla svenska och utländska medborgare som är bosatta i Sverige. EU/EES medborgare, samt medborgare i Schweiz, som inte är bosatta i Sverige, har rätt till akutsjukvård och sjukresa när de tillfälligt vistas här. Detta enligt samma regler som gäller för svenska medborgare. Även asylsökande omfattas av detta regelverk.

1.2 Utbetalning av sjukreseersättning

Begäran om sjukreseersättning ska lämnas till Sjukreseenheten inom 2 år efter resedatum. Lämnas begäran senare får patienten ingen ersättning.

1.3 Preskriptionstid

Om patient eller dödsbo inte hämtat ut pengar som Sjukreseenheten utanordnat är preskriptionstiden 10 år.

1.4 Omprövning av beslut

Beslut som grundar sig på det av Regionstyrelsen antagna regelverket kan inte omprövas på tjänstemannanivå.

1.5 Övrigt

Vid missbruk eller otillbörligt nyttjande av sjukresor har Regionen möjlighet att hänvisa sökanden till eget transportalternativ.

Detsamma gäller om patienten utsatt transportör för hot, våld eller olämpligt beteende i övrigt.

Ovanstående gäller sjukresor och ska ej påverka patientens möjlighet till icke-planerade sjukresor.

Resa till/från vården genom eget transportalternativ ersättas i efterhand enligt regelverket för sjukresor under förutsättning att sjukresan varit behövligt med hänvisning till patientens hälsotillstånd.

Med missbruk eller otillbörligt nyttjande avses nyttjande av sjukresa i avsaknad av adekvat medicinskt behov som inte kan styrkas med intyg.
Med hot, våld eller olämpligt beteende i övrigt avses ärende där resenär polisanmälts på grund av dennes beteende eller omständigheter i övrigt vid sjukresa.

2. Färdsätt

Generellt är det alltid billigare färdsätt som gäller. Det är alltid hälsotillståndet som avgör vilket färdsätt som patienten kan få ersättning/intyg för.

Hälsotillståndet avgör hur länge en patient kan vänta när tiden i vården inte passar med tåg- eller busstider. Bedömning om patient får åka med serviceresefordon istället för med tåg/buss med anledning av hälsotillståndet kan endast göras av behandlande vårdgivare.

2.1 Privat bil

Milersättning inom länet lämnas endast för resor till vissa återkommande kvalificerade behandlingar vid länets sjukhus se punkt 3.

Ersättning ges för närmaste (inte snabbaste) resväg och beräknas från patientens folkbokföringsadress till närmaste vårdgivare som kan ge relevant vård.

Om en patient som fått specialist- eller vårdgarantiremiss är berättigad att få åka sjukresa istället blir skjutsad till vården av en person som därefter reser tillbaka, utan att patienten följer med, dras ingen egenavgift för returresan. Detta gäller endast för resor utanför länet med egen bil.

2.2 Buss eller tåg

I första hand ska patienten åka buss eller tåg. Patienten bör försöka få tid på vårdcentral eller sjukhus som passar med buss- eller tågtiderna. Busshållplats finns oftast vid vårdinrättningarna.

Innan patienten får åka sjukresa på grund av att buss- eller tågtider inte passar måste patienten ha försökt ändra tiden för besöket.

Ersättning för buss- och tågresor inom länet lämnas endast för vissa resor till återkommande kvalificerad vård vid länets sjukhus se punkt 3.

2.3 Sjukresa med servicebilsresefordon

Den som på grund av sitt hälsotillstånd inte själv kan köra, åka kollektivt eller på annat sätt ta sig till vården har rätt till sjukresa med servicebilsresefordon.

Bedömning om patient får åka med servicebilsresefordon istället för annat transportmedel med anledning av hälsotillståndet kan endast göras av behandlande vårdgivare. Intyg för sjukresa behövs inte för personer över 85 år.

Vårdgivare ger tillstånd till resa i samband med att resa bokas alternativt att vårdgivare ger tillstånd för en eller flera resor.

Resan beställs via Beställningscentralen för Serviceresor per telefon alternativt bokas digital av vårdgivare enligt gällande regelverk.

Patienten kan åka sjukresa med servicebilsresefordon från olycksplats/vistelseplats eller sin folkbokföringsadress till valfri vårdcentral inom länet som ingår i Vårdval och i övrigt till närmaste vårdgivare som kan ge relevant vård. Saknas allmänna kommunikationer helt kan patienten få resa med sjukresa med servicebilsresefordon till närmaste busshållplats eller tågstation.

Planerade vårdbesök med medicinskt behov av sjukresa beställs via Beställningscentralen för Serviceresor alternativt digitalt av vårdgivare senast kl. 16.00 en vardag i förväg. Sjukresorna ska i möjligaste mån samordnas. Behandlande vårdgivare kan bevilja ensamåkning om synnerliga skäl finns, t ex att patienten är mycket infektionskänslig, eller om patienten själv har en smittsam sjukdom.

Vid akuta besök i vården kan beställning ske dygnet runt.

Vården beställer hemresan eller utfärdar digitalt intyg som både styrker besöket i vården samt behovet av färdsätt. Egenavgift som för sjukresa erläggs.

I de fall som vårdgivaren inte intygar att hälsotillståndet kräver serviceresa kan Sjukreseenheten i efterhand fakturera patienten.

Den som inte utnyttjar en beställd resa kan faktureras för den kostnad som uppstår om avbeställning av resan inte görs senast 30 minuter före planerad hämtning.

Resor till/från vården sker i samband med vårdbesöket, d v s det är inte tillåtet att bryta vårdkedjan med privata ärenden före eller efter vårdbesöket.

Finns färdtjänsttillstånd berättigar detta till att åka sjukresa enligt villkoren i giltigt färdtjänsttillstånd.

2.4 Flyg
För att flygresa ska beviljas krävs intyg från remitterande läkare/vårdgivare att hälsotillståndet kräver detta färdsätt.

2.5 Övrigt vid sjukresa
Resa medges till valfri vårdcentral inom länet som ingår i vårdval och i övrigt till närmaste vårdgivare inom länet som kan ge vård. Den som själv väljer att söka vård på annan ort får stå för merkostnaderna som den längre resan innebär. Detta gäller såväl inom som utanför länet. Det gäller även när personen på eget initiativ begärt att få bli remitterad till annan vårdgivare (valfrihetsremiss).

I vissa fall kan ersättning ges för resa till annan plats än bostaden (folkbokföringsadress).

Vid alla resor med servicefordon utanför länet och krävs en specialistvårdsremiss. Vårdgivaren ska även ha gjort en bedömning av patientens behov av sjukresa med servicefordon. Detta gäller bara när patientens hälsotillstånd är sådant att privat bil och allmänna kommunikationer inte kan användas.

3. Sjukresor inom länet
Ersättningen för buss, tåg och privat bil inom länet ersätts inte, med undantag av sjukresor till vissa återkommande kvalificerade behandlingar vid länets sjukhus.

Med återkommande menas minst 10 resor (20 enkelresor) inom 4 månader.

Det är alltid den planerade behandlingen (vårdformen) som avgör. Det innebär att en dialyspatient som bryter armen har rätt till ersättning för resorna till dialysen men inte till ortopeden.

Digitalt intyg alt att vården beställer resan gäller för sjukresa med servicefordon.

För de ersättningsberättigade bil, buss- och tågresorna finns en särskild blankett. Respektive avdelning/mottagning skriver under och skickar in denna blankett till Sjukreseenheten för utbetalning. Underskriften innebär att avdelningen/mottagningen intygar att behandlingen är en av de godkända behandlingarna samt att patienten deltagit angivna datum.

Följande behandlingar ger rätt till ersättning under förutsättning att tidsramarna ovan uppfylls:

- Dialysbehandling
- Cancerbehandling inkl strålbehandling
- Lung- och allergimottagningen

- Dagsjukvård Anorexienheten (inkl. uppföljningsbesök)
- Dagsjukvård Ätstörningsenheten på Psykiatriska kliniken,
- Dagsjukvård på Reumatologmottagningen på Ortoped och Reumatologkliniken,
- Dagsjukvård Rehabiliteringsmedicinska kliniken,
- Övriga besök hos läkare som uppfyller tidsramarna ovan, till exempel ECT-behandling.
- För barn och unga under 18 år gäller att man kan få ersättning för bil, buss eller tåg om barnet behandlats på Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Länssjukhuset Ryhov eller Habiliteringscentrum.

För besök till Hematologen Cytostatika kan man få ersättning för resa med bil, buss eller tåg vid minst 10 behandlingar inom en period av 6 månader.

4 Sjukresor utomläns, specialistvårdsremiss

För att få sjukreseersättning vid utomlänsvård (gäller även inom Europa) krävs alltid specialistvårdsremiss eller vårdgarantiremiss utfärdad av behörig läkare inom Region Jönköpings län såvida vårdbehovet inte uppstått akut vid vistelse i annat län eller region. För resa med serviceresefordon utanför länet ska remitterande läkare göra en bedömning av patientens hälsotillstånd och upprätta en specialistvårdsremiss.

För resa mellan sjukhus och patienthotell utanför länet gäller samma egenavgift som för resor som är berättigade till ersättning.

5 Utomlänspatienters hemresor och våra länsbors hemresor från annat län

Olika regler för sjuk- och behandlingsresor gäller när man får vård i annan region. Vårdregionen ska informera patienten om att denna kan få stå för resekostnaden själv beroende på vilka regler som gäller.

Kontakta alltid hemregionen före hemresan. Dessa resor beställs via Beställningscentralen för Serviceresor i patientens hemregion. Med hemregion avses den region där patienten är folkbokförd.

Regionen ersätter kostnad för resa till närmaste vårdinrättning efter akut insjuknande eller olycka vid vistelse i annat län.

Hemresa efter sådant akut insjuknande eller olycka ansvarar patienten själv för. Fakturor på sådana resor från andra regioner betalas inte av Region Jönköpings län.

6 Regler för personer från EU/EES-länder och övriga länder

6.1 EU/EES-medborgare och nordiska medborgare.

Utländska medborgare som under tillfällig vistelse inom en region, drabbas av akut sjukdom eller olycksfall har rätt till akut sjukvård enligt hälso-och sjukvårdslagen (HSL). Patienter som omfattas av EU/EES-avtalet ska visa EU-kort och intyg som styrker identiteten för att få sjukvårdsförmåner till samma kostnad som svenska medborgare. För patienter från nordiska länder räcker det med pass eller annan ID-handling som styrker identitet och nationalitet.

Sjukvårdsförmånerna för EU/EES-medborgare och nordiska medborgare omfattar även akut sjukresa från vistelseort alternativt olycksplats till närmsta vårdgivare.

Sjukresan ska ske med det färdsätt som patientens tillstånd kräver. Patienten betalar samma egenavgift som länsinvånare för sin sjukresa

Patient från EU/EES-land har också rätt till returresa till vistelseort eller tillfällig bostad i Sverige efter avslutad vård. Samma regler som för svenska medborgare gäller.

6.2 Medborgare från övriga länder

Medborgare från övriga länder har inte rätt till sjukresor eller till ersättning för resor till och från sjukvården. Detta gäller även överflyttningsresor. För asylsökande se punkt 5.

7 Reseersättning och egenavgift

Generellt sett är det endast den del av resekostnaden som överstiger egenavgiften, som ersätts av regionen.

7.1 Privat bil

Privat bil ersätts med Skatteverkets schablonbelopp för resor med egen bil med avdrag för egenavgift 150 kr enkel resa.

Ersättning inom länet lämnas endast för resor till viss återkommande kvalificerad vård vid länets sjukhus. Se punkt 3.

Parkeringsavgifter ersätts endast när det är en anslutningsresa till tåg eller buss.

Övriga parkeringsavgifter, biltullar, broavgifter samt trängselskatt ersätts inte.

Vid resan med privat bil är det samma ersättning per kilometer oavsett hur många som åker med i fordonet.

7.2 Buss, tåg, flyg och färja

Biljettkostnader för 2:a klass ersätts med avdrag för egenavgift motsvarande enkelbiljett linjetrafiken 1 zon per enkel resa, undantag flyg och färja med bil där egenavgiften är 150 kr. I annat fall Länstrafikens lägsta zonpriser. Vid beställning av resa via Internet ersätts även bokningsavgift.

Vid behandlingsserier förutsätts t ex zonkort eller länskort.

Ersättning inom länet lämnas endast för resor till viss återkommande kvalificerad vård vid länets sjukhus. Se punkt 3.

7.3 Serviceresor

Egenavgift för sjukresa med som beställs hos beställningscentralen för Serviceresor är 150 kr enkel resa.

Patienten ska betala en egenavgift enkel resa, t ex en patient som åkt sjukresa till vårdcentralen och därefter remitterats vidare betalar ingen ny egenavgift. Detsamma gäller för de som betalat egenavgift för anslutningsresa till annat fordon.

Intagna på kriminalvårdsanstalt betalar ingen egenavgift. Hemregionen debiteras.

Ålderspensionärer (över 65 år) som reser till geriatrisk dagsjukvård betalar ingen egenavgift.

Patient som reser till/från vården på grund av allmänfarlig sjukdom enl. Smittskyddslagen (SML) betalar egenavgift och kan ansöka om återbetalning av egenavgift fn hos försäkringskassan.

Donator och ledsagare betalar ingen egenavgift.

7.4 Asylsökande

Hälsotillståndet avgör färdsätt till vården för akut vård.

Enligt lag ska de asylsökandes egenavgift för sjukresor i vara högst 40 kronor. För att den lägre avgiften ska gälla måste patienten visa LMA-kortet för föraren i samband med betalning. Justering i efterhand tillåts inte. Fakturering kan inte ske. Egenavgift 40kr gäller även för dem som fått permanent uppehållstillstånd (PUT) men inte blivit kommunplacerad. Dessa personer ska uppvisa LMA-kort eller PUT-bevis. Asylsökande har inte rätt till reseersättning för resor med egen bil, buss eller tåg.

7.5 Reseersättning ledsagare

Behovet av ledsagare ska alltid vara styrkt av vårdgivaren.

En förutsättning för att ledsagarens kostnader för allmänna kommunikationer ska ersättas är att patientens ålder eller tillstånd motiverar att någon följer med och att ledsagaren hjälper patienten med t ex betalning, bagage och liknande. Gäller endast för resor utanför länet.

För barn under 18 år krävs inte vårdgivarens intyg om att en ledsagare behövs, undantag är digitalt intyg då detta anges. I normalfallet godkänns endast en ledsagare. I de fall barnet behöver tillsyn/hjälp under färden av fler, kan två ledsagare accepteras.

Endast de faktiska kostnaderna för resan ersätts enligt detta regelverk. Förlorad arbetsförtjänst, utlägg för kost etc. ersätts inte.

En ledsagare kan följa med patienten i serviceresefordonet om patientens ålder eller tillstånd motiverar att någon följer med och att ledsagaren hjälper patienten med t ex betalning, bagage och liknande. Ledsagaren betalar ingen egenavgift. Behandlande vårdgivare kan intyga att ytterligare en ledsagare behövs under färden (alternativt en ledsagare utöver vad färdtjänsttillståndet medger). Om fler ledsagare följer med faktureras patienten för kostnaden i efterhand.

Stannar patienten kvar för vård (utanför länet) får ledsagaren resa hem med billigaste färdsätt (tåg eller buss). Ingen egenavgift dras. Observera att den som följer med i ambulans inte får ersättning för hemresan. Resor för enbart följeslagare med Serviceresefordon medges inte. Om vården beställer resa för person som inte är patient faktureras avdelningen/mottagningen för resans totala kostnad.

All reseersättningen ansöks av patient och betalas till patient.

Boende på särskilt boende jämställs med eget boende. Om kommunens personal är med som ledsagare gäller samma regler som för medföljande anhöriga.

Eventuella merkostnader för personalens återresa med taxi ersätts inte enligt detta regelverk.

När personal följer med som vårdare under transport vid t ex överflyttning ska detta anges vid beställningen. Detta gäller även för återresa utan patient. Samåkning enligt gällande regler ska ske för återresa.

7.6 Forskning och donation

För patienter som kallas i forskningssyfte till annan region ges reseersättning endast om remitterande klinik i hemregionen givit sitt godkännande till fortsatt forskning/uppföljning. Specialistvårdsremiss krävs. För patienter som är skrivna i Jönköpings län och som ingår i studie- och forskningsprojekt, gäller följande:

Den som av hälsoskäl inte förmår att resa med allmänna kommunikationer eller privat bil kan beställa sin resa via Serviceresor och vården intygar behovet. Ingen reseersättning för privat bil, buss eller tåg utgår inom länet.

Patientens hemregion står för donatorns resor. Sjukreseenheten betalar ut ersättning utan avdrag för egenavgift.

7.7 Barn och barnperspektivet

Ersättning för resa till besök hos sjukt barn (ej fyllt 18 år) kan i vissa fall betalas. Bestämmelserna om färdsätt, belopp och egenavgift gäller även för dessa resor. Reseersättning ges när förälderns/föräldrarnas eller den anhöriges besök ingått som en aktiv del i behandlingen av barnet. Det kan gälla besök till Anorexienhetens dagsjukvård inom länet eller efter remitterad vård till sjukhus utanför länet.

Ersättning för resa och övernattning kan ges för en besöksresa i veckan (oavsett om det är en ren besöksresa eller om besöket kombineras med t ex läkar-kurator- psykologsamtal) hos barn som vårdas akut eller efter specialist- eller vårdgaranti på sjukhus utanför länet. Ett besök per vecka ersätts även om den andra föräldern eller annan anhörig vistas stadigvarande hos barnet på sjukhuset. Ingen egenavgift för besöksresor.

Barnets folkbokföringsadress avgör varifrån reseersättning utbetalas. I vissa enstaka fall kan ersättning beviljas för resa från annan ort i eller utanför vårt län.

Om ett barn, som t ex bor med en vårdnadshavare i Jönköping, får behandling på Universitetssjukhuset i Linköping kan vårdnadshavare, som är bosatt i Halmstad, få reseersättning från Halmstad till Linköping för deltagande vid exempelvis psykologsamtal. En individuell prövning görs alltid. Vikten av att båda föräldrarna deltar i behandlingen ska styrkas av vårdgivaren.

För barn under 18 år krävs inte vårdgivarens intyg om att en ledsagare behövs. I normalfallet godkänns endast en ledsagare. I de fall barnet behöver tillsyn/hjälp under färden av fler, kan 2 ledsagare accepteras. Barn under 7 år reser alltid med ledsagare. Vid digitala intyg anges alltid ev behov av ledsagare oavsett ålder.

7.8 Övernattning

Kostnader för övernattning på patienthotell eller på särskilt anvisat hotell kan ersättas om det blir billigare än att resa fram och tillbaka två eller flera dagar i rad.

Övernattning kan även ersättas om det blir orimligt att resa samma dag som besöket är planerat, t.ex. planerat läkarbesök före kl. 10:00 kan vara skäl till övernattning måste ske. (Billigaste boende ersätts dock max 1600kr/natt t.ex. om resa måste påbörjas före kl. 04:30.)

Om övernattning ordnas i privat boende kan ersättning ges enligt de bestämmelser som gäller för Sveriges Kommuner och Regioner.

7.9 Ej ersättningsberättigade resor

Följande är exempel på resor som inte omfattas av regelverket för sjuk- och behandlingsresor:

•Taxiresor som beställs direkt via taxi.

•Resor till vårdgivare utan avtal med regionen eller anslutna till Försäkringskassan.

•Anhörigas besöksresor (vissa undantag för besök hos barn på sjukhus).

•Resor mellan privat adress och särskilt boende som jämställs med eget

boende

•Dagvård med social inriktning

•Förebyggande hälsovård (t.ex. MVC, BVC, familjecentral, BB-hemvård, vaccinationer, hälsokontroller efter generella kallelser till vissa målgrupper t.ex. mammografi, cellprovtagning, aortascreening etc.)

•Friskvård

•Bassängträning i kommunalt eller privat badhus som inte leds av sjukgymnast

•Företagshälsovård (läkare, sjukgymnast etc.)

•Apotek

•Optiker

•Frisör

•Familjerådgivning

8. Regler för gästdialys

Patienten måste ha en remiss (valfrihetsremiss). Ersättning för resa som är längre än resan från hemorten till hemsjukhuset betalas under en sjudagarsperiod per år. Under denna vecka får egenavgiften tillgodoräknas i högkostnadsskyddet alternativt högkostnadsskydd utnyttjas. Sjukreseenheten kan utfärda betalningsförbindelse för taxi under denna tid.

För övriga längre resor gäller de vanliga reglerna om valfrihet utanför länet. Det innebär att patienten får stå för merkostnaden för längre resor. Egenavgiften får inte tillgodoräknas i högkostnadsskyddet och betalningsförbindelse för taxi kan inte skrivas.

Kortare resor ersätts alltid men endast en sjudagarsperiod per år räknas in i högkostnadsbeloppet. Under denna vecka får egenavgiften tillgodoräknas i högkostnadsskyddet. Sjukreseenheten kan utfärda betalningsförbindelse för taxi under denna tid.

9. Permission och permissionsresor

9.1 Betalning vid permissioner

För resdag betalar patienten patientavgift för sluten vård. För permissionsdag betalar patienten ingen patientavgift.

9.2 Resdag

Som resdag räknas den dag patienten lämnar avdelningen för att gå på permission. Som resdag räknas också den dag patienten återkommer till avdelningen efter avslutad permission.

9.3 Permissionsdag

Som permissionsdag räknas den dag då patienten vistas utanför sjukhuset i minst 12 timmar mellan kl. 00.00 och kl. 24.00. Detta gäller även de dagar när man reser till och från sjukhuset.

9.4 Omfattning av permissionen

Permissionen får omfatta högst tre dagar, detta exklusive resdagar. Undantag: Avsteg från denna regel får i undantagsfall göras för patienter som vårdas på psykiatriska kliniken och där permissionen ingår som ett led i behandlingen.

9.5 Permissionsresor

För att ersättning ska utgå måste permissionen vara på initiativ av behandlande vårdgivaren och ingå som ett led i behandlingen.

Huvudregeln är att reseersättning ges för resa till/från bostaden. I vissa fall kan ersättning ges för resa till annan plats än bostaden t ex till en anhörig. Merkostnader överstigande en mils längre resa får patienten stå för själv.

Om patientens hälsotillstånd är sådant att allmänna kommunikationsmedel inte kan användas och anhöriga inte kan skjutsa så kan servicerесefordon beställas via Serviceresor och vården intygar behovet. För barn upp till 16 år (som inte har färdtjänst)

krävs särskilda skäl för att beviljas sjukresa, eftersom det i normalfallet är vårdnadshavares ansvar att ordna resan.

Andra resor i samband med permission är inte sjukresor och får inte beställas via Serviceresor.

Vården beställer resan om patienten av hälsoskäl inte själv kan köra, inte klarar av att åka tåg eller buss och inte har någon närstående som kan skjutsa. Patienten betalar ingen egenavgift.

10. Högkostnadsskydd för sjukresor

För att få högkostnadsskydd för sjukresor ska patienten inom tolv månader ha betalat minst 2 700 kr i egenavgifter. Endast ersättningsberättigade resor ingår i högkostnadsskyddet och patienten är själv ansvarig för att spara kvitton och underlag.

Barn under 18 år i samma familj har gemensamt högkostnadsskydd. Det åligger förälder att meddela sjukreseenheten vilka barn som ska omfattas av högkostnadsskyddet.

Vid resa med egen bil registrerar Sjukreseenheten resekostnaderna manuellt efter att underlag lämnats in. Beräkning av högkostnadsskydd sker med automatik för resor som beställs och utförs med Länstrafikens Serviceresefordon. Detta innebär att när första sjukresan sker (alt nuvarande högkostnadsskydd går ut) påbörjas beräkning av egenavgiften och när belopp (f.n.) 2 700 kr uppnåtts inom en 12-månadsperiod sker ingen debitering av avgift inom 12-månadsperioden. Manuella justeringar av datum kan inte ske.

Högkostnadsskydd för sjukresor får endast utfärdas för personer som är folkbokförda i Jönköpings län.

11. Ikraftträdande

2026-01-01, om inget annat anges.

Regelverk för färdtjänst

Regelverk för färdtjänst

Allmänt
Färdtjänst är en kompletterande kollektiv transportform till de allmänna kommunikationerna. Val av fordon eller transportform för resan avgörs utifrån funktionshindrets art och resenärens hjälpbehov vid varje restillfälle.

Syfte
Region Jönköpings län i Jönköpings län och dess förvaltning Jönköpings Länstrafik ansvarar för att utreda och pröva tillstånd till färdtjänst för invånare i Jönköpings län. Som stöd i handläggningen av färdtjänst har Region Jönköpings län förutom Lag om färdtjänst (1997:736) samt domstolarnas domar och prejudikat. Som komplement har Region Jönköpings län skapat ett regelverk för färdtjänst.

Syftet med regelverket är att det ska fungera som en vägledning vid myndighetsutövning/handläggning och som ett hjälpmedel för att den som ansöker om färdtjänst skall kunna bedömas rättssäkert utifrån samma grund. Regelverket kan inte inskränka en persons rättigheter i förhållande till lagen men kan däremot ha bestämmelser i frågor som inte regleras i färdtjänstlagen.

Tillstånd till färdtjänst
Tillstånd för färdtjänst beskrivs i Lag om färdtjänst (1997:736) enligt följande paragrafer:

6§ Färdtjänst får anlitas av den som efter ansökan har fått tillstånd till det. Frågor om tillstånd prövas av kommunen där den sökande är folkbokförd eller, om kommunens uppgifter enligt denna lag överlåtits till den regionala kollektivtrafikmyndigheten i länet, av denna myndighet (tillståndsgivaren).

Lag (2010: 1068).

7§ Tillstånd till färdtjänst skall meddelas för dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel. Om sökanden är under 18 år skall prövningen göras i förhållande till barn i motsvarande ålder utan funktionshinder.
Tillståndet omfattar inte transporter som av någon annan anledning bekostas av det allmänna. Lag (2006:1114).

8§ Om den som söker tillstånd till färdtjänst behöver ledsagare under resorna, skall tillståndet gälla även ledsagaren.

9§ Tillstånd till färdtjänst meddelas för viss tid eller tills vidare.
Tillstånd får i skälig omfattning förenas med föreskrifter om

1. vilket färdsätt som får användas,
2. inom vilket område resor får göras, och
3. hur många resor tillståndet omfattar.

Sådana resor som kan anses vara väsentliga för tillståndshavaren får begränsas till antalet endast om det finns synnerliga skäl. Om det finns särskilda skäl, får tillståndet även i övrigt förenas med villkor. Lag (2006:1114).

Färdtjänstformer

För den som är folkbokförd i Jönköpings län finns det möjlighet att ansöka om färdtjänsttillstånd. Färdtjänst finns i följande former:

Färdtjänst

Med färdtjänst avses resor inom den egna kommunen. Resorna regleras i detta regelverk.

Länsfärdtjänst

Med länsfärdtjänst avses resor inom Jönköpings län och max 3 mils resväg in i angränsande län. Resorna regleras i detta regelverk.

Resa i annan kommun utanför länet

Med resa i annan kommun avses resa vid vistelse i annan kommun utanför länet. Om inget annat anges gäller regelverk ”Färdtjänst” även för resa i annan kommun utanför Jönköpings län.

Övrigt

Under de närmaste åren kan en del försök med utvidgad och tidtabellagda

serviceresor och kombination av resor, till exempel anslutning till tåg för resor inom länet, komma att prövas. Vid sådana försök blir de regler som i förekommande fall beslutas i särskild ordning överordnade detta regelverk.

Regelverk

1. Ansvar för färdtjänst
Varje kommun, eller om kommunen överlåtit ansvaret till den regionala kollektivtrafikmyndigheten, ansvarar för att anordna färdtjänst av god kvalitet enligt Lag om färdtjänst, SFS 1997:736.
Med den ansvariga myndigheten avses i detta regelverk Region Jönköpings län med dess verksamhetsområde Jönköpings Länstrafik.

2. Rätt till färdtjänst
Den som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel har rätt till färdtjänst.

3. Ansökan om tillstånd
Ansökan om färdtjänsttillstånd görs hos den ansvariga myndigheten. Färdtjänst medges jämlikt 7 § i Lag om färdtjänst till personer med varaktigt funktionshinder av minst tre månader.

4. Beslut
Den ansvariga myndigheten svarar för myndighetsutövningen för färdtjänst och meddelar beslut.

5. Överklagande av beslut
Tillståndsgivarens beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten. Lag (2010:1068). Överklagandet ska ske skriftligt och vara den ansvariga myndigheten tillhanda inom tre veckor efter att sökanden fått del av beslutet.

6. Giltighetstid
Färdtjänsttillstånd är som regel tidsbegränsat. Färdtjänsttillstånd kan beviljas utan tidsbegränsning om funktionsnedsättningen bedöms vara livslång, trots eventuell framtida medicinsk utveckling. I bedömningen ska även tas hänsyn till förbättrad tillgänglighet i kollektivtrafiken och framtida nya trafiklösningar med olika servicenivåer i samband med/eller under resan.

7. Återkallande
Färdtjänsttillstånd kan återkallas om förutsättningarna för tillståndet inte längre finns eller om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelser av de föreskrifter och villkor som gäller för färdtjänst.

8. Färdtjänstens omfattning
Färdtjänsten omfattar arbets-, studie- och fritidsresor. Resa får ske inom Jönköpings län och max 3 mils resväg in i angränsande län. Vid resa utanför länsgränsen ska resan påbörjas eller avslutas i Jönköpings län. För resor inom annan kommun utanför länsgränsen, se punkt 9. Färdtjänst får inte användas till tjänsteresor.

9. Resa inom annan kommun
Tillstånd för färdtjänst kan ges vid tillfällig vistelse i annan kommun utanför Jönköpings län. Resan prövas resa för resa och kan förenas med speciella villkor. Under en 14-dagarsperiod beviljas max 6 enkelresor och under en 12-månadersperiod beviljas max 60 enkelresor.

10. Färdsätt
Den färdtjänstberättigade kan inte själv välja färdsätt vid beställning av resa. Den färdtjänstberättigade erbjuds det färdsätt som är möjligt utifrån vad som framgår av beviljat färdtjänsttillstånd.

11. Beställning av resa
Beställning av färdtjänstresa ska ske i god tid via beställningscentralen för Serviceresor. Resa beställs senast två timmar före önskad avresa. Fram- och återresa går att beställa vid samma tillfälle. Avbeställning av resa ska ske senast 30 min innan resan skulle påbörjats. Ändring av bokad resa resulterar i en ny beställning. Önskan om avresetid eller ankomsttid ska anges vid beställning av resan. Den färdtjänstberättigade erhåller avresetid.

12. Justerad avresetid
För att kunna samordna resorna på bästa sätt kan resan senareläggas eller tidigareläggas - ändrad tid meddelas kund. Saknas lediga fordonsresurser erbjuds alternativ restid.

13. Hämtning
Resenär ska vara klar för hämtning i god tid. Hämtning kan ske från 5 minuter före och upp till 10 minuter efter avtalad hämtningstid. Detta betraktas inte som försening. Efter denna tid bör resenär kontakta Serviceresor för besked. Resenär ska meddelas när avtalad tid inte kan hållas.

14. Samåkning
Färdtjänstresor samordnas. Begäran om särskild förare, fordon eller transportör kan inte tillgodoses.

15. Resväg
Acceptabel omväg och restid motsvarar restiden för en genomsnittstid för olika resealternativ på likvärdig sträcka inom linjetrafiken inklusive väntetid för byten inom linjetrafiken. Uppehåll under resan medges inte.

16. Antal resor
Den enskilde avgör som regel själv i vilken utsträckning färdtjänst behöver användas. Tillståndsgivaren äger rätt att föreskriva hur många resor tillståndet omfattar (9 §).

17. Tider
Färdtjänstresa kan utföras följande tider:
Måndag - torsdag kl. 06.00-24.00
Fredag kl. 06.00-02.00
Lördag kl. 07.00-02.00
Söndag och helgdag kl. 07.00-24.00.
Resan ska vara avslutad före kl. 24.00 alternativt kl. 02.00. Härutöver kan Länstrafiken efter samråd med brukarorganisationerna besluta om resor till kl. 02.00 vid några av årets helgdagar.

18. Avgifter och faktura
För färdtjänstresa uttas en egenavgift motsvarande enkelbiljett i Länstrafikens gällande prislista (lägst en zon). Vid resa utanför länsgränsen tillkommer, utöver aktuellt zonpris, en extraavgift motsvarande priset 2 gånger för första zon. Färdtjänstberättigade barn (0-6år) och ungdomar betalar enligt Länstrafikens prislista för skolungdom. Vid erläggande av egenavgift eftersträvas så jämna pengar som möjligt och förare växlar max 200-kronorssedel. Om resa beställts och inte ska genomföras ska avbokning ske senast 30 minuter innan resan skulle påbörjas, om avbokning inte sker kan avgift faktureras med 150kr/beställd resa. Samtliga egenavgifter, inklusive pris för arbetsresor, kan faktureras kund. Kund anmäler detta vid ett tillfälle t.ex. i samband med beställning av resa alternativt vid erhållande av färdtjänsttillstånd. Faktureringen gäller tills vidare. Kund erhåller faktura på samtliga utförda resor i efterskott avseende färdtjänst, arbetsresor och sjukresor. Egenavgift för medresenär inkluderas i faktureringen. Sker inte betalning enligt faktura kan kund stängas av från faktureringen, betalning sker då med kontanter/bankkort innan resan påbörjas.
Egenavgift för resa inom annan kommun utanför Jönköpings län (enligt punkt 9) är 14 kr per km dock minst 65 kr per enkelresa. Priset inkluderar även en medresenär/ledsagare.

19. Förarassistans
Den färdtjänstberättigade som är i behov av assistans till och från bostaden kan erbjudas detta. Det ska framgå av färdtjänsttillståndet om förarassistans är beviljad.
Förarassistans innebär att föraren hämtar och lämnar den färdtjänstberättigade i bostaden eller i annan lokal.

20. Ledsagare
Den färdtjänstberättigade som är i behov av hjälp under resan kan beviljas ledsagare. Behovet av ledsagare ska vara knutet till resan och inte vistelsen på resmålet. Med ledsagare avses en person som följer med den färdtjänstberättigade

för att denna ska kunna genomföra en resa. Ledsagaren ska kunna bistå med all den service som behövs och även vara behjälplig mellan bostad och påstigningsplats. Ledsagare får inte själv vara innehavare av färdtjänsttillstånd eller ha behov av förarens assistans eller egna förflyttningshjälpmedel. Behovet av ledsagare ska framgå av tillståndet. Barn under 7 år reser alltid med ledsagare. Ledsagare betalar ingen egenavgift.

21. Medresenär
Den färdtjänstberättigade har rätt att ha med en medresenär som inte är ledsagare. Egna barn under 12 år har också rätt att följa med på resan och räknas då som medresenär utöver ovan angivna medresenär. Önskemålet om medresenär ska meddelas vid beställning av resan. Medresenär betalar egenavgift motsvarande enkelbiljett i Länstrafikens gällande prislista (lägst en zon) och barn 0-6 år åker gratis om vuxen finns i samma bokning.

22. Arbetsresor
Den färdtjänstberättigade kan använda färdtjänst för resa mellan bostaden och arbetsplatsen. Här inräknas även resa till och från skola för den som deltar i vuxenstudier. För den som regelbundet måste resa före kl. 06.00 eller efter kl. 24.00 beviljas undantag från ovanstående restider. Arbetsresor kan betalas med en fast månadskostnad som följer priset på Länstrafikens periodkort, 30-dagarskort för vuxen, och antal zoner. Vid arbetsresa över länsgräns gäller Länstrafikens periodkort, 30-dagarskort för vuxen, med länsgiltighet. Fakturering sker för hela månader i efterskott, 11 månader per år. Vid utebliven betalning av fakturan förfaller möjligheten till en månadskostnad och resorna betalas vid varje enskild resa enligt avgiften för övriga färdtjänstresor enligt punkt 18. För färdtjänstberättigad som reser till arbete finns möjlighet att inkludera lämning/hämtning på förskola/fritids för egna barn (max 12 år) i anslutning till resa till/från arbetet. Arbetsresor gäller upp till 69 års ålder.

23. Skolskjuts
Färdtjänst kan inte nyttjas av elev som är beviljad skolskjuts till och från grundskola eller särskola inklusive gymnasiesärskola eller för resor under skoltid.

24. Hjälpmedel
Det ska framgå av färdtjänsttillståndet vilka förflyttningshjälpmedel som får medtas i fordonet. Vid beställning av resa ska den färdtjänstberättigade uppge vilka förflyttningshjälpmedel som ska tas med. Ledsagare och medresenär kan inte ta med egna förflyttningshjälpmedel, krycka/käpp är undantaget.
Om en färdtjänstberättigad behöver sitta i rullstol under färd ska rullstolen vara godkänd för persontransport i fordon och vara utrustad för detta enligt rullstolstillverkarens anvisningar. Färdtjänstberättigad ansvarar själv för att kontrollera att rullstol är godkänd.
Förflyttningshjälpmedel får vara max mått: L1500 mm, B850mm, H1450mm samt vara avsedd och godkänd för transport i fordon.
Övriga hjälpmedel hanteras eventuellt som bagage se punkt 27 .

25. Förflyttning i trappa/Trappklättrare
För färdtjänstberättigad som inte själv kan förflytta sig i en trappa till/från den egna bostaden kan förflyttning beviljas med trappklättrare i samband med resan. Förflyttning med trappklättrare kan beviljas under max 18 månader eller med max 24 enkelresor per år så länge färdtjänsttillståndet är giltigt. Endast ett av alternativen kan väljas. Om färdtjänstberättigad bor på särskilt boende, enligt beslut från äldre- och funktionshinderomsorgen, finns möjlighet till max 24 enkelresor per år för besök på tidigare folkbokföringsadress. Förflyttning med trappklättrare utförs inte inne i bostad/lägenhet och inte utomhus. (Totalvikt av rullstol och färdtjänstberättigad vid trappklättring får vara maximalt 160 kg). För förflyttning i trappa med trappklättrare gäller att uppdraget ska vara genomförbart och ska kunna ske utan risker för förare och/eller färdtjänstberättigad. Bedöms risker finnas utförs inte förflyttning.

26. Liggande transport
För färdtjänstberättigad som behöver liggande transport sker transporten på bår. Förflyttning med bår i trappa utförs inte. Förare i serviceresefordon kan endast vara ett stöd vid förflyttning för att komma på och av bår. Föraren utför inte lyfthjälp för att komma på och av bår. (Totalvikt för bår och färdtjänstberättigad får vara maximalt 160 kg).

27. Bagage
Bagage får tas med på resan, i normalfallet två normalstora väskor/kassar. Ledsagare och/eller medresenär får max ta med en normalstor väska/kasse per person. Med bagage därutöver kan färdtjänstresa inte utföras.

28. Husdjur
Färdtjänst är en persontransport och husdjur får inte medfölja. Undantag gäller för certifierad assistanshund/ledarhund som får medfölja utan avgift. Certifiering eller legitimation ska kunna uppvisas på begäran.

29. Allmän kollektivtrafik
Om färdtjänstberättigad kan resa med den allmänna kollektivtrafiken (buss eller tåg) med hjälp av någon, finns möjlighet att få och använda ”Ta med en vän” kort. Färdtjänstberättigad betalar sin resa enligt Länstrafikens ordinarie priser och vännen reser med utan kostnad genom att stämpla ”Ta med en vän” kortet. Kortet gäller vid resa med Jönköpings Länstrafiks bussar och tåg inom Jönköpings län. Kortet är giltigt så länge färdtjänsttillstånd är giltigt.

30. Förändringar
Inför större förändringar i färdtjänstverksamheten ska synpunkter inhämtas genom kommunala handikappråd, kommunala pensionärsråd och Länsrådet för funktionsnedsättning.

31. Tillämpningsföreskrifter
Reglernas praktiska tillämpningsföreskrifter utformas av ansvarig förvaltning Jönköpings Länstrafik.

32 Allmänna ordningsregler och säkerhet vid resa
Den färdtjänstberättigade inklusive eventuell ledsagare/medresenär är skyldig att följa bestämmelserna i Ordningslagen (1993:1617) och från tid till annan tillämplig lagstiftning.
Den färdtjänstberättigad är skyldig att följa förares anvisningar och tillsägelser. Om den färdtjänstberättigade inte rättar sig efter detta riskerar att bli avvisad från fordonet och därmed förlora rätten till att åka vid detta tillfälle. Är färdtjänstberättigad berusad eller uppträder på ett sådant sätt att det kan misstänkas att personen kommer att störa ordningen eller på annat sätt äventyra säkerheten i trafiken, kan påstigning nekas. Resan kan även nekas på grund av sanitära skäl.

33. Ikraftträdande
2026-01-01, om inget annat anges.

_____

Regelverk för riksfärdtjänst

Allmänt
Riksfärdtjänst är en ersättning för reskostnad för den som på grund av stor och varaktig funktionsnedsättning inte kan resa till normala reskostnader inom Sverige utan måste resa på ett särskilt kostsamt sätt. Riksfärdtjänst är avsedd för personer vars funktionsnedsättning är varaktig. Med varaktig menas att funktionsnedsättningen förväntas bestå i minst sex månader.

Syfte
Region Jönköpings län i Jönköpings län och dess förvaltning Jönköpings Länstrafik ansvarar för att utreda och pröva tillstånd till riksfärdtjänst för invånare i Jönköpings län. Som stöd i handläggningen av riksfärdtjänst har Region Jönköpings län förutom Lag om riksfärdtjänst (1997:735) domstolarnas domar och prejudikat. Som komplement har Region Jönköpings län skapat ett regelverk för riksfärdtjänst.

Syftet med regelverket är att det ska fungera som en vägledning vid myndighetsutövning/handläggning och som ett hjälpmedel för att den som ansöker om riksfärdtjänst skall kunna bedömas rättssäkert utifrån samma grund.

Regelverket kan inte inskränka en persons rättigheter i förhållande till lagen men kan däremot ha bestämmelser i frågor som inte regleras i riksfärdtjänstlagen.

Tillstånd för riksfärdtjänst
Tillstånd för riksfärdtjänst beskrivs i Lag (1997:735) om Riksfärdtjänst enligt följande paragrafer:

4 § Riksfärdtjänst får anlitas av den som efter ansökan har fått tillstånd till det. Frågor om tillstånd prövas av kommunen där den sökande är folkbokförd eller, om kommunens uppgifter enligt denna lag överlåtits till trafikhuvudmannen i länet, av trafikhuvudmannen (tillståndsgivaren). Lag 2006:1115).

5 § Tillstånd ska meddelas om
1. resan till följd av den sökandes funktionshinder inte till normala reskostnader kan göras med allmänna kommunikationer eller inte kan göras utan ledsagare,
2. ändamålet med resan är rekreation eller fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet,
3. resan görs inom Sverige från en kommun till en annan kommun,
4. resan görs med taxi, ett för ändamålet särskilt anpassat fordon eller med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare, och
5. resan inte av någon annan anledning bekostas av det allmänna.
Om sökande är under 18 år skall prövningen göras i förhållande till barn i motsvarande ålder utan funktionshinder. Lag (2006:1115).

6 § Om den som söker tillstånd till riksfärdtjänst behöver ledsagare under resan, skall tillståndet gälla även ledsagaren.

7 § Tillstånd till riksfärdtjänst får förenas med föreskrifter om färdsätt.

Regelverk

1. Ansökan
Den som är folkbokförd i Jönköpings län kan ansöka om och få tillstånd för riksfärdtjänst. Ansökan görs för varje resa. Ansökan bör vara Länstrafiken tillhanda senast tre veckor innan avresa. Inför storhelger bör ansökan göras tidigare, till exempel vid jul- och nyårshelg då ansökan ska göras senast den 15 november.

2. Beslut
Den ansvariga myndigheten svarar för myndighetsutövning för riksfärdtjänst. Beslut meddelas skriftligt och kan överklagas till Förvaltningsrätten. Riksfärdtjänst beviljas inte retroaktivt.

3. Ändamål eller annan betalare
Ändamålet med resan ska vara rekreation, fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet. Resan ska ske inom Sverige, från en kommun till en annan. Riksfärdtjänst är inte avsedd för resa med ändamål tjänsteresa, arbete, utbildning, sjukvård eller medicinsk behandling. Ersättning enligt riksfärdtjänstlagen beviljas inte för resa som bekostas av det allmänna (stat, kommun eller region).

4. Val av färdmedel
Region Jönköpings län beslutar om färdsätt med beaktande av resenärens funktionshinder. Val av färdmedel ska användas utifrån följande prioriteringar, med hänsyn till resenärens funktionshinder:

1. Allmänna kommunikationer;

2. Allmänna kommunikationer med ledsagare
3. Allmänna kommunikationer med ledsagare i kombination med servicesefordon
4. Servicesefordon
5. Servicesefordon med ledsagare

Ersättning för resa med hyrbil eller privatbil medges inte.

Riksfärdtjänstresa sker i första hand med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare och i andra hand med särskilt anpassade fordon (servicesefordon.) Det är resenärens funktionshinder som avgör vilket färdsätt som beviljas och eventuellt hjälpbehov av ledsagare under resan. Resa med servicesefordon beviljas endast om resa med allmänna kommunikationer inte kan genomföras, trots stöd av ledsagare. Resa med servicesefordon beviljas inte på grund av att allmänna kommunikationer saknas på sträckan, går vid fel tidpunkt eller att det är långt till hållplats. Dyrare färdsätt för att ledsagare inte kan ordnas beviljas inte.

Förskjutning av resa kan ske för att möjliggöra lägre biljettpris alternativt samåkning. Samåkning kan innebära längre resväg och/eller längre restider. För resa upp till 20 mil kan avresetiden förskjutas eller tidigareläggas maximalt 6 timmar och för längre resa kan avresetiden förskjutas eller tidigareläggas maximalt 12 timmar.

Den som fått tillstånd till riksfärdtjänst ska betala en egenavgift. Egenavgiften betalas i enlighet med regeringens föreskrifter (f.n. 1993:1148).

Vid beslut om resa med allmänna kommunikationer köper resenär biljett på egen hand på billigaste sätt. Underlag som styrker biljettkostnad, antingen biljett eller kvitto på e-biljett skickas till Jönköpings Länstrafik, Färdtjänstenheten, efter genomförd resa. Ersättning för merkostnad av resa betalas ut till resenär. Vid beslut om resa med servicesefordon bokas resa av Jönköping Länstrafik, Färdtjänstenheten, och resenär betalar egenavgift till förare.

Samordning av resa med servicesefordon sker regelmässigt där det är möjligt och planeras i sin helhet av Jönköpings Länstrafik eller av företag som på uppdrag av Jönköpings Länstrafik ska samordna resa. Uppehåll under resa utöver toalettbesök är inte tillåtet. Vid längre resa kan matpaus tillåtas.

5. Ledsagare
Med ledsagare avses en person som måste följa med resenär för att denne ska kunna genomföra en riksfärdtjänstresa. Behovet av ledsagare ska vara knutet till resan och inte vistelsen på resmålet. Ledsagare ska kunna bistå med all den service/hjälp som behövs för att resenär ska kunna genomföra resa. Resenär måste själv ordna ledsagare. Ledsagare betalar ingen egenavgift. Behov av ledsagare ska framgå av beslutet. Barn under 7 år reser alltid med ledsagare. Vid resa med

servicetaxefordon får ledsagaren inte själv vara i behov av assistans från föraren eller ta med förflyttningshjälpmedel.

6. Medresenär
Vid resa med allmänna kommunikationer får obegränsat antal medresenärer följa med. Medresenär bokar sin egen resa och betalar pris enligt linjetrafikens priser.

Vid resa med servicetaxefordon får en medresenär följa med om det framgår av beslut. Medresenär betalar samma egenavgift som resenär och detta gäller även barn under 12 år. Finns egna barn under 12 år kan flera medresenärer förekomma.

7. Hjälpmedel och bagage
Vid resa med allmänna kommunikationer får hjälpmedel och bagage tas med enligt de regler som gäller hos respektive trafikföretag.
Vid resa med servicetaxefordon ska det framgå av beslutet vilka förflyttningshjälpmedel som får tas med på aktuell resa. Ledsagare och medresenär kan inte ta med egna förflyttningshjälpmedel, krycka/käpp är undantaget. Om resenär behöver sitta i rullstol under färd ska rullstolen vara godkänd för persontransport i fordon och vara utrustad för detta enligt rullstolstillverkarens anvisningar. Resenär ansvarar själv för att kontrollera att rullstol är godkänd. Förflyttningshjälpmedel får vara max mått: L1500 mm, B850mm, H1450 mm samt vara avsedd för transport i fordon. Övriga hjälpmedel hanteras eventuellt som bagage. I servicetaxefordon får resenär ta med två normalstora väskor/kassar. Ledsagare och/eller medresenär får ta med max en normalstor väska/kasse per person.

8. Husdjur
Vid resa med allmänna kommunikationer får djur medfölja enligt de regler som gäller hos respektive trafikföretag. Vid resa med servicetaxefordon får endast certifierad assistanshund följa med. Certifiering eller legitimation ska kunna uppvisas på begäran.

9. Avbokning
Jönköping Länstrafik, Färdtjänstenheten, ansvarar inte för avbokning av resa med allmänna kommunikationer. Vid resa med servicetaxefordon ska resenär avboka resan så snart det är känt att resan inte kan genomföras. Under kontorstid sker avbokning till företag som på uppdrag av Jönköpings Länstrafik ska utföra resan och för kännedom till Jönköping Länstrafik, Färdtjänstenheten. Utanför kontorstid kontaktar resenär i första hand det företag som på uppdrag av Jönköpings Länstrafik ska utföra resan (för närvarande Riksfärdtjänsten Sverige AB). I andra hand kontaktar resenär respektive trafikföretag. Vid försent avbokad resa kan kostnader för hela/delar av resan faktureras resenär.

10. Återkallelse av tillstånd
Enligt riksfärdtjänstlagen, 6 § kap, får en tillståndsgivare återkalla ett tillstånd för riksfärdtjänst om förutsättningarna inte längre finns eller om tillståndshavaren

gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelser av de föreskrifter som gäller för riksfärdtjänst. Föreskrifter får ändras, om ändrade förhållanden föranleder det. Återkallelse av tillstånd kan i praktiken förekomma endast i de fall vederbörande har ett tillstånd som gäller tillsvidare, för viss tid eller för ett visst antal resor.

11. Vilka beslut får överklagas
Alla beslut enligt 4-7 samt 9 §§ riksfärdtjänstlagen får överklagas enligt förvaltningslagens bestämmelser.

12. Tillämpningsföreskrifter
Reglernas praktiska tillämpningsföreskrifter utformas av ansvarigt verksamhetsområde Jönköpings Länstrafik.

13 Allmänna ordningsregler och säkerhet vid resa
Resenären inklusive eventuell ledsagare/medresenär är skyldig att följa bestämmelserna i Ordningslagen (1993:1617) och från tid till annan tillämplig lagstiftning.
Resenären är skyldig att följa förares anvisningar och tillsägelser. Om resenären inte rättar sig efter detta riskerar att bli avvisad från fordonet och därmed förlora rätten till att åka vid detta tillfälle. Är resenären berusad eller uppträder på ett sådant sätt att det kan misstänkas att personen kommer att störa ordningen eller på annat sätt äventyra säkerheten i trafiken, kan påstigning nekas. Resan kan även nekas på grund av sanitära skäl.

14. Ikraftträdande
2026-01-01 om inget annat anges.

Region Jönköpings län

2025-03-10

Regional utveckling

Bilaga till budget 2026

Principer för prissättning vid Kulturhuset Spira 2026

Biljettpriser

Prisdifferentiering sker utifrån följande principer:

- Alla produktioner ska erbjuda ett tillgängligt prisspann
- Prisspannet ska vara konsekvent i förhållande till produktionstyp och lokal
- Flera priszoner i teatersalongen och konsertsalongen ska erbjudas
- Ett begränsat antal föreställningar erbjuds till försäljning i samband med biljettsläpp och fler biljetter släpps baserat på efterfrågan
- Rabatterade priser kan ges till prioriterade målgrupper
- Presidiet för nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet kan för enskilda tillfällen fatta beslut om priser som ligger utanför det fastställda prisintervallet

Uthyrning av lokaler

Grundläggande principer:

- Flexibel prissättning utifrån rådande förhållanden så att en hög nyttjandegrad av lokalerna uppnås
- Marknadsmässig prissättning vid varje givet tillfälle så att inte snedvriden konkurrens uppstår
- Möjlighet till rabatterade priser för att möjliggöra tillgänglighet för lokala/regionala organisationer samt det fria kulturlivet

Regional utveckling
Regional utveckling
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regional.utveckling@rjl.se
Hemsida: rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

Priser 2026 för uthyrning

Priser heldag i Kulturhuset Spira En scentekniker ingår (säkerhet), övrigt tillkommer	Ordinarie pris, kronor	Rabatterat pris med 60% till fria kulturlivet*, kronor
Konsertsalen	44 000	17 600
Teatern	35 300	14 120
Kammaren	20 400	8 160
Café-scenen inkl caféfoaljén	12 600	5 040
Enbart caféfoaljén	3 000	1 200
Balkongerna	4 000	1 600
Hela foaljén	15 000	6 000

* Aktörer som inte har en anställning i en kulturinstitution eller anlitas av en sådan.

Region Jönköpings län

2025-03-10

Regional utveckling

Bilaga till budget 2026

Avgifter för internat, kost och logi, vid Region Jönköpings läns skolor

Skolorna som drivs av Region Jönköpings län erbjuder internatboende för elever som bor långt från skolan och som har svårt att pendla fram och tillbaka varje dag.

Skola	Avgift	Avgift avser	Pris läsår 24/25 (4 veckor)	Pris läsår 25/26 (4 veckor)
Sörängens folkhögskola	kost	kost*	3 300 kr	3 360 kr
Sörängens folkhögskola	logi	boende utan dusch och toalett på rummet	2 200 kr	2 240 kr
Sörängens folkhögskola	logi	boende med dusch och toalett på rummet	3 180 kr	3 280 kr
Värnamo folkhögskola	kost	kost*	2 300 kr	2 300 kr
Värnamo folkhögskola	logi	Bokullen/Engsbo	3 200 kr	3 200 kr
Tenhults naturbruksgymnasium	kost	kost**	2 200 kr	2 300 kr
Tenhults naturbruksgymnasium	logi	enkelrum	2 500 kr	2 500 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	kost	kost**	2 580 kr	2 800 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	normal standard, dubbelrum	1 710 kr	1 700 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	normal standard, enkelrum	2 500 kr	2 500 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	hög standard, dubbelrum	2 560 kr	2 550 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi	hög standard, enkelrum	3 240 kr	3 200 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi - vuxenelever	dubbelrum	3 020 kr	3 000 kr
Stora Segerstad Naturbrukscentrum	logi - vuxenelever	enkelrum	3 460 kr	3 500 kr

*Skillnad mellan folkhögskolornas kost är att kvällsmåltid ingår i priset på Sörängen.
**Skillnad mellan naturbruksgymnasierna är att förmiddagsfika ingår i priset på Stora Segerstad.

Region Jönköpings län

Centerpartiet
JÖNKÖPINGS LÄN

En grön, grundad och mänsklig budget från Centerpartiet

Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Region Jönköpings län

Med jordnära visioner skapar Centerpartiet en grön och trygg vardag där vi ger kraft åt varje människa.

Dnr
Textansvarig, kontaktuppgifter
Region Jönköpings län
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

.....1

En grön, grundad och mänsklig budget från Centerpartiet.....1

Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028.....1

En grön, grundad och mänsklig väg framåt 5

Grundläggande värderingar 6

För ett bra liv i en attraktiv region 8

Planeringsförutsättningar..... 17

Gemensamt för Region Jönköpings län 38

Medborgare och kund..... 52

Process och produktion 52

Lärande och förnyelse 55

Medarbetare 55

Ekonomi..... 57

Regional utveckling..... 59

Arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet..... 60

Trafik, infrastruktur och miljö 71

Folkhälsa och sjukvård..... 78

Medborgare och kund..... 94

Process och produktion 97

Lärande och förnyelse 100

Ekonomi..... 101

Finansiella rapporter 103

Regionfullmäktiges direktiv till styrelse och nämnder avseende budget 2026 105

Bilagor 113

En grön, grundad och mänsklig väg framåt

Jönköpings län står i ett nytt läge. Klimatförändringar måste tas på största allvar nu, en åldrande befolkning är ett faktum och kompetensbristen inom välfärden likväl som inom näringslivet är påtaglig redan idag. En globalt osäker omvärld sätter press på vår region. Samtidigt finns det stora möjligheter att forma en hållbar, innovativ och jämlik framtid förutsatt att vi agerar långsiktigt, kraftfullt och tillsammans, nu.

Centerpartiets budget för 2026 präglas av ansvarstagande och framtidstro. Med vår gröna, grundade och mänskliga politik tar vi sikte på ett Jönköpings län där tillväxt sker inom ramen för planetens gränser, där människor får växa genom utbildning och hälsa, och där varje ort från landsbygder till städer har goda villkor för liv, hälsa, företagande och delaktighet.

Vi ser klimatutmaningen och kompetensutmaningen inte bara som ett hot, utan som en chanser att stärka länets resiliens och skapa ny grön tillväxt. Genom hållbara metoder och lokalt förankrade beslut kan vi minska utsläppen och möta kompetensutmaningen inom både näringsliv och offentlig sektor.

I vår budget betonas behovet av utbildning som möter arbetsmarknadens behov, smartare användning av kompetens och mentorskap samt ett arbetsliv där fler vill och kan bidra längre. Vi värnar om vård i hela länet särskilt på landsbygder och vi lyfter vikten av en närvarande och trygg primärvård. För oss är kontinuitet i vårdkontakter och lokalt ledarskap framgångsfaktorer.

Vi bygger vår politik på tillit till människors förmåga. Därför driver vi insatser som stärker folkhälsan och frigör vårdpersonalens tid. Det är ett faktum att antalet anställda inom vården ökar samtidigt som produktiviteten minskar. Denna utveckling riskerar att utarma regionens ekonomi. Här tar vi ansvar och har idéer.

Vi skapar bättre förutsättningar för unga, kvinnor och utrikesfödda att bli företagare. De grupperna är underrepresenterade i statistiken över nystartade företag utan rimlig anledning. I ett företagsamt län ska det inte se ut så. Jämlikhet och jämställdhet är inte bara rätt i sak det är nödvändigt för tillväxt, demokrati och hållbar utveckling.

Centerpartiet möter framtiden med optimism. I en tid av utmaningar väljer vi att se möjligheterna. Genom samverkan, innovation och ett nära ledarskap skapar vi ett län där alla människor kan känna trygghet, tillhörighet och framtidstro.

Grundläggande värderingar



Kundorientering

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde för dem som den finns till för – kunderna. De externa och interna kundernas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar ska vara vägledande för organisationen, dess medarbetare och verksamhet.

Engagerat ledarskap

För att skapa en kultur som sätter kunden i främsta rummet krävs ett personligt, aktivt och synligt engagemang från varje ledare. Ledarskapets viktigaste uppgifter är att ange riktningen för verksamheten, ta till vara potentialen i individers olikheter och erfarenheter, skapa förutsättningar för medarbetarna samt att i dialog med dem definiera och följa upp målen.

Allas delaktighet

En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Var och en måste därför se sin roll i helheten, ha klara mål, de medel som krävs samt kunskap om de resultat som ska uppnås.

Kompetensutveckling

Den samlade kompetensen är avgörande för organisationens framgång och konkurrenskraft. Därför måste kompetensutvecklingen ses både ur ett organisatoriskt och ett individuellt perspektiv, för att därmed utveckla och tillföra kompetens på ett sätt som stärker såväl individen som organisationen i sin helhet.

Långsiktighet

Organisationens verksamhet måste värderas med tanke på utveckling och konkurrenskraft över tiden. Ett uthålligt förbättringsarbete leder till ökande produktivitet och effektivitet, bättre miljö, nöjdare

kunder och varaktig lönsamhet på lång sikt.

Samhällsansvar

Varje organisation har ett samhällsansvar utöver lagar och förordningar. Organisationen och dess medarbetare måste se sina processer, varor och tjänster som delar i en större helhet och aktivt medverka till förbättringar i både samhälle och miljö.

Processorientering

Organisationens verksamhet ska ses som processer som skapar värde för kunderna. Processorientering stimulerar till att analysera och förbättra arbetsflöden och arbetsorganisation, och lägger grunden för kundorienterad verksamhetsutveckling.

Förebyggande åtgärder

Det är lönsamt att förebygga fel och ta bort risker i processer, varor och tjänster. Framsynthet, förutseende och planering är nyckelord i förbättringsarbetet där även kunder och leverantörer ska engageras.

Ständiga förbättringar

Konkurrenskraft kräver ständiga förbättringar och förnyelse av alla verksamhetens delar. Förutsättningen för detta är ett metodiskt förbättringsarbete som genomsyrar organisationen och en kultur som stimulerar till ständigt lärande, kreativitet och nya idéer.

Lära av andra

För att kunna vidareutvecklas måste organisationen och dess medarbetare på alla områden skaffa sig ny kunskap om vad som är möjligt att uppnå och hur detta kan uppnås. Detta kräver jämförelser med dem som är bäst på en viss process, oavsett vilken bransch eller sektor de tillhör.

Snabbare reaktioner

I alla verksamheter är kortare svarstider, kortare ledtider och snabbare reaktioner på kundernas behov av avgörande betydelse. Det gäller såväl för utveckling, produktion och leverans av varor och tjänster, som för administrativa processer.

Faktabaserade beslut

Beslut måste bygga på dokumenterade och tillförlitliga fakta. Varje medarbetare måste inom sitt arbetsområde få möjlighet att mäta och analysera fakta av betydelse för att uppfylla sina mål och för att tillfredsställa sina kunder.

Samverkan

Samverkan genomsyrar varje framgångsrik organisation. Det är väsentligt att genom samverkan på flera plan och i olika avseenden ta till vara kompetenser och erfarenheter hos såväl medarbetare som hos kunder, leverantörer, partners, ägare och huvudmän.

För ett bra liv i en attraktiv region

Budget med flerårsplan beskriver hur vi förverkligar visionen *För ett bra liv i en attraktiv region*. Vår verksamhetsidé är att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, folkhälsa, kultur, utbildning, kollektivtrafik och regional utveckling.

Region Jönköpings län arbetar med frågor som är avgörande för människors liv och hälsa, men också med frågor som rör länets tillväxt och utveckling. Sambanden mellan dessa områden är starka.

Region Jönköpings län ska arbeta för att bidra till Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling för att på ett långsiktigt hållbart sätt nå vår vision *För ett bra liv i en attraktiv region*.

Figur 1 Agenda 2030



Agenda 2030 innehåller 17 globala mål och 169 delmål som ska leda till att avskaffa extrem fattigdom, minska ojämlikhet och orättvisor i världen, främja fred och rättvisa, samt skydda planetens naturresurser och lösa klimatkrisen.

Dokumentet *Regional utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2035* är en utgångspunkt för arbetet. Samarbete och samverkan är nyckelbegreppen i strategin. Den beskriver bland annat att man ska samordna utvecklingsinsatser inom områden som transportinfrastruktur, näringsliv, arbetsmarknad och utbildning. Region Jönköpings län stödjer aktivt projekt och organisationer som bidrar till en hållbar tillväxt i länet.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030 är ett strategiskt dokument som visar vägen för utveckling av länets hälso- och sjukvård. Där beskrivs bland annat att bästa möjliga hälsa och en jämlik vård ska åstadkommas med kvalitet som strategi, grundläggande värderingar och gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med invånare, patienter, medarbetare, kommuner och civilsamhälle.

Under 2025 görs en genomgång och revidering av fyra av Region Jönköpings läns strategiska dokument. Det gäller både ovanstående Regional utvecklingsstrategi och Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård, men även Hållbarhetsprogrammet och Trafikförsörjningsprogrammet.

Inom Region Jönköpings län arbetar vi för en verksamhet som fungerar väl och som är socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar. Invånarnas behov är utgångspunkten för att ständigt förbättra och förnya. Att förverkliga visionen kräver även insatser inom områden som ligger utanför vår egen verksamhet. Därför är samverkan med länets kommuner, statliga myndigheter, andra organisationer och civilsamhället mycket viktig.

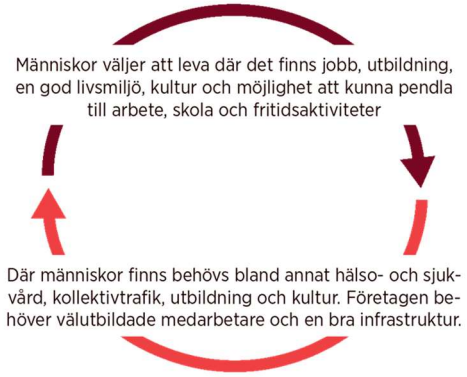
Allt vårt arbete ska leda till att Jönköpings län år 2035 är Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där alla människor trivs, utvecklas och mår bra. Flera områden behöver utvecklas för att nå dit. Några av de viktigaste är kompetensförsörjning, jämställdhet, integration, mångfald, jämlikhet, energiförsörjning och digitalisering. För att lyckas måste många aktörer samverka i frågor som är viktiga för länet. Samverkan fortsätter att utvecklas inom sjukvårdsregionen som omfattar

Östergötland och Kalmar. I de regionala utvecklingsfrågorna sker samverkan i Regionsamverkan Sydsverige, där även regionerna Skåne, Halland, Blekinge, Kronoberg samt Kalmar ingår.

Det globala perspektivet är också viktigt i utvecklingsarbetet. Det handlar både om att bidra till utveckling i andra delar av världen och att sätta länets utveckling i ett globalt perspektiv.

Hälsofrämjande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Flera faktorer styr behovet och efterfrågan inom hälso- och sjukvård.

Figur 2 Allt hänger ihop
(ska revideras till den tryckta budgeten)



Genom samverkan med olika aktörer i länet och en väl fungerande verksamhet blir Region Jönköpings län attraktiv som organisation och utvecklas vidare. En djup förankring i befolkningen skapas genom att verksamheten leds av folkvalda politiker. Inom hela Region Jönköpings län arbetar vi för en väl fungerande verksamhet, som ständigt förbättras och förnyas med utgångspunkt i invånarnas behov och delaktighet.

Övergripande ledningssystem

Utgångspunkten för att styra verksamheten är att förverkliga visionen genom god hushållning, vilket innebär att vi använder resurser på ett sätt som främjar social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet. Verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt och med en finansiering som garanterar verksamheten långsiktigt. Genom att hushålla med offentliga medel skapar vi värde för länets invånare. Beslut ska fattas så nära invånarna som möjligt, där kunskapen om de faktiska behoven är som störst.

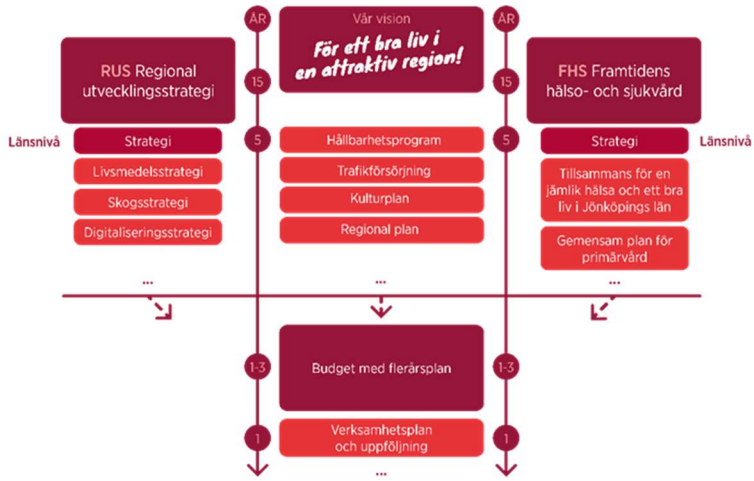
Region Jönköpings läns viktigaste styrdokument är budget med verksamhetsplan och flerårsplan. Här beskrivs våra strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag och mätetal för de närmaste åren. De strategiska målen har en tidshorisont på tio år. Framgångsfaktorerna visar de viktigaste områdena som behöver prioriteras för att vi ska nå de strategiska målen, de har en tidshorisont om tre år. Uppdragen beskriver vad vi behöver uppnå inom respektive område och har en tidshorisont om 1–3 år. Verksamheterna anger sedan aktiviteter kopplade till uppdragen i sina verksamhetsplaner. Arbetet för att uppnå de strategiska målen leds och följs upp genom regelbunden dialog och återkoppling mellan verksamhet, förvaltningsledning och politik. Mätetal och intern kontroll stödjer detta arbete. Våra strategiska mål för de närmaste åren är:

- Bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras
- Enklare vardag för invånare och medarbetare
- Bästa möjliga kvalitet
- Bäst på att förbättra och förnya
- Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion
- Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

- God och hållbar hushållning.

De strategiska målen tas fram med stöd av våra grundläggande värderingar och ledningsstrategier och utgår från vår vision och våra mer långsiktiga styrdokument, planer och program. De strategiska styrdokumenten *Regional utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2035* och *Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030* har båda långa tidsperspektiv. De beskriver den politiska ambitionen för Region Jönköpings län till år 2035 respektive 2030. Andra politiskt antagna planer och program har kortare tidsperspektiv, upp till fem år. Nedan visas hur styrdokumenten förhåller sig till och samspelar med varandra.

Figur 3 Hur styrdokument och planer som antagits av regionfullmäktige förhåller sig till och samspelar med varandra
(*ska revideras till den tryckta budgeten)*



Kvalitet som strategi

Så planerar, leder, utvärderar och förbättrar vi Region Jönköpings län

”Kvalitet på en tjänst är dess förmåga att tillfredsställa, och helst överträffa, kundernas behov och förväntning”

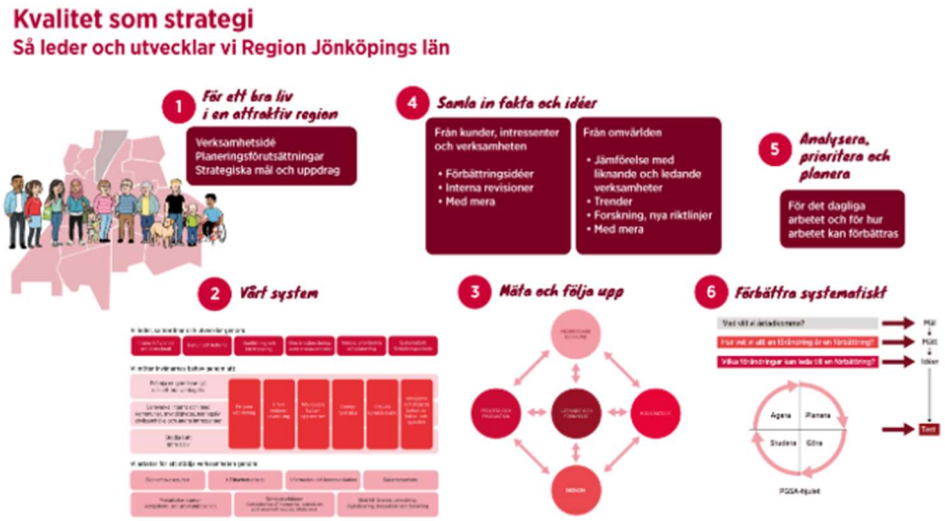
Vårt övergripande ledningssystem, kvalitet som strategi, beskriver hur vi planerar, leder, utvärderar och förbättrar verksamheten. Det innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, och fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter. På så sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden. En förutsättning för en långsiktigt hållbar verksamhet är att vi ständigt förbättrar våra arbetssätt och processer så att de är socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbara. Målet med kvalitet som strategi är att leverera tjänster som motsvarar kundernas behov och förväntningar och samtidigt skapa en arbetsplats där människor trivs och är stolta över sitt arbete.

Ett väl fungerande ledningssystem innebär effektiv ledning, styrning och utvärdering. Det innebär också att lokala förbättringsarbeten stimuleras och att erfarenheter behöver tas till vara i hela organisationen. För att utveckla det övergripande ledningssystemet har vi under många år arbetat med SIQ Managementmodell.

I figur 4 illustreras hur vårt övergripande ledningssystem fungerar och stödjer vårt arbete med kvalitet som strategi.

Figur 4 Kvalitet som strategi

(ska revideras till den tryckta budgetboken)



1. För ett bra liv i en attraktiv region - Utgå från varför och för vem vi finns till

Vi utgår från vår vision *För ett bra liv i en attraktiv region.* Visionen förverkligas genom vårt engagemang i att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, folkhälsa, kultur, utbildning, kollektivtrafik och regional utveckling. Vi behöver ständigt arbeta med frågan ”varför och för vem finns vi till?”.

Figur 5 Varför och för vem vi finns till: vår vision och vårt uppdrag



För att leda, arbeta i och utveckla verksamheten använder vi tre enkla regler:
1. Vad är bäst för Esther?
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.

Utifrån visionen och de politiskt beslutade långsiktiga styrdokumenten, med stöd av våra grundläggande värderingar och ledningsstrategier, formuleras strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag och mätetal. Dessa är grunden för verksamhetsplaner och handlingsplaner för förbättring och utveckling inom våra olika verksamhetsområden.

De 13 grundläggande värderingarna har vi haft som bas sedan 1990-talet. Dessa har genom SIQ (Swedish Institute for Quality) konkretiserats till fem framgångsfaktorer som kännetecknar ledande organisationer. Region Jönköpings län har antagit dessa som ledningsstrategier och de harmoniserar

med de fem perspektiven i balanced scorecard (BSC) som vi använder för planering, uppföljning och återkoppling av resultat ur olika perspektiv (figur 8, sidan X).

Figur 6 Vision, grundläggande värderingar och strategier för framgång



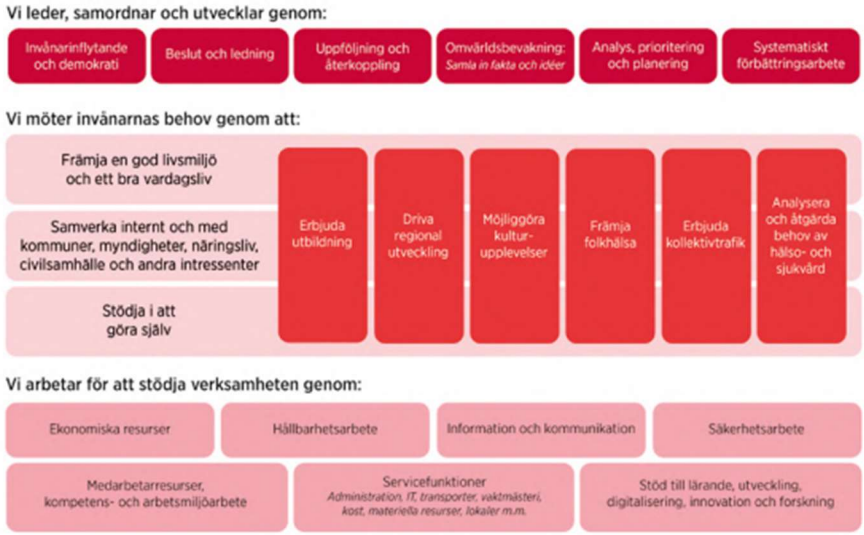
2. Vårt system - Se vårt system som sammanhängande processer

För att uppnå vår vision och verksamhetsidé ser vi oss och agerar som ett sammanhängande system (figur 7, sidan X) av processer och arbetssätt som är ömsesidigt beroende av andra delar i samhället. Processerna delas upp i:

- **Huvudprocesser** som är avsedda att direkt möta invånarnas behov av till exempel folkhälsa, sjukvård, kollektivtrafik och kultur
- **Ledningsprocesser** som beskriver hur vi leder, samordnar och utvecklar verksamheten
- **Stödprocesser** som beskriver hur vi stödjer huvudprocesserna, till exempel resursfördelning, personalutveckling, fastighetsförvaltning, IT och kommunikation

Många av Region Jönköpings läns processer upprepas på flera håll i organisationen och på olika nivåer. För bästa möjliga resultat krävs att dessa processer är snarlika i sin utformning och leder till likartade resultat. En förbättring som genomförts på ett ställe i organisationen har inte nått sin fulla potential förrän den också genomförts på andra ställen i organisationen där samma arbete utförs. Först då kan vi förenkla och förbättra för såväl externa som interna kunder som processen är till för. En process spänner många gånger över flera organisatoriska gränser och för att nå likartade och länsövergripande processer behöver vi samverka på alla nivåer.

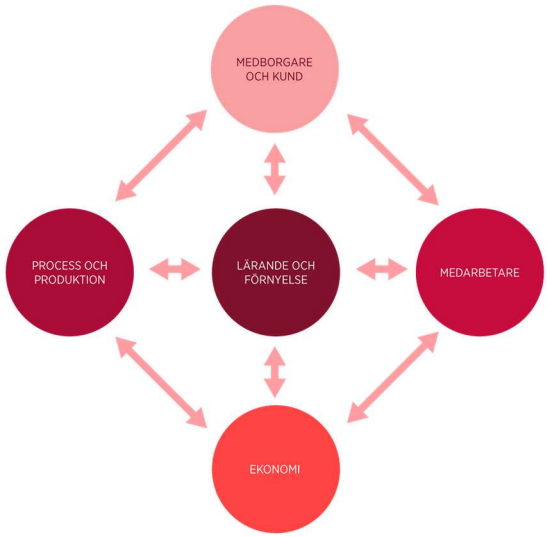
Figur 7 Region Jönköpings län som system



3. Mäta och följa upp

Inom Region Jönköpings län följer vi kontinuerligt processernas och verksamheternas resultat i balanced scorecard (BSC) utifrån fem perspektiv: Medborgare/kund, ekonomi, process/produktion, medarbetare samt lärande och förnyelse (figur 8, sidan x). Dessa perspektiv inkluderar social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet. BSC är ett hjälpmedel för både planering, uppföljning och återkoppling. Inom respektive perspektiv anges strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag, mätetal och målvärden. Verksamheterna anger sedan aktiviteter kopplade till uppdragen i sina verksamhetsplaner. Resultat på alla nivåer följs kontinuerligt via månadsuppföljning, delårsrapporter och årsredovisning.

Figur 8 Balanced scorecard



4. Samla in fakta och idéer

Olika metoder används för att ta reda på invånarnas och andra intressenters nuvarande och framtida behov, krav, önskemål och förväntningar, samt deras synpunkter, förbättringsförslag och klagomål på våra tjänster. Vi tar också reda på relevanta omvärldsfaktorer för att förutse framtida behov, krav, önskemål och förväntningar och efterfrågar förbättringsidéer från medarbetare och andra aktörer. Vi jämför oss med liknande och ledande organisationer och både följer och bedriver forskning inom relevanta områden.

Figur 9 Samla in fakta och idéer



5. Analysera, prioritera och planera

Utifrån resultaten i balanced scorecard och insamlad information, fakta och jämförelser med liknande och ledande verksamheter, analyserar vi vad vi ska fortsätta att göra och vad som behöver förbättras. I arbetet ingår att rangordna och prioritera bland invånarnas och intressenternas behov, krav, önskemål och förväntningar (figur 10, sidan X). Vi strävar efter att skapa så stor effekt som möjligt med de resurser vi har att tillgå. Genom att fasa ut det som skapar mindre värde frigör vi tid och resurser till att satsa på nya prioriterade områden, allt för att ständigt komma närmare vår vision. Prioriterade strategiska mål, uppdrag, mätetal och målvärden formuleras i budget med verksamhetsplan och flerårsplan. Aktiviteter kopplade till uppdragen och andra områden som verksamheterna identifierat som viktiga planeras och formuleras i verksamhetsplaner och vid behov i andra handlingsplaner.

Figur 10 Planera och prioritera



6. Förbättra systematiskt

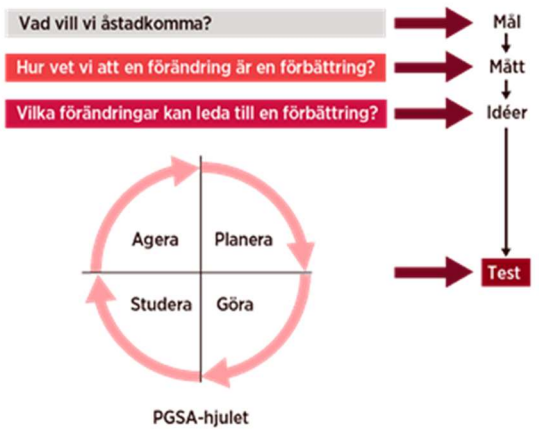
Verksamheten genomför förbättringar och inför nya arbetssätt. Vi testar och prioriterar förbättringsidéer enligt principerna i förbättringsmodellen och PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera):

- Vad vill vi åstadkomma?
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- Vilka förändringar kan leda till en förbättring?

Förbättringsidéerna testas om möjligt i liten skala innan de sprids. Modeller för länsövergripande processförbättring och spridning är nödvändiga för att vi ska kunna hålla jämna steg med omvärlden vad gäller kundnöjdhet, kvalitet och resursförbrukning.

Invånares kompetens och synpunkter är viktiga delar i förbättringsarbetet. I arbetet ingår därför att involvera och samverka med våra invånare för att utveckla processer och tjänster. Med alla medarbetare engagerade i förbättringsarbeten kommer vi allt närmare målet. Vi utgår från att alla medarbetare har två jobb, att göra sitt dagliga arbete och att förbättra det. Därför behöver alla ha både professionell kunskap och förbättringskunskap (figur 12 sidan x). Det innebär att ständigt utveckla sin kunskap inom sin profession och samtidigt ha kunskap om hur man åstadkommer långsiktiga förbättringar genom systemtänkande, förstå variation, kunskap om hur man lär sig och förändringspsykologi.

Figur 11 Förbättringsmodellen med PGSA-hjulet



Figur 12 Vi har alla två jobb



Ledarskap i Region Jönköpings län

Att leda och styra en komplex organisation förutsätter att ledning och medarbetare vet vad uppgiften är och åt vilket håll de ska gå. Det förutsätter en gemensam verklighetsbild och förståelse för de mål som beslutas. Medarbetare ska involveras, vara delaktiga och ges möjlighet att ta ansvar. Ett väl fungerande samverkansklimat är en viktig förutsättning för delaktighet och involvering.

En grundläggande del av chef- och ledarskapet är att skapa förutsättningar för lärande, utveckling och delaktighet, och alltid utifrån invånarnas behov. Därför engageras alla medarbetare i lärande och systematiskt förbättringsarbete inom sina verksamhetsnära arbetslag/mikrosystem och i att förnya sina arbetsprocesser och sin egen kompetens. Förnyelse och innovationer uppmärksammas särskilt.

Hur vi behöver agera som såväl chefer som medarbetare finns beskrivet i *Mitt och ditt ansvar*. Det handlar om vad vi ansvarar för utifrån våra olika roller som medarbetare och som chef. *Mitt och ditt ansvar* används till exempel i samband med rekrytering, medarbetarsamtal och i lönekriterier.

Vi har olika ansvar utifrån vår roll som medarbetare och som chef. Men vi alla – oavsett roll:

Utgår från att värdet skapas tillsammans med dem vi finns till för. Vi har tre enkla regler som vägleder oss:

1. Vad är bäst för Esther?
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.

Uttrycker omtanke och bidrar till tillit genom att visa förtroende och behandla alla med respekt. Vi är medvetna om att normer påverkar hur vi tänker och vad vi gör.

- Uppmärksammar och kommunicerar om det som är viktigt.
- Utvecklar våra arbetssätt och bidrar till att verksamheten förbättras.
- Utforskar och lyssnar till andras idéer och erfarenheter och ger återkoppling.
- Uttrycker uppskattning och ger återkoppling till kollegor och framtidens medarbetare.
- Det är på så sätt vi skapar vi en arbetsplats där jobbet blir roligare och utmaningarna enklare att lösa.

Den som är chef är också ledare, sätter mål, delegerar och följer upp resultat. Den som är chef utvecklar sina medarbetare så att alla är delaktiga och tar ansvar – både för verksamhetens utveckling och för sin egen personliga utveckling.

Vi utövar alla ledarskap i olika sammanhang, både i rollen som medarbetare och i rollen som chef. Ledarskap uppstår i relationen mellan människor och utvecklas i vårt samspel med varandra. Ledare blir vi genom vårt sätt att agera, kommunicera och påverka andra.

Våra fem ledningsstrategier (figur 13, sidan X) är grunden för ett framgångsrikt ledarskap i vår organisation. Det innebär att vi som ledare:

- skapar värde med kunder och intressenter
- leder för hållbarhet
- involverar motiverade medarbetare
- utvecklar värdeskapande processer
- förbättrar verksamheten och skapar innovationer.

På detta sätt utvecklas ett lärandesystem som ständigt strävar efter att nå visionen *För ett bra liv i en attraktiv region*.

Figur 13 Fem ledningsstrategier för framgång



Planeringsförutsättningar

Planeringsförutsättningar belyser länet utifrån följande utgångspunkter: Det aktuella läget, den pågående utvecklingen och dess potentiella konsekvenser för verksamheten. Omvärldsbevakning är ett viktigt moment i planeringsarbetet för att ha kunskap om förutsättningar, möjligheter och utmaningar som präglar samhällsutvecklingen.

Viktigt för analysen är befolkningsutvecklingen och hur den fördelar sig mellan länets olika delar. Fördelningen mellan olika åldersgrupper är central, genom att den påverkar såväl kompetensplanering som behov av samhällsservice och vård. Utbildningsnivå, sysselsättning och hälsoläge är andra väsentliga områden som presenteras. I kapitlet beskrivs också andra omvärldsfaktorer och perspektiv som påverkar regional utveckling, såsom näringsliv och arbetsmarknad, klimatfrågor, energiförsörjning, EU-samarbete och digitalisering. Kapitlet avslutas med en redovisning av aktuella finansiella förutsättningar.

LÄGET I LÄNET

Länets invånare

I det här avsnittet presenteras data och statistik för länet gällande befolkning, utbildning och sysselsättning samt hälsa och levnadsvanor. I Länsbarometern presenteras statistik om befolkningen i Jönköpings län utifrån 130 regionala statistikområden (RegSO) och 13 kommuner. Områdesindelningen är anpassad för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation. För hälsostatistik som inte finns tillgänglig på RegSO-nivå presenteras resultatet för hela kommunen. Statistiken kan jämföras med Jönköpings län som helhet, en kommun eller annat RegSO-område. Länk: www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/lansbarometern/

Befolkning

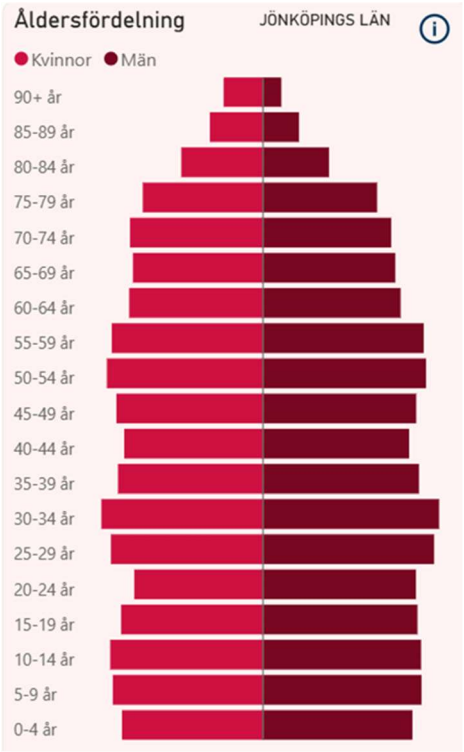
Den 31 december 2024 hade Jönköpings län 370 009 invånare, vilket är en ökning med 1 153 invånare under året. 6 av 13 kommuner ökade sin folkmängd. Ökningen beror på positivt flyttnetto mot utlandet och födelseöverskott (födda minus döda).

Länets befolkning består av 49,2 % kvinnor och 50,8 % män. Andelen:

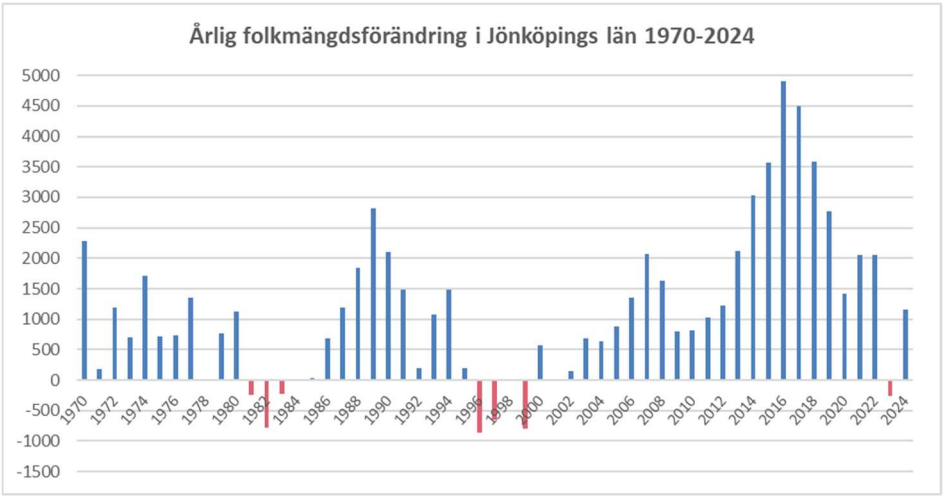
- födda utomlands är 19,5 % (riket 20,8 %)
- 65 år och äldre är 21,6 % (riket 20,8 %)
- 80 år och äldre är 6,6 % (riket 6,1 %)

Den förväntade medellivslängden är högre i länet jämfört med riket. För kvinnorna är medellivslängden 0,5 år längre (85,6 år) och för männen 0,4 år längre (82,4 år) än riket.

Figur XX Befolkningspyramid (år 2023)
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Figur XX Befolkningsutveckling 1970-2024
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Prognos över befolkningsutvecklingen
Enligt SCB:s befolkningsframskrivning som togs fram i april 2024, bedöms utvecklingen i ett längre tidsperspektiv vara mer måttlig de kommande 10 åren.

Prognosen för perioden 2025-2034 är följande:

- Folkmängden ökar med cirka 4 300 (1,2 %)
- Antalet barn och ungdomar i åldrarna 0–18 år minskar med cirka 6 200
- Antalet invånare i förvärvsarbetande åldrar (19–66 år) ökar med drygt 2 600
- Antalet yngre pensionärer (67–79 år) ökar med cirka 1 900 och antalet äldre pensionärer (80 år och äldre) ökar med cirka 6 000

- Inom länet förväntas antal invånare minska i den östra och södra länsdelen med 1 respektive 1,6 procent.
- I den norra länsdelen förväntas antalet invånare öka med 4,1 procent.
- Sammantaget minskar försörjningskvoten under perioden från 82,6 till 82,3*

*Försörjningskvoten visar andelen av befolkningen som är yngre än 20 år och äldre än 64 år (icke förvärvsarbetande åldrar) i förhållande till andelen av befolkningen som är 20–64 år (förvärvsarbetande åldrar).

Figur XX Andel invånare per åldersgrupp
Göra om till diagram i den tryckta budgeten som visar att andelen äldre förväntas öka

Region Jönköpings län	Andel 2025	Andel 2034
Invånare totalt		
0	0,9%	1,0%
1-18	21,3%	19,4%
19-66	58,1%	58,2%
67-79	12,8%	13,1%
80+	6,8%	8,4%

(Källa: SCB, våren 2024)

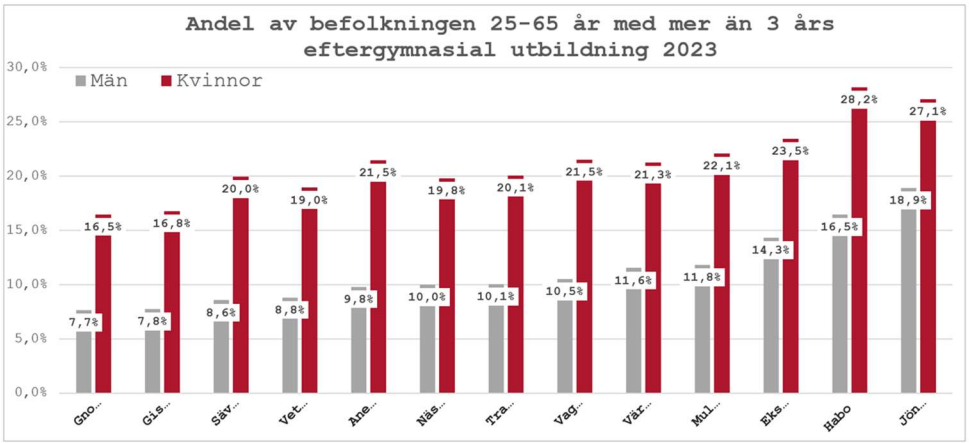
Hushåll
Storleken på hushållen i Jönköpings län varierar från en person till sex personer eller fler. Vanligast är hushåll med två personer, de utgör 29 procent av alla hushåll. 50 procent av länets bostadsbestånd består av småhus (friliggande bostadshus), 44 procent är flerbostadshus (med tre eller fler lägenheter) och 6 procent är specialbostäder. Av alla hushåll i Jönköpings län är 13 procent trångbodda och det finns en stor variation mellan kommunerna i Jönköpings län.

Utbildning
Arbetskraften i Jönköpings län har en lägre utbildningsnivå jämfört med övriga landet. 40 procent av länets befolkning i åldersgruppen 25-64 år har en eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffra för riket är 47 procent. 24 procent av länets befolkning i åldersgruppen 25-64 år har en längre eftergymnasial utbildning (3 år eller mer). Motsvarande siffra för riket är 31 procent.

31 procent av länets kvinnor mellan 25-64 år har en eftergymnasial utbildning längre än 3 år, motsvarande andel bland männen är 17 procent.

En högre utbildningsnivå är viktigt för näringslivets utveckling och för att länet ska trygga en fortsatt god ekonomisk tillväxt. Tillgång till kompetent arbetskraft är en nyckelfaktor för både näringsliv och offentlig sektor.

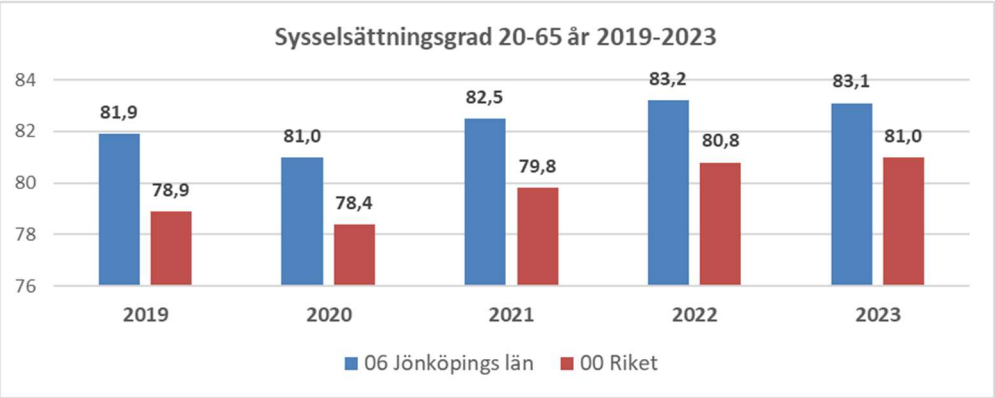
Figur XX Andel av befolkningen 25-65 år med mer än 3 års eftergymnasial utbildning 2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



84,8 procent av länets elever i årskurs 9 var behöriga till gymnasiets yrkesprogram 2023. Utöver ordinarie högskole- och universitetsutbildningar i närområdet finns det också 4 343 yrkeshögskoleplatser (YH) i länet, med slutår 2025 och framåt.

Sysselsättning
83,1 procent av länets invånare i åldersgruppen 20–65 år förvärvsarbetade 2023, vilket är högre än riket, där motsvarande siffra är 81 procent. Endast Halland, Jämtland och Norrbottens län har en högre förvärvsgrad. En stor andel sysselsatta är viktigt för den offentliga ekonomin. För enskilda individer skapar sysselsättning möjlighet till självförsörjning, en god hälsa och bättre livsvillkor. Det finns en variation mellan kommunerna i Jönköpings län och utrikes födda har överlag en lägre sysselsättningsgrad.

Figur XX Förvärvsgrad 20-65 år 2019-2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Arbetslöshet
Av den registerbaserade arbetskraften 16–65 år var i genomsnitt 6,0 procent öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd i Jönköpings län under 2024 (riket 6,8 procent). För ungdomar i åldersgruppen 18-24 år var motsvarande siffra 7,7 procent (riket 7,9 procent).

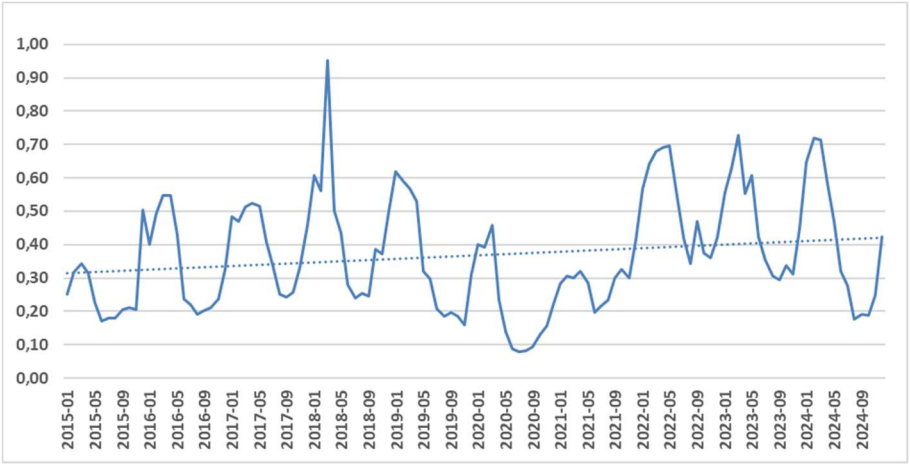
Figur XX Arbetslöshet december 2024
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Under 2023 och 2024 har varselnivåerna varit höga, vilket i sin tur har ökat arbetslösheten. Även långtidsarbetslösheten (mer än 12 mån) och antalet bidragsmottagare av försörjningsstöd har ökat som en följd av lågkonjunkturen.

Det finns mycket som tyder på att kompetensnivån bland inskrivna arbetssökande inte matchar arbetsmarknadens behov. Ett sätt är att mäta detta är andelen kvarvarande (ej tillsatta) platser i länet i förhållande till antalet arbetslösa. Trenden är långsamt stigande de senaste 10 åren. (figur XX).

Figur XX Andel kvarvarande lediga platser per arbetslös person
Ska layoutas till den tryckta budgeten



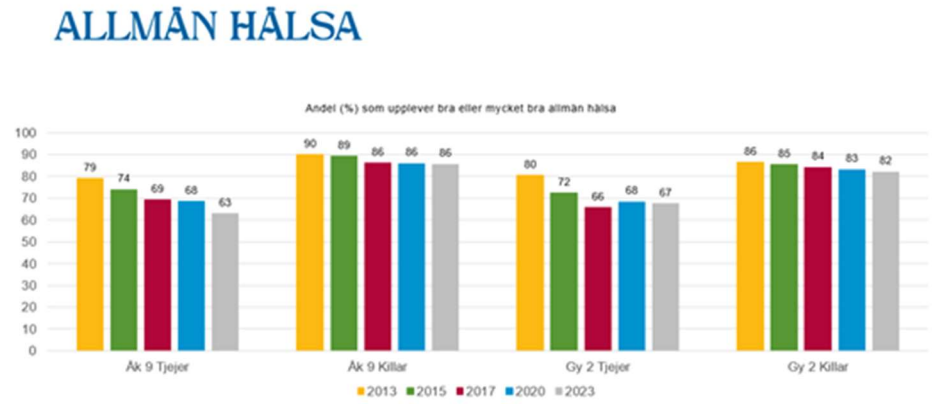
Levnadsvanor och hälsa

Region Jönköpings län arbetar aktivt för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet, både genom att främja hälsa och genom att förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle. Verksamheterna inom både hälso- och sjukvård och regional utveckling är viktiga i folkhälsoarbetet. Möjligheter till arbete och utbildning samt tillgång till fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för invånarnas hälsa.

I Länsbarometern och andra enkäter presenteras levnadsvanor och självskattad hälsa för befolkningen i Jönköpings län. Hälsoläget kan variera mellan kön, åldersgrupper, utbildningslängd och kommuner. För att kunna planera och prioritera verksamheten i Region Jönköpings län och i länets kommuner behövs kunskap om hälsoläget. Medellivslängden för både män och kvinnor ligger sedan många år tillbaka något högre än i riket som helhet.

Barn och unga
Enligt den regionala enkäten Folkhälsoenkät ung finns det tydliga skillnader mellan könen i den självskattade allmänhälsan. En majoritet upplever sin hälsa som bra eller mycket bra, men det finns en negativ trend och då särskilt bland flickor. Flickor upplever också oftare att de har två eller fler psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan.

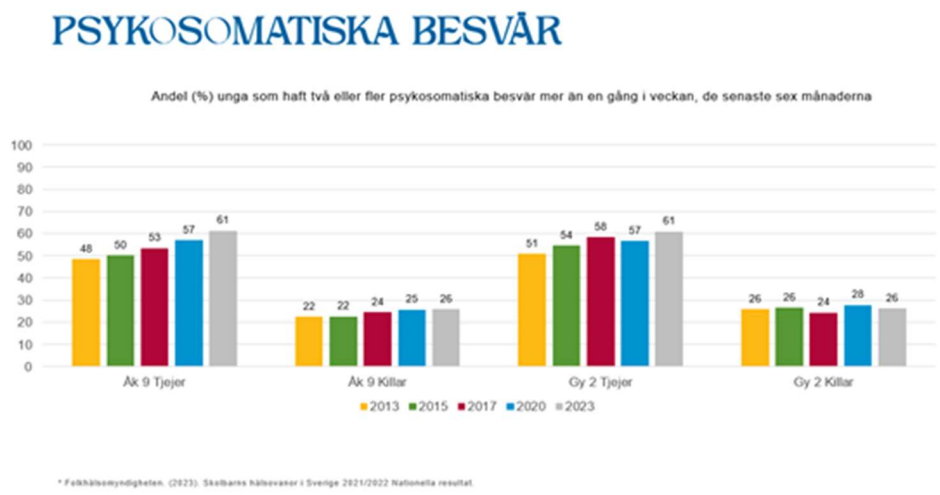
Figur XX Andel (%) som upplever bra eller mycket bra allmän hälsa
Ska layoutas till den tryckta budgeten



20

* Folkhälsomyndigheten. (2023). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/2022 Nationella resultat.

Figur XX Andel (%) unga som haft två eller fler psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan, de senaste sex månaderna
Ska layoutas till den tryckta budgeten



21 * Folkhälsomyndigheten. (2023). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/2022 Nationella resultat.

Vuxna
Bland den vuxna befolkningen finns skillnader mellan kommunerna i självskattad hälsa och levnadsvanor.

Ohälsotalet är något högre i Jönköpings län jämfört med riket, både för kvinnor och män. Ohälsotalet är något lägre nu jämfört med för några år sedan, både i länet och riket. Ohälsotalet varierar också kraftigt mellan kommunerna i länet. Kvinnor är mer sjukskrivna än män, där sjukskrivningen är mer omfattande i högre åldrar än yngre åldersgrupper.

Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor visar att kvinnor är mer oroliga, stressade, deprimerade och har större sömnsvårigheter än män. En annan uppdelning av data visar att männen som grupp är mer stillasittande, har sämre matvanor, större intag av alkohol och använder mer tobak.

När statistiken jämförs utifrån utbildningsnivå framgår att personer med lägre utbildningsnivå (högst gymnasieutbildning) uppvisar högre andel otillräcklig fysisk aktivitet, sämre matvanor, högre intag av alkohol och tobak jämfört med de med eftergymnasial utbildning.

Männen har en något mer positiv syn på framtiden jämfört med kvinnor.

OMVÄRLD OCH RESURSER

Klimatutmaning och länets koldioxidbudget
Det kommer att bli blötare, torrare och varmare, vilket kommer att få en direkt och indirekt påverkan på länet. Det behövs insatser för att bidra till att både samhälle och näringsliv kan stå emot klimatförändringarna.

Länets koldioxidbudget visar tydligt att takten för att nå målen är och har varit för låg, både globalt och regionalt. Budgeten förtydligar också att det behöver finnas en plan för hur den återstående utsläppsmängden fördelas år för år och vilka åtgärder som krävs. Växthusgasutsläppen i Jönköpings län minskar stadigt men takten är för långsam för att nå klimatmålen. För att vårt län ska uppfylla målen i Parisavtalet, behöver våra utsläpp minska med närmare 18 procent per år enligt den koldioxidbudget som tagits fram för länet.

I Jönköpings län är det framförallt fossila bränslen från inrikes transporter som står för de största utsläppen. Insatser behövs för ett kraftfullt och långsiktigt klimatarbete där näringslivet och transportsektorn får rätt verktyg att ställa om. Genom satsningar på biobränslen, eldrivna transporter, utbyggd ladd-infrastruktur, klimatsmart teknik och lokal energiproduktion kan vi minska utsläppen utan att bromsa utvecklingen.

Länk: http://www.climatevisualizer.com

Att utveckla länet hållbart

I det smarta samhället skapar innovationer, digitalisering samt miljö- och klimatteknik möjligheter att möta samhällets utmaningar på ett effektivt och hållbart sätt. Vi behöver goda livsmiljöer för människor att leva i utan att för den skull slösa på jordens resurser. Hållbar utveckling är med andra ord en viktig utgångspunkt för smarta samhällen. Den pågående urbaniseringen innebär en växande miljöbelastning. Urbaniseringen och den demografiska utvecklingen kan skapa motsättningar mellan befolkningsgrupper och utmaningar kring frågor som hälsa och omsorg. Samtidigt finns det i städerna stora möjligheter att ta sig an utmaningarna på ett effektivt sätt – till exempel genom effektiva infrastrukturlösningar och genom att använda den byggda miljön på ett smart sätt och låta den delas av många. Länet har stora möjligheter att gå före i en hållbar stadsutveckling, och det blir då viktigt att ta vara på innovationskraften och på de tekniska verktyg som idag finns tillgängliga.

Landsbygderna har långsiktigt goda förutsättningar att skapar innovationer, driva digitalisering samt nyttja miljö- och klimatteknik för att möta samhällets utmaningar på ett effektivt och hållbart sätt. De gröna näringarna har en avgörande betydelse för samhällets omställning till en biobaserad och klimatanpassad ekonomi. Att vi har en egen livsmedelsproduktion och energiproduktion inom Sverige är viktigt för att kunna förse Sveriges befolkning med mat, i såväl stabila tider som i kris. Landsbygderna rymmer stora naturresurser och kulturvärden som erbjuder miljöer för attraktiva permanent- och deltidsboenden, friluftsliv och rekreation. ~~Landsbygden är en värdefull tillgång med stor utvecklingspotential. Landsbygdens sociala och ekonomiska utveckling bygger i högre grad än tätortens på ett samspel mellan privata, offentliga och ideella insatser.~~ Insatser behöver göras för att utöka möjligheten till gröna jobb. Insatser behöver också göras för att ta till vara, tillgängliggöra och utveckla värdefulla natur- och kulturmiljöer.

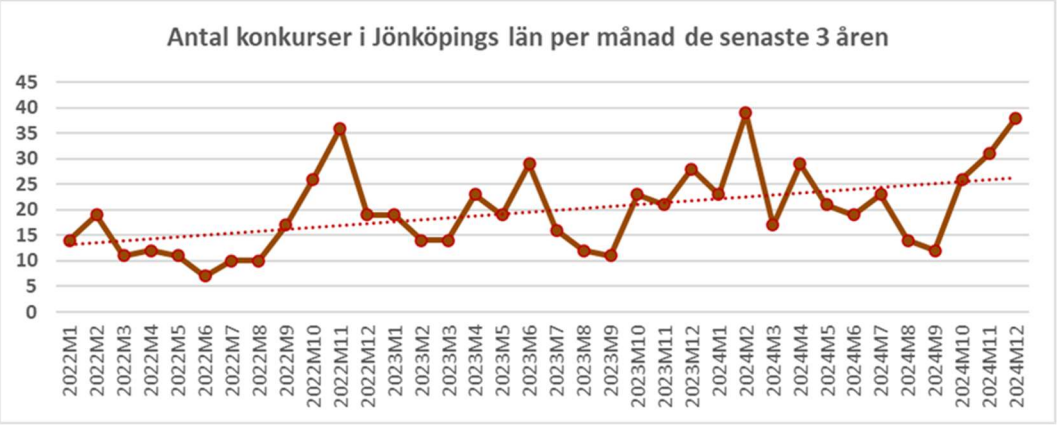
För att hela länet ska leva ska samhällsservice, kollektivtrafik, fiber, vård och utbildning finnas tillgängligt även i de delar av länet som ligger långt från centralorter. Det är ett mål för de levande landsbygderna och social hållbarhet.

NÄRINGSLIV

Arbetsmarknaden har präglats av stora omvälvande händelser de senaste åren. Från pandemin och dess effekter till följderna av pågående krig och oro i vår omvärld. Trots höga varselnivåer, ökad arbetslöshet och något fler konkurser (figur XX) är arbetsmarknaden förhållandevis stark i Jönköpings län. Företagen har hanterat den ekonomiska krisen på ett bra sätt.

Figur XX Antalet konkurser

Ska layoutas till den tryckta budgeten



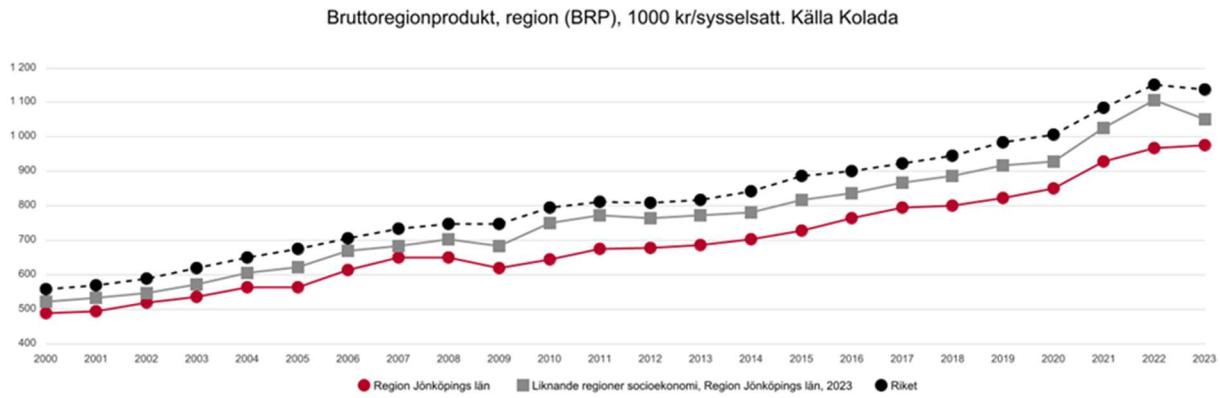
Bidraget till Sveriges BNP (BRP per sysselsatt, bruttoregionprodukt) har under lång tid legat lägre i Jönköpings län än riket och socioekonomiskt liknande regioner (figur XX). Trots lågkonjunktur så ökade länets BRP senaste året medan det minskade för de andra referenserna. Näringslivet genererar alltså ett högre ekonomiskt värde per anställd 2023 än tidigare.

Länets näringsliv har relativt sett lågt kunskaps- och teknologiinnehåll i produkter och tjänster, en låg digital transformationstakt och en lägre grad av hållbarhetsdriven näringslivsutveckling.

Kompetensförsörjning är därför en nyckelfråga för näringslivets fortsatta utveckling.

För att möta de strukturella utmaningarna på arbetsmarknaden och skapa fler jobb krävs ett starkt företagsklimat och goda villkor för entreprenörer, småföretagare och innovatörer. Vi ska ta vara på drivkraften hos fler människor. Vi vill underlätta för unga, kvinnor och utrikes födda att starta och driva företag. Det bidrar till både tillväxt och integration. Här spelar det företagsfrämjande systemet en avgörande roll. Organisationer som Coompanion, Nyföretagar Centrum, Almi och Science Park är viktiga motorer för att fler företag ska kunna starta, växa och utvecklas i Jönköpings län. De bidrar med rådgivning, nätverk, finansiering och innovationsstöd. För att stärka länets konkurrenskraft behöver vi värna och vidareutveckla dessa aktörer. Vi vill se en ökad satsning på hållbara företag som driver på klimatomställningen. Grön tillväxt, där miljöhänsyn går hand i hand med ekonomisk utveckling, är en förutsättning för framtidens konkurrenskraft. Ett livskraftigt näringsliv kräver också att vi investerar i digitalisering, hållbar teknik och ett utbildningssystem som matchar företagens kompetensbehov. De gröna näringarna i länet har en avgörande roll i omställningen till en hållbar bioekonomi. Region Jönköpings län ska verka för att stärka jord- och skogsbrukets konkurrenskraft samt stödja innovationer kopplade till hållbar livsmedelsproduktion, förädling och biobaserade produkter.

Figur XX BRP per sysselsatt
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Samhällets kompetensutmaning
Både näringslivets företag och offentlig sektor har idag problem med jobbmatchningen eftersom det är svårt att rekrytera personal med rätt erfarenhet och kunskaper. För att Jönköpings län ska fortsätta växa och utvecklas krävs arbetskraft med rätt kompetens.

För att kunna vara anställningsbar på arbetsmarknaden krävs idag i princip att man minst har en godkänd gymnasieexamen. Oftast krävs det någon form av eftergymnasiala studier för att kunna möta arbetsmarknadens behov av spetskompetens.

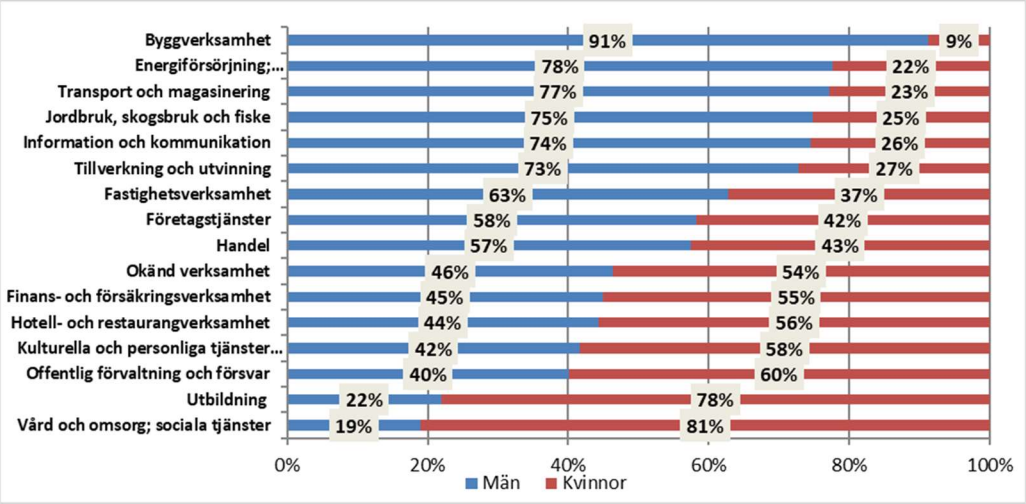
I Jönköpings län arbetar cirka 55 000 personer inom offentlig sektor, det motsvarar ~~en~~ ungefär en tredjedel av länets förvärvsarbetande mellan 20-65 år. Av dessa jobbar 21 procent inom Region Jönköpings län.

Om alla arbetsmarknadssektorers behov slås ihop, kommer efterfrågan på tillgänglig arbetskraft ligga långt över utbudet framöver. Denna arbetskraftsbrist innebär att en stor del av dagens arbetsmarknad behöver effektiviseras framöver. Digitalisering och robotisering är en väg, men den löser bara en del av behoven. Utländsk arbetskraft är en möjlighet men språkkunskaper och regelverk är i vissa fall ett hinder. Vi behöver bli bättre på att ta vara på seniora medarbetares kompetens och försöka behålla dem längre. Det nationella lönegolvet för utländsk arbetskraft är ett hinder för att behålla och rekrytera arbetskraft vilket riskerar att försämra företagens tillväxt och försvaga välfärden. Att underlätta och göra det mer lönsamt att arbeta längre är också en möjlighet. Minskad administration och att prioritera bland arbetsuppgifter är nödvändigt i bland annat i offentlig sektor, men minskad administrativ börda är viktigt överlag.

Utvecklingen av antalet personer i arbetsför ålder varierar i länets kommuner vilket innebär olika utmaningar kopplat till kompetensförsörjning inom länet. Goda möjligheter till arbete, studier och pålitliga kommunikationer är helt avgörande för länets fortsatta utveckling.

Ojämlik arbetsmarknad
Arbetsmarknaden i Jönköpings län är tydligt könssegregerad. I många sammanhang strävas det efter att arbetskraftens sammansättning ska spegla befolkningen för att skapa en hållbar utveckling. Arbetslivets sammansättning skiljer sig åt mellan olika branscher. Branscher och sektorer som kräver högre utbildning domineras av kvinnor, medan branscher där gymnasieutbildning i regel räcker domineras av män. Trots detta har männen högre inkomster. För att arbetsmarknaden ska få tillgång till all tillgänglig kompetens och för att bredda kunskapsinnehållet i varor och tjänster, behöver fler utbildade tillföras från det kön som är underrepresenterat. Detta långsiktiga arbete måste börja redan i skolans lägre åldrar.

Figur XX Könsfördelning förvärvsarbetande efter näringsgren i Jönköpings län 2023
Ska layoutas till den tryckta budgeten



INFRASTRUKTUR

Genom infrastruktur för energi, bredband och transporter skapar länet förutsättningar för att fortsatt vara en långsiktigt hållbar, attraktiv och innovativ tillväxtregion. En god tillgänglighet är en förutsättning för alla länsinvånares potential ska komma till sin rätt. Infrastruktur är ett viktigt verktyg för tillgänglighet och en enklare vardag för människor.

Transporter

Transportinfrastrukturen i Jönköpings län är starkt präglad av länets läge och det faktum att flera nationella stråk passerar genom länet.

Infrastrukturen i länet behöver utvecklas för att målen i den regionala utvecklingsstrategin ska nås. En välutvecklad infrastruktur skapar förutsättningar för ett väl fungerande transportsystem. För att klara hållbarhetsmålen behöver det ske en förflyttning av transporter från väg till järnväg, samt en överflyttning från fossila drivmedel till fossilfria. De befintliga vägarna behöver underhållas och utvecklas för att bibehålla hög säkerhet och underlätta alla former av miljöanpassade transporter på väg.

På vägsidan gäller detta framförallt E4 och riksväg 40, som årligen hanterar stora trafikvolymer, men även riksväg 26 är klassad som nationell stamväg och har stor betydelse för både långväga och regionala resor och transporter. Trafikmängden på länets vägar ökar för varje år. Detta innebär att slitaget på vägarna också ökar och därmed behovet av drift och underhåll. Historiskt har kostnaden för drift och underhåll ökat snabbare än tillgängliga medel, vilket inneburit att standarden har blivit sämre över tid. Under senare år har anslagen för drift och underhåll ökat betydligt, men det kommer att dröja innan underhållsskulden är löst. Vi kommer framöver att se flera åtgärder på länets vägar och järnvägar som kommer att ha påverkan på trafiken.

De främsta behoven för utveckling av vägnätet i länet är kopplade till att förbättra tillgänglighet och trafiksäkerhet på de större vägarna, att skapa tryggare trafikmiljöer längs statliga vägar inne i länets mindre tätorter samt att bibehålla funktion på länets enskilda vägnät.

Jönköpings län korsas också av flera tungt trafikerade järnvägssträckningar. Länet har ett omfattande järnvägsnät med stationer i samtliga kommuner. Den regionala tågtrafiken är beroende av järnvägens tekniska standard. De långväga järnvägsstråken har kapacitetsproblem, medan låg standard är utmaningen för de lågtrafikerade banorna inom länet. Detta försämrar möjligheten att erbjuda attraktiv trafikering längs järnvägarna. Upprustning och utveckling är viktigt även på grund av det säkerhetspolitiska läget. Länet är en logisk knytpunkt som behöver ha hållbara förbindelser såväl nord-syd som öst-väst. Åtgärder för att möjliggöra en robust trafikering, exempelvis trädsäkring, är mycket viktiga. Det är prioriterat att i samverkan med Trafikverket driva frågan om ett järnvägsnät med hög

kvalitet.

Södra stambanan, Jönköpingsbanan och Kust-till kustbanan är elektrifierade och viktiga för person- och godstrafik ur såväl ett internationellt som nationellt perspektiv. Halmstad-Nässjö-Jönköping (HNJ)-banan, Vaggerydsbanan, Bockabanan och Vetlandabanan är oelektrifierade och har lägre standard. Järnvägarna har betydelse för det regionala resandet och godstrafikens koppling till hamnar på både väst- och ostkusten som exempelvis Halmstad och Oskarshamn. Det behövs en löpande dialog med närliggande län om fortsatt utveckling av järnvägsförbindelser.

Region Jönköpings län arbetar tillsammans med Region Östergötland för en ny järnvägsförbindelse mellan Linköping och Jönköping med syfte är att stärkta förbindelser mellan Norrköping, Linköping och Jönköping samt orterna däremellan.

Länets viktigaste stråk och noder för godstransporter på järnväg är Södra stambanan med kombiterminalerna Gamlarp (Nässjö) och Stockaryd (Sävsjö) samt Vaggerydsbanan med kombiterminalerna i Båramo (Skillingaryd), Torsvik och Ljungarum (Jönköping). Länets omlastningscentraler ger goda förutsättningar för intermodala transporter

För att möjliggöra hållbar mobilitet över längre sträckor i hela länet, behöver byten mellan olika transportslag förenklas och stimuleras.

Region Jönköpings län är delägare i flygplatsen Jönköping Airport.

Digitalisering och fiber
Den digitala utvecklingen är en stark drivkraft för regional utveckling. Behoven av digitala lösningar hos företag och offentlig sektor ökar och i takt med det ökar även invånarnas digitala behov. Digitaliseringen har god fart framåt i länet och utmaningarna finns framförallt i att det kan vara svårt att fullt ut realisera nyttorna med de digitala lösningarna. Digitaliseringen behöver drivas framåt för att stärka konkurrenskraft, lösa väldfärdsutmaningar, bidra till ett socialt sammanhållet samhälle samt att hela länet ska utvecklas. Den något långsamma utbyggnaden av fiber bromsar dock möjligheterna till digitalisering för både invånare och företag. Särskilt på landsbygderna kvarstår fortfarande stora utmaningar för att nå både företag och hushåll med fiber. Var i länet invånarna bor ska inte avgöra hur god tillgången till fiber är.

Den digitala delaktigheten behöver öka så att grupper och individer inte ska lämnas utanför det digitala samhället. Företag och privatpersoner ska kunna verka och bo både på landsbygderna och i städerna eller stadsnära områden utan att behöva välja bort attraktiva arbeten eller kulturella och sociala upplevelser. I ett allt mer digitaliserat samhälle är tillgången till digitala tjänster och bredband en fråga om demokrati och delaktighet.

Det finns en påtaglig risk kopplad till ett allt mer digitaliserat samhälle. Skulle el, mobiltelefoni eller internetuppkoppling slås ut som en konsekvens av klimathändelser, terroristhandlingar eller av en fientlig makt, skulle både samhället och varje enskild individ påverkas på många sätt. Länet behöver utvecklas och byggas medvetet, med fokus på resiliens och redundans.

En AI-policy är ett viktigt verktyg för att säkerställa att generativ AI används på ett lagligt, etiskt och effektivt sätt. Den kan främja ansvarsfull användning, stärka arbetsmiljön och skapa trygghet för både erfarna och nya användare. En AI-policy bör ingå som ett styrdokument i verksamhetens styr- och ledningssystem. Delar av en AI-policy kan vara samma för många regioner medan andra delar av innehåller anpassas för Region Jönköpings läns verksamhets specifika behov. En AI-policy kan med fördel kompletteras med en AI-strategi som beskriver ledningens ambitioner och mål för användningen i den specifika verksamheten.

Energiförsörjning
Energikrisen under 2022 har flyttat energifrågan högre upp på agendan på både nationell och regional nivå. Rysslands invasion av Ukraina har gett följdverkningar på den europeiska energimarknaden och ökat behovet av fossilfri energi i Sverige och Europa. I Jönköpings län har vi en låg självförsörjningsgrad av energi och el.

För att samhället och näringslivet ska utvecklas, behöver produktionen av fossilfri energi öka

samtidigt som användningen behöver bli mer effektiv och flexibel. Länet har goda förutsättningar för förnybar energiproduktion. Det finns möjligheter till fortsatt utbyggnad av både vindkraft och produktion av solenergi samt biogas. Jord- och skogsbruket som nyckelspelare i omställningen till en biobaserad ekonomi. Vi vill öka stödet till innovation och utveckling inom de gröna näringarna för att stärka självförsörjning och export.

Flera nationella, regionala och lokala initiativ, såsom energiplanering, har tagits för att påskynda utvecklingen av ett fossilfritt och robust energisystem. I Jönköpings län har vi en gemensam vision för arbete med klimat- och energi. För att nå länets vision om att bli ett fossilfritt och robust plusenergilän krävs att produktionen från förnybara energikällor vara större än den energimängd vi använder.

Region Jönköpings län har genom sin klimat- och energistrategi förbundit sig att stödja åtgärder för att främja:

- ökad produktionen av förnybar energi
- utvecklingen av ett robust energisystem
- en effektiv och flexibel energianvändning

Trafik och hållbarhet
För att nyttja trafiksystemet optimalt och möjliggöra resor som behövs, bör onödiga resor undvikas till förmån för andra lösningar, såsom distansarbete och digitala möten. För både personresor och godstransporter är vägsystemet helt dominerande och att nå fastlagda klimatmål är en utmaning. Att öka andelen hållbart resande och hållbara transporter är viktigt. Förutom att främja en överflyttning till gång- och cykelbanor för de kortaste resorna och till elektrifierade järnvägstransporter och kollektivtrafik för längre resor, är en snabb överflyttning från fossila till fossilfria drivmedel det avgörande.

En snabb elektrifiering av vägtransportsystemet för både tunga fordon och personbilar kräver stora investeringar i både nya fordon och laddstationer i hela landet. Förutom en elektrifiering av vägtransportsystemet är användandet av biodrivmedel den åtgärd som har störst potential att minska vägtransportsystemets beroende av fossila drivmedel.

Del av ett europeiskt sammanhang
Den regionala utvecklingen har ett direkt samband med europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete ska det regionala utvecklingsarbetet bedrivas i syfte att uppfylla regionala mål och mål för EU:s sammanhållningspolitik.

Som en del av EU har länet möjlighet att bidra till och dra nytta av europeiskt samarbete.

På EU-nivå finns mål och strategier kring den dubbla omställningen (twin transition) med EU:s gröna giv och EU:s digitala agenda. Dessa genomsyrar EU-program, initiativ och lagförslag som, när de verkställs, har påverkan på regional nivå.

Omvärldsbevakning och proaktivt påverkansarbete på EU-arenan ökar möjligheten att både bidra till och på sikt dra nytta av utvecklingen. Region Jönköpings län samarbetar med andra regioner och ett lärosäte genom sitt ägande i Småland Blekinge Halland South Sweden med gemensamt kontor i Bryssel. Vidare är Region Jönköpings län värdorganisation för Europa Direkt, EU-kommissionens informationsnätverk. Genom detta värdskap stärks kopplingen mellan regional och europeisk nivå, både strategiskt och praktiskt.

Det regionala utvecklingskapitalet
Medel för det regionala utvecklingsarbetet kommer från regional nivå, men finns också till förfogande på nationell och europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete har Region Jönköpings län rätt att besluta om användningen av vissa statliga medel för regionalt tillväxtarbete, så kallade 1.1-medel. Dessa regleras årligen genom regeringsbeslut av villkor för budgetåret. I beslutet framgår bemyndiganderam och anslag. Bemyndiganderamen fastställer den totala möjliga volymen av pågående utvecklingsprojekt och anslagsramen fastställer volymen medel som är möjlig att betala ut under året. Förutom dessa medel, som tilldelas regional nivå för självständiga beslut utifrån den regionala utvecklingsstrategin, finns möjlighet att söka statliga medel genom utlysningar, framför allt hos Tillväxtverket. Riktade utlysningar där enbart regionalt utvecklingsansvariga aktörer kan söka

genomförs genom erbjudanden utifrån de förväntningar nationell nivå har på den regionala nivån.

En stor del av det regionala utvecklingskapitalet kommer från EU:s strukturfonder i form av Europeiska regionala utvecklingsfonden (ERUF) och Europeiska socialfonden (ESF). I strukturfondssammanhang tillhör Jönköpings län tillsammans med Kalmar län, Kronobergs län och Gotlands län regionen Småland och Öarna (NUTS 2-nivå i EU:s regionindelning). Medel från ERUF och ESF tillfaller regional nivå utifrån geografisk tilldelning, med regionala utvecklingsstrategier och EU-mål som utgångspunkter.

EU:s strukturfonder och den kommande långtidsbudgeten (MFF 2028-2034) står inför stora förändringar. EU-kommissionen har inlett en bred debatt om framtida finansieringsprioriteringar, där säkerhet, grön omställning, teknologisk konkurrenskraft och landsbygdsutveckling lyfts fram som centrala utmaningar. Detta kan innebära att vissa traditionella program, såsom sammanhållningspolitiken och den gemensamma jordbrukspolitiken (CAP), får mindre skyddade budgetar än tidigare och i högre grad styrs av nationella prioriteringar och prestationer. För att inte riskera Regions Jönköpings läns viktiga bidrag till länets projektverksamhet ska en plan upprättas för att överbrygga en period av mindre stöd från EU:s strukturfonder.

Regionala stöd för kultur, demokrati och hälsa
De regionala stöden grundar sig på Region Jönköpings läns vision *För ett bra liv i en attraktiv region,* vilket innebär ett län med bra miljö, goda möjligheter till arbete, utbildning och utveckling, bra kommunikationer och ett rikt kulturliv. Regionalt stöd utgår också från Region Jönköpings läns grundläggande värderingar och alla människors lika värde.

Stöden ska bidra till att

1. stärka och utveckla demokratin i hela länet
2. ge invånare i hela länet möjlighet att påverka sin livssituation
3. höja bildnings- och utbildningsnivån för invånare i hela länet
4. ge bättre livskvalitet för länets invånare
5. stärka kulturlivets infrastruktur.

Stöd ges till verksamheter som främjar demokrati, social inkludering och en meningsfull fritid för länets invånare. Verksamheter som får stöd från Region Jönköpings län ska vara demokratiskt uppbyggda och bör ha hälsofrämjande, inkluderande, ideologiska, opinionsbildande, demokratiska eller sociala funktioner.

Stöd ges till:

- organisationer inom folkhälsoområdet (folkhälsa, funktionshinder och projekt)
- ungdomsorganisationer, pensionärsorganisationer, studiedistrikt
- kulturområdet i olika former.

LÅNGTIDSPROGNOS

Inför budgetarbetet har en långtidsprognos för de kommande tio åren tagits fram. Syftet är att ge en bättre framförhållning inför framtida utmaningar samt skapa ett underlag för strategiska beslut. Prognosen har fokuserat bland annat på befolkningsutveckling, personalförsörjning och ekonomi. En central insikt från prognosen är att andelen invånare som är 80 år och äldre förväntas öka markant, medan antalet personer i arbetsför ålder endast ökar marginellt i länet som helhet. I de södra och östra delarna av länet väntas däremot den arbetsföra befolkningen minska, vilket kan innebära utmaningar för tillgången på arbetskraft.

Utifrån dialog kring prognosen har följande områden identifierats som viktiga framöver:

- Anpassning till en åldrande befolkning och förändrade vårdbehov.
- Strategiska beslut för kompetensplanering.
- Åtgärder för att säkerställa ekonomisk hållbarhet och prioritering av investeringar.
- Fortsatt effektivisering och kvalitetsförbättring av verksamheten.

Prognosen ger en viktig vägledning för kommande beslut och planering, vilket är avgörande för att

möta regionens långsiktiga behov.

FINANSIELLA FÖRUTSÄTTNINGAR

Finansiellt mål

Region Jönköpings län har en stark och stabil ekonomisk grund som skapats genom ett långsiktigt ansvarstagande. Kostnadsutvecklingen inom framförallt hälso- och sjukvården och kollektivtrafiken kommer att ställa krav på finansiering och kostnadskontroll för en ekonomi i balans. Nya satsningar och reformer samt investeringar i verksamheten ska därför ske med långsiktig stabilitet i fokus. Varje generation bör bära kostnaderna för den service som den beslutar om och själv konsumerar. För att säkerställa en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och hög kvalitet krävs en fortsatt tydlig prioritering av välfärdens verksamheter. Det övergripande finansiella målet för god hushållning är att vi över tid ska finansiera investeringarna med egna medel.

Utgångspunkten är att Region Jönköpings läns verksamheter inte kostar mer än vad som kan finansieras genom skatteintäkter och statsbidrag. Region Jönköpings läns ekonomiska resultat ska vara på en nivå där såväl konjunktursvängningar, oförutsedda händelser (t.ex. pandemier eller andra särskilda händelser) och framtida åtaganden kan klaras. Det handlar om att klara pensionsåtaganden gentemot personalen, investeringar samt finansiering av all verksamhet som Region Jönköpings län ansvarar för.

Det övergripande finansiella målet innebär följande:

- Årets resultat, exklusive avskrivningar ska täcka årets investeringar
- Det övergripande finansiella målet om egenfinansiering följs i rullande 10 års period med 5 år bakåt, innevarande år och 4 år framåt
- Soliditeten inklusive ansvarsförbindelser för pensionsförpliktelser ska inte understiga 20 %.

Skatteintäkter och statsbidrag/kommunal utjämning ska räcka till verksamhetens nettokostnader, vilket innebär att verksamhetens resultat ska vara i balans.

Resultatet över tid ska utgöra 2 % av skatteintäkter och statsbidrag/kommunal utjämning.

Pensionsskuld

Den 31 december 2024 uppgick Region Jönköpings läns pensionsåtagande till 12,3 miljarder kronor. Pensionsåtagandet regleras i huvudsak genom tre avtal: PA-KL, KAP-KL och AKAP-KR. De samlade finansiella tillgångarna var 11,4 miljarder kronor (marknadsvärde 2024-12-31). Skulden påverkas av justeringar av diskonteringsräntan och prisbasbelopp (inflation).

Den totala kostnaden för pensioner enligt blandmodellen beräknas i budget för 2025 med flerårsplan 2026–2027 till 1 486 miljoner kronor för 2025, 1 231 miljoner kronor för 2026 och 1 326 miljoner kronor för 2027. 2025 års pensionskostnader påverkar verksamhetens nettokostnad med 1 160 miljoner kronor och de finansiella pensionskostnaderna med 326 miljoner kronor.

Finansiella förutsättningar

Region Jönköpings läns finansiella förutsättningar för att tillgodose medborgarnas behov beror i huvudsak på:

- befolkningsutvecklingen i länet relaterad till ökningen i riket
- samhällsekonomins utveckling och dess påverkan på skatteunderlag
- statens transfereringar
- avgiftsnivåer
- skattesats.

Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) bedömning av samhällsekonomin
2024-04-26 ***SKA UPPDATERAS***

Generella statsbidrag och utjämning
Statens bidrag till regionsektorn består främst av kommunalekonomisk utjämning och bidrag för läkemedelsförmånen. Syftet med det kommunala utjämningssystemet är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla regioner för att kunna tillhandahålla likvärdig välfärd och service, oberoende av länsinvånarnas inkomster, geografi, demografi eller socioekonomiska förhållanden. Systemet för kommunalekonomisk utjämning omfattar:

- inkomstutjämning för strukturella skillnader i skatteinkomster (staten garanterar skattekraft på 115 procent)
- kostnadsutjämning för strukturella behovs- och kostnadsskillnader, till följd av till exempel skillnader i demografi, geografi eller socioekonomiska förhållanden.

En regleringspost kan vara positiv eller negativ – det beror på storleken på anslaget och summan av övriga bidrag och avgifter i utjämningssystemet. Regleringsposten fördelas mellan kommunerna respektive regionerna med ett enhetligt belopp per invånare.

Tabell XX Generella statsbidrag och utjämningsbidrag

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Inkomstutjämning	2 260	2 355	2 544	2 643	2 754
Kostnadsutjämning	-55	-53	-5	-4	-5
Regleringsavgift/bidrag	269	135	117	8	-61
Generella sektorsstöd	323				
Läkemedelsbidrag	1 359	1 441	1 553	1 654	1 762
Summa	**4 156**	**3 878**	**4 209**	**4 301**	**4 450**

Statsbidrag för läkemedel

Genom överenskommelser mellan SKR och staten ersatts regionerna med ett särskilt statsbidrag för kostnaden för läkemedelsförmånerna.

En ny behovsmodell för läkemedel infördes 2021 och bygger på samma variabler som den reviderade modellen för hälso- och sjukvården i kostnadsutjämningssystemet. Modellen fördelar statsbidrag till regionerna utifrån bedömt behov snarare än faktisk förbrukning. Den inkluderar även en solidarisk finansiering för att hantera ojämn patientfördelning av kostsamma behandlingar. Fördelningen baseras på läkemedelsförbrukning i olika åldersgrupper och justeras för socioekonomiska faktorer som utbildning, inkomst och hushållstyp. Region Jönköpings läns bidrag för läkemedel beräknas för 2026 uppgå till 1553 miljoner kronor.

Riktade statsbidrag/Förordningar

Hälso- och sjukvården
Utöver generella statsbidrag finns flera riktade bidrag och förordningar. Inom hälso- och sjukvården är dessa oftast kopplade till nationella överenskommelser mellan staten och SKR. Överenskommelserna fokuserar på prioriterade utvecklingsområden och reglerar vilka insatser regionerna ska genomföra för att få bidrag samt hur de ska återredovisas. De beslutas årligen av regeringen, oftast i december, och kan gälla ett eller flera år. *Bedömningen av förväntade intäkter för riktade statsbidrag år 2026 är XXX miljoner kronor för Region Jönköpings län* ******SKA UPPDATERAS***.**

Statsbidragen budgeteras centralt och finansierar permanenta förstärkningar i verksamheten för långsiktighet och för att utveckla verksamheten utifrån intentionerna i överenskommelserna.

Regional utveckling

Inom den kommunalekonomiska utjämningen ingår sedan 2022 en post för att regionerna inom ramen för sitt tillväxtarbete ska fastställa mål och prioriteringar för det regionala kompetensförsörjningsarbetet. Regionerna ska även tillhandahålla bedömningar av länets kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt.

Region Jönköpings län erhåller även statsbidrag för förvaltningskostnader för uppgifter om regionalt utvecklingsansvar. Detta statsbidrag fördelas inom ramen för Regeringens beslut av anslag för regionala utvecklingsåtgärder. Större delen av statsbidraget hanteras genom Tillväxtverket, se avsnittet ”Det regionala utvecklingskapitalet”.

Statsbidrag ansöks och erhålls också till kultur inom ramen för kultursamverkansmodellen och genom särskilda beslut samt till utbildningsområdet för de delar som är statsbidragsberättigade för respektive skolform.

Regionskatten

Region Jönköpings läns utdebitering 2025 är *11,76 kronor*. Om hänsyn tas till regionernas olika kostnadsansvar för hemsjukvård, kollektivtrafik, färdtjänst med mera (den så kallade justerade skattesatsen), v*ar 2023 för Region Jönköpings län 11,41 kronor,* vilket är lägre än genomsnittet för riket.

En viktig förutsättning för fortsatt god samhällsekonomisk tillväxt är att skatten hålls på en långsiktigt hållbar nivå.

Tabell XX Genomförda skatteförändringar sedan 2011

År	Förändring	Kronor	Skattesats
2019	Höjd utdebitering	0,50	11,76
2015	"Skatteväxling" region med mera	0,05	11,26
2014	Skatteväxling av färdtjänst	0,15	11,21
	Höjd utdebitering	0,40	
2013	Skatteväxling av hemsjukvård	0,34	10,66
2012	Skatteväxling av trafik	0,33	11,00
2011			10,67

Finansiella intäkter/kostnader ***SKA UPPDATERAS***
Årsavkastningen för de finansiella tillgångarna åren 2025–2027 beräknas uppgå till cirka 5,0 procent, vilket motsvarar cirka 500 miljoner kronor per år. Pensionsskulden vid 2024 års utgång beräknas uppgå till 12,280 miljarder kronor och beräknas öka till 12,350 miljarder kronor 2027.

Kostnaden för värdesäkring av pensionsskulden (fullfond) var 2023 941 miljoner kronor och beräknas för 2024 till 1 094 miljoner kronor, 2025 504 miljoner kronor, 2026 279 miljoner kronor och för år 2027 351 miljoner kronor. Variationen av värdesäkringens kostnadsnivå mellan åren beror på inflationen.

Finansiell bedömning 2025–2027
För en långsiktig och finansiellt hållbar utveckling är Region Jönköpings läns finansiella målsättning att över tid uppnå ett finansiellt resultat som ger förutsättning för egenfinansiering av investeringar. Föreliggande resultatbedömning och bedömning kring möjlighet av egenfinansiering av investeringar baseras på följande förutsättningar:

- *Verksamhetens nettokostnad för 2025–2027 är en uppräkning av 2024 års budget utifrån SKR:s bedömda pris- och löneförändring.*
- *Skatteintäkter och kommunal utjämning/statsbidrag utifrån SKR:s bedömning april 2024.*
- *Oförändrad skattesats 2025 (11,76).*
- *Utgiftsramar för 2025–2027 har utökats, vilket redovisas i tabell X, sidan XX.*

Resultat
I kommunallagen anges att kommuner och regioner ska upprätta en budget så att intäkterna överstiger kostnaderna.

Region Jönköpings län budgeterar ett positivt resultat 2025 enligt blandmodell på 37 miljoner kronor.

Region Jönköpings län har en stark finansiell ställning med en soliditet inklusive pensionsåtagande per 2024-04-30 på 22 procent. Detta har uppnåtts genom hushållning av resurser, för att klara framtida åtaganden och konjunktursvängningar. Det övergripande ekonomiska målet för god hushållning, att Region Jönköpings län över tid ska finansiera investeringar med egna medel, uppnås för perioden 2015–2025 (enligt fullfond) med en marginal på 923 miljoner kronor.

I kommande budgetar under kvarvarande mandatperiod kommer också redovisning enligt fullfonderingsmodellen att ske i avsnittet Finansiella rapporter.

Investeringar
Behov av investeringar i lokaler, utrustning och IT uppkommer av olika skäl. Huvuddelen av Region Jönköpings läns investeringar i utrustning avser återinvesteringar för att upprätthålla befintlig kapacitet i verksamheten. Med den tekniska utveckling som sker medför ofta återinvestering i

utrustning även nya funktionaliteter. Det kan innebära krav på ombyggnation eller annan anpassning av lokaler för att kunna installera den nya utrustningen. Andra skäl till investeringsbehov är arbetsmiljökrav eller förändrade arbetssätt.

Vid prioritering av vilka investeringar som ska genomföras inom hälso- och sjukvården ska alltid prövning göras om åtgärden stödjer förflyttningen till nära vård. Detta gäller såväl lokaler som utrustning och IT. Hur investeringen påverkar kommande driftkostnader är en viktig aspekt i prioriteringen och tydliggörs inför beslut.

Erfarenheten visar att utfallet av investeringarna sällan når upp till målen i budget och flerårsplan. Bedömningen är att det är realistiskt att fastighetsinvesteringarna uppgår till 80 procent av den beräknade investeringskalkylen för perioden 2026–2028. Egenfinansiering av investeringar under perioden 2026–2028, samt för åren 2026-2028 redovisas i tabell XX sidan 36. Det övergripande finansiella målet om egenfinansiering följs i rullande tioårsperiod med fem år bakåt, innevarande år och fyra år framåt.

Målet om egenfinansiering nås inom egenfinansieringsperioden 2015–2025. Inom ramen för egenfinansiering ingår även medfinansiering av järnvägsförbindelsen Y:et, beslutat i fullmäktige 2017. När genomförandeavtal tecknas kommer överenskommet belopp belasta resultatet.

Tabell XX Egenfinansiering av investeringar, budget 2026 med flerårsplan 2027-2028

Miljoner kronor	Summa 2026-2030	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030
Resultat (sista raden)	1 808	319	275	415	400	400
Avskrivningar	3 350	641	666	671	681	691
Egna medel	**5 158**	**960**	**941**	**1 086**	**1 081**	**1 091**
Investeringar detaljer	-5 176	-994	-961	-1 105	-1 087	-1 029
Egenfinansiering	**-18**	**-34**	**-21**	**-19**	**-6**	**62**

Tabell XX Förändring jämfört med budget 2025, totalt *

Miljoner kronor	2026	2027	2028
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA)			
Plan för säkrad projektverksamhet	-4	-4	-4
Stöd nyföretagande unga, kvinnor, utrikesförra	-4	-4	-4
Summa ANA nämnden	**-8**	**-8**	**-8**
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö (TIM)			
Nya fordon, leasing (inkluderar nya samt avyttring)	-28,6	-28,6	-28,6
Ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	-22,5	-22,5	-22,5
Nya fordon, leasing (inkluderar nya samt avyttring)	-1,7	-27,8	-27,8
Ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	22,5	22,5	22,5
Utökning av busstrafik i högertrafik ersätter ny stomlinje Jönköpings stadstrafik enligt avsiktsförklaring	-12,5	-25	-25
Ny linje 135, (ersätter L133)	-5	-5	-5

Åtgäder för förnyelsebar energi och desentraliserade energisystem	-3	-3	-3
Personliga biljettzoner i kollektivtrafiken	-3	-3	-3
Utveckla närtrafik för ej stadigvarande boende på landsbygder	-2	-2	-2
Summa TIM nämnden	**-55,8**	**-94,4**	**-94,4**
Nämnden för folkhälsa och sjukvård			
Primärvård	-40	-70	-70
TBE-vaccin barn	7	7	7
Habilitering	-5	-5	-5
Kulturunderstödd rehabilitering	-1	-1	-1
TBE-vaccin	2	2	2
Summa FS nämnden	**-37**	**-67**	**-67**
Regionstyrelsen			
Stöd till politiska organisationer (från RS oförutsedda)	-1	-1	-1
RS oförutsedda	1	1	1
Skatt på Biogas (beslut att skattet tas tas bort)	14,6	14,6	14,6
Summa Regionstyrelsen	**14,6**	**14,6**	**14,6**
Summa förändring jämfört med budget 2025	**-86,2**	**-154,8**	**-154,8**

Gemensamt för Region Jönköpings län

Region Jönköpings län verkar inom områden som är avgörande för människors liv och hälsa, men också inom områden som ger länet förutsättningar för en hållbar tillväxt och utveckling. Sambanden mellan dessa områden är starka. Stöd- och servicefunktionernas övergripande uppdrag är att stödja verksamheterna utifrån deras behov och bidra till utveckling och kostnadseffektiv verksamhet. I nära dialog med verksamheterna ska stödfunktionerna ständigt utvecklas och arbeta med ständiga förbättringar för att bidra till en alltmer hållbar verksamhet.

STRATEGISKA MÅL OCH FRAMGÅNGSFAKTORER

I balanced scorecard har strategiska mål och framgångsfaktorer för vårt arbete formulerats. De strategiska målen beskriver vilket tillstånd vi vill uppnå med vårt arbete på en längre tidshorisont. Framgångsfaktorerna beskriver de viktigaste områdena vi behöver arbeta inom för att uppfylla de strategiska målen de närmsta åren. Tabellen nedan beskriver vilka strategiska mål och framgångsfaktorer som finns formulerade i budget 2026 med flerårsplan och hur de hänger samman, därefter följer en beskrivning av de sju strategiska målen.

Strategiskt mål	Framgångsfaktor
Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på	Nöjda kunder och intressenter
	God tillgänglighet
	God och jämlik hälsa
	Vitalt och tillgängligt kulturliv
	Ett demokratiskt och jämställt samhälle
	Utbildningsinnehåll anpassat till elevens behov
Enklare vardag för invånare och medarbetare	Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster
	Samverkan med andra aktörer
Bästa möjliga kvalitet	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande
	Säker verksamhet
	Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer
	Utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU erbjuder
Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion	Innovationsstödjande arbete
	Tillgänglig säker och hållbar infrastruktur
Bäst på att förbättra och förnya	Förbättringskunskap
	Professionell kunskap
	Forskning
Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser	Rätt kompetens och bemanning
	En god arbetsmiljö och hälsa
	Främja kreativitet och delaktighet
God och hållbar hushållning	Kostnadseffektiv verksamhet

GEMENSAMMA INRIKTNINGAR

Kopplat till de sju strategiska målen finns ett antal gemensamma inriktningar, oavsett nämnd eller verksamhet inom Region Jönköpings län. De följer nedan.

Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Region Jönköpings län ska bidra till att Jönköpings län är bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på. För att nå ditt behöver vi nöjda kunder och intressenter och skolorna behöver ha ett utbildningsinnehåll som är anpassat till elevernas behov. Vi behöver arbeta för en god tillgänglighet till våra sjukhus och vårdcentraler, men även för ett vitalt och tillgängligt kulturliv.

Region Jönköpings län arbetar för en god och jämlik hälsa och ett demokratiskt och jämställt samhälle. Ett arbete som i stor utsträckning sker i samarbete med kommunerna i länet. Alla invånare, oavsett om de bor i tätort eller i landsbygderna, ska ha god tillgång till vård, kultur, kollektivtrafik och utbildning.

Tillsammans i ett större system

Region Jönköpings län och länets 13 kommuner har alla för sin egen organisation och verksamhet

formulerat visioner som speglar ambitionen att bidra till ett bra liv. För de cirka 370 000 invånarna i Jönköpings län är det i vardagen oviktigt vilken huvudman som har ansvar för en viss välfärdstjänst, det viktiga är att det fungerar. Därför gör vi det bäst tillsammans - *Tillsammans för ett bra liv för alla*. I arbetet är Länsstyrelsen, Jönköping University och kommunernas samverkansplattform Kommunal utveckling och andra aktörer i länet viktiga. Tillsammans utgör vi delar i ett större system för länets invånare.

På flera nivåer och i olika strukturer pågår samverkan för att göra det bästa för invånaren. Men för att det ska få effekt för invånaren behöver vi se oss som ett större system och då är inte minst högsta ledningens insikt och engagemang viktigt. Sedan hösten 2021 har detta synsätt utvecklats på högsta tjänstemannanivå genom ett gemensamt utvecklingsprogram där tillit till varandra, att arbeta gränsöverskridande och samordna resurser, skapa gemensamma strukturer för lärande, kvalitet som strategi och de tre enkla reglerna är exempel på delar som fördjupats. Sedan 2025 genomförs ett gemensamt utvecklingsprogram för nästa chefsnivå inom regionen, kommunerna, länsstyrelsen med samma inriktning.

Under våren 2025 genomförs inom ramen för arbetet med revidering av styrande dokument dialogmöten i alla 13 kommuner. I dialogerna deltar representanter för alla delar i det större systemet. Resultatet av detta kommer, förutom att påverka inriktningarna i ett antal styrande dokument, att återspeglas i vårt fortsatta gemensamma arbete för invånarna. För att lyckas behöver systemets olika forum och samverkansytor utvecklas vidare, detta arbete är påbörjat under 2025. Förtroendevalda med uppdrag i Region Jönköpings län har en viktig roll för att den fortsatta processen med att komma ännu längre i riktig samverkan ska lyckas. De politiska organen som Kommunalt Forum och Primärkommunal Samverkan är viktiga sammanhang för den formella demokratiska förankringen.

Vi tror på kraften hos invånare och lokala gemenskaper. Genom att stärka civilsamhällets roll och involvera lokala aktörer i vårdutveckling, kultur och folkhälsa, bygger vi ett samhälle där fler tar ansvar och känner delaktighet.

Den regionala nivån i det demokratiska systemet
Sveriges regioner har två huvuduppdrag; regional utveckling samt folkhälsa och sjukvård. En djup förankring i befolkningen skapas genom att verksamheten leds av folkvalda politiker. En stor förändring av den politiska organisationen gjordes vid regionbildningen inför mandatperioden 2015-2018. Sedan dess har ytterligare förändringar gjorts med införande av personaldelegation, upphandlingsdelegation, demokratiberedning samt politiska sekreterare. Nämndernas roll och uppdrag har utvecklats sedan regionbildningen och en förstärkning av den politiska organisationen gjordes inför mandatperioden 2019-2022. Förvaltningens resurser för att stödja den politiska organisationen har inte förstärkts parallellt, förslaget är att medel omdisponeras inom regionstyrelsens totala budgetram.

Jämlik verksamhet
Mänskliga rättigheter är både mål och medel för en bra och jämlik verksamhet. I vårt dagliga arbete utgår vi från de sex rättighetsprinciperna – icke-diskriminering och jämlikhet, deltagande och inkludering samt transparens och ansvar – för att säkra det rättighetsbaserade arbetet.

För att kunna bedriva en jämlik verksamhet behöver vi vara medvetna om hur normer påverkar oss och vilka normer som kan riskera att leda till ett begränsande förhållningssätt. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv behöver finnas med i beslutsfattande, på alla nivåer och i alla steg av olika processer. Genom att arbeta med integrering av dessa perspektiv säkrar vi att jämställdhetsarbetet blir en del av det ordinarie arbetet.

I vårt arbete med hbtqi-personers rättigheter ingår att ingen ska uppleva sig kränkt eller missförstådd i mötet med vården eller regionens andra verksamheter på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet/könsuttryck. Vidare ska alla känna sig välkomna att arbeta inom vår organisation, oavsett sexuell läggning eller könsidentitet/könsuttryck.

Vi har antagit mål och riktlinjer för arbetet med nationella minoriteters rättigheter, i enlighet med lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Tillgänglighet är ett prioriterat utvecklingsområde för vårt arbete med jämlik verksamhet. I arbetet

utgår vi från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Kunskap om barn och ungas rättigheter ska hållas levande och utvecklas inom alla delar av organisationen. Genom ett årligt barnbokslut ges alla verksamheter möjlighet att på ett övergripande sätt redovisa barnrättsarbetet inom den egna verksamheten. Syftet är att säkerställa barnperspektivet inom organisationen. Region Jönköpings län arbetar även utifrån FN:s barnkonvention som bland annat innebär att vi alltid ska göra barnkonsekvensanalyser inför beslut som berör barn. Detta är ett område som behöver utvecklas ytterligare.

Vi ska aktivt stötta jämställdhets- och demokratiarbetet inom ideell sektor/civilsamhälle, samtidigt som vi tydligt ska följa upp ekonomiskt stöd till verksamheter. De företag och institutioner som utövar sin verksamhet på uppdrag av oss ska också arbeta för jämställdhet och jämlikhet på sin arbetsplats.

Enklare vardag för invånare och medarbetare
Ett viktigt strategiskt mål för Region Jönköpings län är att göra vardagen enklare för både invånare och medarbetare. För att lyckas med det behöver arbetssätt och digitala tjänster utvecklas i samarbete med andra aktörer.

Digitalisering för en hållbar verksamhet
Samhället blir allt mer digitalt och invånarnas förväntningar på enkla och smidiga tjänster ökar. Samtidigt blir befolkningen äldre, vilket gör att färre personer i arbetsför ålder behöver stödja fler som behöver välfärdstjänster. Digitalisering är en nyckel till att möta dessa utmaningar även om man inte ska missta digitalisering för att per automatik vara effektivisering. Vi vill att våra digitala tjänster ska vara moderna och lika väl utvecklade som i andra samhällssektorer. De ska göra vardagen enklare för invånare och förbättra arbetsmiljön för våra medarbetare. Alla invånare som har möjlighet att använda digitala tjänster ska få tillgång till enkla och sammanhållna lösningar – oavsett om de är patienter, kulturkonsumenter eller resenärer. Samtidigt ska de som inte kan eller vill använda digitala tjänster få den service de behöver på andra sätt.

För att utveckla bra digitala tjänster behöver vi

- samordna och hantera data på ett effektivt sätt
- integrera nya system och tjänster på ett smart sätt
- utveckla processer som fungerar tillsammans
- använda enhetliga begrepp och termer både regionalt och nationellt.

Digital kompetens ska vara en självklar del av vår organisation. Alla medarbetare behöver ha grundläggande digital kunskap, och vi behöver också spetskompetens inom områden som AI, molnlagring, maskininlärning och datasäkerhet.

AI skapar nya möjligheter att utveckla vården med ökad träffsäkerhet, tillgänglighet och effektivitet. Inom Region Jönköpings läns verksamhet kan AI bidra både till att stärka det kliniska beslutsstödet och effektivisera administrativa processer. En möjlighet är att använda AI i anslutning till våra digitala tjänster exempelvis genom att ge initial vägledning, analysera symtom och hjälpa till att prioritera vårdbehov. AI kan också vara ett verktyg för att sålla i informationsflöden, identifiera riskpatienter och stödja vårdpersonal i tidiga insatser. Regionen behöver ha en strategi för hur AI kan användas ansvarsfullt, etiskt och säkert.

Förutom att förbättra dagens digitala tjänster måste vi hitta nya lösningar på framtidens utmaningar. Det innebär att vi behöver samarbeta med viktiga digitaliseringspartners både i Sverige och internationellt. Vår utveckling ska alltid utgå från invånarnas och medarbetarnas behov. Genom att samarbeta med patienter, resenärer och kulturkonsumenter kan vi skapa tjänster som verkligen gör nytta.

Digitalisering för bättre service och arbetsmiljö
Digitalisering ska hjälpa oss att

- skapa bättre service för invånare
- underlätta arbetet för våra medarbetare

- göra det enklare att kommunicera och samarbeta.

Genom att automatisera vissa arbetsuppgifter kan vi frigöra tid för det mänskliga mötet där det verkligen behövs. För att lyckas måste vi utveckla våra processer och jobba smartare tillsammans. Vi fortsätter att arbeta med Rätt Använd Kompetens (RAK) samtidigt som vi digitaliserar verksamheten. En del arbetsuppgifter kommer att försvinna, medan nya roller skapas.

En trygg och användarvänlig digital miljö
Många av våra tjänster sträcker sig över flera verksamhetsområden och ibland även mellan olika huvudmän. För att skapa effektiva digitala lösningar måste vi

- lagra data på ett sätt som gör den lättillgänglig
- utveckla sammanhållna planer för verksamhetsutveckling
- bygga digitala tjänster som invånarna har förtroende för och kan ta del av
- se till att våra medarbetare känner sig trygga och kompetenta i att använda digitala verktyg.

För att digitaliseringen ska bli en naturlig del av verksamheten behöver vi satsa på utbildning och utveckling. Det krävs både grundläggande digital kompetens för alla medarbetare och spetskompetens inom vissa områden.

Data kommer att spela en allt viktigare roll i vår verksamhet. Vi behöver effektiva system för att hantera och använda data, både i dagliga beslut och för långsiktig planering. Att dela data med våra samarbetspartners blir också viktigare i takt med att lagstiftningen möjliggör det.

Kommunikation som verktyg för måluppfyllelse
Med kommunikation som strategiskt verktyg arbetar vi tillsammans med invånaren i fokus för att förverkliga Region Jönköpings läns mål och visionen om ett bra liv i en attraktiv region. God kommunikation bygger på vår förmåga att ta reda på och förstå vad länsinvånare, medarbetare, samarbetspartners och andra intressenter behöver och vill veta. Kommunikationen ska vara målgruppsanpassad och tillgänglig och alltid utgå från varje enskild målgrupps behov och förutsättningar.

Kommunikationen ska skapa förutsättningar för delaktighet, transparens och trovärdighet mellan chefer och medarbetare och i mötet med kunder och intressenter. Den ska bidra till att öka invånarnas kunskap om Region Jönköpings län och våra erbjudanden och ge möjlighet till insyn och delaktighet. Kommunikationen ska vara en möjliggörare i att engagera medarbetarna i organisationens och arbetsplatsens uppdrag, strategier och mål samt stödja utveckling och ständiga förbättringar. Kommunikationen bidrar till att stärka organisationskulturen och att forma varumärket Region Jönköpings län.

Ett tydligt kommunikationssystem ska skapa förutsägbarhet och trygghet kring olika kommunikationsinsatsers och kanalers syfte, innehåll och användning. Region Jönköpings län ska arbeta för att vara en kommunikativ organisation, både inom organisationen och utanför. Kommunikationen ska bidra till en tydlig riktning för verksamheten och till kommunikativa ledare som har kunskap om sitt kommunikationsansvar och förmågan att omsätta det i handling. Chefer och ledare är den viktigaste kanalen i kommunikationen med medarbetarna, och medarbetarna är de bästa ambassadörerna i dialogen med invånare, samarbetspartners och kollegor.

En väl fungerande kommunikation är avgörande för att Region Jönköping län ska arbeta i enlighet med uppdragen och ska tillämpas som verktyg och stöd för att nå uppsatta mål på både kort och lång sikt.

Bästa möjliga kvalitet
Region Jönköpings län ska arbeta för bästa möjliga kvalitet inom all verksamhet. För att nå detta krävs att vi arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, och att vi ska ha en säker verksamhet i alla delar. Vi behöver även ha ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer, samt utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU erbjuder.

En global region

Jönköpings läns strategiska läge, den internationellt profilerade högskolan och den ökande globaliseringen skapar förutsättningar för länet att bli en långsiktig hållbar och innovativ tillväxtregion. En förutsättning för Jönköpings läns långsiktigt hållbara utveckling är att länets företag erövrar och blir en del av de globala värdekedjorna. Därför behöver insatser kontinuerligt göras för att stödja företagens internationalisering- och exportambitioner. Globaliseringen ger även möjlighet till kunskaps-och kompetensinfluenser samt ökar möjligheten för internationella företags direktinvesteringar och nyetableringar i länet.

Den regionala nivån och dess utveckling har ett direkt samband med europeisk nivå. Enligt förordningen om regionalt tillväxtarbete ska det regionala utvecklingsarbetet bedrivas i syfte att uppfylla regionala mål och mål för EU:s sammanhållningspolitik. Som en del av EU har länet möjlighet att bidra till och dra nytta av europeiskt samarbete. På EU-nivå finns mål och strategier kring den dubbla omställningen (twin transition) med EU:s gröna giv och EU:s digitala agenda. Detta genomsyrar EU-program, initiativ och lagförslag som när de verkställs, har påverkan på regional nivå. Omvärldsbevakning och proaktivt påverkansarbete på EU-arenan ökar möjligheten att bidra till och på sikt dra nytta av utvecklingen. 2035 är Jönköpings län ett internationellt konkurrenskraftigt län.

Globaliseringen påverkar hur kulturer, livsåskådningar och värderingar formas. Genom att aktivt delta i globaliseringen och den internationella konkurrensen kan länet skapa nya relationer med andra människor, med andra platser och med andra länder. Genom samverkan kan länet också påverka andra i en mer hållbar och fredlig inriktning utifrån perspektiven i de globala målen. Inriktningen är att Region Jönköpings läns ska bidra till hållbarhet med utgångspunkt i den regionala utvecklingsstrategin och med koppling till EU:s mål och strategier samt till Agenda 2030.

När beroendet av omvärlden ökar och en del av de politiska besluten fattas på europeisk nivå, blir det internationella arbetet en förutsättning för att skapa en långsiktig regional utveckling. Detta är bakgrunden till Region Jönköpings läns internationella policy. Den slår fast att vårt internationella arbete ska främja den regionala utvecklingen och våra olika verksamheter. Genom våra kunskaper och nätverk är vi en resurs för länet vad gäller EU-finansiering och projektstöd.

Territoriell strategisk planering
Regionen arbetar med att ta fram kunskapsunderlag och arbetssätt som främjar analyser och samverkan på flera nivåer kring de utmaningar och lösningar som är viktigt för genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin.

Rumsliga perspektiv på länets utveckling gör att länets strategier kan sättas i ett större sammanhang, vilket i sin tur ger förutsättningar för bättre samsyn och tydlighet kring långsiktiga prioriteringar och mål.

Säker verksamhet
Sverige genomför nu den största förstärkningen av totalförsvaret sedan kalla kriget. Ett starkt svenskt totalförsvar bidrar till både Sveriges och Natos säkerhet. För Region Jönköpings län innebär detta att organisationen ska säkerställa att de viktigaste samhällsfunktionerna fungerar även under kris och krig. Region Jönköpings län har också en viktig roll i att stödja det militära försvaret, bland annat genom en civil hälso- och sjukvård.

För att stärka vår beredskap pågår ett omfattande arbete med att utveckla Region Jönköpings läns förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig. Parallellt kartläggs och analyseras vilken verksamhet som ska bedrivas under höjd beredskap. Andra prioriterade områden inkluderar samverkan och ledning, utbildning och övning, kapaciteten att omhänderta ett stort antal skadade och sjuka samt försörjningsberedskap. Den regionala livsmedelsstrategin behöver kopplas ihop med totalförsvarets behov t.ex. gällande kriskost.

Arbete pågår även med att stärka allmän säkerhet, och för det krävs ett nära samarbete med regionala aktörer och näringslivet. Ett viktigt område för att skapa en robust beredskap och förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet, även under kritiska förhållanden, är Region Jönköpings läns lokaler som behöver vara anpassade för de krav som ställs.

Hållbar upphandling
Upphandling är en strategiskt viktig fråga för Region Jönköpings län. En bra process för upphandling

av varor och tjänster har stor betydelse för verksamhetens effektivitet. Region Jönköpings län är i många fall en stor kund och kan genom upphandlingar påverka utbudet på marknaden i en hållbar riktning. Sociala hållbarhetskrav och mer långtgående miljökrav ställs i prioriterade upphandlingar. Region Jönköpings län ställer sig positiv till samverkan med länets kommuner när det gäller gemensamma upphandlingar, för att skapa klokt resursutnyttjande och bättre service till länsinvånarna.

Kraven har höjts och ett bredare perspektiv har tagits kring socialt ansvarstagande, bland annat för att ge fler människor möjlighet att delta och bidra i samhället/alternativt för att ge personer långt ifrån arbetsmarknaden en väg in i arbete.

Vid upphandlingar ges förutsättningar för innovationer och innovationsvänliga lösningar. Region Jönköpings län ska möjliggöra för små och medelstora aktörer, inte minst på landsbygderna, samt den idéburna sektorn att konkurrera om Region Jönköpings län avtal när det är relevant.

Region Jönköpings län ska uppnå och upprätthålla målet som rör svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg, helst närproducerade livsmedel, inte minst för att stärka länets självförsörjnings förmåga.

Cirkulära materialflöden och resurseffektivitet
Region Jönköpings län ska möjliggöra en hållbar tillväxt och resurseffektivitet utifrån ett helhetsperspektiv samt bidra till cirkulär ekonomi där returflöden skapas och material tas tillvara. Andelen cirkulära materialflöden ska öka, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. Att minska användningen av förbrukningsartiklar är prioriterat ur ett klimatperspektiv och vägledning finns för att så långt som möjligt använda flergångsmaterial och i övrigt använda rätt förbrukningsmaterial vid rätt tillfälle. Vid nybyggnation ska återbrukat byggmaterial användas i den mån det är rimligt.

Hållbara matvanor
Region Jönköpings län bidrar till bland annat regionala livsmedelsstrategin genom att som vårdgivare, arbetsgivare och utbildare förenkla möjligheterna att göra hälsosamma och miljömedvetna matval.

Hållbara resor och transporter
Klimatpåverkan från Region Jönköpings läns transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. Klimatpåverkan från privata resor till vårdinrättningar och medarbetares resor till och från arbetet står för en betydande del av vår totala klimatpåverkan. Privata resor till vårdinrättningar ska minska genom digitala och samordnade vårdmöten och stimulerande av hållbara resealternativ. Region Jönköpings län ska även stimulera medarbetare att välja mer hållbara resealternativ för arbetspendling. Merparten av arbetspendlingen inom länet är mindre än 15 minuter. Därför är det centralt att satsa på att knyta ihop länet med regionala cykelvägar. Även klimatpåverkan från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, ska minska. Region Jönköpings län har antagit Fossilfritt Sveriges transportutmaning med målet att köpta och utförda transporter ska vara fossilfria år 2030.

Enligt hållbarhetsprogrammet ska en omställning till förnybara drivmedel ske till år 2025. Bussar i allmän kollektivtrafik ska drivas med 100 procent förnybara drivmedel, dieseltåg ska drivas med den andel förnybara drivmedel som är godkänt, dock minst 20 procent förnybara drivmedel, eltåg ska drivas med 100 procent förnybar el och fordon inom serviceresor ska drivas med minst 40 procent förnybara drivmedel, till år 2025. Omställning till förnybara drivmedel innebär ökade kostnader men möjliggör också långsiktig hållbarhet och framtida kostnadsbesparingar. När Sveriges regering missar klimatmålen behöver Jönköpings län fortsatt sträva mot netto noll av koldioxidutsläpp och inte tumma på det regionala hållbarhetsprogrammets mål.

Biogas utgör ett av flera alternativ av förnybara energislag som kan spela en stor roll i övergången till ett mer hållbart och tillförlitligt energisystem. Biogasöverenskommelsen med länets kommuner behöver löpande följas upp och vid behov förnyas eller utvecklas.

Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion
Region Jönköpings län har även som strategiskt mål att vara en långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion. Det betyder att vi behöver arbeta innovationsstödjande och ha en tillgänglig, säker och

hållbar infrastruktur.

Hållbar utveckling

En hållbar utveckling tillgodoser alla människors behov och rättigheter idag utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina. För att utvecklingen ska vara hållbar måste vi uppnå hållbarhet inom alla de tre dimensionerna – miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet – och säkerställa att de tre dimensionerna hela tiden samverkar.

Ett miljömässigt hållbart samhälle innebär att ta ansvar för hur vi använder planetens resurser. Vi kan bidra genom att använda våra resurser klokt, minimera utsläpp till luft och vatten, bevara biologisk mångfald och arbeta för en hållbar konsumtion, produktion och samhällsplanering.

Ett socialt hållbart samhälle är ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett bra liv med god hälsa, utan orättvisa skillnader - helt enkelt ett samhälle där människors lika värde står i centrum. Det kräver att människor känner tillit och förtroende gentemot varandra och är delaktiga i samhällsutvecklingen.

Ekonomisk hållbarhet innebär att förvalta och utveckla mänskliga och materiella resurser på ett långsiktigt hållbart sätt. Vi arbetar för en varaktig, inkluderande och hållbar ekonomisk utveckling där varje generation bär kostnaderna för den service som den generationen beslutar om och själv konsumerar.

Region Jönköpings län har höga ambitioner för att bidra till en hållbar utveckling. Hållbarhetsprogrammet beskriver hur Region Jönköpings län ska bidra i detta arbete. Som medlem i Klimatrådet står Region Jönköpings län bakom den klimat- och energistrategi som togs fram tillsammans med Länsstyrelsen i Jönköpings län 2019.

Bäst på att förbättra och förnya
Region Jönköpings län arbetar för att nå det strategiska målet att vara bäst på att förbättra och förnya. Det kräver att vi arbetar både med förbättringskunskap, professionell kunskap och forskning.

Innovation, forskning och utveckling
Forskning, utveckling och innovation ingår i sjukvårdens uppdrag. I takt med de förändringar som sker i omvärlden ska Region Jönköpings län stärka och förnya verksamheten för attraktivitet och tillväxt för att nå bättre folkhälsa och bättre vård. Utgångspunkten är att arbeta med det som skapar värde för invånarna inom hälso- och sjukvård och regional utveckling.

En integrerad klinisk forskning är en nödvändig förutsättning för en kunskapsbaserad, jämlik och högkvalitativ hälso- och sjukvård. Region Jönköpings län stärker den kliniska forskningen genom att stödja regionens forskande medarbetare och forskningsinfrastruktur såsom universitetssjukvårdsenheter, Jönköping Academy och biobanken. Effektivare och mer rättssäkra forskningsprocesser för uttag av hälsodata och vävnadsprover ger bättre tillgång till prov och data, och skapar förutsättningar för bättre forskningskvalitet. Regionen stödjer ansökningar för ett nytt forskningsområde och en ny tandläkarutbildning vid Jönköpings University.

Behovet av utveckling, innovation, effektiviseringar och medarbetarnas möjligheter att bidra till förnyelse av service och teknologi är stort. Stärkt innovationskraft och förmåga till innovation är viktigt för region Jönköpings läns verksamheter. Att ge medarbetare rätt förutsättningar för det här stärker långsiktigt Region Jönköpings län som arbetsgivare och leder till att vi kan öka takten i förnyelsearbetet. För att stödja detta har Region Jönköpings län inrättat en innovationsplattform. Innovation är nya lösningar som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet för våra invånare uppstår då insikter och idéer omsätts i praktiken och nyttiggörs. Det värde som skapas kan anta många former – ekonomiska, sociala eller miljömässiga.

Genom en strukturerad innovationsprocess och stödresurser kopplade till arbetet har därför medarbetare möjlighet att föreslå och själv utveckla innovationer. Innovationsplattformen har etablerad samverkan med partners som kommuner, myndigheter, näringsliv och universitet för att säkra nyttiggörandet och för att stärka innovationskraft och förmåga i hälso- och sjukvården. Modeller och metoder för arbetet är under utveckling, liksom framtagandet av nödvändiga utbildningssatsningar.

Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser
För att Region Jönköpings län ska utvecklas till att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplats, behövs rätt kompetens och bemanning. Medarbetarna behöver ha en bra arbetsmiljö och förutsättningar för god hälsa. De ska också kunna vara delaktiga och kreativa i utvecklingen av verksamheten och arbetsplatsen.

En förutsättning för en framgångsrik organisation är motiverade medarbetare som känner sig uppskattade och respekterade. Ledare och medarbetare är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö. Alla ser sin roll i helheten och har ett tydligt mandat att bidra till verksamhetens utveckling.

Vårt mål är att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare och tillsammans skapar vi Sveriges bästa arbetsplats för att kunna erbjuda och bedriva en verksamhet med högsta kvalitet. För att långsiktigt kunna säkerställa kompetensförsörjning och vara en attraktiv arbetsgivare, är en god arbetsmiljö och möjlighet till kompetensutveckling avgörande. Det gäller både för rekrytering och för att behålla viktig kompetens. Alla medarbetare ska ha ett hållbart arbetsliv och möjlighet att påverka sin arbetsmiljö samt ha möjlighet att utvecklas. Medarbetarna är organisationens främsta och viktigaste resurs.

Region Jönköpings län ska vara en god förebild för andra arbetsgivare och lyhörd gentemot medarbetarna. I arbetet med ständiga förbättringar och klok resursanvändning krävs en öppenhet för nya arbetssätt och delaktiga medarbetare med möjlighet till inflytande. Kompetensförsörjning och en aktiv personalpolitik är och kommer fortsatt vara en av de strategiskt viktigaste frågorna för utvecklingen av Region Jönköpings län.

Vägen till Sveriges bästa arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser går genom att lyckas med de

framgångsfaktorer som uttalats i balanced scorecards medarbetarperspektiv: rätt kompetens och bemanning, god arbetsmiljö och hälsa samt främja kreativitet och delaktighet. För detta behövs arbetssätt som säkerställer att vi når ambitionen. Under de senaste åren har därför ett antal regiongemensamma arbetssätt fastslagits. Arbetssätten utgår från forskning och goda exempel på tillämpning. Att de fullt ut tillämpas i hela verksamheten är avgörande för att vi ska leva upp till ambitionen, liksom arbetet med att stärka chefers förutsättning till ett nära ledarskap och verksamhetsutveckling tillsammans med medarbetarna.

Kompetensplanering är vårt gemensamma arbetssätt för hur vi säkerställer att de resurser vi har möter invånarnas behov idag och i framtiden. *De åtta friskfaktorerna* som baseras på forskning, är vårt gemensamma arbetssätt för hur vi skaparen god arbetsmiljö och hälsa. *Vår värdegrund, organisationskultur och ett hållbart ledarskap* är våra gemensamma arbetssätt för att skapa kreativitet och delaktighet. Arbetssätten ska tillämpas och följas upp systematiskt och på alla Region Jönköpings läns arbetsplatser.

Våra medarbetare i siffror

Verksamheten utförs dels i egen regi, dels av privata aktörer. Region Jönköpings läns planering och åtgärder har betydelse för hela verksamheten. Detta avsnitt handlar om medarbetare anställda i Region Jönköpings län.

Vid utgången av 2024 hade Region Jönköpings län 11 783 anställda. Av dem var 11 189 tillsvidareanställda och 594 visstidsanställda. Utöver dessa avlönades motsvarande 304 årsarbetare med timlön under 2024 (tabell X, sidan X).

Region Jönköpings län mäter även antal anställda uttryckt i faktiska årsarbetare, som visar hur många årsarbetare som varit i tjänst i genomsnitt under året. Hänsyn tas i den beräkningen till både tjänstgöringsgrad och frånvaro. Förändring av faktiska årsarbetare kan bero både på fler anställda årsarbetare men också på förändringar i frånvaron (fler eller färre i tjänst). I genomsnitt har antalet faktiska årsarbetare ökat med 279 för hela Region Jönköpings län under 2024 jämfört med 2023. Fördelning och utveckling inom Region Jönköpings läns personalgrupper mätt i faktiska årsarbetare framgår av tabell X, sidan X.

Även om antalet medarbetare i Region Jönköpings län totalt sett har ökat finns det utmaningar. Förutsättningarna att kunna rekrytera och behålla personal kan skilja mellan olika verksamheter och geografiska områden. Samtidigt står det klart att regionen inte kan växa i antal medarbetare. För att möta kompetensutmaningen långsiktigt behöver personalutvecklingen plana ut. Fokus ska i stället ligga på att säkerställa att rekryteringar görs där de gör störst nytta exempelvis inom bristyrken och i verksamheter på landsbygderna där kompetensförsörjningen är särskilt svår. En mer strategisk och behovsstyrd bemanning är avgörande för att regionen ska kunna leverera en jämlik och tillgänglig vård i hela länet.

Sjukfrånvaron förändras vanligen på ett regelbundet sätt över tid (figur XX, sidan X). Under åren 2020-2022 var sjukfrånvaron något förhöjd beroende på pandemin och Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid minsta symptom. Region Jönköpings läns sjukfrånvaro ligger på en nivå som är under riksgenomsnittet jämfört med andra regioner. Detta är en förbättring jämfört med de senaste åren då sjukfrånvaron varit i nivå med riksgenomsnittet.

Under 2024 var personalomsättningen 7,4 procent. 817 medarbetare slutade sin anställning varav 215 gick i pension. Under samma period tillsvidareanställdes 1 028 medarbetare (figur XX, sidan X).

Tabell XX Anställda inom Region Jönköpings län

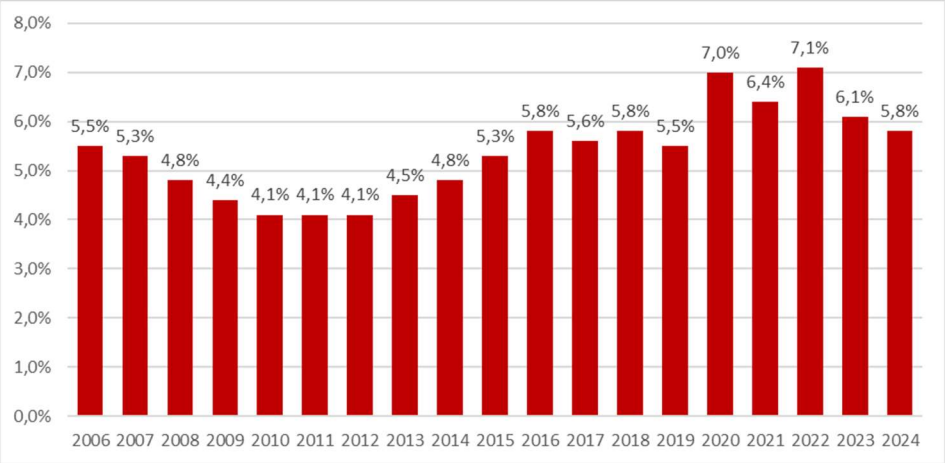
Anställningsform	Kön	Heltid	Deltid	Totalt	Andel heltidsanställda
Antal anställda tillsvidare	Kvinnor	7 722	1 244	8 966	86 %
	Män	2 111	112	2 223	95 %

Anställningsform	Kön	Heltid	Deltid	Totalt	Andel heltidsanställda
Antal anställda visstid	Kvinnor	366	67	433	85 %
	Män	145	16	161	90 %
Totalt antal anställda		**10 344**	**1 439**	**11 783**	**88 %**

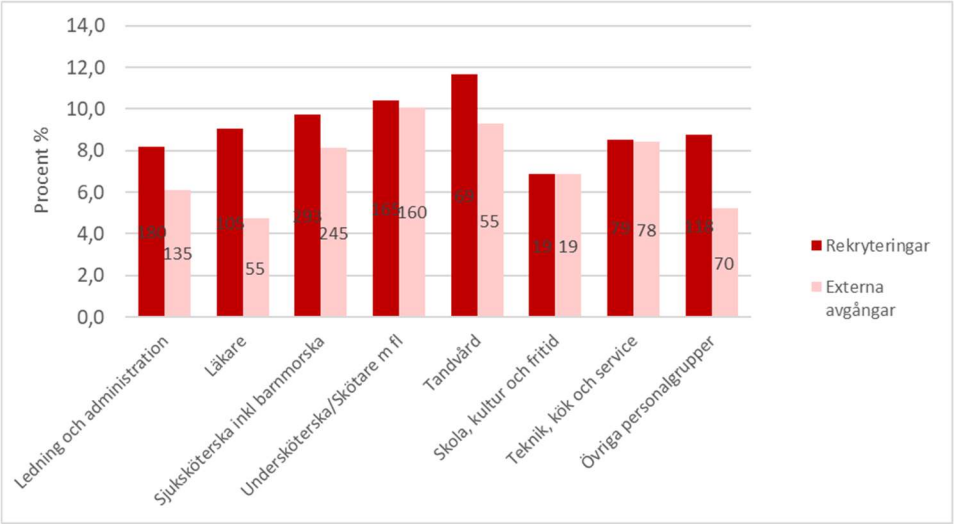
Tabell XX Yrkesgrupper inom Region Jönköpings län

Yrkesgrupp	Faktiska årsarbetare 2022	Faktiska årsarbetare 2023	Faktiska årsarbetare 2024
Ledning och administration	1 914	1 990	2 044
Läkare	1 144	1 163	1 202
Sjuksköterskor (inklusive barnmorskor)	2 360	2 393	2 469
Undersköterska/Skötare med flera	1 362	1 400	1 424
Tandvård	475	483	504
Skola, kultur och fritid	266	259	253
Teknik, kök och service	834	8 63	882
Övriga personalgrupper	1 044	1 098	1 148
Summa	**9 397**	**9 648**	**9 928**

Figur XX Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, som andel (%) av den tillgängliga ordinarie arbetstiden
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Figur XX Personalomsättning och antal externa avgångar/rekryteringar inom Region Jönköpings län 2024 *(antalet avgångar/rekryteringar står angivet i staplarna)*
Ska layoutas till den tryckta budgeten



Rätt kompetens och bemanning

Samhällets kompetensutmaning är en av de viktigaste frågorna för kommuner och regioner i Sverige. För att räcka till för invånarnas behov, både nu och i framtiden, behöver vi arbeta med långsiktiga åtgärder och samarbeta – både inom hela organisationen och med andra aktörer, till exempel länets kommuner.

Kompetensplanering är Region Jönköpings läns gemensamma arbetssätt för hur vi säkerställer att de resurser vi har idag möter verksamhetens behov. Med stöd av processen för kompetensplanering analyserar alla chefer sitt behov på kort och lång sikt och genomför åtgärder för att säkra sitt kompetensbehov. Det innebär att hitta andra lösningar på kompetensutmaningar genom förändrade arbetssätt, behålla och utveckla befintlig personal men också att identifiera framtida rekryteringsbehov. I planeringsarbetet ska vi se över möjligheten till lärlingsutbildningar eller YH-utbyggnad i hela länet, även på landsbygderna där det är lämpligt.

Arbetet med att identifiera och använda rätt kompetens är centralt på varje nivå och del av organisationen. En ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens och där de gör mest nytta är en förutsättning för kvalitet och resurseffektivitet. För att klara kompetensutmaningen inom vården behöver Region Jönköpings län se över konsekvenserna av subspecialisering av vårdpersonal. Region Jönköpings län behöver ta ett större ansvar som arbetsgivare för att medarbetares tid läggs på rätt saker. Åtgärder måste vidtas för att minska administrationen och plana ut trenden av ökat antal personal.

Region Jönköpings län behöver ständigt attrahera och rekrytera nya medarbetare för att våra verksamheter ska kunna utföra sina uppdrag. Att ständigt attrahera nya medarbetare är inte liktydigt med att ständigt öka antalet årsanställda. Under ett år söker cirka 30 000 kandidater jobb i Region Jönköpings län och cirka 1 000 nya medarbetare tillsvidareanställs varje år. En välfungerande rekryteringsprocess och ett bra bemötande av alla arbetssökande är en viktig del i strategin för att trygga kompetensförsörjningen och skapa ett starkt arbetsgivarvarumärke. I syfte att stärka arbetsgivarvarumärket och vid sidan av rekrytering underlätta kompetensförsörjningen bör Region Jönköpings län införa mentorstjänster. Mentorstjänster har också potential att ta tillvara på seniora medarbetares kunskaper och erfarenheter.

Region Jönköpings län driver en lönepolitik inriktad mot konkurrenskraftiga löner som kan hävda sig på marknaden. Lönebildningen ska stimulera till ökat engagemang och utveckling av verksamhetens produktivitet och kvalitet. Våra kollektivavtal och riktlinjer för lönebildning i Region Jönköpings län ger förutsättningarna för arbetet.

Region Jönköpings län fortsätter arbetet med att minska kostnaderna för hyrbemanning och ska under mandatperioden arbeta för att minska kostnaderna av hyrbemanning till 1 procent av lönekostnaderna. I verksamheternas kompetensplaner ska framgå vilka åtgärder som genomförs för att säkra kompetensförsörjningen och minska beroendet av hyrbemanning.

Kännetecknande för oss som attraktiv arbetsgivare är utbudet av intressanta, utmanande och meningsfulla arbetsuppgifter, och utvecklande yrken som skapar värde för invånarna i länet. En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Var och en behöver därför se sin roll i helheten, ha klara mål, de medel som krävs samt kunskap om hur resultat ska uppnås. För Region Jönköping län som arbetsgivare är det viktigt att medarbetarna känner att de har intressanta och viktiga arbetsuppgifter oavsett var i organisationen de arbetar.

Att alla medarbetare ges möjlighet till relevant och kontinuerlig kompetensutveckling är centralt för att ständigt förbättra och på bästa sätt bedriva verksamhet för de vi är till för. Genom att utveckla och tydliggöra utvecklingsmöjligheter för olika yrken ges medarbetare en möjlighet att utveckla både sig själva och verksamheten.

Verksamhetens behov, regelbundna medarbetarsamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner ligger till grund för att utveckla och tillföra kompetens på ett sätt som stärker såväl individen som verksamheten i sin helhet. Fortbildning ska vara obligatorisk för all personal. Chefen ska, tillsammans med sina medarbetare, på ett individuellt och metodiskt sätt arbeta med kompetensutveckling utifrån verksamhetens nuvarande och framtida behov samt den enskildes och yrkesgruppernas olika förutsättningar.

En god arbetsmiljö och hälsa

Medarbetarskapet bygger på bra samarbete mellan kollegor, medarbetare och chefer i det dagliga arbetet. Det är allas gemensamma ansvar att bidra till god arbetsmiljö och god kommunikation.

De åtta friskfaktorerna är Region Jönköping läns gemensamma arbetssätt för hur vi systematiskt skapar en god arbetsmiljö och hälsa. Friskfaktorerna sammanfattar de förutsättningar som forskning visar behöver finnas på en arbetsplats för att medarbetarna ska må bra, utvecklas, prestera bra och trivas.

En god och hållbar arbetsmiljö uppnås genom ett gemensamt arbete på arbetsplatsen kring den verksamhet som bedrivs där och de arbetsmiljöfrågor som är kopplade till denna. Genom att tillämpa den vägledning som friskfaktorerna ger kring arbetsmiljöfrågorna säkerställs att inga viktiga aspekter kring verksamheten och arbetsmiljön tappas bort.

Region Jönköpings län ska arbeta för en jämlik grundbemanning inom hälso- och sjukvården, där resurser och arbetsvillkor fördelas rättvist. Målet är att skapa ett hållbart arbetsliv för alla medarbetare. Genom att arbeta med friskfaktorer, uppmuntra heltid och stödja ett längre arbetsliv, tar vi tillvara på den kompetens och kapacitet som finns bland våra medarbetare och minskar behovet av nyrekrytering. Heltidsarbete bidrar till att möta framtida utmaningar, göra organisationen mer attraktiv och minska rekryteringskostnader, samtidigt som jämställdheten ökar. Medarbetarna ska kunna påverka sina arbetstider utifrån verksamhetens behov.

Arbetet med aktiva åtgärder och det interna sociala hållbarhetsarbetet för lika rättigheter och möjligheter ingår som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Varje arbetsplats ska arbeta mot målet att skapa arbetsmiljöer som är tillgängliga och inkluderande för alla.

Främjar kreativitet och delaktighet

Genom ledare som är tillgängliga, tydliggör mål, inspirerar och visar vägen skapas en kultur som främjar jämlikhet, kreativitet, innovation och ständiga förbättringar. Ett framgångsrikt chefskap vilar på Region Jönköpings läns ledningsstrategier och är en nyckel till att skapa en attraktiv arbetsplats. Med fokus på invånarnas behov verkar chefen för verksamhetens resultat och utveckling, medarbetares kompetensutveckling, arbetstillfredsställelse och leder det systematiska förbättringsarbetet.

Chefer behöver få rätt förutsättningar för att kunna utöva ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap och nå verksamhetens uppsatta mål. Samlad forskning visar tydligt att arbetsgruppens storlek påverkar både de anställdas arbetsmiljö och kvaliteten på verksamheten. Genom ett rimligt antal medarbetare per chef, en gemensam bild av vad som förväntas av chefer och hur stödet kring chefen ska se ut skapas förutsättningar för ett nära och tillitsfullt ledarskap. Regiongemensamma program och utbildningar kring chefs- och ledarskap är en viktig förutsättning för att kunna leda det

systematiska förbättringsarbetet.

Medarbetares delaktighet och engagemang är grunden för att utveckla verksamhetens arbetssätt och dess kvalitet. Genom att tillämpa ett tillitsbaserat ledarskap, utan detaljstyrning, får medarbetare frihet att planera och prioritera sitt arbete. Vi tror på ett ledarskap som är nära verksamheten och medarbetarna. Därför vill vi öka det lokala inflytandet över hur verksamhet utvecklas, planeras och följs upp. Professionen driver arbetet framåt, genom sin kunskap och erfarenhet, men också utifrån god kännedom om den lokala befolkningens behov. Vid tillitsbaserad vård ska detaljstyrning från politikens sida undvikas då detta i många fall leder till ökad administration, undanträngningseffekter och missnöje hos professionen. Grundläggande för att uppnå detta är delaktighet på alla nivåer samt tillit mellan ledare och medarbetare. Genom en gemensam värdegrund skapas en kultur som utvecklar medarbetarengagemang och främjar kreativitet och delaktighet i hela verksamheten. Styrdokumentet *Att vara medarbetare och ledare* i Region Jönköpings län ger förutsättningarna för varje arbetsplats lokala kulturarbete.

God och hållbar hushållning

Inom Region Jönköpings län är en god och hållbar hushållning ett viktigt strategiskt mål. För att nå målet arbetar alla för en kostnadseffektiv verksamhet.

Utgångspunkten för styrningen är kommunallagens krav på god hushållning, både ur ett verksamhetsperspektiv (ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet) och ur ett finansiellt perspektiv (långsiktig och uthållig finansiering). God ekonomisk hushållning är en förutsättning för att även i framtiden ge invånarna i Region Jönköpings län en god hälso- och sjukvård och regional utveckling. Systematiska hälsoekonomiska analyser ska vägleda våra investerings- och prioriteringsbeslut.

Verksamhetsmål inom hälso- och sjukvård och regional utveckling ska uppnås med lägsta möjliga resursinsats. För en bra styrprocess krävs att olika verksamhetsnivåers mål, resurstilldelning och resultat är tydliga, i såväl planering som genomförande och uppföljning. En ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet uppnås genom god måluppfyllelse där tjänsten producerats med en hög produktivitet. Kvalitet är Region Jönköpings läns strategi inom alla områden. Genom att prioritera, förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet frigörs resurser och medel till utveckling för nya områden och åtaganden.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Årligen samla in och analysera gapen utifrån den reviderade CEMR-deklarationen och sätta in åtgärder där det behövs.	Den europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå (CEMR-deklarationen) är ett verktyg för kommuner och regioner att integrera jämställdhetsperspektivet i all verksamhet. Deklarationen som antogs 2006, uppdaterades i december 2022 framför allt med nio nya artiklar inom sakområden som tidigare täcktes otillräckligt eller inte alls.
Öka kunskap och medvetenhet om jämlikhet och social hållbarhet.	Region Jönköpings läns välfärdstjänster ska vara tillgängliga för alla, ingen invånare ska lämnas utanför.
Erbjuda utbildning om rättigheter och möjligheter till inflytande.	Utveckla arbetet med de fem nationella minoriteternas rättigheter, inklusive uppdraget som finskt förvaltningsområde
Ge möjlighet till praktik och erbjuda arbetstillfällen med låg tröskel.	Ge länsinvånare som står långt ifrån arbete idag möjlighet att bidra med sin kompetens. Detta är en del av arbetet med rätt använd kompetens (RAK).
Under 2025 undersöks behovet av samordnad språkutbildning i länet. Utifrån detta ska en eventuell handlingsplan tas fram.	Det pågår arbete med att undersöka behovet av samordnad språkutbildning för sjukvårdspersonal inom kommuner och Region Jönköpings län i syfte att öka integrationen. Språket är nyckeln in till arbetsmarknaden.

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Erbjuda digitala tjänster som en del av verksamheternas ordinarie utbud. Med särskilt fokus på tillgänglighet i hela länet.	Erbjuda digitala tjänster som gör att invånarna på ett enkelt sätt kan nå och använda våra tjänster på liknande sätt som andra tjänster i samhället.
Fasa ut byråkratiska arbetssätt som inte skapar värde för invånare eller verksamhet.	Att aktivt arbeta med att fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och onödig administration i Region Jönköping läns verksamheter.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Stärka Region Jönköpings läns förmåga vid fredstida kriser och ytterst krig. Med fokus på lokal beredskap och samverkan med kommuner och civilsamhälle.	Stärka Region Jönköpings läns förmåga att hantera fredstida kriser och ytterst krig genom att planera och genomföra kompetensutveckling, utbildningar och övningar. Säkerställa en god samverkans- och ledningsförmåga vid alla typer av störningar samt förbättra kapaciteten för omhändertagande av ett stort antal skadade och sjuka i kris- och krigssituationer.
Säkerställa att samhällsviktig verksamhet kan bedrivas i minst tre månader vid allvarliga störningar i samhällets funktionalitet.	Säkerställa en robust och uthållig försörjningsberedskap samt fastigheter och lokaler som möter både akuta och långsiktiga behov vid fredstida kriser och ytterst krig. Genomföra en fördjupad risk- och sårbarhetsanalys med efterföljande kontinuitetsplanering för att möjliggöra att samhällsviktig verksamhet kan upprätthållas vid störningar.
Utveckla och förstärka arbetet för att motverka välfärdsbrott	SKR definierar välfärdsbrottslighet som: ”När en extern aktör – företag eller privatperson – otillbörligen utnyttjar kommunala medel för egen vinning.” Utifrån ett uppdrag från regionstyrelsen 2023, pågår under 2025 kartläggning och inventering av det arbete som redan görs. Detta arbete utvecklas under 2026.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Minska vår klimatpåverkan.	Bidra till att länet klarar sin koldioxidbudget. Den direkt påverkbara klimatpåverkan från till exempel kollektivtrafik, el och värme till fastigheter, jordbruk, medicinska gaser, tjänsteresor med egna fordon, samt godstransporter ska minska med minst 25 procent mellan 2019 och 2025. Vi ska stimulera våra medarbetare till att välja hållbara resealternativ för arbetspendling och vi ska stimulera patienter att välja hållbara resealternativ till vårdinrättningar.
Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.	Andelen cirkulära materialflöden ska öka, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. Detta bland annat genom att använda återbrukat material vid nybyggnation, öka

Uppdrag	Beskrivning
	materialåtervinningen av vårt avfall, minska användningen av engångsprodukter samt minimera matsvinn.
Utveckla ett hållbart byggande med sund inom- och utomhusmiljö.	Utveckla byggprocessen så att klimatpåverkan tydligare beaktas i tidiga skeden. Trä och andra klimatsmarta konstruktioner ska användas vid nybyggnation. Vid nybyggnation ska övervägas möjlighet att förse byggnaden med solceller och batterianläggning. Nybyggnation ska minst motsvara kriterierna för miljöbyggnad silver.
Utveckla miljökrav och sociala krav inklusive uppföljning i upphandlingar.	För miljökrav ska livscykelperspektivet guida oss i val av produkter. Krav på förnybara drivmedel ska ställas vid upphandling av hyrbilar och transporttjänster med målsättningen om minst 80 % förnybara drivmedel senast 2025. Region Jönköpings län har även antagit Fossilfritt Sveriges transportutmaning med målet att både köpta och utförda transporter ska vara fossilfria år 2030. Region Jönköpings län ska nå målen för svenskproducerat kött, ägg och mejeriprodukter. Inom den sociala dimensionen ställer Region Jönköpings län krav på kollektivavtalsliknande villkor i upphandlingar inom riskbranscher. En god arbetsmiljö och goda arbetsvillkor ska även omfatta personal i upphandlad verksamhet. Region Jönköpings län ställer sig positiv till samverkan med länets kommuner när det gäller gemensamma upphandlingar där det kan skapa klokt resursutnyttjande och bättre service till länsinvånarna.
Främja hälsosamma matvanor med minskad klimatpåverkan.	Uppmärksamma invånare på betydelsen av hälsosamma matvanor för att förebygga vanliga folksjukdomar, samt belysa hur hälsosamma matvanor stämmer överens med hållbara matvanor ur ett miljöperspektiv. Vid inköp av livsmedel ska i första hand väljas livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav och som är ekologiskt producerade, i andra hand livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav, i tredje hand livsmedel som är ekologiskt producerade och i sista hand konventionellt producerade livsmedel. Bland livsmedel som uppfyller svenska livsmedelskrav bör vi prioritera livsmedel producerade i länet.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Köpt energi (kWh/m2)	145 kWh/m2	142 kWh/m2	140 kWh/m2	Tertial
Andel förnybart drivmedel - dieseldrivna tåg	20 %	20 %	19 %	År
Klimatpåverkan från direkt påverkbara utsläpp	-25 %	-22 %	-26 %	År
Klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar (ton koldioxidekvivalenter)	-15 %	6 %	3 %	År
Andel ekologiska livsmedel	65 %	59 %	56 %	Tertial
Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare	0,110 ton koldioxid/ årsarbetare	0,121 ton koldioxid/ årsarbetare	0,115 ton koldioxid/ årsarbetare	År

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg	95 %	84 %	80 %	Tertial

Framgångsfaktorer: Utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU erbjuder

Uppdrag	Beskrivning
Integrera EU-frågor i ordinarie planerings-, lednings- och uppföljningsarbete.	Region Jönköpings län ska se EU-frågor och EU-finansiering som en integrerad del (den fjärde nivån) i Region Jönköping läns arbete.

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer

En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Utveckla verksamhets- och ledarutvecklingsprogram för att inkludera deltagare från länets kommuner.	Erbjuda kompetensutveckling för Region Jönköpings län och kommuner i samverkan, praktisk träning och teoretisk bas.
Region Jönköpings län ska kunna bidra med lärarresurser i Jönköping Universitys tandläkarutbildning.	Säkerställ relevant nivå på ST-tjänstgöring av tandläkare. Stimulera forskning för såväl allmäntandläkare som specialisttandläkare.

Medarbetare

Involvera motiverade medarbetare

En förutsättning för en framgångsrik organisation är motiverade medarbetare som känner sig uppskattade och respekterade. Ledare och medarbetare är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö. Alla ser sin roll i helheten och har ett tydligt mandat att bidra till verksamhetens utveckling

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag	Beskrivning
Strategisk kompetensplanering.	Kompetensplanering är Region Jönköpings läns gemensamma arbetssätt för att ta reda på om de resurser som finns möter invånarnas behov idag och i framtiden. Med utgångspunkt i analysen arbetar chefer och verksamheter på olika nivåer i

Uppdrag	Beskrivning
	organisationen med aktiviteter och åtgärder för att möta kompetensbehovet på lång och kort sikt.
Kompetensutveckling hela arbetslivet.	Att alla medarbetare ges möjlighet till relevant och kontinuerlig kompetensutveckling är centralt för att förbättra och på bästa sätt bedriva verksamhet för de vi är till för. Chefen ska, tillsammans med sina medarbetare, på ett individuellt och metodiskt sätt arbeta med kompetensutveckling utifrån de behov som framkommer i verksamhetens kompetensplan, samt utifrån den enskildes och yrkesgruppernas olika förutsättningar.
Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska, där det är möjligt på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal.	Bra och välfungerande vårdnära servicetjänster är viktiga delar för att verksamheterna ska fungera. Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska, där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt flyttas över till servicepersonal och därmed ge förutsättningar för en effektiv, tillgänglig och säker vård där den samlade kompetensen används på bästa möjliga sätt. Goda exempel från bland annat Region Skåne med en uppgiftsväxling till servicevärdar tas också till vara i arbetet.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Faktiska årsarbetare	10 000	9 650	9 928	Månad
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	5 %	3,4 %	Månad
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	6,4 %	5,3 %	Tertial

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.	De åtta friskfaktorerna är Region Jönköping läns gemensamma arbetssätt för hur vi systematiskt skapar en god arbetsmiljö och hälsa. Friskfaktorerna sammanfattar de förutsättningar som forskning visar behöver finnas på en arbetsplats för att medarbetarna ska må bra, utvecklas, prestera bra och trivas. Arbetet med friskfaktorerna sker på alla nivåer i organisationen: arbetsplats, klinik/område, verksamhetsområde, övergripande nivå. Friskfaktorerna ska bli en integrerad del av det dagliga arbetet för att förbättra arbetsmiljön. Mål och mätetal, som resultat från undersökningar om arbetsmiljön, sjukfrånvaro och personalomsättning, ska följas upp regelbundet. Arbetet ska ses som en långsiktig process där hela organisationen strävar åt samma håll.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel heltidsanställda	91 %	88 %	88 %	Tertial
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	6,1 %	5,8 %	Tertial

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Uppdrag	Beskrivning
Arbeta vidare med chefers förutsättningar för ett hållbart chef- och ledarskap.	Region Jönköpings län behöver chefer med rätt förutsättningar att kunna leda och styra verksamhet och medarbetare på ett ändamålsenligt sätt. För att chefer i organisationen ska kunna leda sina medarbetare med ett nära, tillitsfullt ledarskap, som medför att vara tillgänglig och skapa förutsättningar för medarbetarna i deras uppdrag, kan inte antalet medarbetare per chef vara för stort. Rätt form av stöd ska också finnas tillgängligt i syfte att frigöra tid till chefsuppdraget. Genom att skapa förutsättningar för ett nära och tillitsfullt ledarskap så byggs också en kultur som kommer präglas av jämlikhet, kreativitet, innovation och ständiga förbättringar.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Arbetstillfredsställelse (HME)	80 %	79 %	79 %	År
Andel chefer med färre än 35 medarbetare	100 %	Ny mätmetod	Ny mätmetod	Tertial

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Utveckla en mer hållbar kapitalförvaltning jämfört med jämförbara index.	Vår kapitalförvaltning ska vara hållbar och bidra till minskat fossilberoende. Den befintliga uppföljningsmetoden ska ses över och lämpliga alternativ till uppföljning ska utvärderas.
Genomgång av våra vårdlokaler utanför sjukhusområdena.	I steg ett genomförs en kartläggning och förslag till åtgärder. I nästa steg planeras och genomförs arbetet utifrån föreslagna åtgärder.
~~Att ta fram underlag för eventuell byggnation av ett parkeringshus vid Länssjukhuset Ryhov med syfte att förbättra tillgängligheten för både anställda och besökare.~~	~~Detta inkluderar att genomföra en kalkyl för att bedöma kostnaderna för byggnationen och driftskostnaderna på lång sikt. Målet är att säkerställa att parkeringsanläggningen är hållbar och ekonomiskt rimlig samtidigt som den möter behoven hos personalen och underlättar för besökare.~~
Fortsatt arbete med att integrera lämpliga helägda bolag inom Region Jönköpings läns verksamheter.	Det pågår ett arbete med att se över Region Jönköpings läns helägda bolag i syfte att undersöka vilka delar som är lämpliga att integrera inom regionens verksamheter. Detta innebär en översyn av resurser och verksamheter för att maximera synergierna och förbättra tjänsterna som erbjuds till både invånare och besökare.
En AI-policy tas fram för att sedan ingå som ett styrdokument i Region Jönköpings läns styr- och ledningssystem.	En AI-policy är ett viktigt verktyg för att säkerställa att AI används på ett lagligt, etiskt och effektivt sätt. Den kan främja ansvarsfull användning, stärka arbetsmiljön och skapa trygghet för både erfarna och nya användare.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Klimatpåverkan kapitalförvaltning, ton CO2e/mnkr av portföljens innehavs totala omsättning	3,9	5,6 ton CO2-ekv/mnkr	3,9 ton CO2-ekv/mnkr	År
Ekonomi i balans	0 mnkr	329 mnkr	571 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Regional utveckling

Målet med det regionala utvecklingsarbetet är att Jönköpings län ska bli Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där invånarna trivs, utvecklas och mår bra.



POLITISK SAMMANFATTNING ***(text saknas)***

Det regionala utvecklingsuppdraget
Samtliga regioner i Sverige har ett regionalt utvecklingsansvar. Uppdraget är lagstadgat och innebär att regionerna ska utarbeta en strategi för länets utveckling och samordna insatser för att genomföra strategin. Det handlar om att, tillsammans med aktörer i länet, arbeta för en hållbar regional utveckling utifrån länets specifika förutsättningar. Det regionala utvecklingsuppdraget finns reglerat i förordning och lag. I korthet innebär uppdraget att regionerna ska

- arbeta fram och fastställa en strategi för utvecklingen i länet
- samordna insatser för att genomföra denna strategi
- besluta om hur medel för regionalt utvecklingsarbete ska användas
- följa upp, utvärdera och redovisa resultaten av arbetet till regeringen
- utföra uppgifter inom ramen för EU:s strukturfondsprogram
- upprätta och fastställa länsplaner för transportinfrastruktur.

Uppdragen kan ses som kärnan i det regionala utvecklingsansvaret och det som staten ålägger regionerna att utföra. I egenskap av direktvalt självstyrande organ har regionerna möjlighet att ta egna initiativ utifrån regionala utmaningar och behov. I Region Jönköpings län är det regionala utvecklingsuppdraget organiserat i en avdelning under den regionala utvecklingsdirektören. I avdelningen ingår även Europa Direkt, Företagsjouren, Biblioteksutveckling och Energikontor Norra Småland. I Regional utveckling ingår, förutom avdelningen, verksamheterna Kulturhuset Spira, Sörängens folkhögskola, Värnamo folkhögskola, Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstads naturbrukscentrum. Oberoende av om uppdragen kommer från staten eller om regionen tar egna initiativ är det regionala utvecklingsansvaret kopplat till att samverka och att arbeta tillsammans med kommuner och andra aktörer för att uppnå en hållbar regional utveckling.

Den regionala utvecklingsstrategin
Den regionala utvecklingsstrategin visar vägen till ett hållbart län. Den regionala utvecklingsstrategin är den regionala visionen kring hur länet ska utvecklas. I strategin konkretiseras internationella och nationella strategier samt styrdokument i ett regionalt perspektiv. Strategin utgör grund för beslut gällande utvecklingsinsatser i länet.

Ansvaret för genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin delas av många olika aktörer. Region Jönköpings län har uppdraget att leda och hålla samman arbetet i länet. Det sker i nära samverkan med t.ex. kommuner, näringsliv, civilsamhälle, akademi och övriga utbildningsaktörer, Länsstyrelsen och statens övriga verksamheter i länet. Region Jönköpings län ansvarar också för analys, utvärdering och redovisning. För att nå framgång i det regionala utvecklingsuppdraget sker samverkan också interregionalt, nationellt och internationellt. Exempel på detta är samverkan inom

södra Sverige med Regionsamverkan Sydsverige (RSS) och samverkan inom Småland Blekinge Halland South Sweden (SBHSS) med gemensamt kontor i Bryssel.

Utgångspunkten för den regionala utvecklingsstrategin är Agenda 2030 med de 17 globala målen för hållbar utveckling. Målen är integrerade i strategin och ska vara vägledande för en utveckling i riktning åt ökad ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Under 2025 pågår ett arbete med att revidera den befintliga regionala utvecklingsstrategi för Jönköpings län.

Arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet

Arbetsmarknad och kompetensförsörjning
Förmågan att attrahera och rekrytera samt behålla och utveckla kompetenser är avgörande för att hantera näringslivets och välfärdens utmaningar.

Region Jönköpings län ansvarar för att stärka den regionala kompetensförsörjningen genom att arbeta för en väl fungerande arbetsmarknad, kompetensutveckling och en varaktigt ökad sysselsättning. Underlag för kompetensutveckling ska tas fram genom att kontinuerligt följa och bedöma kommande kompetensbehov och genom att skapa prognoser för arbetsmarknadens kort- och långsiktiga kompetensbehov.

Grunden för det regionala kompetensförsörjningsarbetet är *Plan för regional kompetensförsörjning 2024–2028*. Där betonas vikten av att Region Jönköpings län initierar och driver samverkan för en kompetensförsörjning som matchar efterfrågan och utbud, exempelvis via arenor som Kompetensrådet.

Då det livslånga lärandet spelar stor roll för matchningen på arbetsmarknaden krävs bra strukturer för validering. Det handlar om att tydliggöra befintliga branschvisa valideringsmodeller och att utforma anpassad kompetensutveckling. Det behövs studiemotiverande insatser, valideringsmöjligheter och breda utbildningsinsatser där många olika utförare kan bidra: kommunal vuxenutbildning, yrkeshögskolor, högskolor och folkbildningsorganisationer.

Naturbruksutbildning
Region Jönköpings län är huvudman för samt äger och driver Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstad naturbrukscentrum. Tenhults naturbruksgymnasium har ekologisk profil med gymnasieutbildningar inom häst, djurvård, lantbruk och trädgård. Stora Segerstads naturbrukscentrum erbjuder gymnasieutbildningar inom lantbruk, skog, maskinmekanik och hund. Båda skolorna har elevhem samt anpassad gymnasieskola och utbildningar för vuxna. Finansieringen av gymnasieutbildningen regleras genom ett samverkansavtal med alla länets kommuner, medan utbildningsplatserna inom vuxen- och uppdragsutbildningarna faktureras.

Naturbruksskolorna är viktiga för länets kompetensförsörjning, för de gröna näringarnas utveckling, samhällets robusthet och länets försörjningsgrad av livsmedel. Skolorna ska vara ledande inom sina områden och det ska ske ett kontinuerligt utvecklingsarbete i syfte att bidra till de gröna näringarnas utveckling. Långsiktigt är ambitionen att utveckla skolorna till reella kompetenscentrum för de gröna näringarna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv.

Naturbruksskolornas lokaler ska vara moderna och dimensionerade efter lagkrav som finns och undervisningen som bedrivs.

Folkbildning
Den fria folkbildningen i Jönköpings län har en stark tradition. Den erbjuder en annan chans, minskar utslagningen i samhället och stärker demokratin. Trots folkbildningens betydelse hotas dess verksamhet av hårda nedskärningar. Folkbildning är en investering i framtiden, i en mer jämlik, demokratisk och hållbar värld. Region Jönköpings län är huvudman för och driver två folkhögskolor: Sörängens folkhögskola (Nässjö) och Värnamo folkhögskola. Styrelse för dessa skolor är nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA). Utöver allmän kurs har Sörängens folkhögskola en kulturprofil med kurser inom bland annat skrivande, animation och fotografi. Värnamo folkhögskola har en hälsoprofil och erbjuder även en kurs för personer med funktionsvariation samt flera yrkesutbildningar.

Tillsammans med länets sju rörelsedrivna folkhögskolor är dessa två folkhögskolor en viktig resurs för länets kompetensförsörjning. Folkhögskolan som utbildningsform riktar sig till vuxna och spelar stor roll för utbildning av personer med kort eller ofullständig utbildningsbakgrund. Stort fokus läggs vid att möta varje individs unika erfarenheter, behov och förutsättningar. Pedagogiken betonar aktivt deltagande, samtal och gemensamt lärande i grupp och inkluderar deltagarna i diskussioner om samhälls- och demokratiutveckling. Folkhögskolorna är också en viktig kulturbärare och försörjer kulturlivet med viktig arbetskraft och är ofta nödvändig för att högskolor och universitet ska kunna rekrytera till sina högre utbildningar. Dessutom är den kreativitet som folkhögskolan skapar hos deltagaren viktig oavsett vilket arbete man sedan har i framtiden.

Studieförbunden är också en plats för folkbildning; en möjlighet att tillsammans med andra öka sin kunskap för personlig utveckling och delaktighet i samhället. De bidrar till att stärka demokratin genom att erbjuda inkluderande gemenskap, stödja människors handlingskraft, bidra till ett rikare kulturliv och lyhört möta utbildnings- och folkbildningsbehov i samhället.

Det statliga anslaget till folkhögskolor och studieförbund har kraftigt minskat. Det finns en uppenbar risk att dessa verksamheter får stå tillbaka. Region Jönköpings län ska fortsatt bidra till en positiv utveckling av länets folkbildning.

Näringsliv
En internationellt konkurrenskraftig tillverkningsindustri har i generationer utgjort basen i länets näringsliv och bidragit till tillväxt och trygga arbetstillfällen. Sådan industri är fortsatt viktig, men det krävs också en breddning av näringslivsstrukturen för att möta framtida utmaningar.

Jönköpings län behöver fler högteknologiska tillverkningsföretag och fler kunskapsintensiva tjänsteföretag, mer diversifiering och mångfald. Nyföretagandet måste stärkas och normen kring vem som är och kan bli företagare behöver vidgas. Det gör att fler kan bidra till ett företagsamt län, som tar tillvara potentialen för omställning och innovationskraft. För att starta en positiv utveckling ska fokus ligga på de grupper som idag är underrepresenterade som nyföretagare, det vill säga unga, kvinnor och utrikesfödda. För att nå dessa målgrupper ska alla gymnasieelever ges möjlighet att driva UF-företag genom Ung Företagsamhet på gymnasiet och Nyföretagarcentrum som är den aktör som i allra största grad når dessa målgrupper med sin rådgivning ska stärkas och beredas möjlighet att verka i hela länet.

Näringslivet i Jönköpings län ska kännetecknas av grön omställning och hållbar tillväxt. Den gröna omställningen ska i högre grad löna sig för de företag som väljer att fasa ut fossilt. Det finns en stor potential för industriföretagen i Jönköpings län att främja ett lokalproducerat energislag. Biogas är en möjliggörare för de industrier och viktigt ur ett energiberedskaps perspektiv. Länets tillverkande industri kan bli självförsörjande på förnybara energigaser om länets potential för biogasproduktion realiseras. Den nuvarande produktionen av biogas är dock inte tillräcklig. Biogasproduktionen behöver stimuleras för att täcka det framtida behovet av biogas.

För att bidra till ett växande och innovativt näringsliv har Region Jönköpings län tagit fram en strategi för smart specialisering (S3). Begreppet Smart specialisering är en komponent i EU:s tioåriga strategi för tillväxt och sysselsättning och innebär att regionerna söker global konkurrenskraft genom att identifiera områden där de har fördelar gentemot andra regioner.

För Jönköpings län finns fem prioriterade styrkeområden:

- Smart industri/kunskapsintensiva tillverkningsföretag
- E-handel och logistik
- Skogsnäring och träförädling
- Besöksnäring
- Livsmedel och livsmedelsförädling.

Utöver dessa fem områden pekar strategin för smart specialisering ut tjänstedesign som en gemensam faktor och möjlighet för utveckling och innovation. Strategin förväntas ha stor betydelse för kommande års satsningar och interregional samverkan ökar potential att nå framgång. Inom Småland och Öarna pågår utveckling av en plattform för smart specialisering och liknande initiativ har tagits inom ramen för Småland Blekinge Halland South Sweden med gemensamt kontor i Bryssel.

Flera olika insatser behövs för att stärka näringslivets gröna omställning, hållbara tillväxt och ökade konkurrenskraft. En angelägen uppgift är att utveckla samverkan mellan akademi och länets företag. Jönköping University utgör en plattform och viktig motor för ökad kompetens samt forsknings- och innovationskapacitet. Framväxande kluster och innovationsmiljöer bidrar till en långsiktigt hållbar tillväxt av näringslivet i hela länet. Ett angeläget uppdrag är att, genom att utgå från befintliga plattformar, skapa beredskap och förutsättningar inför kommande programperiod inom EU.

Aktiv kartläggning och utnyttjande av EU:s fonder och program ska stärka regionens utveckling. Genom strategisk samverkan och ökad kompetens inom EU-finansiering främjas innovation, hållbarhet och internationellt samarbete. Detta säkerställer en konkurrenskraftig region som drar nytta av EU:s möjligheter.

Region Jönköpings län driver en företagsjour för att stötta företag som hamnat i svårigheter. Jourens rådgivare stöttar små och medelstora företag inom alla branscher. Länets företagsfrämjande system främjar också nyföretagande, affärsutveckling och innovationsprocesser genom olika former av samverkan, kunskapshöjande insatser och riktade projektsatsningar. Länets små och medelstora företag, inte minst på landsbygderna, är ryggraden i både sysselsättning och samhällsutveckling. Region Jönköpings län bör underlätta för företagande genom att verka för enkel tillgång till kompetens, kapital och rådgivning i hela länet. Det är viktigt att Almi Företagspartner behåller sin regionala förankring även efter verkställd omorganisation. På så sätt bidrar Region Jönköpings län till näringslivets omställning och stärkta konkurrenskraft.

Förutsättningarna för företagande ska vara goda i hela länet, både i tätorter och på landsbygder. Därför behövs fortsatt satsning på fiber, transportlösningar och innovationsstöd även utanför stadskärnorna.

Attraktivitet och livsmiljö
Besöksnäringen utgör en viktig del av länets näringsliv. Den stärker länets attraktivitet och bidrar till att människor vill besöka, starta företag och bosätta sig i länet, samtidigt som den skapar sysselsättning åt tillexempelvis unga och utrikesfödda. Dagens besöksnäring är mycket mer än traditionell turism och skapar förutsättningar för lokal och regional utveckling, investeringar, service, bevarande och utveckling av unika natur- och kulturmiljöer.

Region Jönköpings län och Smålands Turism har, i nära samverkan med länets kommuner och aktörer från besöksnäringen, tagit fram en besöksnäringsstrategi för åren 2023–2030. I denna har fyra tematiska områden identifierats som centrala när det gäller produkt- och platsutveckling för till att skapa fler besöksanledningar: natur, måltid, kultur och evenemang.

Region Jönköpings län avser att stötta projekt inom platsutveckling för att stärka såväl specifika orters attraktionskraft som länets övergripande varumärke. Förmågan att attrahera, behålla och utveckla kompetenser, företag och kapital är avgörande för att utveckla en attraktiv och konkurrenskraftig region, som främjar samverkan och ser möjligheter i förändringar. Ytterst är det människorna som bidrar med kompetens, driver företag, gör investeringar och som därigenom utvecklar våra samhällen.

Människor som bidrar till lokal utveckling attraheras av en öppen, inkluderande, jämställd och barnvänlig livsmiljö, som gör det möjligt att kombinera jobb med ett bra boende och samtidigt ha tillgång till ett varierat kulturutbud, fritidsaktiviteter, naturupplevelser, utbildningsmöjligheter samt kommersiell och samhällelig service.

Civilsamhällets aktörer är en viktig resurs för länets utveckling. Genom dialog och samverkan skapas ett bra utgångsläge för att planera långsiktigt, genomföra förändringar och möta utmaningar. Ett resultat av detta är ett årligt forum som skapat och stärkt banden med och mellan länets studieförbund.

Utveckling av digital infrastruktur och digitala tjänster är ett utpekat område i Region Jönköpings läns digitaliseringsstrategi. Den digitala utvecklingen kan skapa möjligheter som överbryggar geografiska avstånd och tjänar människor, verksamheter och organisationer runt om i länet. Detta stärker förutsättningar för att kunna leva, bo och arbeta i hela Jönköpings län i livets olika skeden.

Jönköpings läns landsbygdsmiljöer har resurser som är viktiga för utveckling och försörjning av hela länet. Landsbygdsutveckling handlar om flera olika sakområden som kopplar till regional utveckling. Det kan vara såväl fiberutbyggnad, infrastruktur och kollektivtrafik som utveckling av gröna näringar

och platsutveckling med bäring på besöksnäringen. En viktig del för likvärdiga möjligheter handlar om tillgänglighet till kommersiell service. Region Jönköpings län regionala serviceprogram syftar till att säkerställa landsbygdernas tillgänglighet till kommersiell service fram till 2030. Genom öronmärkta statliga 1:1-medel hanterar och fördelar Region Jönköpings län sådant stöd.

Kultur
Kulturen ska vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft med yttrandefriheten som grund. Alla ska ha möjlighet att delta i kulturlivet som ska ha en regional spridning. Kreativitet, mångfald och konstnärlig kvalitet ska prägla samhällets utveckling. Ett rikt kulturliv och en levande kulturmiljö medverkar till ett områdes attraktivitet, stärker besöksnäringen och skapar arbetstillfällen. Kultur är därmed en betydelsefull faktor för tillväxt och utveckling i länet och har en given plats i arbetet med att göra länet mera attraktivt för både besökande och boende.

Region Jönköpings län utvecklar kulturen i enlighet med den regionala kulturplanen och biblioteksplanen för Jönköpings län. Detta sker inom områdena arkiv, film, teater, musik, litteratur, dans, hemslöjd, bild och form, samtida cirkus, kulturarv och kulturmiljö, spelkultur, samt genom stöd för folkbibliotekens samarbeten och utveckling. Region Jönköpings län är huvudman för Kulturhuset Spira. Tillsammans med Jönköpings kommun och Hembygdsförbundet är Region Jönköpings län stiftare av Jönköpings läns museum och tillsammans med Värnamo kommun och Region Kronoberg stiftare av Smålands konstarkiv. Dessutom stödjer Region Jönköpings län verksamhet som främjar bildning, kulturell mångfald och konstnärligt skapande genom stöd till föreningar och organisationer samt genom ekonomiskt stöd till kulturaktiviteter.

Alla barn har rätt till kultur och ska ha likvärdiga möjligheter att utveckla sina intressen och talanger. Barn och unga har kunskaper, erfarenheter och perspektiv som inte vuxna har och ska därför ses och behandlas med respekt och som en resurs. Med stöd i FN:s barnkonvention ska barns och ungas skapande uppmuntras inom samtliga kulturformer. Barn och unga ska ges möjlighet att möta professionella kulturskapare som återspeglar hela befolkningen, samt själva prova på olika kreativa uttryck.

Regional kulturplan och kultursamverkansmodellen
Den regionala kulturplanen är ett styrdokument för det kulturpolitiska området på regional nivå och omfattar hela det regionala kulturansvaret, inklusive fördelning av statliga och regionala bidrag till regional kultur. Kulturplanen är ett verktyg för dialogen med staten avseende fördelning av statliga medel, samt en beskrivning om hur Region Jönköpings län vill att kulturområdet ska utvecklas.

Region Jönköpings län ingår i samverkansmodellen för statens stöd till regional kulturverksamhet, den så kallade kultursamverkansmodellen. Målet med modellen är att öka utrymmet för regionala prioriteringar och variationer. Detta innebär att Region Jönköpings län ansvarar för fördelningen av statsbidraget till regional kulturverksamhet.

Samtliga verksamheter inom kultursamverkansmodellen har uppföljningsbara uppdragsbeskrivningar.

De regionala kulturverksamheter som helt eller delvis finansieras med statliga medel via kultursamverkansmodellen är

- Sektionen för kulturutveckling, Region Jönköpings län
- Kulturhuset Spira, Region Jönköpings län
- Arkiv Jönköpings län
- Jönköpings läns museum
- Riksteatern Jönköpings län
- Vandalorum, museum för konst och design
- ShareMusic & Performing Arts.

Sektionen för kulturutveckling och Kulturhuset Spira styrs av de regionala styrdokument som finns, exempelvis budget med verksamhetsplan. Dessutom ska dessa verksamheter långsiktigt planera och agera enligt de nationella och regionala kulturpolitiska målen, kulturplanens prioriteringar samt den regionala utvecklingsstrategin. Bland annat innebär det att exempelvis Kulturhuset Spira ska erbjuda ett varierat utbud av musik, teater och dans för barn, ungdomar och vuxna samt bidra till ett bra liv i en

attraktiv region genom att i första hand med egna ensembler producera professionell scenkonst.

Biblioteksutveckling
Biblioteksutveckling arbetar på strategisk nivå för att länets invånare ska erbjudas en relevant och jämlik biblioteksverksamhet av hög kvalitet. Utgångspunkten för verksamheten är folkbibliotekens behov och lokala förutsättningar samt bibliotekslagen, Biblioteksplan Region Jönköpings län och Regional kulturplan 2026-2029 Jönköpings län, som verkar tillsammans med den regionala utvecklingsstrategin för att nå gemensamma målsättningar och andra styrdokument.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Sökande per utbildningsplats (folkhögskolan)	1,5	2,1	2,5	År
Andel antagna i förhållande till antal elever som slutar årskurs 9 i länet (naturbruksskolorna)	5 %	3,1 %	3,3 %	År
NYTT 2026 Fyllnadsgrad platsorganisation för naturbruksprogrammet avseende gymnasieskola och anpassad gymnasieskola.	100 %	Nytt från 2026	Nytt från 2026	År

Framgångsfaktorer: Vitalt och tillgängligt kulturliv

Uppdrag	Beskrivning
Kulturhuset Spira ska producera scenkonst, främja barn och ungas möte med scenkonst och bedriva utvecklingsarbete och fördjupning.	I kultursamverkansmodellen framgår att Kulturhuset Spira ska producera scenkonst som är tillgänglig för invånarna i Jönköpings län och som spelas i Jönköping på Kulturhuset Spira, på turné och spelas för barn och unga i skolan. Kulturhuset Spira ska vidare främja barns och ungas möte med scenkonsten och bedriva utvecklingsarbete och fördjupning inom verksamhetens alla avdelningar.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Publik Kulturhuset Spira	85 000	81 828	89 725	Tertial
Publik vid föreställningar för barn och ungdom	25 000	19 708	16 746	Tertial
Publik länet (exklusive publik i huset Kulturhuset Spira).	30 000	13 940	20 730	Tertial

Kulturhuset Spira

Verksamhetsstatistik	2023	2024
Publik Kulturhuset Spira	81 828	89 725
varav i huset Kulturhuset Spira	67 139	67 421
varav Jönköpings kommun, exklusive i huset Kulturhuset Spira	3 100	4 385
varav övriga kommuner i länet	10 840	16 345
varav turné utanför länet	749	1 574
Varav publik vid föreställningar för barn och ungdom Kulturhuset Spira	19 708	16 746
varav i huset Kulturhuset Spira	16 054	10 938
varav Jönköpings kommun, exklusive i huset Kulturhuset Spira	676	909
varav övriga kommuner i länet	2 650	4 477
varav turné utanför länet	328	422

Framgångsfaktorer: Utbildningsinnehåll anpassat till elevens behov

Uppdrag	Beskrivning
Andel elever som når gymnasieexamen från naturbruksprogrammet ska öka.	Kraven för att nå en gymnasieexamen är minst 2250 godkända gymnasiepoäng samt: • Godkända betyg i kurserna Svenska 1 eller Svenska som andraspråk 1 • Godkänt betyg i Engelska 5 • Godkänt betyg i Matematik 1 • Godkänt Gymnasiearbete 100 p • Minst 400 poäng godkända i de programgemensamma ämnena
Deltagarna inom folkhögskolan ska slutföra sina kurser.	Målet är att deltagarna ska slutföra påbörjade kurser.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel elever som når en gymnasieexamen inom 3 år.	100 %	49 %	74 %	År
Andel deltagare som slutför utbildning på allmän kurs på våra två folkhögskolor.	100 %	Nytt från 2025	Nytt från 2025	År
Andel elever som nått målen för gymnasieexamen.	100 %	78 %	92 %	År

Naturbruksskolorna

Verksamhetsstatistik	2023	2024
Andel som har fått jobb efter avslutad gymnasieutbildning	Nytt från 2024	64 %
Andel avbrott från naturbruksprogrammet	Nytt från 2025	Nytt från 2025

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Bidra till ökad kapacitet i den digitala omställningen bland små och medelstora företag.	Det finns ett stort behov hos små och medelstora företag att öka sin förmåga att bidra till och dra nytta av digital omställning. I Kompetensbarometern, som visar arbetsgivares kompetensbehov, lyfter samtliga branscher en avsaknad av kompetens inom digitalisering och AI.

Framgångsfaktorer: Samverkan med andra aktörer

Uppdrag	Beskrivning
Utveckla arbetet med att initiera och främja samtal om yttrandefrihet, mångfald, demokrati och mänskliga rättigheter samt väcka uppmärksamhet för frågorna.	Skapa och genomföra forum där samtal förs kring yttrandefrihet, mångfald, demokrati och mänskliga rättigheter.
Stärka och utveckla samt tydliggöra formerna för samverkan med civilsamhället.	En produktiv dialog och samverkan ger länets civilsamhällesaktörer ett bra utgångsläge att planera långsiktigt, genomföra förändringar och möta utmaningar, vilket är en viktig förutsättning för länets utveckling. För att nå fram till en samverkansmodell med civilsamhället sker kontinuerlig dialog med civilsamhällets aktörer.

Strategiska mål: Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Framgångsfaktorer: Innovationsstödjande arbete

Uppdrag	Beskrivning
Etablera effektiva strukturer för validering för att öka möjligheten att tillvarata alla länsinvånares potential och kompetens.	De valideringsmodeller som finns på plats, t.ex. branschvis, tydliggörs och kopplas samman med valideringsmöjligheter och kompetensutveckling inom t.ex. vuxenutbildning, folkbildning, yrkeshögskolor och högskoleutbildningar. Matchning på arbetsmarknaden förbättras och livslångt lärande möjliggörs. På sikt utjämnas utbildningsklyftor och utbildningsnivån i hela länet ökar.
Årligen tillhandahålla bedömningar av länets kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt som underlag för kompetensförsörjningsinsatser. Utifrån detta tas en framtidsspaning fram en gång per mandatperiod.	Kompetensbehoven tydliggörs i Kompetensbarometern där översikt länsvis, delregionalt och kommunalt möjliggörs. Underlaget kan användas av arbetsgivare och kan utgöra underlag för dimensionering och genomförande av utbildningar. Det ökar förutsättningarna för lärosätens möjligheter att stärka det regionala kompetensförsörjningsarbetet och bidrar till att utbildningar på olika nivåer som är anpassade efter arbetsmarknadens behov erbjuds.

Uppdrag	Beskrivning
Skapa förutsättningar för ökad omställningsförmåga och försörjningsförmåga.	Förmågan till omställning i näringslivet, vilken är avgörande för en stark konkurrenskraft, kan öka genom olika företagsfrämjande insatser, inte minst genom forskning och utveckling samt interaktion mellan näringsliv och akademi. Länets omställningskapacitet kan öka genom ett mer diversifierat näringsliv med fler högteknologiska tillverkningsföretag och fler kunskapsintensiva tjänsteföretag. Omställningsförmågan kan fungera som ett led i stärkt beredskap utifrån omvärldshändelser, vars påverkan på länet blir alltmer oförutsägbara.
Skapa förutsättningar i länet för att attrahera företagsetableringar och finansiella investeringar samt verka för att företag stannar kvar i länet.	För området krävs samverkan över kommunala och regionala gränser. Ett samordnat och enat län som samverkar i en större geografi ökar förutsättningarna för att dra nytta av och bidra i arbetet med den nationella strategin för utrikeshandel, investeringar och global konkurrenskraft. I arbetet är medlemskapet i Business Sweden centralt liksom det kontinuerliga arbetet med det företagsfrämjande systemet samt samverkan mellan länets kommuner.
Arbeta med de styrkeområden som fastställs i den smarta specialiseringsstrategin och inom dessa skapa förutsättningar för specialisering inom respektive område och utifrån det bygga kapacitet för europeisk samverkan.	För respektive styrkeområde och mellan styrkeområden krävs samordning, företagsfrämjande insatser, interaktion med forskning och ett kompetensförsörjningsperspektiv. Detta ökar förmågan att från styrkeområden utveckla specialisering. En större geografi med ett totalt sett starkare näringsliv har konstaterats som en framgång. Med denna utgångspunkt bedrivs arbetet genom interregional samverkan i Småland och Öarna. För att bidra till och dra nytta av den europeiska arenan används Småland Blekinge Halland South Sweden med kontor i Bryssel.
Skapa förutsättningar för att utveckla naturbruksskolorna till kompetenscentrum för de gröna näringarna.	För detta behöver tillämpad forskning, försöksverksamheter, öppna testbäddar och kompetensutveckling utvecklas på skolorna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv. Resurser behövs för investeringar, projektledning och kompetensutveckling. Stark konkurrenskraft och innovation inom gröna näringar stärker länets förmåga att möta omvärldshändelser som hastigt kan förändra behovet av alltmer egenproducerade livsmedel.
Tillsammans med länets kommuner arbeta med en hållbar och inkluderande platsutveckling utifrån länets specifika förutsättningar.	Genom fokus på platsutveckling skapas attraktivitet för boende, besökare, företag och investeringar. Platsutvecklingsbegreppet öppnar upp för att t.ex. kulturutveckling, näringslivsutveckling, landsbygdsutveckling och besöksnäringsutveckling gemensamt stärker och utvecklar länet. Genom platsutveckling finns möjligheter att stärka demokrati och att möta samhällsutmaningar på ett inkluderande sätt.
Arbeta med landsbygdsutveckling för att ta tillvara hela länets utvecklingskraft och sysselsättningsmöjligheter och för att skapa likvärdiga möjligheter för länets invånare.	Centralt för en stark landsbygdsutveckling är samverkan och att initiera utvecklingsinsatser utifrån platsens förutsättningar och utmaningar. Ett konkret verktyg är möjligheten att ge stöd åt kommersiell service, vilket är både ett näringslivsfrämjande stöd och ett stöd som möjliggör tillgång till service för länets invånare.
Stärka alla barns och ungas möjlighet att ta del av och skapa kultur i Jönköpings län oberoende av socioekonomiska och geografiska förutsättningar.	Kultur till och för barn och unga är prioriterat. Alla barn har, enligt lag, en demokratisk rätt till kultur och ska ha likvärdiga möjligheter att utvecklas. Utifrån ett tillgänglighetsperspektiv är det viktigt att det finns en mångfald av kultur för en mångfald av barn och unga. Kulturrätten är en satsning som ska arbeta med dessa frågor.
Stärka den kulturella infrastrukturen.	Region Jönköpings län ska bidra till att utveckla fler kulturella mötesplatser, främja kulturskapares villkor, främja arrangörskap och publikutveckling i hela länet samt utveckla kommunernas

Uppdrag	Beskrivning
	kapacitet att ta emot professionell kultur som kan spridas utanför den egna kommunen.
Arbeta för en jämnare könsfördelning inom utbildning och på arbetsmarknaden i linje med mål i länets jämställdhetsstrategi.	I länets jämställdhetsstrategi, framtagen av länsstyrelsen, beskrivs att arbete behöver ske för att uppmuntra icke-traditionella karriärsval och motverka en könssegregerad arbetsmarknad. Vidare beskrivs att jämställdhetsperspektivet behöver stärkas i arbetet med utbildning, kompetensförsörjning och arbetsvillkor i länet. Alla gymnasieelever får chansen att driva UF-företag genom Ung Företagsamhet. Nyföretagarcentrums erbjudande sprids till hela länet.
Tydlig, tidsatt uppföljning av de projekt som erhållit bidrag under denna mandatperiod och som kommer att erhålla bidrag inom regional utveckling.	Utveckla uppföljningen och synliggöra effekterna av finansiering till insatser kopplade till den regionala utvecklingsstrategin.
Utveckla kommunikationsinsatserna kopplat till bidrag och finansiering för att tillgängliggöra det regionala utvecklingskapitalet.	Tydliggöra och kommunicera vilka medel som finns att söka och kriterier för dessa.
Upprätta en plan och avsätta medel för att säkra fortsatt projektverksamhet vid minskade EU-stöd	Region Jönköpings län ska ta fram en plan och avsätta medel för att upprätthålla stödet till regionala utvecklingsprojekt under en övergångsperiod med minskat stöd från EU:s strukturfonder. Syftet är att undvika avbrott i viktiga satsningar inom näringsliv, landsbygder, hållbarhet, innovation och kompetensförsörjning och säkra fortsatt kapacitet hos aktörer i hela länet.
Stärka stödet till företagsfrämjande aktörer med särskilt fokus på unga, kvinnor och utrikesfödda	Regionen ska långsiktigt stödja aktörer som Ung Företagsamhet, Nyföretagarcentrum, Coompanion och andra som bidrar till att fler invånare i länet ges möjlighet att starta och driva företag. Särskilt fokus ska riktas mot unga, kvinnor och utrikesfödda, för att främja ett inkluderande entreprenörskap som stärker både tillväxt och integration.

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer

En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Upprätthålla den pedagogiska kompetensen.	Målet är att samtliga tillsvidareanställda lärare inom gymnasiegemensamma ämnen ska ha lärarlegitimation.

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel behöriga lärare	100 %	94 %	100 %	År

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde 2026	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	11,2 mnkr	9,8 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Trafik, infrastruktur och miljö

Trafik/kollektivtrafik

Kollektivtrafikmyndighet

Region Jönköpings läns uppgifter som kollektivtrafikmyndighet regleras i Kollektivtrafiklagen (SFS 2010:1065). Lagen innebär bland annat att kollektivtrafikföretag fritt och inom alla geografiska marknadssegment får etablera kommersiell trafik. En kollektivtrafikmyndighet ska ta fram ett regionalt trafikförsörjningsprogram som beskriver den trafik som kan bli föremål för offentlig finansiering.

Trafikförsörjningsprogram

Det regionala trafikförsörjningsprogrammet ska beskriva mål och inriktning för all regional kollektivtrafik, det vill säga kollektivtrafik inom länet samt den kollektivtrafik över länsgräns som till störst del består av vardagsresande. Detta eftersom dagens regioner inte alltid slutar vid länsgränsen utan kan bestå av större arbetsmarknadsregioner där människor dagligen pendlar över länsgränser.

Det regionala trafikförsörjningsprogrammet för länet omfattar tiden fram till 2035. Programmet bygger på de samråd med kommuner, kollektivtrafikföretag och organisationer som har genomförts i länet samt även på de samråd som har ägt rum med angränsande läns regionala kollektivtrafikmyndigheter, myndigheter, organisationer, kollektivtrafikföretag och näringsliv. Det regionala trafikförsörjningsprogrammets långsiktiga målsättningar är utgångspunkt för de årliga målen i budget. Trafikförsörjningsprogrammet revideras under 2025.

Länstrafiken

Utdrag ur Jönköpings Länstrafiks varumärkesplattform:

"Jönköpings Länstrafik – en pålitlig partner i vardagen

Jönköpings Länstrafik är en viktig del av länets utveckling – vi binder samman människor och platser, skapar tillgänglighet och bidrar till ett mer hållbart samhälle.

Vår mission är tydlig:
"Vi ska leverera pålitliga resealternativ för alla behov, göra det enkelt att resa smart tillsammans och använda kollektivtrafiken för att utveckla vårt län."

Det innebär att vi erbjuder kollektivtrafik som gör skillnad i människors vardag – för arbetspendlaren, studenten, barnfamiljen och alla andra som reser med oss.

Våra kärnvärden genomsyrar allt vi gör:

- Pålitliga – Vi skapar trygghet genom att hålla vad vi lovar.
- Inkluderande – Vi välkomnar alla och är lyhörda för våra resenärers behov.
- Enkla – Vi gör det lätt att resa och att förstå vår information.
- Prisvärda – Ekonomiskt tillgängliga och god service för pengarna
- Nytänkande – Vi utvecklar smarta lösningar för framtidens resande.

Vi är en del av människors vardag och ska vara **ett alternativ som passar dem**. Ibland är vi förstahandsvalet, ibland kompletterar vi andra sätt att resa – men vi ska alltid vara ett pålitligt och smidigt alternativ.

Genom att ständigt förbättra oss och utveckla kollektivtrafiken bidrar vi till en levande och attraktiv region där fler kan resa hållbart och enkelt."

Uppdrag

Länstrafikens uppdrag är att inom Jönköpings län och angränsande områden bedriva och utveckla kollektivtrafik. Uppdraget utgår från Region Jönköpings läns vision *För ett bra liv i en attraktiv region*, och ett bra liv förutsätter bland annat goda möjligheter att resa i det dagliga livet. Det innebär att Länstrafiken med ett så bra trafikutbud som möjligt ska erbjuda människor i Jönköpings län en prisvärd, enkel och trygg resa till sitt arbete, sina studier, service och fritidsaktiviteter. Tillsammans bidrar kollektivtrafiken till en förstorad arbetsmarknadsregion, minskade konsumtionsbaserade klimatutsläpp, ett hållbart samhälle och en bättre vardag inom de ekonomiska ramar som Länstrafiken har. För serviceresor är uppdraget också att möjliggöra vardagen för de som inte kan resa på något annat sätt.

Länets kollektivtrafik utgörs av allmän kollektivtrafik med tågtrafik, regionbussar och stadstrafik. Serviceresor består av färdtjänst, sjukresor och närtrafik, där närtrafiken utgör ett komplement till den allmänna kollektivtrafiken. All trafik som körs för Länstrafikens räkning utförs av upphandlade trafikföretag. För att trafikutbudet i den allmänna kollektivtrafiken och inom serviceresor ska vara långsiktigt stabilt, förutsägbart och pålitligt behöver den anropsstyrda trafiken utvecklas med linjelagd anropsstyrd trafik och en samordning ske mellan skolskjutsar och kollektivtrafiken.

Länets invånare väljer i många fall att pendla till arbete och studier på annan ort inom eller utanför länets gränser. Kollektivtrafiken i Jönköpings län ska därför kunna erbjuda länets invånare goda kommunikationer till och från orter inom regionen, men också till angränsande regioner.

Kollektivtrafiken ska utvecklas utifrån tre perspektiv: resenärens, trafikeringens och samhällets. Att utveckla länstrafiken i alla dessa perspektiv för att ha god beredskap i händelse av kris eller krig är en viktig del av totalförsvaret och civilsamhällets motståndskraft.

Kollektivtrafiken är ett strategiskt verktyg för att utveckla länet enligt de visioner och ambitioner som fastslagits. Kollektivtrafiken är också ett verktyg för att skapa hållbar utveckling i hela länet och ett rundare län.

Den allmänna kollektivtrafiken
Den allmänna kollektivtrafik som bedrivs av Länstrafiken ska tillgodose invånarnas behov av transporter. Trafiken bedrivs både inom länet och över länsgränserna. Region Jönköpings läns regionfullmäktige beslutar – oftast en gång per år – om den allmänna kollektivtrafikens biljettpriser och åldersgränser.

För att göra biljettprissättningen mer rättvis ska Länstrafiken införa personliga biljettzoner i kollektivtrafiken. Det innebär att resenärer själva ska kunna skapa sina biljettzoner utifrån bostad och resmål, med hjälp av digital teknik. Syftet är att anpassa kostnaden till individens faktiska resmönster. Förslaget kan bidra till ökad kollektivtrafikanvändning, särskilt på landsbygderna.

Enligt fastställt regionalt trafikförsörjningsprogram 2021–2035 för Jönköpings län bedöms den årliga driftkostnadsökningen för kollektivtrafiken vara i snitt 35 miljoner kronor per år fram till och med 2035 för att uppnå målsättningarna i programmet.

I den årliga driftkostnadsökningen finns sedan tidigare beslutade satsningar som anskaffning av nya

Krösatåg och hyra för ny tågdepå samt utveckling av trafiken. Från 2025 och framåt kommer därför de medel som tillförs enligt fastställt regionalt trafikförsörjningsprogram gå till dessa satsningar till dess de är helt genomförda. Trafikförsörjningsprogrammet revideras under 2025.

Förväntade kostnadsökningar 2026 och framåt innebär att en genomsnittlig uppräkning av biljettpriserna görs enligt index.

Serviceresor
I serviceresor ingår färdtjänst, sjukresor och närtrafik, det vill säga resor som möjliggör människors vardag i lägen när de oftast inte kan resa på något annat sätt. Färdtjänst och sjukresor styrs av rättighetslagar och verksamheten bedrivs alltså inte på kommersiella grunder, men egenavgifter för sjukresor upp till högkostnadsskyddet tas ut av kunderna.

För att kunna beställa en serviceresa krävs alltid ett tillstånd. Den enskilda personen får alltså inte själv avgöra om en serviceresa är det rätta sättet att resa.

Serviceresorna utförs av upphandlade trafikföretag i form av bussbolag och taxibolag. Vissa av fordonen är specialanpassade för serviceresor. Andra fordon körs även i kommersiell taxitrafik.

Region Jönköpings läns regionfullmäktige beslutar – oftast en gång per år – om egenavgifter för serviceresor. För 2026 föreslås en höjning av egenavgiften för sjukresor från 145 till 150 kr.

Beredskap för kollektivtrafiken
Kollektivtrafiken är en samhällsviktig funktion och har också en central roll i det civila försvaret. För att säkerställa att kollektivtrafiken kan fortsätta att fungera även vid fredstida kriser och ytterst krig, krävs en ökad robusthet och beredskap. Om kollektivtrafiken inte fungerar får det omfattande och allvarliga konsekvenser för samhället. Vid storskalig evakuering och ett ökat behov av sjuktransporter under kriser kan det bli nödvändigt att omdirigera kollektivtrafikens fordon för att möta dessa behov och säkerställa samhällets funktionalitet.

INFRASTRUKTUR

Transportinfrastruktur
En god tillgänglighet är en förutsättning för att alla länsinvånares potential ska komma till sin rätt. Transportinfrastruktur är ett viktigt verktyg för tillgänglighet. Det ska vara enkelt för människor att arbetspendla, resa och turista samt för gods att transporteras. Infrastrukturen i länet behöver utvecklas för att målen i den regionala utvecklingsstrategin ska nås.

För att öka kapaciteten och minska trängseln på järnväg för såväl person- som godstransporter behöver Sverige och Jönköpings län bygga nya järnvägar i ett sammanhållet system. Det är en av de viktigaste samhällsbyggnadsfrågorna för Sverige i modern tid. Region Jönköpings län arbetar tillsammans med Region Östergötland för en fortsättning på Ostlänken från Linköping mot Jönköping i syfte för att stärkta förbindelser mellan Norrköping, Linköping och Jönköping samt orterna däremellan. Detta skapar starka nationella nyttor för både gods- och persontrafik kring några av de mest ansträngda delarna av järnvägssystemet i hela landet.

Utvecklingsbehovet på järnvägslinjerna i Jönköpings län är stort. Södra stambanan behöver hålla hög kvalitet och de regionala järnvägarna behöver rustas upp. Detta är också en viktig beredskapsfråga. Det säkerhetspolitiska läget påverkar Jönköpings län när det gäller trafiksystem. Länet är en logistisk knutpunkt som behöver ha hållbara förbindelser såväl nord-syd som öst-väst. Det är prioriterat att i samverkan med Trafikverket driva frågan om ett järnvägsnät med hög kvalitet.

För att möta klimatmålen och stärka länets logistikstruktur bör Region Jönköpings län ta initiativ till ett särskilt program med syfte att öka andelen gods som transporteras på järnväg. Fokus bör ligga på att utveckla kombicentraler och logistikcentra i länets viktigaste noder.

Region Jönköpings län arbetar för att öka andelen hållbara resor i länet. För att klara hållbarhetsmålen behöver det ske en förflyttning av transporter från väg till järnväg, samt en överflyttning från fossila drivmedel till fossilfria. De befintliga vägarna behöver utvecklas för att bibehålla hög säkerhet och underlätta alla former av miljöanpassade transporter på väg.

Flygplatsen Jönköping Airport ska fortsätta att utvecklas ekonomiskt och framför allt miljömässigt hållbart som en del av en sammanhängande infrastruktur för beredskap. Då flygplatsen pekats ut som en av Sverige viktigaste ur beredskapssynpunkt bör staten delfinansiera flygplatsen.

Digital infrastruktur (Fiber)
Med vägledning av de nationella bredbandsmålen och kvarvarande utmaningar i länet, behövs insatser för att främja fortsatt bredbandsutbyggnad. Samverkan med kommunerna och nätägarna är av stor betydelse. Region Jönköpings län ska vara pådrivande i att identifiera olika former av lösningar för att öka takten i länets bredbandsutbyggnad för att ge förutsättningar för en ökad digitalisering.

Energiinfrastruktur
Region Jönköpings län ska i samarbete med kommuner, nätägare och andra aktörer arbeta för en strategisk energiplanering med syfte att öka produktionen av förnybar energi, utveckla ett robust energisystem och få till stånd en effektiv och flexibel energianvändning i länet. Vi tror på decentraliserade energisystem där gårdar och företag är delaktiga producenter av el och värme. Region Jönköpings län ska tillsammans med Länsstyrelsen även driva samverkansplattformen JET, som samlar nationella, regionala och lokala aktörer i elektifieringsfrågor.

Kunskapsunderlag och analyser för territoriell strategisk planering
Region Jönköpings län arbetar med att ta fram kunskapsunderlag och analyser kring länets förutsättningar, vilket utgör en viktig grund för relevanta och konkreta besluts- och planeringsunderlag på både lokal och regional nivå. Samsyn och samverkan kring länets olika geografiska behov och förutsättningar styrker genomförandet av länets strategier.

MILJÖ

Miljö och hållbarhet
Det regionala utvecklingsarbetet ska genomsyras av ekologisk, social och ekonomisk hållbarhet. Tillsammans behöver länet kraftsamla för att öka takten i klimatomställningen och miljömålsarbetet samt minska de sociala klyftorna. Detta måste ske i samklang med målen om god tillväxt i företagen och ökat invånarantal i våra kommuner. Med vägledning utifrån länets klimat- och energistrategi och de nationella miljömålen, ska insatser som bidrar till att minska klimatpåverkan och öka den biologiska mångfalden premieras. Klimatarbetet behöver skärpas på alla politiska nivåer. Arbetet med ett nytt hållbarhetsprogram för regionen behöver tas vidare och målen skärpas. För att komma till ett netto noll av koldioxidutsläpp och minskade andra utsläpp behöver underlagen till politiska beslut kompletteras med en konsekvensbedömning utifrån de tre hållbarhetsperspektiven.

Koldioxidbudget
Länets koldioxidbudget ska vara vägledande för val av insatser för att minska koldioxidutsläppen i länet. Utsläppen i Jönköpings län minskade fram till 2022 men ser därefter ut att öka kraftigt. Länets största utmaningar finns inom transportsektorn där persontransporter står för den största delen, följt av tunga transporter med lastbil.

Region Jönköpings län har som ambition att arbeta med transportsektorns påverkan på klimatmålen och koldioxidbudgeten, utifrån de åtgärdsområden som identifieras ha störst effekt.

Hållbart resande
En utvecklad och tillgänglig palett av hållbara färdslag bidrar till minskade koldioxidutsläpp och kan stärka ett mer jämlikt samhälle där alla invånare, oavsett ekonomisk förmåga, har möjlighet att resa mellan studier, arbete och boende. Lösningar som premierar hela resan är en förutsättning för att invånare enkelt ska kunna ta del av kultur- och fritidsaktiviteter, service och omsorg utan att belasta klimatet. Även för besöksnäringen är ett välfungerande hållbart transportsystem av yttersta vikt för att lyckas locka turister till alla delar av länet. Merparten av arbetspendlingen inom länet är kortare än 15 minuter. Därför är det centralt att Regionen Fortsätter satsa på att knyta ihop länet med regionala cykelvägar för att minska utsläppen från transportsektorn. Regionen ska även arbeta med att skapa sommarcykelvägar, som är ett effektivt sätt att få fler mil cykelväg.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.

Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation

Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel nöjda NKI - allmän trafik - alla länsbor	55 %	46 %	45 %	Tertial
Andel nöjda NKI - allmän trafik - resenärer	65 %	57 %	57 %	Tertial
Andel nöjda NKI - serviceresor	85 %	80 %	80 %	Tertial

NKI= Nöjd kund index

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer
Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Etablera en samverkansarena i syfte att samla relevanta aktörer för att säkerställa ett samordnat och hållbart arbete avseende den framtida elförsörjningen i regionen.	Region Jönköpings län ska vara sammankallande och drivande för ett aktivt regionalt arbete för hållbar energiförsörjning i länet. Arbetet bör i första hand ta sin utgångspunkt i att skapa förutsättningar för den gröna omställningen inom länets industri, dess expansion samt skapa attraktionskraft för nya företagsetableringar.
Åtgärder för förnyelsebar energi och decentraliserade energisystem. För att hålla Parisavtalets 1,5-gradersmål behöver klimatarbetet skärpas.	Det regionala utvecklingsarbetet ska genomsyras av ekologisk, social och ekonomisk hållbarhet. Underlagen till alla politiska beslut ska kompletteras med en konsekvensbedömning utifrån de tre hållbarhetsperspektiven.

Uppdrag	Beskrivning
Göra separata avsiktsförklaringar med alla länets kommuner om kollektivtrafiken.	Avsiktsförklaringarna ska klargöra vilket ansvar varje part har för att på bästa sätt verka för att göra kollektivtrafiken mer tillgänglig. Det kan gälla linjedragningar, turtäthet, hållplatser och möjlighet till att växla mellan olika fordon vid knutpunkter för smidiga och hållbara resor. I arbetet införs medborgardialog som arbetsmetod inom ramen för den politiska beslutsprocessen.
Analysera och föreslå lösningar inom området kollektiv hållbar mobilitet.	Genomföra analys och föreslå lösningar inom området kollektiv hållbar mobilitet för att möjliggöra effektiva, hälsosamma och klimatneutrala resor som är tillgängliga för alla. Uppdraget ska genomföras i samverkan med kommuner och berörda verksamheter inom Region Jönköpings län.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Antal resor	24 500 000	22 965 000	22 085 000	Månad

Strategiska mål: Långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Framgångsfaktorer: Tillgänglig, säker och hållbar infrastruktur

Uppdrag	Beskrivning
Aktivt driva påverkansarbete för nya stambanor och viktiga vägsträckor i länet.	Region Jönköpings län ska fortsätta driva på för att staten ska bygga nya stambanor enligt Sverigeförhandlingen. Arbete ska också ske för att verka för statlig upprustning av viktiga vägsträckor i länet.
Se över den regionala bredbandsstrategin i syfte att öka tillgången till infrastruktur i form av bredband och mobila nät.	Genomföra en översyn och vid behov revidera den regionala bredbandsstrategin. Arbetet ska ske i samverkan med länets kommuner.
Kommunicera koldioxidbudgeten till organisationer och invånare inom ramen för samverkan inom klimatrådet.	Länets koldioxidbudget ger en riktning om hur snabbt omställningen behöver ske. Det är viktigt att kommunicera resultatet för att stimulera fortsatt omställning.
Med utgångspunkt i länets koldioxidbudget främja insatser som skyndar på den gröna omställningen inom områdena transporter och energiintensiva företag.	Fortsatt stimulera till insatser för att driva på den gröna omställningen i länet. Det handlar både om att stimulera omställningsprojekt från länets aktörer till att ställa om den egna verksamheten för att minska klimatpåverkan.
NYTT 20206 Bredda plattformen funktionella samband med fler samhällsbyggnadsperspektiv och nya rumsliga kunskapsunderlag samt utveckla den territoriella strategiska planeringen i länet.	Utveckling av den territoriella strategiska planeringen kan inbegripa gemensamma kunskapsunderlag och att tillsammans med relevanta aktörer ta steg för att hitta regionala planeringsprinciper som stärker den regionala utvecklingen.
Stärka beredskapen inom länstrafiken för att säkerställa tillgänglighet vid kris och störning.	Regionen ska ta fram en plan för ökad beredskap inom länstrafiken, med fokus på robusthet vid kris, störningar och samhällspåfrestningar.
Införa personliga biljettzoner inom länstrafiken.	Införa ett biljettsystem baserat på faktiska resmönster snarare än fasta geografiska zoner. Syftet är att skapa ett mer rättvist och flexibelt prissystem som uppmuntrar till kollektivt resande.
Utveckla den anropsstyrda trafiken med linjelagd anropsstyrd trafik och	För att trafikutbudet i den allmänna kollektivtrafiken och inom serviceresor ska vara långsiktigt stabilt, förutsägbart och pålitligt.

Uppdrag	Beskrivning
samordna skolskjutsar och kollektivtrafik.	
Utveckla närtrafik för ej stadigvarande boende (ej skrivna på) landsbygder.	Resande som besöker landsbygder under en längre period och har längre än 1 km till busshållplats ska ha rätt till närtrafik. Närtrafiken ger rätt till resa mellan besöksadressen utanför tätort och hållplats/bytespunkt i närmaste tätort inom kommunen, alternativt hållplats/bytespunkt i kommunhuvudorten.

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	-13 mnkr	26 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Folkhälsa och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. *Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.*



POLITISK SAMMANFATTNING ***(text saknas, text kommer)***



TILLSAMMANS FÖR BÄSTA MÖJLIGA HÄLSA OCH JÄMLIK VÅRD

När hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län planeras och genomförs utgår vi från vad som är bäst för "Esther och hennes närstående och vänner". Ett särskilt fokus ligger på att stödja Esther att kunna leva ett bra liv så oberoende som möjligt efter hennes förmåga. Personcentrering och samskapande är därför viktigt. Esther ska alltid veta vart hon ska vända sig och vårdcentralen ska vara den naturliga kontaktpunkten. Att fortsatt förstärka primärvården är därför en viktig del av att bygga ut den nära vården. Region Jönköpings län planerar att under året fortsätta att utveckla arbetet med bästa platsen att växa upp, leva och åldras, och strävar efter att "jag som invånare får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver."

Region Jönköpings län har tre välfungerande akutsjukhus med stort förtroende hos invånarna. Tillgänglighet till sjukvården i länet är bland den bästa i landet. Det finns ändå områden som behöver förbättras. Vi arbetar ständigt med att förbättra samspelet i hela vårdkedjan, från hemmet till vårdcentralen och vidare till sjukhus när det behövs. Det finns ökade behov inom en del grupper, ett

sådant exempel gäller barns och ungas hälsa, där allt fler barn behöver stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdens budget för 2026 omsätter cirka 15 miljarder kronor. Region Jönköpings län arbetar med kvalitet som strategi, vilket innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, samt fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter. Då nya arbetssätt och rutiner införs är det viktigt att värdera nyttan i förhållande till kostnaden och att ta hänsyn till eventuella undanträngningseffekter. Detta gäller även politiska beslut. På detta sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden. Dettaflexibelt arbete är särskilt viktigt för att kunna fortsätta utveckla vården och skapa attraktiva arbetsförhållanden. Region Jönköpings län ska inför metoden Time needed to treat innan nya riktlinjer och rekommendationer inom vården införs för att vårdpersonalen lättare ska kunna prioritera och lägga sin tid på rätt saker. Dessutom ska en översyn av redan befintliga rekommendationer och riktlinjer ske utifrån time-needed to treat.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård
Under 2020 togs en plan fram för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen avser sjukvårdsutveckling under en tioårsperiod, fram till 2030. Planen utgör grunden för budget och verksamhetsplan. Under 2025 kommer en översyn och revidering av dokumentet att göras.

I planen beskrivs sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Ett övergripande syfte är att fortsätta stärka patientens ställning och göra det möjligt för människor att ta eget ansvar för sin hälsa. Närhet och tillgänglighet är viktiga utgångspunkter för att utforma hälso- och sjukvård, men omfattar också tjänster, service och samverkan med andra samhällsaktörer. En viktig utgångspunkt är att vården ska fungera i hela länet. Även mindre vårdcentraler i glesbygd ska ha långsiktiga förutsättningar att bedriva nära och trygg vård.

Figur XX Sex övergripande strategier



Den nära vården

Nära vård är en viktig del i arbetet med att möta behoven för framtidens hälso- och sjukvård. Huvuddelen av invånarnas behov av hälso- och sjukvård tillgodoses i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; främst inom Region Jönköpings läns egen verksamhet, men även kommunerna och civilsamhället. Den nära vården:

- är en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom
- skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare
- arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet
- är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan bidra med för patientens hälsa
- är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och ger feedback till steget före och underlättar för steget efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja
- har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård är tillgänglig när den behövs
- använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov
- innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Kontinuitet i vården är avgörande för patienters trygghet, livskvalitet och medicinska resultat. En fast vårdkontakt och långvarig relation mellan patient och vårdgivare leder till bättre hälsa, färre akutbesök och lägre sjukvårdskostnader. Idag är vårdprogram och insatser ofta organiserade i stuprör, vilket skapar fragmentering och försvårar helhetssynen. Region Jönköpings län behöver därför arbeta systematiskt med att öka den organisatoriska och personella kontinuiteten inte minst i primärvården som en central del i omställningen till en nära och personcentrerad vård.

Folkhälsa

Folkhälsan i Jönköpings län förbättras, men det finns fortfarande stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Målet är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation så att alla kan leva ett aktivt och självständigt liv. Region Jönköpings län arbetar för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet genom att främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, bland annat länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle.

I folkhälsoarbetet spelar både hälso- och sjukvården och regional utveckling en central roll. Tillgång till arbete, utbildning samt fritids- och kulturaktiviteter har stor betydelse för befolkningens hälsa. Region Jönköpings län har ett stort ansvar för att leda utvecklingen av samarbete och samverkan. Som prioriteringsgrund för kommunsamverkan används underlag som beskriver variationen i befolkningens hälsa på kommunnivå.

Syftet med Hälsocenter i länets kommuner är att genom ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt ge stöd till att förbättra invånarens fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa. Vi vill stärka individens möjlighet att ta eget ansvar för sin hälsa genom ökad hälsokompetens och lättillgänglig rådgivning. Hälsocenter underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd. Målgruppen för Hälsocenter är invånare som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Genom ett helhetsgrepp på hälsa lägger vi grunden för att varje individ får möjlighet till rätt stöd för att må bra och växa som människa. Den vuxna befolkningen utgör huvudmålgruppen för Hälsocenter, men andra åldersgrupper kan inkluderas utifrån lokala behov. Alla länets 13 kommuner har ett Hälsocenter. Fokus ligger på att utveckla nätverksbyggande mellan Region Jönköpings län och länets kommuner, samt att i den mån det går öka samverkan med civilsamhället. För att fler ska hålla sig friska längre och för att avlasta vårdcentralerna med uppgifter som inte kräver medicinsk kompetens, ska det undersökas hur länets Hälsocentras uppdrag kan utökas och förstärkas. Kommunerna har ett stort ansvar för att förebygga sjukdom och förbättra folkhälsan. Även om det idag inte finns något formellt krav på att kommunerna ska medfinansiera Hälsocenter, är en långsiktig samverkan avgörande för att arbetet ska få genomslag. Den nya socialtjänstlagen ställer också högre krav på kommunerna att arbeta med prevention. Det öppnar möjligheter för en ökad lokal medverkan i Hälsocenters verksamhet.

Förebyggande insatser genomsyrar hälso- och sjukvården och är en självklar del av all vård och behandling. Verksamheterna ska prioritera att främja patienternas hälsa och livskvalitet genom att stödja arbetet med hälsosamma levnadsvanor samt förebygga och behandla sjukdom. Arbetet med

ohälsosamma levnadsvanor följer struktur i tre steg: uppmärksamma, åtgärda och följa upp. Samtal om levnadsvanorna ska vara en naturlig del i patientmötet.

Att arbeta för en jämlik hälsa innebär att vården även ska tillgängliggöras på lika villkor för målgrupper inom funktionshinderområdet, som exempelvis personer med en intellektuell funktionsnedsättning. Vårdens bemötande och erbjudanden ska anpassas efter patienters olika behov och förutsättningar. En stor grupp utrikesfödda invånare lever i utanförskap, vilket försvårar tillgången till hälsoinformation och påverkar stöd och behandling. De behöver information om det svenska sjukvårdssystemet, främjandet av hälsosamma levnadsvanor, tandhälsa, föräldraskapsstöd, hantering av kroniska sjukdomar, våld i nära relationer och insikt i socialtjänstens arbete. Genom samverkan med länets kommuner och andra aktörer vill vi stärka och främja en positiv utveckling i dessa målgrupper och stärka känslan av egenmakt. Hälso- och sjukvården behöver också öka sin interkulturella kompetens och förståelse för de särskilda kommunikationsbehov som utrikesfödda målgrupper kan ha.

Region Jönköpings län beviljar årligen stöd till länsövergripande organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i länet. Dessa bidrag utgör en viktig stimulans till civilsamhället för att stödja invånarna att bättre hantera och förbättra sin hälsa. Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. Inom funktionsrättsområdet ska stödet bistå föreningar att genom olika mötesplatser sprida information, upplysa och delge kunskap om funktionsnedsättningar samt stödja organisationer till att verka för en förbättrad hälsa.

Kulturunderstödd rehabilitering (KUR) har bedrivits i flera kommuner i länet med regionalt stöd och har i utvärderingar visat positiva effekter på återgång i arbete vid psykisk ohälsa och utmattning. Det är angeläget att Region Jönköpings län fortsatt verkar för hälsofrämjande och rehabiliterande insatser som bidrar till psykisk hälsa och arbetsåtergång, särskilt i samverkan med kommunerna.

Bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på
Bästa platsen är ett lärande nätverk som utvecklats genom stärkt samverkan mellan kommunerna, Region Jönköpings län och civilsamhället. Det är ett hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete för att stärka barns, ungas och äldres hälsa. Både generella och riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till hälsa, uppväxtvillkor och socioekonomi, men också för att möta den ökande psykiska ohälsan. Målet är att förbättra flickors och pojkars hälsa med två procentenheter per år, men också att stödja barnrättsarbetet. Barns och ungas mänskliga rättigheter ska beaktas och de ska bemötas med respekt, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

Ett länsövergripande barnskyddsteam bedriver utbildning inom kunskapsområdet barn som far illa, bistår konsultativt vid medicinska utredningar och anmälningar till sociala och polisiära myndigheter samt följer upp och kvalitetssäkrar rutiner för handläggning. Barnskyddsteamet ska också utveckla kunskap om hedersrelaterad problematik.

Barnahus är en samverkan mellan polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin, rättsmedicin och BUP (barn- och ungdomspsykiatri) vid misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Barnahus har två övergripande mål, dels att förstärka barns rättigheter och ge barnen bättre stöd, dels att höja kvaliteten på genomförda utredningar så att domstolarna på bättre grunder kan fälla eller fria misstänkta gärningspersoner.

Bästa platsen att åldras på inspireras av Världshälsoorganisationens (WHO:s) arbete med ett äldrevänligt samhälle och hälsosamt åldrande inom områdena hälsa, hälso- och sjukvård, omsorg och rehabilitering, socialt sammanhang och livsmiljö. Tillsammans med länets kommuner skapas och stöds utveckling och förbättringar utifrån lokala behov, möjligheter och utmaningar. Region Jönköpings län vill bidra till att skapa ett mer äldrevänligt län genom samverkan, lärande, erfarenhetsutbyte, inspiration, mål och resultat. Även faktorer som levnadsvanor, delaktighet och känsla av sammanhang samt egenkraft och samskapande beaktas, exempelvis fallförebyggande, fysisk aktivitet och minskat alkoholintag. Dessutom utvecklas arbetssätten för äldre personer med behov av insatser hemma eller på särskilda boenden. Det handlar bland annat om koordinering, fast läkarkontakt och vårdkontakter samt samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus. Geriatrikum

har uppgift att sprida kunskap om äldre inom sjukvården för att säkra en jämlik geriatrik i Region Jönköpings län utefter de förutsättningar som finns.

I linje med Nära vård intensifieras arbetet för att mer proaktivt öka den specialiserade vårdens insatser utanför sjukhuset i samverkan med primärvården. Syftet är att kunna ge personer vård i hemmet både i ordinärt och särskilt boende, samt på korttidsboende.

God hälso- och sjukvård
Tillsammans med Region Östergötland och Region Kalmar län har löften tagits fram till patienterna. Som patient i Sydöstra sjukvårdsområdet ska du:

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling samt uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård.

Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för hur patienten upplever sin vård. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Grundläggande för en god hälso- och sjukvård är ett etiskt förhållningssätt. Den etiska värdegrund som uttrycks i bland annat lagstiftning, i riksdagens prioriteringsbeslut, professionernas etiska riktlinjer samt i det synsätt som företräds av WHO och FN, utgör en etisk plattform för hälso- och sjukvården. Här inryms också det viktiga arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Etikrådet har uppdraget att övergripande initiera, stödja och stimulera etikarbetet. Detta innebär bland annat att höja den etiska kompetensen hos medarbetare och förtroendevalda, främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet samt att ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt. Etikrådet erbjuder rådgivning både i frågor som rör enskilda patientärenden men också i mer övergripande etiska frågeställningar.

För att främja en hållbar hälso- och sjukvård behöver vi se hälsa som ett helhetsbegrepp där fysisk, psykisk, social och existentiell hälsa samspelar. Den existentiella dimensionen – att hitta mening, sammanhang och hopp – är avgörande både för patienters återhämtning och för medarbetares välbefinnande. Genom ett helhetsgrepp på hälsa lägger vi grunden för en hållbar och inkluderande hälso- och sjukvård där varje individ får rätt stöd för att må bra och växa som människa.

Medarbetare inom Region Jönköpings län ska ha en grundläggande kompetens avseende existentiell hälsa och kunna integrera den i den egna arbetsmiljön och den vård och det stöd som erbjuds patienterna. Inom det breda folkhälsoarbetet fortsätter utvecklingen av existentiell hälsa i samverkan med länets kommuner, civilsamhället och andra berörda parter.

E-hälsa
Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av gemensamt digitalt tjänsteutbud och servicenivå. Syftet är att främja jämlik hälsa och vård, stärka individens möjlighet att vara delaktig och bidra till ökad självständighet i samhällslivet.

E-hälsa är ett växande område som bidrar till förbättrad vårdkvalitet och effektivitet i verksamheten. Utvecklingen av digitala verktyg ska anpassas efter invånarnas och verksamheternas behov och förutsättningar. Genom nationell, sjukvårdsregional och lokal samverkan kring standardiserade arbetssätt kan vården bli mer effektiv, samtidigt som kvaliteten och patientsäkerheten stärks.

Verksamheten utvecklar arbetssätt där utgångspunkten är rätt information på rätt plats i rätt tid. Digitala tjänster är en del av verksamhetens ordinarie utbud och digitala besök är ett naturligt

alternativ till fysiska besök. För att nå detta krävs ständig utveckling och förbättring av vårdens processer, strukturerad vårdinformation, nyttjande av AI och kunskapsstöd. Utveckling av vårdinformationssystem fortsätter för att ännu bättre möta verksamhetens behov. Vårdcentralerna är invånarnas huvudingång till vården. Invånaren ska genom fortsatt utveckling av 1177.se få en bättre tillgänglighet till sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. Invånaren ska på 1177.se kunna läsa information om sig själv, ha en sammanhållen planering, få direktkontakt med rätt vårdprofession, stöd i sina hälsofrågor och möjlighet att kommunicera med vården digitalt.

Primärvård
När en invånare behöver hälso- och sjukvård ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Vårdcentralernas uppdrag förutsätter multiprofessionell samverkan i team och består av planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och uppföljning. Vårdcentralernas arbete är avgörande för att stärka patienternas möjlighet att leva ett bra liv i sin hemmiljö med så litet behov av sjukhusvård som möjligt.

Vårdcentralens uppgift är att:

- Bedöma och behandla sjukdomstillstånd hos de som vänder sig till vårdcentralen.
- Arbeta aktivt med hälsa och erbjuda förebyggande hälsovård och ~~hälsosamtal~~.
- Lära känna och vid behov hålla aktiv kontakt med invånarna som valt vårdcentralen i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa.
- Ha ett särskilt fokus på psykisk ohälsa och god tillgänglighet till psykosociala team.
- Erbjuda rehabkoordinering för sjukskrivna invånare med syftet att återgå till arbete eller närma sig arbetsmarknaden
- Erbjuda vårdsamordnare, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och särskilda kontaktvägar till patienter som har stora vårdbehov. För dessa grupper kan hembesök med fördel kombineras med digitala kontakter. Vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående genom att arbeta enligt dokumenterad överenskommelse, avtal och rutiner i samverkan för att säkerställa god och effektiv vård.
- Erbjuda olika digitala tjänster utifrån behov och möjligheter, för att underlätta för invånarnas kontakt med vårdcentralerna. De digitala besöken ska ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Vårdcentralerna ska kunna anpassa och vid behov förändra sina öppettider utifrån patienternas behov.

Utvecklingen går mot att allt fler sjukvårdsinsatser görs i hemmet och allt svårare sjuka får möjlighet att vårdas hemma. För att möta behoven samverkar vårdcentralerna med den kommunala sjukvården för att stärka det tvärprofessionella teamarbetet. Även ett utökat samarbete med den specialiserade sjukhusvården kommer att behövas.

Primärvården är en central del i genomförandet av nära vård. Därför ska satsningarna riktade mot primärvården öka så att 30 procent av folkhälsa- och sjukvårdsnämndens budget vigs åt primärvården senast 2030. Att som patient ha enkel och snabb tillgång till sin vårdcentral och läkare är grunden för en välfungerande primärvård. Organisationen kring en vårdcentral behöver ses över, team-baserad organisation kan öppna upp för små vårdcentraler med möjlighet att erbjuda nära vård.

~~Patienter med stora vårdbehov, exempelvis multisjuka och äldre samt invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar, ska erbjudas fast läkarkontakt. Det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare.~~ Alla ska erbjudas en fast vårdkontakt. En handlingsplan för att nå bemanningsmålet på max 1 100 listade patienter per distriktsläkare i hela länet ska tas fram, så att det kan uppfyllas senast 2030. ~~Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.~~

För att möta framtidens vårdbehov och bidra till en mer sammanhållen och förebyggande vård behöver Region Jönköpings län öka basen av distriktssjuksköterskor. Detta är en viljeinriktning som bygger på ett organisatoriskt skifte från specialiserad punktinsats till en helhetssyn på individens behov genom hela livet. Distriktssjuksköterskans breda kompetens möjliggör en vård där man ser hela människan i sitt sammanhang.

Genom vårdcentralernas uppdrag för akuta patienter, gemensamma arbetssätt och förbättrad tillgänglighet styrs patientströmmarna dagtid och kvällstid från akutmottagningarna till rätt vårdinstans. Dagtid bedrivs närakut på vårdcentralen och på jourtid är den koncentrerad till minst tre platser.

I förfrågningsunderlaget Primärvård inom vårdval i Jönköpings län beskrivs Region Jönköpings läns mål, vårdcentralernas uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och verksamhetsplan.

Under 2024 startades en operativ ledningsgrupp för att stödja och följa uppdrag och aktiviteter utifrån Budget och verksamhetsplan, inklusive förflyttningen och omställningen till nära vård.

Barnhälsovård, barn- och ungdomshälsan, familjecentraler och ungdomsmottagningar
Barnhälsovården i Jönköpings län arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Syftet är att bidra till mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Programmet betonar jämlik hälsovård med generella insatser till alla familjer samt riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.

Barn- och ungdomshälsan arbetar med råd, föräldrastöd och behandling, primärt för målgruppen barn och unga 6–17 år med lindriga till medelsvåra besvär av psykisk ohälsa. Barn- och ungdomshälsan ska vara ”en väg in” för vårdnadshavare och ungdomar som behöver råd, stöd och behandling. En utbyggnad sker successivt för att möta ökande behov.

Familjecentralen utgår från den allmänna kvinno- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt en förebyggande individ- och familjeomsorg (socialtjänst). Familjecentralen stöttar nyblivna föräldrar samt uppmuntrar och stimulerar jämställt och aktivt föräldraskap. Uppsökande insatser riktas till familjer med behov av extra stöd och andra socioekonomiskt svaga grupper. Region Jönköpings län ska utifrån den inventering som gjorts av nuvarande familjecentraler utreda eventuellt behov av en eller flera nyetablerade familjecentraler.

Ungdomsmottagningen drivs och finansieras ihop med kommunerna och ska vara lätt tillgänglig i hela länet, både fysiskt och online. Med bred yrkeskunskap och helhetssyn ska personalen arbeta uppsökande, förebyggande och behandlade insatser som rör sexuell, fysisk, psykisk och social hälsa.

Specialiserad somatisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden, medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där vi på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Verksamheterna ska när det är möjligt samordna besök för att underlätta för patienterna.

Utgångspunkter för den specialiserade vården:

- Vårdcentralen är basen för länets hälso- och sjukvård
- Sjukhusvården fördelas med bredd- och spetskompetens på tre akutsjukhus
- Särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor
- Resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler ska säkerställas
- Verksamheter som har kompetensbrist ska bemannas upp
- En god samverkan ska främjas i hela systemet
- Antal vårdplatser ska utgå från vårdbehov
- Verksamheten ska vara en lärande organisation.
- Ska vara patientcentrerad

Region Jönköpings län har idag tre välfungerande akutsjukhus där majoriteten av invånarna behandlas vid sitt närmaste sjukhus. Operation, undersökning och behandling ska kunna erbjudas nära patienten, så länge det kan göras med hög kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Det kan finnas ett behov av att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping. Under 2022 fattades beslutet att “Utveckla och stärka länets tre akutsjukhus”, ett dokument som tydliggör en definition av akutsjukhus i Region Jönköping län och indikerar vad som behövs för att säkerställa detta framöver.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på

alla tre sjukhus. Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. Verksamheterna som är centraliserad inom Region Jönköpings län ska nå länets invånare jämlikt. Ett kontinuerligt arbete görs för att säkerställa att så sker.

Sjukhusgemensamma frågor hanteras av den lokala sjukhusledningen på respektive sjukhus. Med stark ”vi-känsla” stärks såväl delaktighet som transparens, förutsättningar för både jämlik vård och kontinuerlig utveckling.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Det är angeläget med snabbt omhändertagande och korta väntetider till utredning och behandling så att stödinsatser kan erbjudas, vilka kan bli avgörande för framtida personlig utveckling och välmående.

Inom vuxenpsykiatrin ökar antalet patienter med neuropsykiatriska besvär. En flerårig utvecklingssatsning pågår inom området psykisk hälsa. Arbetet omfattar såväl främjande av psykisk hälsa, förebyggande och tidiga insatser som behandling, stöd och rehabilitering för personer med svår psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Även rättspsykiatrin står inför ökade behov trots utökning av antal vårdplatser. I det fall det finns möjligheter för patienter att kunna få Nationellt högspecialiserad vård (NHV), som det finns för till exempel, anorexi patienter med en långvarig historik av sjukdomen, så ska patienter erbjudas dessa platser.

Habiliteringen ska ge stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar. Genom bra habilitering underlättas tillvaron för dessa personer, vilket skapar förutsättningar för större delaktighet i samhällslivet. Behoven av habilitering ökar tack vare fler överlevare som lever längre och att barnhälsovården uppmärksammar funktionsvariationer i mycket låga åldrar.

En flerårig satsning sker på förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa, i syfte att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa.

Antalet människor som lever med cancer ökar med fem procent årligen. Ökningen beror på att en allt större del av befolkningen är äldre samt att bättre behandlingsmetoder och läkemedel ökar överlevnaden i cancer. De flesta cancerpatienter behandlas enligt standardiserade vårdförlopp, men det behövs fler insatser för att nå förloppens ledtider. Det finns ett utökat behov av uppföljning och rehabilitering under lång tid efter den aktiva cancerbehandlingen. Utvecklingen sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och den nära vården. Det finns även nationella vårdprogram för uppföljning av barncancer, en beskrivning av den vård som ska erbjudas barncanceröverlevarna.

Under planperioden utreds behovet av ytterligare operationsrobot, samt behovet av ytterligare PET-CT och cyclotron.

Ett arbete kring sömlös vård pågår för att skapa möjligheter för de som arbetar i primärvården att tala och överlägga direkt med sjukhusens specialister utan att behöva skicka remiss. Primärvården och sjukhusvården fortsätter även att förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård. Detta ger möjlighet att på ett snabbare och mer involverande sätt ge patienten en mer sammanhållen vård med kortare ledtider.

Region Jönköpings län arbetar utifrån konceptet att patienterna ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver vården. Detta innebär ett snabbt omhändertagande på akutmottagningen och att det finns en ledig vårdplats när det behövs. Det ska vara rätt bemanning på rätt plats. För att leva upp till konceptet behöver det bli enklare för vårdgivare att etablera vårdcentraler i landsbygderna, genom ett förenklat regelverk.

Inom ambulanssjukvården pågår ett aktivt arbete med att öka tillgängligheten och inställelsetiden för prio 1-larm. På orter där inställelsetiden för ambulanser är lång har vi så kallade IVPA-larm (= I Väntan På Ambulans) i samverkan med kommunal räddningstjänst. Det innebär att räddningstjänsten på aktuell ort får larm via 112 och kan bistå i väntan på ambulans, till exempel med att utföra defibrillering vid hjärtstopp.

Ambulanssjukvården har under en längre tid sett ett ökat behov av transporter med kompetens och

utrustning på en vårdnivå mellan en akutambulans och en sjukresa med Serviceresor. I enlighet med utredningsförslaget implementeras under 2025 en dubbelbemannad transportambulans som utgår från Höglandet och som kan ta flera patienter. Fordonet ska förslagsvis gå på en fast linje mellan Höglandssjukhuset, Länssjukhuset Ryhov och Linköpings universitetssjukhus måndag till fredag. Utvärdering av effekten av transportambulansen görs under 2026. Funktionen med inre befäl på SOS Alarm har permanentats under 2024.

Rehabiliteringsverksamheterna omfattar många olika professioner och kompetenser som erbjuder mångskiftande insatser och aktiviteter. Inom området finns en bred rehabiliteringsresurs med fokus på funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar, störningar och skador samt behandling mot smärta. Samarbete mellan specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändig för att trygga och säkra övergångarna och skapa en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att vid behov stödja kommunernas rehabiliteringspersonal och följa upp hela processen. I ett flertal vårdförlopp och riktlinjer lyfts rehabiliteringsinsatser fram som nödvändiga och verksamheter förväntas erbjuda dem. Digitala verktyg för rehabiliteringsprocessen ska fortsätta utvecklas.

Våld i nära relation är ett prioriterat område. I hela länet fortsätter arbetet med bemötande, behandling och rehabilitering för personer som är våldsutövare, samt för de personer som utsatts för våld. En insats är kompetensutveckling; alla medarbetare erbjuds ett utbildningsprogram med fokus på våld i nära relation inklusive hedersrelaterat våld.

Region Jönköpings län ska bli först i landet med att upprätta ett ”Kvinnohus” för våldsutsatta. Med kvinnohus menar vi ett koncept likt ”Barnahus”. Målgruppen för kvinnohus är våldsutsatta vuxna över 18 år. Med ett kvinnohus minskar antalet trösklar som en våldsutsatta behöver ta sig över då de erbjuds professionell myndighetshjälp och rådgivning på ett samlat och samordnat sätt.

Delar av ögonsjukvården bedrivs i vårdval. I förfrågningsunderlaget Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län beskrivs våra mål, uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och flerårsplan. Något ytterligare vårdval planeras inte att införas under mandatperioden.

I ett samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialtjänst hanteras och utvecklas sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet är att stödja personer som är sjukskrivna i återgången till arbetslivet. Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska bedömningen, behandlingen och rehabiliteringen. Rehabkoordinatorer finns dels på alla vårdcentraler och dels inom specialiserad vård på de enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande.

Fler personer i arbete eller studier är målet även för insatser via länets tre samordningsförbund. Det innebär finansiell samordning och stöd till gemensamma insatser och samverkan mellan Region Jönköpings län, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Insatserna syftar till att fler personer i yrkesverksam ålder ska nå egen försörjning.

Tandvård
Ansvaret för tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). Region Jönköpings län har ett övergripande ansvar att planera all tandvård. Den tandvård som regionen bedriver kallas för Folktandvård enligt tandvårdslagen. Alla barn och unga 3-19 år ska ha en tandläkare som är ansvarig för tandvården, vilket innebär att varje individ som är folkbokförd i region Jönköpings län listas till en tandläkare och den vårdgivare som den ansvarige tandläkaren tillhör. Patienter kan remitteras till Folktandvårdens specialisttandvård för behandling som inte kan anses ligga inom ramen för vårdansvaret gällande allmäntandvård. Remittering till specialisttandvården sker utan kostnad för remitterande vårdgivare. Specialisttandvården kan utan kostnad konsulteras angående tandvård för barn och ung

Folktandvården ska svara för:

- regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år de fyller 19,
- specialisttandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år
- övrig tandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år i den omfattning som regionen bedömer lämplig. Lag (2024:1099).

Det ska finnas tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd ska erbjudas tandvård.

Inom allmäntandvården kan både barn från tre års ålder och ungdomar och vuxna, fritt välja tandvårdsaktör (Folktandvård eller privattandvård). Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Tandvårdens mål är en god och jämlik munhälsa och tandvård på lika villkor för alla i regionen. Länets barn och unga ska erbjudas högkvalitativ och lättillgänglig tandvård. Enligt tandvårdslagen ska tandvården bedrivas så den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonal och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa är tydlig. Av den anledningen är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet viktigt för alla patientgrupper. Allt fler äldre har egna tänder kvar högt upp i åren, vilket ställer stora krav på samverkan mellan omsorg, vård och tandvård. För att kunna möta det ökade behovet måste nya arbetssätt och samarbeten utvecklas, så att rätt kompetens används inom olika områden.

Folktandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars hälsa.

Avgörande för att nå god tillgänglighet är att rekrytera och behålla medarbetare. Trots omfattande ekonomiska anslag finns det svårigheter att bedriva god och jämlik tandvård på små kliniker i regionen. Syftet med små allmäntandvårskliniker i glesbygd bör analyseras och utvärderas i samverkan med Bra Liv.

Tandvård för personer med särskilda behov
Region Jönköpings län har ansvar att erbjuda tandvård till vuxna patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd. Det är personer i särskilda och egna boenden samt personer som omfattas av lagen om stöd och service till funktionshindrade. Med giltigt intyg erbjuds dessa patientgrupper nödvändig tandvård och en kostnadsfri munhälsobedömning (uppsökande verksamhet) (N-tandvård). Tandvård ges även till andra patientgrupper som ett led i en sjukdomsbehandling (S-tandvård). Det kan till exempel vara infektionssanering inför vissa kirurgiska ingrepp. Vi ansvarar också för vissa diagnosbaserade grupper, där patienter har stora svårigheter att sköta sin munhygien till följd av en funktionsnedsättning (F-tandvård).

Hos många av dessa patienter finns möjlighet att förbättra munhälsan betydligt, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Arbete pågår med att förbättra samarbetet mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling samt tandvård till vissa grupper med långvariga sjukdomar eller funktionshinder betalar patienten öppenvårdsavgift. Denna tandvård finansieras av Region Jönköpings län inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Det är viktigt att alla de personer som har ”Intyg om nödvändig tandvård” får sitt tandvårdsbehov bedömt och, vid behov, sådan tandvård utförd. Målet är att öka andelen personer med god munhälsa och andelen som får nödvändig tandvård utförd.

Specialisttandvård
Länsinvånarnas behov av specialisttandvård tillgodoses huvudsakligen genom Folktandvårdens specialisttandvård (Odontologiska institution, OI). Tillgången till specialiserad tandvård är avgörande för en god hälsa och livskvalitet, då befolkningen lever längre och behåller sina egna tänder långt upp i åldern, med ökat vårdbehov som följd. Konsultation och kompetensstödjande arbete gentemot allmäntandvården, både i offentlig respektive privat regi är en viktig del i specialisttandvårdens uppdrag, för att öka allmäntandvårdens möjligheter till ett bredare omhändertagande och att erbjuda vård på rätt vårdnivå. Ett annat uppdrag som specialisttandvården via OI har är att erbjuda specialisttjänstgöringsplaser (ST) inom samtliga nio odontologiska specialiteter, såväl för nationellt behov som för egen kompetensförsörjning. Det omfattande inflödet av patientbesök och komplexa remisser tillgodoser väl bredd och svårighetsgrad för detta.

Kunskapsstyrning – Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa

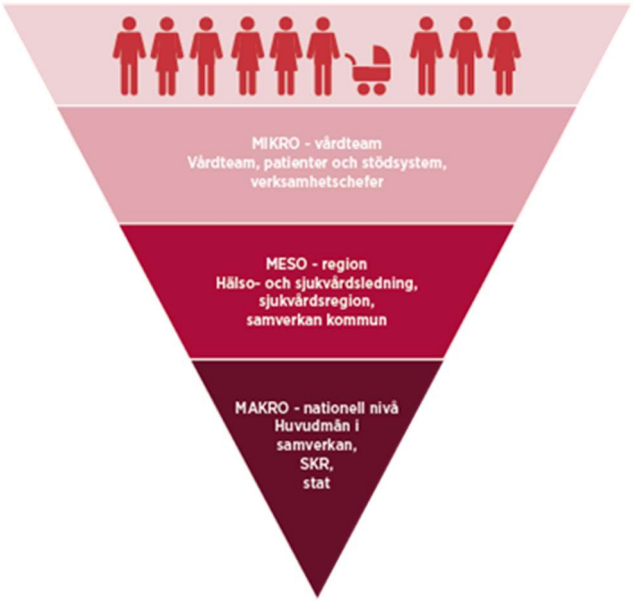
Utgångspunkten för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda god och jämlik vård. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrning bidrar till det värde som skapas i mötet mellan vårdpersonal och patient.

Sveriges regioner samverkar i Nationellt system för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård utifrån visionen ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika”. Systemet omfattar samverkan kring kunskapsstöd, stöd för uppföljning och analys och stöd för utveckling och ledarskap. Det organiserar även samverkan med statliga myndigheter, kommuner, patient- och professionsföreningar.

Medarbetare från Region Jönköpings län bidrar med kompetens till nationell och sjukvårdsregional nivå i systemet. Vi anpassar vår lokala kunskapsstyrning utifrån arbetet i programområden och samverkansgrupper. Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap för fyra av totalt 26 nationella programområden. Uppdraget i denna roll är att identifiera utvecklingsbehov och prioritera nationella insatser för att minska variation.

Genom samverkan i länsgemensamma programområden fokuserar vi på tillämpning av gemensam kunskap, processutveckling tillsammans med patienterna, resultatuppföljning, arbetsfördelning och effektivitet i användningen av befintliga resurser.

Figur XX Nationellt system för kunskapsstyrning fördelas uppdrag och ansvar mellan makro-, meso- och mikronivå



Region Jönköpings län inför och använder nationella vårdförlopp för att systematiskt säkerställa bästa möjliga resultat med så liten variation som möjligt. Vårdförloppen täcker en eller flera delar av en vårdkedja. De beskriver flöde, åtgärder, patientens medverkan samt mål och indikatorer för uppföljning. Vid införandet av vårdförlopp ska ett horisontellt synsätt användas. Dels för att minska risken för undanträngningseffekter, dels för att få en uppfattning om införandet av vårdförloppet är möjligt utifrån de resurser som finns. Prioriteringscentrum pekar tydligt på att regionerna måste använda horisontella prioriteringar för att klara av kompetensutmaningen. Sydöstra sjukvårdsregionen bör ta ansvar för att organisera arbetet.

Sydöstra sjukvårdsregionen är ledande i utvecklingen av metoder för praktisk användning av nationella kvalitetsregister, och Registercentrum sydost har särskild kompetens inom patientmedverkan, patientrapporterade mått och förbättringskunskap.

Smittskydd, vårdhygien och Strama
Smittskydd har en myndighetsroll som bland annat innebär att särskilt övervaka de sjukdomar som

regleras av smittskyddslagen, att stödja vården i smittskyddsåtgärder och smittspårning samt att hantera utbrott. Det epidemiologiska läget i länet övervakas och det pågår arbete för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar.

Vaccin är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. Region Jönköpings län har höga ambitioner när det gäller vaccinering, framförallt de vaccin som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten mot influensa, covid-19 och pneumokocker. Under 2025 bildas en grupp med smittskyddsläkare för att i Sydöstra sjukvårdsregionen samordna vaccinationsarbetet.

Ett kontinuerligt arbete sker för att förebygga vårdrelaterade infektioner på sjukhus, inom primärvården och inom kommunal vård och omsorg. Med hjälp av hygienombud på varje avdelning mäts följsamheten till basala hygienrutiner och stort fokus läggs på utbildning av medarbetare i olika verksamheter. Konceptet Antibiotikasmart vårdcentral och Antibiotikasmart klinik är ett effektivt arbetssätt där vårdhygien och Strama (ett nationellt nätverk i samverkan mot antibiotikaresistens) stödjer vårdverksamheterna i att ta ett samlat grepp om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. En fråga som tar allt mer av vårdhygiens tid i anspråk är infektionsrisker relaterade till nybyggnation eller renoveringsarbeten i vårdlokaler.

Patientsäkerhet
Region Jönköpings län har som mål att vara bland de ledande i Sverige och världen när det gäller patientsäkerhetsarbete. Den hälso- och sjukvård som utförs ska vara god och säker – överallt och alltid. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Det krävs ett kontinuerligt utvecklingsarbete med fokus på att uppnå säkerhet genom att optimera processer i vården samt på strategier för riskhantering. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för säkra arbetssätt för att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Figur XX Områden inom den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet



Vår organisation och vårt arbetssätt inom patientsäkerhet samordnas med det arbete som görs i nationellt, sjukvårdsregionalt och regionalt perspektiv i den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. En lokal samverkansgrupp tydliggör ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet. Ett viktigt utvecklingsområde är arbete med patientsäkerhet i anslutning till utvecklingen av den nära vården.

Viktiga framgångsfaktorer är att hälso- och sjukvården är personcentrerad, kunskapsbaserad, resultatorienterad samt organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Vi har följande strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet:

- utveckla och använda bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet
- arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt
- utveckla och använda arbetssätt för riskhantering

- utveckla och använda arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården för att skapa ett resilient system
- begränsning av vårdskadans skadeverkningar om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Fortsatt satsning på patientsäkerhetsutbildning av medarbetare och ledare på alla nivåer, samt utveckling och forskning i nationella och internationella nätverk möjliggör utveckling. Metodikum, Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, har en central betydelse för kompetensutveckling och teamträning. Patienters och brukares erfarenheter och kunnande tas tillvara för att utveckla nya arbetssätt.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, patientsäkerhetskultur, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, att förebygga skador av högriskläkemedel och olämplig polyfarmaci, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

Läkemedel
Region Jönköpings län arbetar på såväl lokal, regional och nationell nivå för att nå en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling och -användning. Målet är att ha behandlingsresultat i toppklass, men med en läkemedelskostnad som ligger i nivå med riket.

Nya läkemedel ger möjlighet till bättre behandling, men behöver vägas mot fortsatt ökade läkemedelskostnader. En osäker omvärld med ökat antal läkemedelsbrister innebär att arbetet med att trygga läkemedelsförsörjningen är fortsatt centralt. En patientsäker och kunskapsbaserad läkemedelsanvändning är av stor vikt. Omställningen till nära vård innebär samskapande med invånare där fokus ligger på att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet och proaktivt kring läkemedelsområdet.

Hjälpmedelsverksamhet

Området omfattar övergripande hjälpmedelsfrågor, verksamhet vid hjälpmedelscentral, audionommottagning och syncentral samt ortopedtekniska hjälpmedel. Hjälpmedelscentralen ansvarar för hjälpmedelsförsörjning till både Region Jönköpings läns verksamheter och till länets kommuner. Det är viktigt att den sammanhållna hjälpmedelsverksamheten fungerar på bästa möjliga sätt, för att kunna möta länsinvånarnas behov av hjälpmedel. Regelverket Hjälpmedel i Jönköpings län är gemensamt och målet är att länsinvånarna ska få samma möjlighet till hjälpmedel oavsett bostadsort och vem som är huvudman i det enskilda fallet.

Samverkan med kommunerna
Samverkan med länets kommuner sker utifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan. Tre strategigrupper inom områdena barn och ungdomar, psykiatri och missbruk samt äldre ansvarar för att omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsområden och utifrån årliga handlingsplaner genomföra aktiviteter i samverkan, där de gemensamma resurserna tas till vara på bästa sätt.

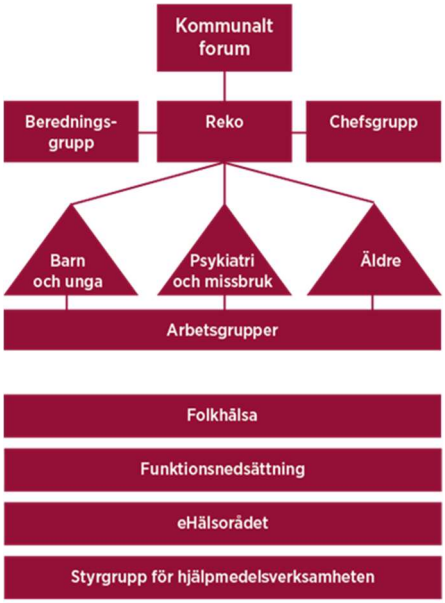
När allt mer vård ska ges nära hemmet finns behov av resurseffektiva arbetssätt. Befolkningsstrukturen med allt fler äldre invånare samt teknisk och digital utveckling kräver nya samverkansstrukturer. Vi arbetar i samverkan utifrån länsinvånarnas perspektiv genom att utgå från frågan "Vad är bäst för Esther?"

Det gemensamma arbetet utgår från värdegrunden:

- Vi utgår från patientens/brukarens behov.
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser.
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

Utöver de tre strategigrupperna finns grupper inom folkhälsa, funktionsnedsättning och e-hälsa samt en styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten.

Figur XX Kommunalt forum är ett nätverk med politiker från Region Jönköpings län och länets kommuner för samråd och inriktningsbeslut i frågor inom folkhälsa och sjukvård och regional utveckling



Arbetet som sker i samverkan med kommunerna är omfattande. Exempel inom strategigruppen Barn och unga är familjecentraler, barn- och ungdomshälsan, barnahus och ungdomsmottagningar inklusive ungdomsmottagning online. Strategigrupp Äldre leder arbetet kring Trygg och säker vård och omsorg samt palliativ vård i nära samarbete med vårdcentraler, kommuner och sjukhus samt i dialog med patienter och närstående. Detta är ett tydligt exempel på hur alla parter arbetar för att patienten ska få den bästa vården. Strategigrupp Psykiatri och missbruk leder samarbetet inom beroendevård med tillnyktringsenhet, beroendemottagning, sprutbytesmottagning och arbete kring våld i nära relationer.

En förstärkt och samordnad missbruksvård är avgörande för att förbättra livssituationen för personer med samsjuklighet där beroende och psykisk ohälsa samexisterar. Det kräver stärkt samverkan med länets kommuner, utveckling av integrerade team samt långsiktigt hållbara vårdstrukturer. I fokus står en personcentrerad, tillgänglig och likvärdig vård.

Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen
Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland) regleras i Samverkansnämndens reglemente, regionsamverkansavtalet och årliga överenskommelser med övergripande mål att:

- tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård
- främja och bidra till invånarnas hälsa
- främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen
- solidariskt hjälpa varandra.

Samverkansnämnden beslutar om vilken sjukvård som ska samordnas inom sjukvårdsregionen. Nämnden hanterar också samverkansfrågor inom exempelvis kompetensförsörjning, digitalisering, regional utveckling och dialog med statliga myndigheter. Regionsjukvårdsledningen bereder Samverkansnämndens ärenden och verkställer nämndens beslut genom direktiv till sjukvårdsregionala verksamheter och respektive region. Regionsjukvårdsledningen följer upp kvalitet, produktion och ekonomi.

De tre regionerna utökar det gemensamma arbetet inom sex strategiska områden:

- ledning och styrning
- patientens egenkraft och samskapande
- kunskapsstyrning

- långsiktig och hållbar arbetsfördelning
- effektiva processer
- attrahera och utveckla kompetenser.

Exempel på gemensamt arbete är operationsplanering, införande av dokumenterad överenskommelse med patienter, ledarutveckling, upphandling och digital utveckling. Det finns även ambitioner att samarbeta kring universitetssjukvård och nationellt högspecialiserad vård. I det ökade gemensamma arbetet ingår systematisk uppföljning och att samnyttja resurser med spetskompetens.

En stor del av den sjukvårdsregionala samverkan sker i regionala programområden. Programområdena konkretiserar sjukvårdsregionens patientlöften och verkar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård i hela sjukvårdsregionen. Programområdena stöds av fyra kunskapsråd med företrädare för regionernas sjukvårdsledningar och samverkansgrupper för exempelvis uppföljning och analys, digital utveckling, läkemedel och patientsäkerhet. I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning. Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Civil beredskap för hälso- och sjukvården
Hälso- och sjukvården är en samhällsviktig funktion med en central roll i det civila försvaret. Det är viktigt att upprätthålla funktionaliteten inom hälso- och sjukvården i krig. Om sjukvården inte fungerar får det konsekvenser för människors liv och hälsa. Det påverkar också försvarsmaktens förmåga att försvara Sverige då den civila sjukvården är nödvändig även för försvarsmaktens behov av sjukvård. Den civila hälso- och sjukvården ska vid krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå samt i de offentliga köken inneha kriskost, det vill säga mat som kan lagras minst 90 dagar utan kyla.

Lärande och förnyelse
I planen för framtidens hälso- och sjukvård är en av strategierna att leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans, men även att utveckla framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

För att garantera en god hälsa behövs samverkan med patient, närstående och brukarorganisationer liksom samverkan och helhetssyn mellan vårdgivare. Region Jönköpings län är en av två internationella knutpunkter för forskning och utveckling av detta arbete under benämningen co-production. Utvecklings- och kvalitetsarbetet med öppenhet, helhetssyn och samverkan, tydliga mål och tidplaner samt uppföljning är en nyckel till fortsatt utveckling.

Arbetet med värdeutveckling sker genom att öka kvalitet och minska kostnader, vilket förutsätter nya arbetssätt. Lärande och förnyelse är en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att vara lyhörd för idéer och förslag. Förbättringsarbetet är långsiktigt och präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, som omfattar ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan.

Inom hälso- och sjukvård görs översyn av olika specialistområden för att skapa en jämlik vård. Utgångspunkten för arbetet är folkhälsa och partnerskap med patienten. Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) är ett arbetssätt som utgår från våra invånares behov av vård och hjälper verksamheter att anpassa sina arbetssätt och processer för att leverera vård på ett tillgängligt, jämlikt, effektivt och hållbart sätt. Kostnad per patient (KPP) är ett exempel på ett uppföljnings- och analysverktyg för att styra resurser mot jämlikhet och kostnadseffektivitet. Utveckling av nya arbetssätt, fokus på innovation, hälsa och egenvård liksom Rätt använd kompetens (RAK) och digitalisering är även viktiga delar i planerna.

Forskning och utveckling
Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation. Därför stimulerar och finansierar vi sedan länge klinisk forskning och skapar stödresurser till kunskapsbaserad vård, till exempel biblioteksverksamhet. En effekt av det är att organisationen har många aktiva forskare och en mycket god vetenskaplig aktivitet, vilket bidrar till sjukvårdens kvalitet och attraktionskraft.

Den decentraliserade läkarutbildningen och universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har de senaste åren utvecklats allt mer och är av stor betydelse för den kliniska forskningen och den kliniska utvecklingen även i vår organisation.

För att stödja genomförande av klinisk forskning finns en klinisk prövningsenhet och en sjukvårdsregional stödstruktur för klinisk forskning, Forum Sydost.

Forskningsrådet i sydöstra sjukvårdsregionen, FORSS, ger projektmedel till länet för forskning och utveckling. Vi stödjer i likhet med övriga sjukvårdshuvudmän i Sverige nationellt sökbara forskningsmedel till klinisk behandlingsforskning.

Jönköping University och Region Jönköpings län har ett gemensamt arbete, Jönköping Academy, som idag är en etablerad nationell och internationell arena för samproduktion och spridning av kunskap som bidrar till bättre hälsa och välfärd. Genom forskning om förbättring, samskapande, patientsäkerhet och förändringsledarskap samt genom nyttiggörande av vunnen kunskap ska Jönköping Academy förnya och förbättra hälso- och sjukvård och välfärd till gagn för befolkningen.

Odontologiska Institutionen bedriver epidemiologisk och kliniknära forskning av hög kvalitet och med god spridning. Att fortsatt behålla välmeriterade medarbetare, god bemanning samt ett etablerat samarbete med andra akademiska institutioner, är nödvändigt för att garantera den vetenskapliga kompetens som förutsätts för att kunna erbjuda ST-verksamhet och forskning av hög kvalitet.

Då den nationella finansieringen av ST har förändrats, är det nödvändigt att Region Jönköpings län säkerställer fortsatt finansiering på kort och lång sikt. Detta för att attraktivitet och utbildningsförmåga över tid ska kunna garanteras och den kliniska specialistkompetensen bibehållas på nuvarande nivå. En långsiktigt säkerställd ST-verksamhet är också av vikt för att möta behovet av akademisk kompetens, liksom forsknings- och handledarkompetens till en planerad tandläkarutbildning i samverkan med Jönköping University.

Ekonomi
Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att nå målen. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. En god budgetdisciplin främjar en jämlik vård och resursfördelning och stöttar arbetet med en god kompetensförsörjning. Alla verksamheter har ett ansvar att hålla sin budget.

Det krävs lättillgänglig och rättvisande information om såväl prestationer som resultat. Då kan resurser ställas i relation till utförda prestationer och nådda resultat. Kostnad per patient (KPP) och kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) är viktiga stöd för en kostnadseffektiv verksamhet.

För att bedöma kostnadseffektivitet är det också viktigt att vi jämför oss med övriga regioner. Inriktningsmålet är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, samtidigt som vi levererar behandlingsresultat i toppklass.

De riktade statsbidragen inom hälso- och sjukvård är i vissa fall knutna till en nationell överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR), och i andra fall till förordningar från Socialstyrelsen. Överenskommelser fokuserar på identifierade områden som är viktiga för utvecklingen av den samlade hälso- och sjukvården i Sverige. Samarbetet mellan SKR och regeringen sker inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. Både överenskommelserna och förordningarna beslutas separat av regeringen, oftast i december för det kommande året. I besluten för de riktade statsbidragen, som kan vara ett- eller flerårigа, regleras insatser som regionerna behöver utföra för att erhålla statsbidragen samt hur insatserna ska återredovisas.

Patientavgifter
Hälso- och sjukvårdens avgifter, egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet redovisas i intranätet, på Region Jönköpings läns webbplats rjl.se/1177.se samt i särskild bilaga till budgeten.

Tandvårdstaxan
Tandvård bedrivs på en öppen marknad med fri prissättning och etableringsfrihet, med tandvårds- och

läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspris som utgångspris. Referenspriserna ligger till grund för beräkningen av hur stor del av kostnaden staten betalar inom högkostnadsskyddet vid en tandvårdsbehandling när kostnaderna enligt referenspris överstiger 3 000 kronor under en period på 12 månader. Region Jönköpings län avviker från referensprislistan med cirka 7 procent 2025. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköpings län en låg avgift i tandvårdstaxan.

Barntandvård inom allmäntandvård finansieras av barntandvårdspeng. Finansiering av specialiserad barn- och ungdomstandvård ingår i det regionala anslaget för specialisttandvård. Allmäntandvård för vuxna finansieras av patientavgifter och ersättning från den statliga tandvårdsförsäkringen.

Följande principer avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- Taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan.
- Den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika cirka 7 procent från referensprislistans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislistan inte höjas mer än normalt inför 2026.
- Frisktandvården ska vara självfinansierad.
- Barntandvårdspengen ökar med index.

Medborgare och kund

Skapa värde med kunder och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

Kunder är de som vår verksamhet ytterst finns till för: ”Esther med närstående”: invånare, deltagare, elever, patienter, besökare, resenärer, brukare etc.
Interna kunder: Kunder inom vår egen organisation
Intressenter: Samarbetspartners, företag, kommuner, andra regioner, privata vårdgivare, leverantörer etc.

Region Jönköpings län bör följa Socialstyrelsens riktlinje om ett bemanningsmål på 1100 patienter/distriktsläkare. Målsättningen bör vara att nå dit 2030. Regionen bör också främja fler distriktssjuksköterskor på vårdcentralerna. Att arbeta i team, distriktssköterskor och distriktsläkare där hela människan sätts i centrum, inte fragmenterat utifrån sjukdom, är en framgångsfaktor. Det främjar kontinuitet och i förlängningen bättre hälsa hos patienterna. Utifrån att allt fler uppgifter läggs i primärvården bör en större andel av sjukvårdens resurser läggas där.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag	Beskrivning
Gemensam dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.	För att skapa en tydlig och samordnad vård ska en dokumenterad överenskommelse erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Den klargör vem som gör vad och innehåller en sammanhållen planering, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och bokade tider i samråd.
Öka patientens kunskap om sin sjukdom.	Vi ska ha välinformerade och trygga patienter i hela Jönköpings län. Exempel på åtgärder är införandet av patientens kunskapsstöd och att skapa mötesplatser och nätverk för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående.

Uppdrag	Beskrivning
Ett treårigt projekt med en samordnare för omställningen till nära vård startas under 2024.	En operativ ledningsgrupp tillsattes under 2024 för att följa upp Budget och verksamhetsplan inklusive förflyttningen mot nära vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter	90 %	88	81,2	År
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver - Instämmer helt/delvis.	90 %	92 %	91 %	År
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region	75 %	79 %	82 %	År

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.	Invånaren ska genom 1177.se få en bättre tillgänglighet till sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. 1177 direkt, som är en e-tjänst för automatiserad symtombedömning, hänvisning och chatt, bidrar tillsammans med utveckling av 1177 på telefon till bättre tillgänglighet till sjukvårdsrådgivning.
Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon	Resultatet av utredningen kan leda till förändringar av arbetssätt för 1177 på telefon.
Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.	Tillgängligheten ska förbättras inom alla områden.
Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.	För patienter med stora vårdbehov ska det vara enkelt att komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt och de ska erbjudas särskilda kontaktvägar inom primärvården.
Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.	Ta fram en handlingsplan för att uppnå bemanningsmålet på 1 100 patienter per distriktsläkare senast 2030.
Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.	God tillgänglighet till den primära nivån och specialistnivå för utredning och behandling när det behövs. Detta inkluderar även habiliteringens utökade behov.
Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.	Det innebär en översyn över tillgängligheten och samarbetet inom 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdavdelningar/mottagningar, närakuter och vårdcentraler, samt samarbete med kommunerna. De äldre är en särskilt viktig målgrupp.
Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.	Detta innebär att det finns en ledig vårdplats när det behövs.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	85 %	89 %	Månad

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	69 %	72 %	Månad
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	73 %	75 %	Månad
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	78 %	79 %	Månad
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	71 %	72 %	Månad
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	90 %	91 %	89 %	Tertial
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	85 %	64 %	Månad

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra folkhälsan hos länets invånare.	Tillsammans med länets kommuner och civilsamhället arbeta med att skapa förbättringar utifrån lokala behov och gemensamma möjligheter och utmaningar.
Undersöka hur länets hälsocenters uppdrag kan utökas och förstärkas.	
Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.	Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare genom bland annat insatser från hälsokommunikatörer och med spridning och utveckling av konceptet Hälsoguider till fler kommuner. Öka den kulturella förståelsen inom hälso- och sjukvården om hur målgruppens behov kan skilja sig i bemötande i förhållande till andra. Beakta särskilt hur arbetet sker i socioekonomiskt utsatta områden.
Förbättra barn och ungas hälsa.	Arbetet för barn och ungas hälsa behöver fortsätta att utvecklas. För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras exempelvis områden som att fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Exempel på aktiviteter är spridning av elevhälsocentraler. Inför ett obesitasteam är ett annat exempel. Ungdomsmottagningen ska arbeta tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler för att arbeta mer förebyggande.
Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.	Familjecentralerna genomför utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler och arbetar uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.
Främja äldres hälsa.	Arbeta riktat mot äldre för att främja äldres hälsa, identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid och ofrivillig ensamhet. Fokus även på levnadsvanor, framförallt stillasittande och äldres alkoholvanor. Nya samverkansformer etableras och utvecklas med fokus på ett äldrevänligt län och ett äldrevänligt hälso- och sjukvårdssystem.
Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.	Arbeta aktivt med att sprida gemensamt framtagna arbetssätt för att arbeta proaktivt inom nära vård. Utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner och stärka den lokala samverkan mellan

Uppdrag	Beskrivning
	vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården. Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
Förbättra tandvården för patienter med särskilda behov.	Hos många patienter med särskilda behov finns möjlighet att förbättra munhälsan betydligt, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner
Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.	Folktandvården ska vara ute på förskolor och kommunicera vikten av förebyggande tandvård.
Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.	Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. Ett kontinuerligt arbete görs för att säkerställa att så sker.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Andel approximalt kariesfria 19-åringar	70 %	75 %	72 %	År

Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, identifierar grundorsaker till problem och medverkar till att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.	Implementering av digitala tjänster och system ska utgå från invånarnas och verksamheternas behov och ske på ett för verksamheten kostnadseffektivt sätt som också bidrar till kvalitetsförbättringar av vården. I arbetet ingår bland annat att införa lösningar och nya arbetssätt för ordinerad egenmonitorering, digitala kallelser, digital patientinformation, sammanhållen planering och webtidbok. I Cosmic införs nya mer effektiva sätt att dokumentera och möjliggöra daglig styrning i vården genom realtidsdata.
1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.	Vårdcentralerna är invånarnas huvudingång till vården. Genom 1177.se når invånaren sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. Genom att logga in på 1177.se kan invånaren bland annat läsa sin journal, kommunicera med vården, förnya recept och boka, omboka eller avboka tider.
Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.	Vårdens framgång avgörs av hur väl vi samverkar utifrån patientens behov. Målet är att Esther ska uppleva vården som ett sammanhållet system med tydlig samordning och kontinuitet. Ett

Uppdrag	Beskrivning
	arbete pågår för att skapa möjligheter för att ha dialog mellan de som arbetar i primärvården och på sjukhusen. Systemet utvecklas att även förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag	Beskrivning
Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor med minskad klimatpåverkan.	Stöd till vården i det systematiska arbetet med att uppmärksamma, åtgärda och följa upp personer som har behov av stöd till levnadsvaneförändring. Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv. Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Även uppmärksamma invånare om betydelsen av hur hälsosamma matvanor stämmer överens med hållbara matvanor ur ett miljöperspektiv.
Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.	Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändigt för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen.
Samordna och utveckla arbetet kring suicidprevention i länet.	En nyligen framtagen Regional handlingsplan ligger till grund för Region Jönköpings läns suicidpreventionsarbete. Arbetet sker i samarbete med länets kommuner.
Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.	Vaccinationer är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. Vaccination mot influensa och covid-19 erbjuds inför vintersäsongen. Pneumokockvaccination är nu ett nationellt program och erbjuds året runt.
~~Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.~~	~~Antalet fall av TBE ökar och smittan breder ut sig över större delar av länet. Effektiva vaccin finns för både barn och vuxna. Sedan 2024 erbjuds kostnadsfri vaccination mot TBE för barn mellan 3 och 18 år.~~
Utveckla arbetet med kulturunderstödd rehabilitering (KUR) i samverkan med vård och civilsamhälle	Regionen ska främja och utveckla möjligheten till kulturunderstödd rehabilitering som en del av det hälsofrämjande och rehabiliterande arbetet. KUR kan utformas i samverkan mellan vården, kulturverksamheter och det civila samhället, och erbjuder en väg till återhämtning som komplement till annan behandling.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.	Målet är god och säker vård, överallt, alltid. Kontinuerligt arbete för att bibehålla och stärka de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhet; engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare behöver ske i samverkan över länet.

Uppdrag	Beskrivning
Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.	Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) arbetar för en rationell antibiotikaanvändning. Antibiotikaförbrukningen i öppen och sluten vård följs upp och återkopplas till verksamheterna. Bland annat görs årliga besök till varje vårdcentral där diagnoskopplad förskrivning redovisas på förskrivarnivå. Genom konceptet ”Antibiotikasmart” stöttas enheterna att själva arbeta med vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning.
Agera för en säker läkemedelsanvändning.	För att minska negativa händelser orsakade av läkemedel sker arbetet med att minska olämplig polyfarmaci, förebygga fel i vårdövergångar och minimera skador orsakade av högriskläkemedel.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Vårdprevention	90 %	Resultat saknas	Resultat saknas	Tertial

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård	Underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap. Minska variation med hjälp av resultatjämförelser och gemensamma kunskapsstöd. Öka patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Effektivisera samverkan mellan vårdnivåer och öka samverkan med kommunerna. Ett prioriterat område är omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar.
Den lokala sjukhusledningen ska ha ett tydligt mandat i lokala frågor.	En lokal sjukhusledning finns på respektive sjukhus för att identifiera och samordna sjukhusgemensamma frågor.
Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.	Standardiserade vårdförlopp handlar om att personer med misstänkt cancer ska mötas av en välorganiserad, helhetsorienterad, professionell process, utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Speciellt fokus ligger på att förbättra ledtiderna samt stärka rehabiliteringskedjan.
Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	En effektiv vård utvecklas inom länet så att behandling kan ges så nära patienten som möjligt med bibehållen hög patientsäkerhet.
Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.	Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län. Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) samverkar med länets kommuner och primärvård i utvecklingen av den palliativa vården.
För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.	Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på föräldrars olika behov från graviditet till förlossning och eftervård. Personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap
Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.	Exempel på utvecklingsområden är - bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom - utveckla utredning, stöd och behandling för personer som har eller som riskerar utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) - införa vård och insatsprogram för psykiatrisk sjukdom.
Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.	För att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning sker kontinuerligt arbete med lokaler, logistiklösningar, lagernivåer och information. Arbete pågår ständigt kring tillgänglighet av

Uppdrag	Beskrivning
	läkemedel, t.ex restnoterade läkemedel och kontinuitet samt med att uppnå en klok läkemedelsanvändning ur miljösynpunkt.
Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.	För att uppnå en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling sker dialog med verksamheterna, upphandling av läkemedel och ordnat införande utifrån nationella, regionala och lokala avtal.
Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.	För att öka patientdelaktighet i läkemedelsbehandlingen i den mån patienten önskar, kan och vill, bedrivs insatser kring att samskapa vård med invånare. Fokus ligger på att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet och proaktivt, till exempel genom omställningen till nära vård.
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.	Handlingsplanen för att stärka länsklinikerna följs årligen.
Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.	Genom ett hälsoekonomiskt angreppssätt ska vi minska över-, under- och feldiagnostik och behandling. Minska lågvärdesvård, och främja patientcentrerad vård (involvera patienterna i beslut av diagnostik och behandling), ökad grad av evidensbaserad praxis. En informationskampanj, likt den kring antibiotikaanvändningen, för att upplysa invånarna om kloka kliniska val skulle vara av stort värde.
Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.	Övergången från barn till vuxen inom somatisk vård, habilitering, primärvård, psykiatri behöver förbättras och ske på ett strukturerat sätt.
Säkerställa att patienter med rätt till nationellt högspecialiserad vård erbjuds tillgång till dessa insatser	Regionen ska ha rutiner och kunskap på plats för att identifiera patienter som uppfyller kriterierna för nationellt högspecialiserad vård (NHV), och säkerställa att dessa erbjuds tillgång till dessa insatser när det är aktuellt. Exempelvis gäller detta patienter med långvarig och svårbehandlad anorexia.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Indikatorer i öppna jämförelser	60 %	48,4 %	70,5 %	År
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	33 %	43 %	Månad
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	70 %	97 %	91 %	Månad

Lärande och förnyelse

Förbättra verksamheten och skapa innovationer
En verksamhet som är framgångsrik och hållbar över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dig. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag	Beskrivning
Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.	Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) är en arbetsmetod för att utifrån patientperspektiv på ett resurseffektivt sätt anpassa verksamheters planering och arbetssätt, för att uppnå en sammanhållen vård över verksamhetsgränser.
Ta ett större ansvar för prioriteringar.	Vid införandet av vårdförlopp ska horisontella prioriteringar alltid göras för att få en bättre bild av helheten och skapa effektivitet samt undvika undanträngningseffekter. Prioriteringscentrum pekar tydligt på att regionerna måste använda horisontella prioriteringar för att klara av kompetensutmaningen. Sydöstra sjukvårdsregionens bör ta ansvar för att organisera arbetet.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter.	Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning.

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag	Beskrivning
Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård. Även stödja innovation i små och medelstora företag samt vårdverksamheter.	En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård. Stödja professur på Jönköping Academy.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Antal forskarutbildade medarbetare	>125	156	167	År
Antal publikationer	>150 st.	161	175	År

Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald. Utifrån att allt fler uppgifter läggs på primärvården bör också en större andel av sjukvårdens resurser läggas där. Av tillgänglig finansiering för hälso- och sjukvården ska 30 % läggas på primärvården senast 2030.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Se över att resurserna har en jämlik fördelning utifrån länsinvånarnas behov av vård och tar hänsyn till landsbygdernas särskilda förutsättningar.	Budgeten kan justeras utifrån förändrade behov och införandet av nya arbetssätt.
Upprätta plan för att öka andelen finansiering avsätt för primärvården.	Av tillgänglig finansiering för hälso- och sjukvården ska 30 % läggas på primärvården senast 2030.

Mätetal	Målvärde	Resultat 2023	Resultat 2024	Periodicitet
Ekonomi i balans	0 mnkr	-322 mnkr	-225 mnkr	Månad
Prognos	Inte överstiga budget			Tertial

Finansiella rapporter

(SKA UPPDATERAS).

Det övergripande finansiella målet för god hushållning är att Region Jönköpings län över tid ska finansiera investeringarna med egna medel. Utgångspunkten är att Region Jönköpings läns verksamheter inte kostar mer än vad som kan finansieras genom skatteintäkter och statsbidrag.

RESULTATBUDGET

Resultatbudgeten omfattar verksamhetsförändringar som redovisats i tidigare avsnitt. Pris- och löneförändringar liksom förändringar i skatteintäkter och kommunal utjämning för åren 2026–2028 är baserade på Sveriges Kommuner och Regioners bedömningar per april 2025.

Tabell XX Resultaträkning

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Verksamhetens nettokostnad	-15 083	-15 344	-15 830	-16 386	-16 874
Skatteintäkter	10 834	11 350	11 683	12 195	12 688
Kommunal utjämning o statsbidrag	4 156	3 878	4 209	4 301	4 450
Verksamhetens resultat (före finansnetto)	**-93**	**-116**	**62**	**110**	**264**
Finansnetto	-28	153	257	165	151
Resultat	**-121**	**37**	**319**	**275**	**415**

Tabell XX Kassaflöde

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Den löpande verksamheten					
Årets resultat	-121	37	319	275	415
Avskrivningar	577	572	641	666	671
Avsättningar (netto)	1 248	393	69	166	199
Rörelsekapitalförändring och pensionsplacerings förändring	-1 047	-388	-450	-450	-450
Kassaflöde från löpande verksamhet	**657**	**614**	**579**	**657**	**835**
Investeringsverksamhet	-1 492	-1 263	-994	-961	-1 105
Förändring långfristiga fordringar och skulder	620	-3	-3	-3	-3
Förändring likvida medel – kassaflöde rörelseplaceringar	**-215**	**-652**	**-418**	**-306**	**-272**

Tabell XX Balansbudget

miljoner kronor	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Tillgångar					
Anläggningstillgångar	8 242	8 933	9 286	9 581	10 015
Omsättningstillgångar	12 772	12 508	12 540	12 684	12 862
– varav finansiella omsättningstillgångar	11 430	11 166	11 198	11 342	11 520
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 826**	**22 265**	**22 877**
Eget kapital, avsättningar och skulder					
Eget kapital	9 072	9 109	9 428	9 704	10 120
Avsättningar (pensioner mm)	7 855	8 248	8 317	8 483	8 682
Skulder	4 087	4 084	4 081	4 078	4 075
Summa	**21 014**	**21 441**	**21 826**	**22 265**	**22 877**

Tabell XX Finansiella nyckeltal

procent	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Resultat i förhållande till skatt och statsbidrag	-0,8%	0,2%	2,0%	1,7%	2,4%
Nettokostnadsförändring	12,4%	1,7%	3,2%	3,5%	3,0%
Skatteintäkter och statsbidrag/ utjämning -förändring	5,2%	1,6%	4,4%	3,8%	3,9%
Soliditet	43,2%	42,5%	43,2%	43,6%	44,2%

FULLFONDERING

Tabell XX Resultaträkning

Tabell XX Kassaflöde

Tabell XX Balansbudget

Tabell XX Finansiella nyckeltal

Regionfullmäktiges direktiv till styrelse och nämnder avseende budget 2026

GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER

Beräkning av verksamhetens nettokostnad

Utgiftsramarna per nämnd och verksamhetsområde utgår från beslutad budget för 2025 med hänsyn tagen till beslutade förändringar under året samt de utökningsramar som påverkar.

Regionfullmäktige fördelar budgeten på nivåerna regionstyrelse och nämnder samt utgiftsramar per verksamhetsområde. Utgiftsramarna är uppräknade med index för kostnadsökningar avseende löner och priser (LPIK: Löne- och prisförändringar för regioner) vilket fastställs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Utgiftsförändringar i budgeten för 2026 finns specificerade i tabell X sidan XX.

Generella och riktade statsbidrag

Huvudprincipen för generella, riktade statsbidrag och förordningar är att de är en del av finansieringen för Region Jönköpings län.

Regionstyrelsen och nämndernas ansvar

Regionstyrelsen ska leda och samordna förvaltningen av Region Jönköpings läns angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas och de regionägda bolagens verksamhet. Regionstyrelsen och nämnderna har att fatta beslut inom ramen för Budget med verksamhetsplan 2026.

Regionstyrelse och nämnder har befogenhet att inom nämndens totala budgetram under året göra förändringar mellan verksamhetsområden i de fall det är en del i att uppnå fullmäktiges beslutade Budget med verksamhetsplan 2026. Utöver det har regionstyrelse och nämnder befogenhet att inom ram under året göra förändringar till följd av oförutsedda händelser eller annan händelse, som till sin karaktär eller av tidsskäl inte kan avvakta beslut i regionfullmäktige.

Regionstyrelsens anslag för oförutsedda utgifter med mera uppgår till 44 miljoner kronor. Detta är avsatt för större oförutsedda händelser som kräver att Region Jönköpings län tar ansvar och kan behöva göra något utöver det som tidigare beslutats.

Regionstyrelsen har att pröva frågan om medel ska anvisas för ökade lokalkostnader i anslagsfinansierad verksamhet till följd av större fastighetsinvestering. Samma gäller vid ökade kapitalkostnader i anslagsfinansierad verksamhet till följd av större inventarieinvestering. Finansiering sker med utrymme för ökade avskrivningskostnader.

Partistöd och partianslag

Partianslag

I syfte att ge de partier som är företrädda i regionfullmäktige förutsättningar för partigruppsarbete så anvisar regionfullmäktige en årlig budget.

Det totala partianslaget beslutas i budget och fördelas vidare till respektive parti. Beräkningen fastslås i RJL 2021/857, Arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län.

- 2 % av totala budgetbeloppet fördelas proportionerligt till de partier som representerade i fullmäktige
- Resterande del fördelas utifrån antal mandat.

Respektive partigrupp äger rätt att fritt disponera anvisade medel för ändamål som är värdeskapande för det politiska uppdraget inom Region Jönköpings län. Detta kan som exempel avse

- gruppmöten för beredning av ärenden inför beslut och framtagande av planer/strategier
- kompetensutveckling (föreläsningar, deltagande i konferenser)
- arvodering av enskild ledamot för särskilda uppdrag.

Ersättning till förtroendevalda för partigruppsarbete bör inte överstiga de nivåer som anges i beslutade

arvodesregler. Respektive partigrupp kan besluta om lägre nivåer om ekonomin eller andra förutsättningar motiverar en sådan avvikelse.

Reglering av över- och underskott:

- Årliga avvikelser som uppstår mellan anvisad budget och faktisk kostnad balanseras till påföljande år
- Efter sista året i varje mandatperiod ska eventuellt underskott regleras.

Det är respektive partigrupp som beslutar hur underskott ska regleras. Exempel på reglering är att nya regiongruppen under kommande mandatperiod förbrukar motsvarande lägre belopp eller att reglering helt eller delvis sker genom avdrag på partistöd. Om reglering ska ske genom avdrag på partistöd förutsätts överenskommelse med länsorganisationen.

Vid överskott får viss del överföras till ny mandatperiod. I RJL 2018/3172 beslutades:

- Godkänna att 10 000 kr per mandat för 2018 med ett maximalt belopp om 200 000 kr per parti förs över till mandatperioden 2019-2022 samt att
- Samma regelverk för överföring av partianslag ska gälla även efter valet 2022.

Partistöd

För att stärka den kommunala demokratin får kommuner och regioner ge ett ekonomiskt bidrag och annat stöd till politiska partier. Partistöd får ges till de politiska partier som är representerade i fullmäktige och som är en juridisk person. Ett parti är representerat om den fått mandat i fullmäktige.

Regionfullmäktige anvisar årligen en ram för partistöd, se beslut från landstingsstyrelsen LJ 2014/1422

- Varje parti som är representerat i fullmäktige erhåller ett grundstöd på 25 000 kr
- Resterande del av ramen delas med 81 (antal ledamöter).

Partistöd får ges också till ett parti som har upphört att vara representerat i fullmäktige, dock endast under ett år efter det att representationen upphörde. Kommunallag 2 kap 29§. Lag (2019:835).

För Region Jönköpings län del tillämpas dessa regler i enlighet med kommunallagen. Praktiskt tillvägagångssätt är att det parti som lämnar fullmäktige får en så kallad fallskärm och får sitt senaste partistöd uppräknat med nästa års fastställd uppräkningsfaktor. Den totala ramen för övriga partiet minskas med detta belopp där de proportionerligt bidrar till en fallskärm under år 1.

Regionen ska enligt kommunallagen kontrollera att partistödet som utbetalats används för att stärka den regionala demokratin. Syftet med lagen är att visa hur partiernas stöd används mer transparent. Detta ska ske i form av en årlig redovisning tillsammans med en granskningsrapport. Granskningen görs av den redovisande organisationens utsedda kontrollant, exempelvis revisor eller utsedd representant av partiet.

Uppföljning/ internkontroll

Månadsrapport och delårsrapport är en del av internkontroll. Regionstyrelse och nämnder ska genom månadsrapporter från förvaltningen löpande följa verksamhet och ekonomi. Efter april ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en månadsrapport som innehåller en ekonomisk helårsprognos. Efter augusti ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en delårsrapport med sammanfattning av hur verksamheten utvecklas mot de mål som anges i budgeten samt ekonomisk helårsprognos. För helåret ska regionstyrelsen lämna årsredovisning till regionfullmäktige.

I delårsrapporten efter augusti och i årsredovisningen ska återrapporteringen spegla regionfullmäktiges fördelning per nämnd, i årsredovisningen även per verksamhetsområden.

Regionstyrelsen ska genom sin uppsiktsplikt följa övriga nämnders verksamhet och ekonomi. Nämnd med låg måluppfyllelse avseende systemmätetal, oavsett perspektiv inom balanced scorecard, ska i samband med månadsrapport per april, delårsrapport per augusti samt i samband med verksamhetsberättelsen per december i protokollet till ärendet beskriva vilka åtgärder nämnden vidtagit eller avser att vidta i syfte att nå förbättrad måluppfyllelse. Med låg måluppfyllelse avses i

första hand systemmätetal som inte har full måluppfyllelse. Protokollet delges regionstyrelsen inför dess behandling av månadsrapport per april, delårsrapport per augusti samt årsredovisning. Nämndens ordförande redogör även muntligen vid styrelsens sammanträde för åtgärderna.

Regionstyrelsen ska enligt kommunallagen utöva uppsikt över de regionägda bolagen på samma sätt som styrelsen har tillsyn över den verksamhet som bedrivs inom den egna organisationen. Uppsiktsplikten innebär att regionstyrelsen ska hålla sig informerad om bolagens verksamhet och hur bolagens förhåller sig till gällande styrdokument och lagstiftning. Regionstyrelsen ska även för varje bolag i årliga beslut, bedöma om den verksamhet som bolaget bedrivit under året varit förenlig med det kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Kommunala koncernföretag

Region Jönköpings län har valt att bedriva viss verksamhet i annan form, till exempel som aktiebolag. Kommunallagen ställer krav på inflytande och kontroll över all kommunal verksamhet, även den som ägs och bedrivs i annan form. Regionen följer löpande upp verksamheten bland annat i årsredovisningar. För de regionala bolagen genomförs även regelbundna dialoger med bolagsledningarna samt årliga uppsiktsärenden där regionen också analyserar om bolagen har verkat inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Tabell XX Region Jönköpings läns kommunala koncernföretag, ägarandel över 20 %

Företag	Ägarandel (%)
Smålands Turism AB	100
RJL Älghunden 4 AB	100
RJL Tågdepån Nässjö AB	100
Jönköpings Airport AB	50
ALMI Företagspartner Jönköping AB	49
Bostadsbyggen i Jönköping AB	49
TvNo Textilservice AB	49

Tabell XX Budget 2026 per nämnd och verksamhetsområde i miljoner kronor

	Aktuell budget 2025-04 mnkr	Budget 2026 mnkr
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA)		
Centralt budgeterade anslag	-163	-166
Utbildning och kultur	-137	-147
	-299	**-313**
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö (TIM)		
Centralt budgeterade anslag	-12	-12
Jönköpings länstrafik	-1 326	-1 405
	-1 337	**-1 417**
Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)		
Centralt budgeterade anslag	-3 959	-4 174
RO20 Privata vårdgivare	-59	-60
Folktandvården	-151	-152
Medicinsk vård	-3 201	-3 248
Kirurgisk vård	-3 414	-3 470
Psykiatri rehab o diagnostik	-1 511	-1 541
Vårdcentralerna Bra Liv	0	0
	-12 295	**-12 644**
Regionstyrelsen (RS)		
Centralt budgeterade anslag	-312	-421
Regionledningskontoret	-643	-656
IT-centrum	-11	-11
Verksamhetsstöd och service	-360	-367
	-1 326	**-1 454**
Parlamentariska nämnden (Politisk verksamhet)	-0,2	-0,2
Patientnämnden (Politisk verksamhet)	-1,5	-1,5
Verksamhetens nettokostnad	**-15 259**	**-15 830**
Skatteintäkter och utjämning	**15 228**	**15 892**
Verksamhetens resultat (före finansnetto)	**-31**	**62**
Finansnetto	**68**	**257**
Årets resultat	**37**	**319**

REGIONSTYRELSEN OCH NÄMNDERNAS ANSVAR – EGNA VERKSAMHETSOMRÅDEN

Budget för egna verksamhetsområden

Regionfullmäktiges beslutade Budget med verksamhetsplan 2026 anger utgiftsramar och verksamhetsmål som ska nås för Region Jönköpings läns samlade åtagande, oavsett vem som utför verksamheten. Regionstyrelsen har ansvar för att samordna arbetet med förvaltningsbudget i vilka verksamhetsuppdrag och budget konkretiseras. För de delar av verksamheten som utförs i egen regi, ska styrelse och nämnder senast i november anta styrelse respektive nämndens verksamhetsplan och godkänna budgeterade anslag för styrelsen respektive nämnders ansvarsområden.

Budgetprinciper för verksamhet i egen regi, ersättningsformer

Huvudsakligen ges ett budgeterat anslag till respektive verksamhetsområde. Några verksamhetsområden omfattas helt eller delvis av andra ersättningsformer. Regionstyrelse och nämnder har att tillämpa följande former för fördelning av budget till verksamhetsområden (tabell XX sidan XXX).

Tabell XX Ersättningsformer

Verksamhetsområde	Anslag	Annan ersättning
Hälso- och sjukvård		
Vårdcentralerna Bra Liv		Primärvård som ingår i vårdval ersätts enligt Primärvård inom vårdval i Jönköpings län.
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	Budgetram för psykiatri Budgetram vid specifika uppdrag (till exempel mammografi).	Intäkter från köpande enheter (diagnostik)
Folktandvården	Budgetram för vissa delar av specialisttandvården: - tandvård som inte kan finansieras genom intäkter från patient och försäkring - forskning och utveckling - utbildning av specialist-tandläkare med flera. Budgetram för vissa delar av allmäntandvården: - utbildningsansvar - läkemedel - tolkkostnader - underskottskliniker	Allmäntandvård och specialisttandvård för vuxna finansieras av patientavgifter enligt fastställda taxor och ersättning från den statliga tandvårds-försäkringen. Barntandvårdspeng enligt fastställd nivå. Rörlig ersättning för nyutexaminerade tandläkare och tandhygienister.
Medicinsk vård	Budgetram	
Kirurgisk vård	Budgetram	Basuppdrag inom Specialiserad ögonsjuk-vård (öppenvård) bedrivs inom vårdval och ersätts enligt regelboken ”Ögonsjuk-vård inom vårdval i Jönköpings län.
Regional utveckling		
Verksamhet inom Regional utveckling, utbildning och kultur	Budgetram	Naturbruksskolor finansieras via elevpeng.
Länstrafiken	Budgetram	
Övrigt		
Politisk verksamhet	Budgetram	
Interna serviceverksamheter: IT-centrum, Regionledningskontoret, Verksamhetsstöd och service	Budgetram för vissa delar	Intäkter från köpande enheter för vissa tjänster

RESULTATBALANSERING

För anslagsfinansierad verksamhet avslutas budgetåret utan att årets resultat förs vidare till ett resultatsaldo. Samma princip gäller för de intäktsfinansierade serviceverksamheterna.

För verksamheter i egen regi inom vårdval Jönköpings län förs årets nettoresultat vidare i ett resultatsaldo till kommande år. För Folktandvårdens konkurrensutsatta delar förs årets nettoresultat vidare i ett resultatsaldo till kommande år. Regionstyrelsen fastställer resultatet i samband med behandling av årsredovisning. Om det ackumulerade saldot är negativt ska en åtgärdsplan upprättas med en plan för återställande inom tre år. Åtgärdsplanen fastställs av respektive nämnd och delges regionstyrelsen.

Naturbruksskolorna är inte anslagsfinansierade utan bedriver verksamhet genom eleversättningar från elevernas hemkommuner samt övriga intäkter. Nettoresultatet i sin helhet förs därför vidare till ett

resultatsaldo.

Tandvård

Folktandvårdens prissättning bör inte avvika för mycket från TLV:s (Tandvård- och läkemedelsförmånsverket) referenspriser för att inte påverka högkostnadsskyddets ogynnsamt för den enskilde. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på självkostnad

I självkostnaden för Folktandvården ska av konkurrensskäl mervärdeskatt ingå, trots att den kommunala sektorn har generell avdragsrätt för mervärdesskatt. Avdragsrätten redovisas därför tekniskt som en intäkt utanför Folktandvården. För 2026 är denna beräknad till xx miljoner kronor ***(SKA UPPDATERAS)***.

INVESTERINGAR

Beslut och genomförande

Regionfullmäktige beslutar om en årlig investeringsram och budget utifrån målet om egenfinansiering över en period om 10 år. Den beslutade ramen är fördelad mellan fastigheter och inventarier.

I budget beskrivs en investeringsplan över fem år. Första året är en fastställd investeringsram och budget och år två till fem är en plan (tabell XX sidan XXX).

Regionfullmäktige beslutar om alla enskilda investeringsärenden över 20 miljoner kronor och investeringsärenden som är av principiell karaktär. Regionstyrelsen beslutar investeringsärenden över fem miljoner kronor upp till 20 miljoner kronor. Under året sker återkoppling om planeringsprocessen.

Regionstyrelsen beslutar löpande under året om genomförande av investeringar. Regionstyrelsen har att, utifrån finansiellt mål om egenfinansiering av investeringar, tillse att investeringar som beslutas ryms inom beslutad investeringsram och budget samt beakta hur dessa påverkar kommande års investeringsutrymme i lagd plan. Berörd nämnd ska ges möjlighet att yttra sig innan regionstyrelsen fattar beslut om genomförande av en investering.

Inventarier

Utrymmet för inventarier är fördelat mellan ospecificerade investeringar och specificerade investeringar. Beslut om specificerade investeringar ska fattas av regionstyrelsen. Beslut om ospecificerade investeringar fattas i verksamheten.

Ospecificerad investering:
60 tusen kronor - 5 miljoner kronor

Specificerad investering:
Över 5 miljoner kronor

Fastigheter, ombyggnationer

Årliga insatser som görs för att vidmakthålla befintlig standard betraktas som fastighetsunderhåll. Ombyggnader och utbyten av komponenter eller åtgärder som avsevärt förbättrar tillgångens prestanda betraktas som investering. Begränsade utgifter (lägre än 0,6 miljoner kronor) ska direkt avskrivas.

Uppföljning
Regionstyrelsen ska följa upp investeringar mellan 5 - 10 miljoner kronor genom anmälningsärenden från förvaltningen. För investeringar över tio miljoner kronor ska Regionstyrelsen till regionfullmäktige upprätta en särskild slutredovisning. I slutredovisningen görs en avstämning mot budget samt ekonomiska och kvalitetsmässiga effekter av investeringen.

Tabell XX Investeringsbudget 2026 och plan 2027-2030

Miljoner kronor	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030
Fastigheter om- och nybyggnation	911	870	1 050	903	955
Övrigt, ej egen investering	0	0	0	100	0
Inventarier	265	265	265	265	265
TOTAL INVESTERINGSKALKYL	**1 176**	**1 135**	**1 315**	**1 268**	**1 220**
- varav pågående/beslutade projekt	816	419	283	265	265
- utrymme för nya beslut	178	542	822	822	764
BERÄKNAD UTBETALNING	**994**	**961**	**1 105**	**1 087**	**1 029**

AVGIFTER OCH PRISER

Avgifter och priser för hälso- och sjukvård, tandvård, kultur och kollektivtrafik redovisas i bilagor till Budget med verksamhetsplan 2026. Hälso- och sjukvårdens avgifter redovisas förutom i bilaga, även på Region Jönköping läns webbplatser. Om behov uppstår att under året förändra avgifter ska dessa förändringar beslutas av regionfullmäktige. Beslut om tillfälliga prisförändringar/erbjudanden inom kollektivtrafik och folktandvård kan fattas av respektive nämnd.

Bilagor som beslutats i fullmäktige i anslutning till beslut om budget 2026:

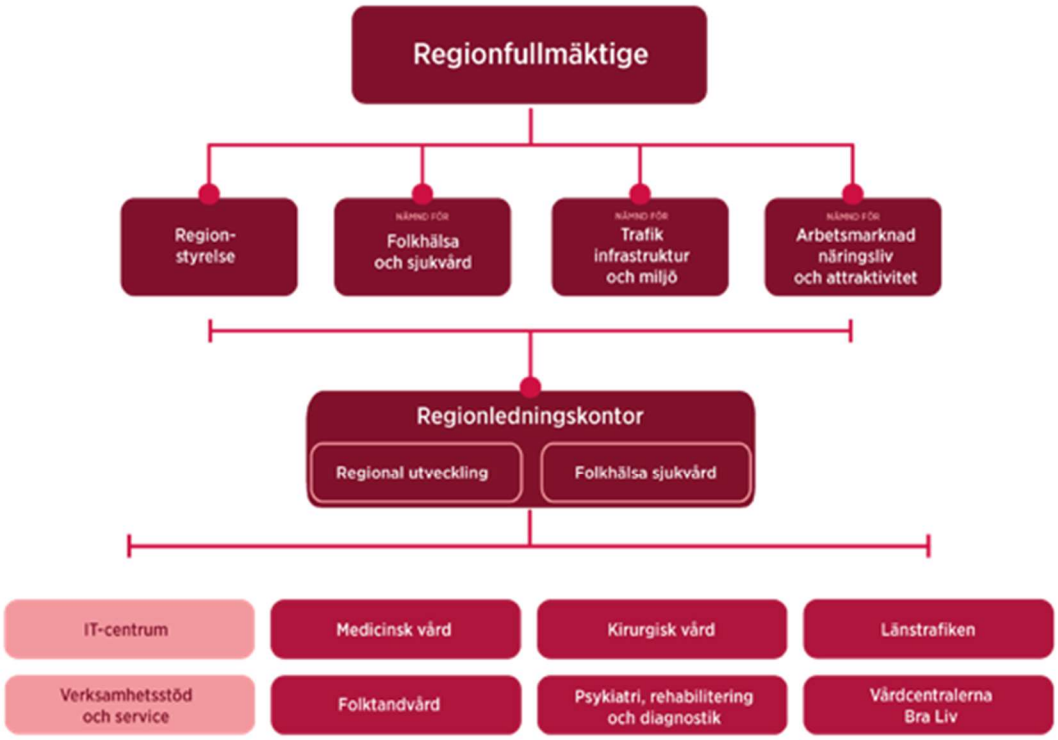
- patientavgifter i hälso- och sjukvården
- tandvårdstaxa folktandvården
- egenavgifter och bidrag hjälpmedel
- regelbok – Primärvård inom vårdval i Jönköpings län
- regelbok – Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län
- kollektivtrafikpriser
- regelverk sjukresor, färdtjänst, riksfärdtjänst
- principer för prissättning vid Kulturhuset Spira
- avgifter för internat, kost och logi, vid Region Jönköpings läns skolor

Bilagor



RSAU: Regionstyrelsens arbetsutskott, RS: Regionstyrelsen, RF: Regionfullmäktige

Översikt över styrning och organisation för Region Jönköpings län.



Tankar kring föreslagen budget från Fysioterapeuterna

Folkhälsa och sjukvård

I det hälsofrämjande arbetet är det viktigt att inte enbart se till sin egen budget utan samarbeta i planeringen över nämnderna. En stor del i det hälsofrämjande arbetet kan ske genom en infrastruktur som främjar aktivitet och aktiva transporter. Regionen bör underlätta för invånarna att välja de hälsomässigt och miljömässiga bättre alternativen genom en god planering kring exempelvis cykelbanor och kollektivtrafik. Regionen bör även hjälpa befolkningen att skapa hälsofrämjande rutiner tidigt genom insatser i skolan där fysioterapeuter bör vara en given profession i Elevhälsovården för att stötta skolpersonal och elever mot insatser som främjar hälsan.

Satsningen mot kvinnohälsovården och förlossningsvården ser vi positivt på men ser även här att man inte ska glömma bort fysioterapeuter i vården både under graviditet och efter förlossning. Kvinnohälsovården är idag eftersatt särskilt när det kommer till insatser för bäckenbotten som kan minska invånarens långvariga lidande på grund av förlossningsskador, inkontinens och besvär under graviditet, vilket med stöd från fysioterapeut kan minskas. Kvinnor behöver stöd i hur de kan och får träna under sin graviditet samt efteråt av fysioterapeuter med god kännedom om dessa besvär. Idag råder brist på fysioterapeuter kopplade till Kvinnokliniken och i primärvården kan kunskap samt förutsättningar kring att arbeta med bäckenbotten saknas.

Regionen behöver se över vilka kompetenser inom rehabilitering som behövs och genom utbildningsinsatser såsom masterutbildningar inom kvinnohälsa, onkologi, andning, geriatrik m.m. se till att bredda kunskapen bland regionens fysioterapeuter för att ge den bästa, mest kostnadseffektiva vården till befolkningen i enlighet med rådande evidens.

Den äldre befolkningen i regionen kan behöva extra hjälp både när det kommer till hjälpmedel till självkostnadspris samt för hälsofrämjande aktiviteter. Många ensamma äldre har svårt att själva beställa hjälpmedel som inte ingår i hjälpmedelscentralens utbud och betala över nätet. Här borde regionen kunna stötta upp genom att utöka hjälpmedelscentralens uppdrag till att även hjälpa till med beställningar av hjälpmedel som bekostas av individen själv och levereras till kommunerna på samma sätt som rollatorer och toalettförhöjningar gör. Äldre borde liksom den arbetsföra befolkningen även ha rätt till kontakt på Hälsocenter för att kunna få stöttning i att börja träna i friskvården och till aktiva sociala aktiviteter för att minska social isolering, vilket inte är standard i alla kommuner.

För att främja återgång i arbetet och minska sjukskrivningar bör regionen tillsammans med kommunerna och arbetsförmedlingen ta fram aktiviteter som gör att invånaren närmar sig arbetsmarknaden och arbetsförmedlingens insatser. Idag finns ett glapp, särskilt i vissa delar av regionen, mellan sjukvård och arbetslivsinriktad rehabilitering i de fall patienten varit sjukskriven under en längre period vilket oftast resulterar i att ansvaret faller tillbaka på sjukvården även om insatserna där är avslutade.

Regionen bör se över sina mätetal kring tillgänglighet i vården. Medicinsk prioritering bör vara riktlinjen som även mätetalen kring tillgänglighet följer och därmed anpassas efter.

Trafik, infrastruktur, miljö

Tidigare har linjer på landsbygden avslutats för att istället göra en ny linje i Jönköping. Detta går emot en satsning för bättre miljö då möjligheten till kollektivtrafik minskar för de som har längst till arbetet. Regionen behöver göra en förflyttning av kollektivtrafik från storstaden Jönköping ut till småorterna för att göra kollektivtrafiken som det mer självklara valet än bilen vid pendling. Regionen behöver även förbättra kommunikationerna mellan småstäderna in mot Jönköping, så att det även är möjligt att välja exempelvis Krösatågen vid obekväma tider vilket även skulle gynna exempelvis restauranger i Jönköping då invånarna inte blir beroende av bilen för att kunna ta sig hem. I samband med förändringarna i kollektivtrafiken fortsätta verka för att göra Jönköping till en cykelstad, den är lagom stor för att främja cykelpendling inom Jönköping. En del i att främja miljön och aktiva transporter är att göra det möjligt att ha med sig cykel på bussen och tågen på landsbygden utan extra kostnad då avstånden till och från busshållplatsen kan vara långa för att främja aktiva transporter och kollektivtrafik. Fortsätt även arbetet med att verka för att det byggs cykelbanor mellan närliggande städer, exempelvis som nu mellan Eksjö och Nässjö, för att främja cykelpendling mellan städer där arbetspendling förekommer vilket skulle göra att fler gynnas av regionens personalerbjudande om elcyklar för anställda.

Kommunal

22 maj 2025

För kännedom:
Regionsektionerna, Kommunal
Ombudsman Kommunal

Central samverkansgrupp
Att: Birgitta Bergqvist
Regionens hus, Jönköping

Kommunals synpunkter/ medskick till Budget

Region Jönköpings län står inför stora utmaningar.

Det aktuella samhällsläget har starkt påverkat Kommunals medlemmar. Vi anser att arbetsmiljö och arbetsvillkor behöver arbetas igenom för att skapa en samsyn i hur vi skapar en arbetsplats där både arbetstagarperspektivet och verksamhetsperspektivet går i samklang. AME är här en viktig stödfunktion att ta tillvara.

TIM: Möjligheten till att ta bilen och hitta en parkering på våra sjukhus i regionen anser vi är ett genomtänkt och bra förslag på god personalpolitik. Många av Kommunals medlemmar har valt att ta bilen då barn ska lämnas och hämtas på vägen till och från arbetet. Många arbetar sen kväll, vissa till klockan 22.00 för att dagen efter starta upp sitt arbetspass klockan 6.45. Såklart vill arbetstagaren öka tiden för återhämtning och sömn. Vill arbetsgivaren ha arbetstagare anställda utanför promenadavstånd, anser vi, att personalparkeringen fortsatt bör vara avgiftsfri på alla tre sjukhusen.

En större rörlighet av Kommunals yrkesgrupper kräver att regionen tydligt kan leva upp till sitt mål om att vara Sveriges bästa arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser, dels för att kunna rekrytera nya medarbetare inom Kommunals avtalsområde men även för att kunna behålla redan anställda medarbetare.

- *Yrkesutveckling*
Undersköterskor, skötare, ambulanssjukvårdare för att nämna några yrkesgrupper, bör liksom andra yrkesgrupper få ekonomiskt stöd i någon form av Region Jönköpings län, under studietiden. Kommunal anser att arbetsgivaren ska erbjuda yrkesutveckling till alla, oavsett yrkeskategori inom regionen.

- *RAK*
Rätt Använd Kompetens, en viktig del i att frigöra tid för det direkta vårdarbetet för vårdpersonal genom att arbetsuppgifter i stället utförs av personal inom närservice, tex förrådsbeställningar eller frukostservering. Kommunal ser svårigheter för Region Jönköpings

Kommunal Sydväst Jönköping-Värnamo-Region
Tfn 010-4428290 | jonkoping-varnamo-region@kommunal.se | kommunal.se

län att kunna utveckla detta koncept, när det ska finansieras inom befintliga budgetramar. RAK kan utvecklas mycket mer och personal inom närservice skulle kunna få mycket mer varierande arbetsuppgifter som skulle gynna hälsan och minska ohälsan.

- *Arbetstider/ arbetsvillkor/ schemaläggning*
Heltidsarbete som norm, där har Kommunal och Region Jönköpings län framgångsrikt arbetat bort ofrivilliga deltider. Ett hållbart yrkesliv kräver en mer kreativ inställning till arbetstidsfrågan och scheman som gör att medlemmarna orkar ett helt arbetsliv och kan ha ett gott liv därefter. Kommunal är positiv till att öppna upp för olika schemaprojekt. Bemanningsenheten bör utvecklas ytterligare med Kommunals yrkeskategorier för att möta upp efterfrågad kompetens.
Av största vikt är att semesterdagar kan tas ut, så att vila och återhämtning kan ske.
En översyn av jourverksamheten behövs.

- *Lön*
Attraktiva löner, dels när det sker nyanställning men också att erfarenhet ska löna sig. Specialistutbildning inom ett yrke måste också värderas med högre lön. Ersättning för nattarbete, visserligen ett lönetillägg, men ska inte enligt Kommunal skilja mellan yrkesgrupper som arbetar sida vid sida nattetid.

- *Kompetensförsörjning*
Region Jönköpings län står liksom andra offentliga arbetsgivare inför ett stort rekryteringsbehov. Därför måste arbetet med Vård och Omsorgscollege intensifieras och marknadsföras. För att fler ska vilja utbilda sig till ett vårdyrke och vilja arbeta här, måste Region Jönköpings län marknadsföra sig som en arbetsgivare, där även undersköterskor, skötare mfl har en framtid med utvecklingsmöjligheter.

- *80-90-100*
Arbeta 80%. Lön till 90%. Arbetsgivaren fortsätter betala in till pensionen 100%.
Idag är det vanligt att arbetsgivare använder den här möjligheten för att motivera sina anställda till att stanna kvar i arbete. Möjligheten till att minska sin arbetstid främjar även den enskilda till minskad risk för sjukskrivning. Kommunal anser att erbjudande om 80-90-100 bör erbjudas medarbetare fom det år de fyller 61 år.

- *Arbetsskor*
Arbetsgivaren tillhandahåller i stort sett, för alla yrkesgrupper arbetskläder. De är yrkesanpassade. När det kommer till skodon så finns det regler och föreskrifter för när arbetsgivaren ska tillhandahålla skyddsskor. Detta uppfyller arbetsgivaren. Men för alla andra medarbetare som har arbeten där man står och går mycket på hårda golv, där det ofta förekommer spill från både mat och kroppsvätskor från patienter, de medarbetarna får bekosta sina arbetsskor själva. Tyvärr är det därför många som väljer att använda icke fotriktiga skor och riskerar både att få fot, knä och ryggbesvär. Där finns även en halkrisk.
Majoritetsstyret har i tidigare budget infört ett skobidrag för personal inom vårdnära arbete. Kommunal är positiv till införandet men hade önskat att alla inom Kommunals avtalsområde hade fått ta del av det.

Kommunal Sydväst Jönköping-Värnamo-Region
Tfn 010-4428290 | jonkoping-varnamo-region@kommunal.se | kommunal.se

Vänliga hälsningar

Kommunal Sydväst, Regionsektionerna i Region Jönköpings län

Carina Sjögren
Kommunals representant i CSG

Kommunal Sydväst Jönköping-Värnamo-Region
Tfn 010-4428290 | jonkoping-varnamo-region@kommunal.se | kommunal.se

Läkarföreningens synpunkter inför Budget 2026

Marknadsmässiga och konkurrenskraftiga löner

Ur budget 2026: ”Region Jönköpings län driver en lönepolitik inriktad mot konkurrenskraftiga löner som kan hävda sig på marknaden.” Läkare i Region Jönköpings län har bland de lägsta lönerna i landet enligt SACO lönesök med medellöner inklusive tillägg, jourersättning etcetera per månad för 2024:

AT-läkare: medellön plats 17 av 21 regioner.
ST-läkare: plats 19/21.
Specialistläkare: plats 21/21 (alltså lägst medellöner i landet).
Överläkare: plats 19/21.
Distriktsläkare: plats 19/21 (om man tittar på 10e percentil, vilket i princip motsvarar ingångslöner: plats 21/21. Det vill säga lägst ingångslöner för distriktsläkare i hela Sverige.).

Vi välkomnar den satsning på primärvårdsläkare som redan aviserats, men vill betona att det låga löneläget gäller hela läkarkåren i vår region. Region Jönköpings län har sannolikt bäst ekonomi i landet och en tydlig ambition om konkurrenskraftiga löner, trots detta halkar vi efter. Vid de senaste årens lönerevisioner har vi inte fått lägre än andra regioner, men vi ser bristande löneglidning och framför allt mycket låga ingångslöner. För att vi ska kunna behålla och attrahera kompetenta kollegor är det av stor vikt att vi kan jämföra oss med våra konkurrenter vad gäller löner! Det är dags att leva upp till utfästelsen i budget!

Satsningar på Primärvården

Regionen måste dimensionera upp primärvården genom kraftig resursförstärkning. Satsningarna som gjorts tidigare år är förstås välkomna, men deras effekt har helt ätits upp av ökade kostnader och ett ständigt växande uppdrag och ansvar för befolkningens hälsa. Det är glädjande att regionen nu sänkt sitt dimensioneringsmål till 1 läkare per 1100 invånare. Det krävs dock stora satsningar på primärvården för att lyckas med detta.

Ur Budget 2026: ”Arbetet fortsätter med att uppnå jämlik vård i hela länet där alla invånare ska ha tillgång till trygg och nära vård. Vårdcentralerna utgör en central del i den nära vården och ska vara den naturliga vägen att gå när en invånare behöver vård.” I dagsläget är det tydligt ojämlik tillgång till primärvård. Det finns stora utmaningar med otillräcklig primärvård särskilt i länets utkanter. Det krävs långsiktiga och genomtänkta lösningar för att komma tillrätta med denna brist på vård för Esther och tuffa arbetsmiljö för våra medlemmar.

Våga anställ!

Nya läkarutbildningen är 6 år och leder direkt till legitimation, varför Allmäntjänstgöring (AT) är på väg att försvinna. AT-läkarna utför idag en stor andel av det dagliga arbetet med in- och utskrivningar på avdelningarna och bedömningar av patienter på akuten. Delar av AT kommer att ersättas av Bastjänstgöring (BT). BT är kortare och klart mer handledningskrävande än AT. Detta leder till att vi har färre underläkare som bemannar avdelningar och akuten och att seniora läkare kommer att lägga mer tid på handledning. Omställningen innebär således ett produktionsbortfall. Arbetet AT gör idag kommer sannolikt att behöva läggas på ST-läkarna (specialisttjänstgöring). För att möta upp detta krävs att vi redan nu vågar anställa duktiga underläkare som ST, för att inte stå utan arbetskraft när AT fasas ut. Det är mycket lättare att behålla AT än att rekrytera nya ST/specialister. Om vi inte hänger med är risken att vi permanent förlorar kompetenta kollegor till regioner som tidigare förstått innebörden av omställningen AT/BT.

Ska vi kunna leverera jämlik vård med hög kvalitet till Esther och Sigge krävs det att vi vågar anställa och erbjuda marknadsmässiga löner!

Jönköping 2025-06-04 för Jönköpings läns läkarförening:
Axel Petersson Ordförande och Madelene Ljungars, representant i Central Samverkansgrupp

Jönköping, 2025-06-05

Central samverkan, FS, RS
Region Jönköpings län

Vårdförbundets yrkanden till budgeten 2026
- med tillägg utifrån budgetförslaget

Den växande utmaningen att säkerställa en tillräcklig och patientsäker vård är sedan länge känd – en utmaning som intensifierats år efter år. Pandemiåren 2020–2021 blottlade påtagligt de strukturella bristerna i vården, brister som Vårdförbundet under lång tid uppmärksammat och påtalat. Kompetensförsörjning, patientsäkerhet och arbetsmiljö är tre fundament som är ömsesidigt beroende och som måste hanteras i ett samlat och strategiskt grepp.

Otillräcklig bemanning och bristande kompetens är väl belagda riskfaktorer för vårdskador. Forskning, såväl nationell som internationell – bland annat i Socialstyrelsens rapporter och den omfattande RN4CAST-studien – visar att vårdpersonal med högre utbildningsnivå och längre yrkeserfarenhet i hög grad bidrar till ökad patientsäkerhet.

Behovet av Vårdförbundets fyra yrkesgrupper – barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor – är stort. Vi ser dock en ökande personalomsättning, omfattande pensionsavgångar och därmed ett betydande tapp av kompetens och erfarenhet. Bristen på specialistutbildade sjuksköterskor och biomedicinska analytiker är särskilt oroande.

En långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård förutsätter att regionen erbjuder attraktiva arbetsvillkor i form av konkurrenskraftiga löner, hälsosamma arbetstider, möjlighet till hållbara heltider samt en arbetsmiljö som möjliggör ett helt yrkesliv i vården.

I dagsläget bygger regionen en skör och sårbar organisation, med risk för ytterligare försämrade arbetsvillkor för våra medlemmar. Detta riskerar att förvärra den demografiska utmaning som ofta anförs som förklaring till nuvarande resursbrist.

Vårdförbundets yrkanden:

1. Konkurrenskraftiga och jämställda löner

Lönepolitiken ska möjliggöra anställning och kvarhållande av erfaren och kompetent personal. Vakanta tjänster är vanliga, vilket driver upp kostnader för övertid, mertid och förskjuten arbetstid. Att kontinuerligt introducera nyanställda med begränsad erfarenhet är kostsamt både i form av tid och resurser. Genom att skapa en konkurrenskraftig lönestruktur kan regionen behålla inskolad och kompetent personal – detta minskar kostnader på sikt och stärker vårdens kvalitet. För detta krävs att chefer ges ekonomiskt handlingsutrymme för att justera löner inom grupper utifrån verksamhetens behov.

VÅRDFÖRBUNDET Avdelning Jönköping, Besöksadress: Östra Storgatan 23, 553 21 Jönköping
Tel: 0771-420 420 www.vardforbundet.se

Lönerna ska vara individuellt satta och grundas på kompetens, erfarenhet och yrkesskicklighet. För att säkerställa kompetensförsörjning och ekonomisk jämställdhet krävs:

- Fortsatta riktade lönesatsningar för våra yrkesgrupper.
- Lönestrukturer som är konkurrenskraftiga i förhållande till övriga arbetsmarknaden.
- Goda ingångslöner och reella möjligheter till löneutveckling över tid.

2. Hållbara heltider och jämställda arbetstider

För att våra medlemmar ska kunna arbeta heltid under ett helt yrkesliv krävs:

- Tydlig balans mellan arbete och fritid samt tillräcklig tid för återhämtning.
- Minst 20 % av arbetstiden ska frigöras för schemalagd tid för inläsning, utbildning och reflektion – med möjlighet att genomföra dessa insatser på distans.
- Reellt inflytande över arbetstidens förläggning; digitala bemanningsverktyg får inte inkräkta på medarbetarnas fritid.

3. Arbetsmiljö och ledarskap

Vårdförbundets medlemmar har rätt till en arbetsmiljö där tillgången till resurser motsvarar verksamhetens krav. För detta krävs:

- Bemanning som säkras för hela året, inklusive möjligheter att hantera korttidsfrånvaro, utbildning och semester.
- Avskaffande av jour- och beredskapstjänstgöring, alternativt kraftigt förbättrade villkor.
- Rätt till rast och paus under arbetstid.
- Chefer måste ges faktiska förutsättningar att ta ansvar för arbetsmiljön. Antalet underställda medarbetare bör inte överstiga 25 per chef.
- Chefer ska ha mandat och resurser att bemanna och planera utifrån verksamhetens kompetensbehov.
- Lokala kompetensförsörjningsplaner ska upprättas, följas upp årligen och samverkas med Vårdförbundet.
- Våra yrkesgrupper ska vara representerade på samtliga ledningsnivåer.
- Följande beslut från 2019 - ”Rekryteringsåtgärd för pensionerade sjuksköterskor och barnmorskor som uppnått 65 år, där grundlönen höjs med 30% när de går in och arbetar extra” – behöver gäller alla bristyrken dvs. även biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor för att säkra vårdens kvalité.

4. Karriärvägar och kompetensutveckling

- Inför tydliga karriärmodeller med definierade utvecklingsvägar för våra yrkesgrupper.
- Säkerställ att villkoren till Akademisk specialisttjänstgöring (AST) gäller när arbetsgivaren erbjuder medarbetare att genomgå specialistutbildning.
- Reglera specialistutbildningar för biomedicinska analytiker, barnmorskor och röntgensjuksköterskor.
- Utöka antalet avancerade specialistsjuksköterskor.
- Regionens introduktionsutbildning (RIU) ges idag enbart till nyutbildade sjuksköterskor. Denna introduktion är även viktig för barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor som är nya i yrket och behöver därför utvecklas för dessa.
- Tid ska avsättas i anställningen för kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling.

Sammanfattning

För att Region Jönköpings län ska uppfattas som en attraktiv arbetsgivare krävs en målmedveten och långsiktig satsning på jämställda villkor, hållbara heltider, god arbetsmiljö, konkurrenskraftiga löner samt tydliga karriärvägar och kompetensutveckling. Vårdförbundet är berett att i samverkan bidra till att dessa mål uppnås – nu krävs att regionen tar sitt ansvar och prioriterar en hållbar hälso- och sjukvård också i budgeten.

Tillägg utifrån budgetförslaget

Budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028 - Nämnd för folkhälsa och sjukvård

sid 22

*”**Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.***
Detta innebär att det finns en ledig vårdplats när det behövs.”

Vårdförbundets synpunkt:

Begreppet vårdplatser synes vara förlegat. Hur stämmer vårdplats-begreppet överens med Nära Vård och ett personcentrerat förhållningssätt i den förflyttning som nu pågår? Ett personcentrerat förhållningssätt handlar om att medborgaren får tillgång till de kompetenser som är relevanta för varje person. Viktigt att möta vårdbehovet med rätt kompetens i stället för att möta upp med en fysisk plats (vårdplats). Ska begreppet vårdplatser användas är det viktigt att definiera vad som ingår i en vårdplats. Saknas Vårdförbundets yrkesgruppers kompetens, till exempel sjuksköterskor, kommer det per automatik saknas vårdplatser. Viktigt att säkerställa rätt kompetens vid rätt tidpunkt i tillräcklig mängd för att vårdplatser efter behov ska vara möjligt.

Budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028 - Regionstyrelsen

sid 52 ”***Kompetensutveckling hela arbetslivet.***
Att alla medarbetare ges möjlighet till relevant och kontinuerlig kompetensutveckling är centralt för att förbättra och på bästa sätt bedriva verksamhet för de vi är till för. Chefen ska, tillsammans med sina medarbetare, på ett individuellt och metodiskt sätt arbeta med kompetensutveckling utifrån de behov som framkommer i verksamhetens kompetensplan, samt utifrån den enskildes och yrkesgruppernas olika förutsättningar.”
Vårdförbundets synpunkt:
”Kompetensutveckling hela arbetslivet” kan bara bli win win för Vårdförbundets yrkesgrupper för att få möjligheten att utveckla sig i sitt yrke och arbeta hos en attraktiv arbetsgivare som i sin tur får lättare att behålla och kompetensförsörja verksamheterna i den utsträckning man behöver. Detta gynnar i slutändan patienterna och patientsäkerheten.

sid 52 ”***Attrahera senior kompetens till arbetsplatser med bristsituation.***
Det tidigare beslutet som togs 2019 om att erbjuda pensionerade sjuksköterskor 30 procent högre lön, breddas nu till att omfatta fler vårdprofessioner inom verksamheter med personalbrist.”
Vårdförbundets synpunkt: Mycket positivt för våra fyra yrkesgrupper, barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor, att detta nu gäller alla.

sid 53 ”***Kontinuerligt arbeta för en välfungerande samverkansstruktur på central och lokal nivå.***
Region Jönköpings län ska kontinuerligt arbeta för att samverkansstrukturen fungerar väl på både central och lokal nivå, i syfte att stärka delaktighet och främja ett hållbart arbetsliv.”
Vårdförbundets synpunkt: En mycket viktig fråga där vi ser att samverkan, på framför allt lägre nivåer, inte är välfungerande.

sid 52 ”***Mätetal Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna.”***
Vårdförbundets synpunkt: Viktigt att även mäta personalomsättningen utifrån interna avgångar den interna personalomsättningen beror till stor del på att våra medlemmar söker sig till ”friskare” arbetsplatser internt som både kostar tid, kraft och pengar.

Med vänlig hälsning,
VÅRDFÖRBUNDET

Iréne Sjövall Sanned
Ordförande
Vårdförbundet avdelning Jönköping

§ 127

Budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028

Diarienummer: RJL 2025/7

Beslut

Ordföranden överlämnar för Samverkan Region Jönköpings län: Socialdemokraterna, Moderaterna och Vårddemokraterna, förslag till budget 2026 med flerårsplan för 2027-2028 till regionstyrelsens arbetsutskott.

Regionstyrelsens arbetsutskott lägger informationen till handlingarna.

Regionstyrelsens arbetsutskott

Förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028

Samverkan för Region Jönköpings län: Socialdemokraterna, Moderaterna samt Vårddemokraterna överlämnar förslag till budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027-2028.

Samverkan för Region Jönköpings län

Rachel De Basso Tommie Ekered Martin Nedergaard-Hansen

Regionledningskontoret

Regionfullmäktige
Regionstyrelsen

Sammanträdesplan 2026 Regionstyrelsen och Regionfullmäktige

Förslag till beslut

Regionfullmäktige

- fastställer sammanträdesplan för regionfullmäktige enligt följande:
  - 3 februari
  - 28 april
  - 9 juni
  - 25 augusti
  - 6 oktober
  - 10-11 november
  - 1 december.

Regionstyrelsen

- fastställer sammanträdesplan för regionstyrelsen enligt följande:
  - 27 januari
  - 3-4 mars
  - 14 april
  - 5 maj
  - 2 juni
  - 22 juni
  - 11 augusti
  - 22 september
  - 20 oktober
  - 15 december.

Sammanfattning

Förslag till sammanträdesplan år 2026 har tagits fram för regionstyrelsen och regionfullmäktige. Regionstyrelsens arbetsutskott sammanträder följande datum år 2026:

- 13 januari
- 24 februari
- 24 mars
- 19 maj
- 2 juni
- 22 juni

- 8 september
- 7 oktober
- 2 december.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret Kansli

Jane Ydman
Regiondirektör

Siw Kullberg
Kanslidirektör

§ 144

Regiongemensam ansökan om statsbidrag från Effektivitetsdelegationen – patientkommunikation

Diarienummer: RJL 2025/2045

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen

- besluta att Region Jönköpings län ska ingå i ansökan till Effektivitetsdelegationen om medel för en gemensam satsning tillsammans med Region Skåne för att effektivisera hälso- och sjukvården genom att utveckla gemensam, målgruppsanpassad patientkommunikation med högre kvalitet som kan distribueras digitalt eller på papper.

Sammanfattning

Regeringen har inrättat en effektivitetsdelegation för hälso- och sjukvården med uppdrag att fördela 250 miljoner kronor per år i statsbidrag till regionerna för insatser för att höja effektiviteten i hälso- och sjukvården under perioden 2025–2030. Kommunikationsdirektörerna i Region Skåne och Region Jönköpings län har identifierat ett område där samarbete bedöms ge betydande effektivitetsvinster. För detta område vill regionerna göra gemensamma ansökningar om statsbidrag.

Ansvarig region för ansökan om patientkommunikation för tre år med totalt 51,6 miljoner kronor är Region Skåne.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Regionledningskontoret

Regionstyrelsen

Regiongemensam ansökan om statsbidrag från Effektivitetsdelegationen – patientkommunikation

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- beslutar att Region Jönköpings län ska ingå i ansökan till Effektivitetsdelegationen om medel för en gemensam satsning tillsammans med Region Skåne för att effektivisera hälso- och sjukvården genom att utveckla gemensam, målgruppsanpassad patientkommunikation med högre kvalitet som kan distribueras digitalt eller på papper.

Sammanfattning

Regeringen har inrättat en effektivitetsdelegation för hälso- och sjukvården med uppdrag att fördela 250 miljoner kronor per år i statsbidrag till regionerna för insatser för att höja effektiviteten i hälso- och sjukvården under perioden 2025–2030. Kommunikationsdirektörerna i Region Skåne och Region Jönköpings län har identifierat ett område där samarbete bedöms ge betydande effektivitetsvinster. För detta område vill regionerna göra gemensamma ansökningar om statsbidrag.

Ansvarig region för ansökan om patientkommunikation för tre år med totalt 51,6 miljoner kronor är Region Skåne.

Ärendebeskrivning

Regeringen har inrättat en effektivitetsdelegation för hälso- och sjukvården med uppdrag att fördela 250 miljoner kronor per år i statsbidrag till regionerna för insatser för att höja effektiviteten i hälso- och sjukvården under perioden 2025–2030. Statsbidraget fördelas utifrån ansökningar där regionerna enskilt, eller i samverkan beskriver hur de vill använda medlen och förväntade resultat i form av effektiviseringar inom hälso- och sjukvården och dess administration.

Kommunikationsdirektörerna i Region Skåne och Region Jönköpings län har identifierat ett område där samarbete bedöms ge betydande effektivitetsvinster. För detta område vill regionerna göra gemensamma ansökningar om statsbidrag.

Vården tillhandahåller idag information till patienter i form av lösblad och broschyrer, ofta med lokala variationer och utan digitala alternativ. För att minska

administrationen krävs en övergång från pappersbaserad till digital, strukturerad och målgruppsanpassad information som möjliggör återanvändning och effektiv distribution. En tydligare informationsstruktur inom 1177 och komplettering utifrån vårdens behov kan automatisera informationsflöden och frigöra tid för vårdpersonal.

Tillgängligheten till vård påverkas negativt av omfattande pappershantering och manuell informationsproduktion. Dubbelarbete uppstår när samma information tas fram av flera aktörer. Bristande informationsstruktur och osorterat material omöjliggör koppling till digitala lösningar. Välinformerade patienter medför effektivare vårdbesök och ökad egenvård, vilket minskar belastningen på vården.

Bidraget ska användas för att utveckla skalbara tjänster och informationsinnehåll i samverkan med andra regioner. I detta skede sker ansökan gemensamt med Region Skåne. Genom ett nationellt ramverk för informationsstruktur kopplat till 1177 skapas lösningar oberoende av journalsystem, möjliga att återanvända nationellt. AI-baserade verktyg föreslås för att effektivisera informationshantering. Lösningen förväntas minska kostnader för samtliga regioner och bidra till målen i färdplanen för gemensam digital infrastruktur.

För regioner som deltar innebär det ett ansvar att, utifrån sina respektive förutsättningar, bidra med resurser till det gemensamma arbetet och dokumentera vilka effekter det gemensamma arbetet medför i regionen. Den tid som avsätts för det gemensamma arbetet kommer att kompenseras genom sökta medel. Regionerna har utöver dessa gemensam möjlighet att göra ytterligare ansökningar, antingen på egen hand eller i samarbete med en eller flera andra regioner.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret Kommunikation
Regionledningskontoret Ekonomi

Jane Ydman
Regiondirektör

Elin Carlholt
Kommunikationsdirektör

§ 145

Remiss – Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd

Diarienummer: RJL 2025/1443

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen

- godkänna föreliggande yttrande som svar till Klimat- och näringslivsdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag, remiss av promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd (KN2025/00943).

Varje medlemsstat inom EU förväntas fullgöra vissa uppgifter gällande statsstöd. Dessa uppgifter är elva till antalet, varav Sverige idag endast fullgör åtta, dessutom är uppdragen utspridda på fyra olika myndigheter. Detta skapar bl.a. otydlighet och bristande och fragmentiserad kunskap i landet samt dålig resurshushållning. Risken för felaktig hantering av regelverket kring statsstöd är därmed också uppenbar.

I syfte att föreslå en mera ändamålsenligt och effektiv organisering gavs Statskontoret i juni 2023 i uppdrag att utreda frågan. Med stöd av utredningen föreslås i remissen en samlad myndighetsfunktion som ska förläggas på Konkurrensverket. Denna organisering liknar också hur medlemsstater liknande Sverige har valt att organisera arbetet.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Förslag till ytterligare daterat 2025-08-12
- Remiss: Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd
- Missiv: Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Regionledningskontoret

Regionstyrelsen

Remiss - Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- godkänner föreliggande yttrande som svar till Klimat- och näringslivsdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag, remiss av promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd (KN2025/00943).

Varje medlemsstat inom EU förväntas fullgöra vissa uppgifter gällande statsstöd. Dessa uppgifter är elva till antalet, varav Sverige idag endast fullgör åtta, dessutom är uppdragen utspridda på fyra olika myndigheter. Detta skapar bl.a. otydlighet och bristande och fragmentiserad kunskap i landet samt dålig resurshushållning. Risken för felaktig hantering av regelverket kring statsstöd är därmed också uppenbar.

I syfte att föreslå en mera ändamålsenligt och effektiv organisering gavs Statskontoret i juni 2023 i uppdrag att utreda frågan. Med stöd av utredningen föreslås i remissen en samlad myndighetsfunktion som ska förläggas på Konkurrensverket. Denna organisering liknar också hur medlemsstater liknande Sverige har valt att organisera arbetet.

Ärendebeskrivning

I dagsläget fullgörs ifrågavarande statsstödsuppgifter fördelat mellan fyra olika myndigheter (Upphandlingsmyndigheten, Tillväxtanalys, Konkurrensverket och Regeringskansliet). Totalt handlar det om elva olika uppgifter, varav endast åtta fullgörs av Sverige idag.

Statskontoret fick i juni 2023 i uppdrag att utreda hur sårbarheten skulle kunna minska och effektiviteten öka i statens arbete med statsstöd genom en sammanhållen funktion.

Statskontoret konstaterar i sin rapport att statens arbete med statsstöd är både sårbart och ineffektivt. Enligt myndigheten beror flera av problemen åtminstone delvis på hur uppgifterna är organiserade. Dagens organisering leder till dubbelarbete och försvårar för myndigheterna att utveckla kompetens i statsstödsfrågor för att möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning.

Statskontorets rapport visar behovet av att genomföra organisatoriska förändringar av statens arbete med statsstöd för att åstadkomma en högre effektivitet och en minskad sårbarhet. Genom att samla ansvaret för statsstödsuppgifterna vid en samlad myndighetsfunktion kan de synergieffekter och skalfördelar som Statskontoret pekar på uppnås.

Förslaget är att en samlad myndighetsfunktion för frågor om statsstöd bör enligt remissförslaget inrättas vid Konkurrensverket. Konkurrensverket blir därmed ansvarig myndighet för frågor om statsstöd. Konkurrensverket bör ansvara för samtliga statsstödsuppgifter inom kategorierna vägledning till stödgivare, hantering av register och rapportering av beviljat stöd, kunskapsstöd till regeringen och möjliggörande av kommissionens tillsyn av statsstödsreglerna. Uppgiften att hantera en visselblåsarfunktion för statsstöd bör dock fortsatt hanteras av Regeringskansliet enligt förslaget.

De huvudsakliga skälen till förslaget är:

- Organiseringen bedöms vara i linje med hur arbetet med statsstöd är organiserat vid kommissionen, Regeringskansliet och i vissa andra medlemsstater.
- Organiseringen bedöms öka möjligheten till en långsiktig kompetensförsörjning inom frågor om statsstöd.
- Organiseringen bedöms öka möjligheten till att möta det behov av vägledning som statliga myndigheter, kommuner och regioner har, vilket av Statskontoret anses är de viktigaste uppgifterna för att minska sårbarheten och öka effektiviteten i statens arbete med statsstöd.
- Organiseringen bedöms skapa goda förutsättningar för att ta till vara synergieffekter och skalfördelar mellan vägledning, hantering av register, rapportering av beviljat stöd som Statskontoret bedömer kan uppstå av att uppgifterna hanteras av en samlad myndighetsfunktion.
- Organiseringen bedöms leda till att en högre kvalitet i registren och därmed minska risken för dubbelfinansiering.
- Regeringskansliet får en myndighet att vända sig till för exempelvis underlag och analyser.
- Regeringskansliets hantering av förvaltningsuppgifter minskar och därmed frigörs resurser för kansliets huvudsakliga uppgifter.
- Tillväxtanalys får, genom att man frikopplas från nuvarande uppgifter, möjlighet att analysera stödsystemet utifrån och får därmed en mer renodlad roll.

Det register över försumbara stöd som Region Jönköpings län nyligen lämnade ett remissyttrande över (RJL 2025/93) kommer enligt förslaget därmed också hanteras av Konkurrensverket. En fråga som var oklar i den remissen.

Region Jönköpings län vill särskilt lyfta fram behovet av ökad och tydlig rådgivning i statsstödsfrågor som föreslagen organisering förväntas leda till. Detta är något som saknas idag och efterfrågats starkt inte minst från regionerna.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Förslag till ytterligare daterat 2025-08-12
- Remiss: Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd
- Missiv: Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd

Beslutet skickas till

Klimat- och näringslivsdepartementet

Jane Ydman
Regiondirektör

Karin Hermansson
Regional Utvecklingsdirektör

Klimat- och näringsdepartementet

Remiss - Promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag, remiss av promemorian En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd (KN2025/00943).

Varje medlemsstat inom EU förväntas fullgöra vissa uppgifter gällande statsstöd. Dessa uppgifter är elva till antalet, varav Sverige idag endast fullgör åtta, dessutom är uppdragen utspridda på fyra olika myndigheter. Detta skapar bl.a. otydlighet och bristande och fragmentiserad kunskap i landet samt dålig resurshushållning. Risken för felaktig hantering av regelverket kring statsstöd är därmed också uppenbar.

I syfte att föreslå en mera ändamålsenligt och effektiv organisering gavs Statskontoret i juni 2023 i uppdrag att utreda frågan. Med stöd av utredningen föreslås i remissen en samlad myndighetsfunktion som ska förläggas på Konkurrensverket. Denna organisering liknar också hur medlemsstater liknande Sverige, har valt att organisera arbetet. Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget, och vill särskilt lyfta behovet av ökad rådgivning och stöd till bl.a. regionerna.

Synpunkter på förslaget

I dagsläget fullgörs ifrågavarande statsstödsuppgifter fördelat mellan fyra olika myndigheter (Upphandlingsmyndigheten, Tillväxtanalys, Konkurrensverket och Regeringskansliet). Totalt handlar det om elva olika uppgifter, varav endast åtta fullgörs av Sverige idag.

Statskontoret fick i juni 2023 i uppdrag att utreda hur sårbarheten skulle kunna minska och effektiviteten öka i statens arbete med statsstöd genom en sammanhållen funktion.

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

Statskontoret konstaterar i sin rapport att statens arbete med statsstöd är både sårbart och ineffektivt. Dagens organisering leder till dubbelarbete och försvårar för myndigheterna att utveckla kompetens i statsstödsfrågor för att möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning. Genom att samla ansvaret för statsstödsuppgifterna vid en samlad myndighetsfunktion kan synergieffekter och skalfördelar uppnås.

Förslaget är att en samlad myndighetsfunktion för frågor om statsstöd bör inrättas vid Konkurrensverket. Konkurrensverket blir därmed ansvarig myndighet för frågor om statsstöd.

De huvudsakliga skälen till förslaget har angetts till:

- Organiseringen bedöms vara i linje med hur arbetet med statsstöd är organiserat vid kommissionen, Regeringskansliet och i vissa andra medlemsstater.
- Organiseringen bedöms öka möjligheten till att möta det behov av vägledning som statliga myndigheter, kommuner och regioner har, vilket av Statskontoret anses är de viktigaste uppgifterna för att minska sårbarheten och öka effektiviteten i statens arbete med statsstöd.
- Organiseringen bedöms kunna ta till vara synergieffekter och skalfördelar.
- Organiseringen bedöms leda till att en högre kvalitet i registren och minska risken för dubbelfinansiering.

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget och vill särskilt lyfta fram behovet av ökad och tydlig rådgivning i statsstödsfrågor som föreslagen organisering förväntas leda till samt den registerföring gällande ”försumbara stöd” som kommer att upprättas på Konkurrensverket. Detta är något som saknas idag och efterfrågats starkt inte minst från regionerna.

Rachel De Basso
Regionstyrelsens ordförande

Promemoria

Klimat- och näringslivsdepartementet

En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd

KN2025/00943

April 2025

Promemorians huvudsakliga innehåll

Denna promemoria innehåller förslag om att inrätta en samlad myndighetsfunktion för att minska sårbarheten och öka effektiviteten i statens arbete med statsstöd. Den samlade myndighetsfunktionen föreslås bli placerad vid Konkurrensverket som följaktligen blir ansvarig för statsstödsfrågor. Konkurrensverket föreslås få ett helhetsansvar för arbetet med vägledning av stödgivare samt hantering av register och rapportering av beviljat stöd. Konkurrensverket föreslås vidare vara ett kunskapsstöd till regeringen och ansvara för att möjliggöra kommissionens tillsyn av statsstödsregelverket. Förslaget innebär att Upphandlingsmyndigheten och Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) fortsättningsvis inte kommer att ha utpekade åtaganden kring statsstöd. Det innebär även att Regeringskansliets förvaltningsuppgifter minskar.

Förslaget innebär att vissa uppgifter som Upphandlingsmyndigheten och Tillväxtanalys ansvarar för flyttas till Konkurrensverket. För att inrätta en samlad funktion vid Konkurrensverket krävs således ändringar i förordningarna med instruktion för Konkurrensverket, Upphandlingsmyndigheten och Tillväxtanalys. Det krävs även ändringar i förordning (2016:605) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler.

Förändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2027.

Innehåll

1 Bakgrund 7

1.1 EU:s regler om statligt stöd 7

1.2 Behovet av en samlad myndighetsfunktion 8

1.3 Statskontorets uppdrag och slutsatser om statens arbete med statsstöd 8

1.4 Statskontorets förslag 10

1.5 Skäl för vidare analys av om och var en samlad myndighetsfunktion för statsstöd bör inrättas 12

2 De elva statsstödsuppgifterna och hur statens arbete med statsstöd är organiserat 16

2.1 Uppgifter som behöver hanteras för minskad sårbarhet och ökad effektivitet i statens arbete med statsstöd 16

2.1.1 Vägledning av stödgivare 16

2.1.2 Hantering av register och rapportering av beviljat stöd 17

2.1.3 Möjliggörande av kommissionens tillsyn 18

2.1.4 Kunskapsstöd till regeringen 18

2.2 Ansvaret för åtta statsstödsuppgifter är fördelat på fyra myndigheter 19

2.2.1 Upphandlingsmyndigheten vägleder kommuner och regioner 19

2.2.2 Tillväxtanalys administrerar registren för statsstöd 20

2.2.3 Konkurrensverket gör kommissionens tillsyn möjlig 20

2.2.4 Regeringskansliet bistår regeringen men hanterar även förvaltningsuppgifter 22

2.3 Tre statsstödsuppgifter utan ansvarig myndighet 23

2.3.1 Vägledning om statsstöd till statliga myndigheter 23

2.3.2 Utgöra ett effektivt stöd till regeringen genom att utveckla, sammanställa och bidra med kunskap inom statsstödsfrågor 24
2.3.3 Rapportering av stöd av mindre betydelse i ett centralt register 25

3 Befintlig organisering av ansvaret för statsstödsuppgifterna är ineffektiv och sårbar 27

3.1 Behovet av vägledning överstiger tillgången 27
3.1.1 Stödgivare har generellt låg kunskap om statsstödsreglerna 27
3.1.2 Begränsad kännedom om Upphandlingsmyndighetens vägledning 28
3.1.3 Stödgivare försöker tillgodose sina vägledningsbehov på egen hand 29
3.1.4 Rädslan för statsstödsregelverket utgör ett hinder för att ställa frågor 30

3.2 Bättre kunskap kan öka täckningsgraden och datakvaliteten i registren 31
3.2.1 Alla offentliga aktörer kan ge statsstöd 33
3.2.2 Det finns sannolikt ett mörkertal av statsstöd som beviljats av kommuner och regioner men inte rapporterats 33
3.2.3 Risk för dubbelfinansiering och brott mot reglerna om stöd av mindre betydelse 34

4 Synergier och skalfördelar mellan de flesta av statsstödsuppgifterna 36

4.1 Stora potentiella skalfördelar gällande kompetensförsörjning 36
4.1.1 En stor brist på kompetens i statsstödsfrågor 36
4.1.2 Befintlig organisering av statsstödsuppgifterna gör det svårt att utveckla kompetens i statsstödsfrågor 37
4.1.3 En samlad funktion bidrar till hela förvaltningens kompetensförsörjning 38

4.2 Synergier och skalfördelar kring vägledning 39

4.2.1 Skalfördelar i att samla vägledningsuppgifterna 39
4.2.2 Synergier mellan vägledning och att utgöra ett effektivt kunskapsstöd till regeringen 40

4.3 Synergier mellan vägledning, kvalitetssäkring, rapportering och hantering av register 40
4.3.1 Outnyttjade synergier mellan vägledning, kvalitetssäkring, rapportering och hantering av register 41
4.3.2 Inga synergier kring rapporterings- och registeruppgifterna inom befintlig organisering 42

4.4 De tillsynsrelaterade uppgifterna har större synergier med Konkurrensverkets arbete än med övriga statsstödsuppgifter 43
4.4.1 Synergier mellan tillsynsrelaterade uppgifterna och Konkurrensverkets övriga verksamhet 44

5 Organisering av statsstödsuppgifterna vid kommissionen och i andra medlemsstater 45

5.1 Kommissionens organisering av arbetet med statsstöd och andra konkurrensregler 45

5.2 Organisering av statsstödsuppgifterna i andra medlemsstater 46

6 En samlad funktion för frågor om statsstöd 47

6.1 Skäl till förslaget 47
6.1.1 Förslaget är i linje med hur arbetet med statsstöd är organiserat vid kommissionen, Regeringskansliet och i vissa andra medlemsstater 47
6.1.2 Ökad möjlighet till långsiktig kompetensförsörjning inom statsstöd 48
6.1.3 Ökad möjlighet till att möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning 49

6.1.4 Synergieffekter mellan vägledning, hantering av register och rapportering av beviljat stöd tas tillvara ... 50
6.1.5 Högre kvalitet i registren och minskad risk för dubbelfinansiering ... 50
6.1.6 Regeringskansliet får ett effektivt kunskapsstöd att vända sig till ... 51
6.1.7 Regeringskansliets hantering av förvaltningsuppgifter minskar ... 52
6.1.8 Tillväxtanalys kan analysera statsstödssystemet utifrån ... 53

6.2 Den samlade funktionens resursbehov ... 54
6.2.1 Resursbehovet för de uppgifter som ingen myndighet ansvarar för idag ... 55

7 Konsekvenser ... 58

7.1 Det aktuella problemet och vilken förändring som eftersträvas ... 58

7.2 Förslaget i korthet och alternativa lösningar ... 58
7.2.1 Förslaget i korthet ... 58
7.2.2 Alternativa organiseringar ... 60

7.3 Konsekvenser för staten ... 62
7.3.1 Konkurrensverket ... 63
7.3.2 Upphandlingsmyndigheten ... 64
7.3.3 Tillväxtanalys ... 64
7.3.4 Regeringskansliet ... 64
7.3.5 Stödgivande statliga myndigheter ... 65

7.4 Konsekvenser för kommuner och regioner ... 65

7.5 Konsekvenser för företag ... 66

7.6 EU-rättsliga konsekvenser ... 67

7.7 Konsekvenser som bedöms uppstå om ingen åtgärd vidtas ... 67

1 Bakgrund

1.1 EU:s regler om statligt stöd

Bestämmelserna om statligt stöd finns i artiklarna 107–109 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget). Ett stöd omfattas av statsstödsreglerna om det uppfyller de förutsättningar som anges i artikel 107.1 i EUF-fördraget. Av artikeln framgår att stöd som ges av en medlemsstat eller med hjälp av statliga medel, av vilket slag det än är, som snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion är oförenligt med den inre marknaden i den utsträckning det påverkar handeln mellan EU-länderna.

Artikel 108 i EUF-fördraget innehåller bestämmelser om Europeiska kommissionens (kommissionen) granskning av statligt stöd. Enligt artikel 108.3 ska medlemsstaterna anmäla planer på att vidta eller ändra stödåtgärder till kommissionen. En åtgärd får inte genomföras förrän den har godkänts av kommissionen. Detta förbud kallas genomförandeförbudet.

Av artikel 109 i EUF-fördraget framgår att rådet får anta förordningar för att fastställa kategorier av stöd som ska vara undantagna från anmälningsskyldigheten i artikel 108.3. I rådets förordning (EU) 2015/1588 av den 13 juli 2015 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på vissa slag av övergripande statligt stöd fastställs att stöd av mindre betydelse och vissa grupper av stöd kan utgöra sådana kategorier som kan undantas från anmälningsskyldigheten.[1]

[1] För närmare beskrivning av statsstödsreglernas innehåll och tillämpning hänvisas till propositionerna Olagligt statsstöd (prop. 2012/13:84 s. 10–23) och Ändringar i lagen om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler (prop. 2015/16:156 s. 7–13).

1.2 Behovet av en samlad myndighetsfunktion

Statsstödsreglerna har sedan 2014 setts över och moderniserats.[2] Moderniseringen har bland annat inneburit att fler undantagsbestämmelser antagits och därmed att fler typer av stödåtgärder inte behöver anmälas och godkännas av kommissionen innan medlemsstaterna beviljar stöd. Att fler undantagsbestämmelser antagits under de senaste tio åren innebär att medlemsstaterna succesivt har fått ett ökat ansvar för bedömningen av statsstödsreglernas förenlighet med EU-rätten, liksom ansvaret för att säkerställa att stöden genomförs korrekt och följs upp på nationell nivå.[3] Utvecklingen på området motiverar inrättandet av en samlad myndighetsfunktion.

1.3 Statskontorets uppdrag och slutsatser om statens arbete med statsstöd

Statskontoret fick den 22 juni 2023 i uppdrag att utreda hur sårbarheten skulle kunna minska och effektiviteten öka i statens arbete med statsstöd genom en sammanhållen statlig funktion.[4] Bakgrunden till uppdraget var medlemsstaternas ökade ansvar och de krav som åligger Sverige gällande bedömningen av statsstödsreglernas förenlighet med EU-rätten.

Av uppdraget framgick att Statskontoret skulle beakta totalt elva statsstödsuppgifter i sin analys.[5] Enligt Statskontoret hanteras för närvarande enbart åtta av dessa statsstödsuppgifter. Ansvaret för uppgifterna är fördelat mellan Upphandlingsmyndigheten, Tillväxtanalys, Konkurrensverket och Regeringskansliet. Tre statsstödsuppgifter hanteras för närvarande inte alls eller inte i den

[2] Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Rådet. Europeiska ekonomiska och sociala kommitté samt regionkommittén, Modernisering av det statliga stödet i EU, COM/2012/0209 final.
[3] Europeiska kommissionen (2023) Gemensam handlingsplan för statsstöd 2023–2027, s. 2–3.
[4] Regeringsuppdrag KN2023/03506, Uppdrag att analysera och föreslå en mer effektiv funktion för statsstöd.
[5] Se avsnitt 2.1 för beskrivning av de elva statsstödsuppgifterna.

omfattning som krävs, eftersom ingen statlig myndighet har fått utpekade uppdrag att ansvara för dessa.[6]

Inom ramen för sitt uppdrag har Statskontoret kartlagt hur statens arbete med statsstöd är organiserat, hur väl denna organisering uppfyller det behov av vägledning som myndigheter, kommuner och regioner har för att kunna följa statsstödsregelverket, vilka synergieffekter och skalfördelar som uppstår av att koncentrera ansvaret för statsstödsuppgifterna vid en samlad funktion och vilka målkonflikter detta kan innebära.[7]

Statskontoret bedömer att befintlig organisering av statsstödsuppgifterna riskerar att medföra att statens arbete med statsstöd är både sårbart och ineffektivt. Exempelvis har stödgivande statliga myndigheter, kommuner och regioner ett stort behov av vägledning och den generellt låga kunskapsnivån om statsstödsregelverket utgör en risk för att stödgivarna inte tillämpar statsstödsreglerna korrekt.[8] Med anledning av medlemsstaternas ökade ansvar för bedömningen av statsstödsregelverkets förenlighet med EU-rätten behöver stödgivarnas kunskap om statsstödsreglerna öka. För detta bedömer Statskontoret att det krävs en organisering av uppgifterna som klarar av att möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning och som kan besvara en stor variation av frågor, exempelvis hur en statlig myndighet kan hantera ett stöd, eller hur en kommun eller en region kan utforma ett stöd.

Vidare bedömer Statskontoret att befintlig organisering av statens arbete med statsstöd inte skapar förutsättningar för att kunna möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning. Att det i Sverige finns endast ett ytterst begränsat antal tjänstemän med hög kompetens inom statsstödsfrågor försvårar statens möjlighet att möta detta behov. Dessa tjänstemän är dessutom utspridda över flera

[6] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 26.
[7] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 12–15.
[8] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 32.

myndigheter där de enbart arbetar med ett fåtal statsstödsuppgifter, vilket inte skapar förutsättningar för en kritisk massa av hög kompetens inom frågorna som uppstår vid arbete med flera olika statsstödsuppgifter.[9]

1.4 Statskontorets förslag

Statskontoret har i sin rapport föreslagit att Upphandlingsmyndigheten ska ansvara för vägledning av stödgivare, hantering av register och rapportering av beviljat stöd samt utgöra ett kunskapsstöd till regeringen. Av förslaget framgår också att Konkurrensverket fortsatt ska ansvara för att möjliggöra kommissionens tillsyn av att Sverige följer statsstödsregelverket samt överta ansvaret att hantera en visselblåsarfunktion för statsstöd från Regeringskansliet. Regeringskansliet ska enligt Statskontorets förslag fortsatt ansvara för att utforma nya statsstöd och hantera Sveriges kontakter med kommissionen i statsstödsärenden.[10]

Det huvudsakliga skälet till att Statskontoret föreslår en fortsatt uppdelning av ansvaret för statsstödsuppgifterna är att myndigheten anser att de innehåller och skapar mål- och rollkonflikter. Denna rollkonflikt bottnar enligt Statskontoret i att de två uppgifterna har olika verksamhetslogik och syften. Enligt Statskontoret syftar vägledning till att hjälpa målgruppen att göra så bra verksamhet som möjligt inom ramen för reglerna, medan tillsyn syftar till att identifiera brister i hur målgruppen följer reglerna. Det kan enligt myndigheten skapa spänningar inom verksamheten om uppgifterna är organiserade vid en myndighet vilket innebär att verksamheten i praktiken granskar sig själv. Statskontoret bedömer att detta riskerar att hämma både vägledningen och tillsynen. Om tillsynen identifierar brister i hur målgruppen följer reglerna kan det till exempel indikera att vägledningen har varit otillräcklig eller rent av felaktig. Men om tillsynen inte finner några brister kan det väcka misstankar om att myndighetens dubbla roller mildrar eller rentav

[9] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 41.
[10] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 59ff.

förskönar tillsynens bedömningar. Enligt Statskontoret kan bara misstanken i sig om att det sker skada verksamhetens legitimitet.
Av Statskontorets rapport framgår att Konkurrensverket inte utövar tillsyn över EU:s statsstödsregler, men att placera den samlade myndighetsfunktionen som inbegriper vägledning vid myndigheten skulle ändå kunna göra det svårare för funktionen att genomföra sina vägledningsuppgifter. Ett skäl för detta är att risken för att myndighetens roll som tillsynsmyndighet på de näraliggande konkurrens- och upphandlingsområdena avskräcker stödgivarna från att kontakta funktionen med frågor. Statskontoret bedömer att denna risk är särskilt stor på statsstödsområdet, då Statskontoret anser att många frågor om statsstöd även rör upphandling, där Konkurrensverket bedriver tillsyn.

Statskontoret uppger även att vägledningen riskerar att bli ineffektiv om den samlade myndighetsfunktionen placeras vid Konkurrensverket, då myndigheten i första hand arbetar med tillsyn och därför inte anses lämplig att ge mer konkret vägledning som rör faktiska förhållanden.

Som ytterligare skäl för att inte inrätta en samlad funktion för statsstöd vid Konkurrensverket uppger Statskontoret att det skulle göra rollfördelningen mellan Konkurrensverket otydlig. På upphandlingsområdet finns en tydligare rollfördelning där Upphandlingsmyndigheten bedriver vägledning och Konkurrensverket tillsyn. På statsstödsområdet, som är mindre känt än upphandlingsområdet, skulle Konkurrensverket ansvara för både vägledning och tillsynsrelaterade uppgifter. Detta skulle enligt Statskontoret innebära en risk att offentliga aktörer inte hittar till vägledningen vid Konkurrensverket.

Av Statskontorets rapport framgår även att en samlad funktion med vägledningsuppgifter vid Konkurrensverket skulle kunna försämra myndighetens förutsättningar att utöva tillsyn på upphandlings- och konkurrensområdet då det skulle kunna skada myndighetens trovärdighet. Dock anser Statskontoret att de tillsynsrelaterade uppgifterna ligger i linje med Konkurrensverkets roll i statsförvaltningen och att myndighetens verksamhetslogik överensstämmer väl med logiken i uppgifterna i fråga.

Statskontoret anser inte att Upphandlingsmyndigheten bör ansvara för de tillsynsrelaterade uppgifterna, då det skulle innebära en rollkonflikt med myndighetens övriga verksamhet och leda till att rollfördelningen mellan Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket skulle bli otydlig.
Statskontoret anser däremot att uppgifterna som rör vägledning ligger i linje med Upphandlingsmyndighetens stödjande och utvecklande roll i statsförvaltningen. Myndigheten bedömer att det skulle kunna underlätta för såväl kommuner och regioner som statliga myndigheter att hitta och vända sig till en samlad funktion om den låg vid Upphandlingsmyndigheten. Statskontoret anser inte att Regeringskansliet bör ansvara för förvaltningsuppgifter som en förvaltningsmyndighet likväl skulle kunna utföra, då det ligger utanför myndighetens uppgift. Regeringskansliets uppgift är att bereda regeringsärenden och i övrigt biträda regeringen och statsråden.

Av Statskontorets rapport framgår att Tillväxtanalys inte bör ansvara för en samlad myndighetsfunktion för statsstöd. Tillväxtanalys behöver kunna analysera statens insatser för tillväxt och näringsutveckling, något som kräver integritet gentemot aktörerna i det tillväxtpolitiska systemet. Att Tillväxtanalys för närvarande hanterar statsstödsuppgifter anser Statskontoret riskerar att skada myndighetens förtroende. Tillväxtanalys har som uppdrag att tillhandahålla analyser och utvärderingar av tillväxtpolitiken. Myndigheten behöver stå utanför det system som de ska hantera, vilket de enligt Statskontoret inte gör om de hanterar statsstödsuppgifter.[11]

1.5 Skäl för vidare analys av om och var en samlad myndighetsfunktion för statsstöd bör inrättas

Av Statskontorets uppdrag framgick att myndigheten skulle föreslå lämplig statlig myndighet där en samlad myndighetsfunktion ska placeras. Statskontorets förslag utgör inte en samlad funktion enligt

[11] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 51ff.

den definition som framgår av uppdraget då förslaget innebär att ansvaret för statsstödsuppgifterna fortsatt föreslås vara uppdelat mellan flera statliga myndigheter. Det finns således skäl att vidare analysera om det bör inrättas en samlad myndighetsfunktion för statsstöd och i så fall vilken statlig myndighet som är mest lämpad att ta ett helhetsansvar för statsstödsuppgifterna.

Statskontorets huvudsakliga skäl till en fortsatt uppdelad funktion baseras på att myndigheten anser att det föreligger en rollkonflikt mellan vägledning och tillsyn som riskerar att försvåra den samlade funktionens arbete, om de hanteras vid samma myndighet. Den risk som Statskontoret ser att stödgivande statliga myndigheter, kommuner och regioner inte skulle vända sig till den samlade funktionen för vägledning om de uppfattade att deras frågor kunde användas för riktad tillsyn beaktar dock inte den faktiska rollen Konkurrensverket har i arbetet med att möjliggöra kommissionens tillsyn.

Samtliga medlemsstater har överlåtit befogenheten att fatta beslut om huruvida ett statligt stöd är förenligt med den inre marknaden till kommissionen.[12] Medlemsstaterna är dock skyldiga att samarbeta med kommissionen och lämna alla upplysningar som behövs för att göra det möjligt för kommissionen att fullgöra sina uppgifter.[13] Sverige har därmed en skyldighet att möjliggöra kommissionens tillsyn av statsstödsregelverkets efterlevnad.[14] De statsstöds-uppgifter som den samlade funktionen kommer att behöva utföra för att möjliggöra kommissionens tillsyn är således inte att betrakta som tillsyn av statsstödsområdet, eftersom myndigheten inte kommer att ha några befogenheter att på eget initiativ utreda om ett statsstöd är olagligt och inte heller ha någon befogenhet att fatta ett sådant beslut. Uppgifter som en statlig myndighet, kommun eller region lämnar för att få vägledning av den samlade funktionen kan därför inte användas för riktad tillsyn. Då det är kommissionen som ansvarar för tillsynen är det heller inte möjligt att det uppstår någon dubbel roll vid den nationella statliga myndighet som ges ansvar för

[12] Artikel 108 i EUF-fördraget.
[13] Artikel 4.3, Fördraget om Europeiska unionen.
[14]Kapitel III, Rådets förordning (EU) 2015/1589 av den 15 juli 2015 om genomförandebestämmelser för artikel 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

den samlade myndighetsfunktionen som skulle innebära att den i förlängningen bedriver tillsyn över den egna verksamheten.

Att Statskontoret anser att det vore olämpligt med vägledande uppgifter på Konkurrensverket eftersom myndigheten enligt Statskontoret är att betrakta i första hand som en tillsynsmyndighet beaktar inte vad som framgår av myndighetens instruktion. Av förordningen (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket framgår att Konkurrensverket är *förvaltningsmyndighet* för konkurrensfrågor. Det framgår även att Konkurrensverket *också är tillsynsmyndighet* för den offentliga upphandlingen och otillbörliga handelsmetoder vid köp av jordbruks- och livsmedelsprodukter. Enligt instruktionen ska Konkurrensverket i lämplig omfattning informera företag, upphandlande myndigheter, upphandlade enheter och andra berörda om exempelvis avgöranden i konkurrens- och upphandlingsärenden, tillämpningen av konkurrenslagen (2008:579) och lagen (2016:1145) om offentlig upphandling samt EU:s konkurrens- och upphandlingsregler.

Att vägleda inom statsstödsfrågor innebär att informera om tillämpningen av statsstödsregelverket och avgöranden i statsstödsärenden, inte att ge rådgivning i enskilda fall. Det innebär inte att lämna mer långtgående information om statsstöd än vad Konkurrensverket för närvarande enligt myndighetens instruktion ska göra på konkurrens- och upphandlingsområdet, vilket är områden där Konkurrensverket bedriver tillsyn. Ett uppdrag att informera om tillämpningen av ett regelverk och rättslig praxis skulle därför inte utgöra en uppgift som skiljer sig från vad Konkurrensverket för närvarande gör.
Statskontorets rapport och förslag innehåller inte någon kartläggning av hur arbetet med statsstöd är organiserat i andra medlemsstater. Rapporten innehåller heller inte någon analys av hur arbetet med statsstöd är organiserat vid Regeringskansliet och kommissionen. Detta är ytterligare skäl till att vidare överväga frågan om vilken statlig myndighet som är mest lämpad att ansvara för en samlad myndighetsfunktion för statsstöd.

Rapportens delar om hur statens arbete med statsstöd är organiserat, hur väl den uppfyller stödgivarnas behov av stöd för att kunna följa

statsstödsreglerna samt vilka synergieffekter och skalfördelar som uppstår av att koncentrera ansvaret för statsstödsuppgifterna vid en samlad funktion, beaktas vidare i denna promemoria. Även Statskontorets uppskattning av den samlade funktionens kommande budgetbehov beaktas.

2 De elva statsstödsuppgifterna och hur statens arbete med statsstöd är organiserat

2.1 Uppgifter som behöver hanteras för minskad sårbarhet och ökad effektivitet i statens arbete med statsstöd

Statskontoret har i enlighet med uppdraget beaktat elva statsstödsuppgifter som behöver hanteras för att minska sårbarheten och öka effektiviteten. Enligt myndigheten hanteras för närvarande åtta av dem av Upphandlingsmyndigheten, Konkurrensverket, Tillväxtanalys eller Regeringskansliet. Tre av uppgifterna (uppgift två, fem och elva nedan) är det för närvarande ingen myndighet som ansvarar för.

Uppgifterna består av både sådana uppgifter som Sverige enligt unionsrättslig och nationell rätt måste hantera i samband med stödgivningen, här benämnda *förvaltningsuppgifter*, och sådana uppgifter som syftar till bättre regelefterlevnad, här benämnda *uppgifter för bättre regelefterlevnad*. Uppgiften att utgöra ett effektivt kunskapsstöd till regeringen genom att utveckla, sammanställa och bidra med kunskap i statsstödsfrågor benämns som *policyuppgift.*

2.1.1 Vägledning av stödgivare

Uppgifterna inom kategorin *vägledning av stödgivare* syftar till att minska risken för att statliga myndigheter felaktigt lämnar stöd och att kommuner och regioner utformar stöd i strid med

statsstödsregelverket. Uppgifterna inkluderar exempelvis att informera om statsstödsregelverket och dess tillämpning, avgöranden från EU-domstolarna samt hur ett stöd ska rapporteras korrekt. Inom kategorin finns två uppgifter för bättre regelefterlevnad:

1. *Vägledning om statsstöd till kommuner och regioner.*
2. *Vägledning om statsstöd till statliga myndigheter.*

2.1.2 Hantering av register och rapportering av beviljat stöd

Allt statsstöd som beviljas av stödgivande statliga myndigheter, kommuner, regioner och organisationer som fått i uppgift att besluta om stöd ska registreras och rapporteras. Stödgivaren ska rapportera beviljat statsstöd i kommissionens databaser State Aid Reporting Interactive (SARI) och Transparency Award Module (TAM). Tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (SGEI) ska av stödgivaren rapporteras till Regeringskansliet. Regeringskansliet ansvarar i sin tur för SGEI-rapportering till kommissionen baserat på inkomna uppgifter från stödgivarna samt ansvarar för att rapportera till Världshandelsorganisationen (WTO). Även visst stöd av mindre betydelse ska registreras i ett centralt register från och med den 1 januari 2026[15] respektive 1 januari 2027[16]. Inom kategorin finns fem förvaltningsuppgifter:

3. *Hantering av årlig rapportering i SARI.*
4. *Hantering av rapportering som omfattas av särskilda redovisningsskyldigheter.*
5. *Hantering av rapportering av stöd av mindre betydelse i ett centralt register.*
6. *Nationell hantering av TAM.*

[15] Stöd av mindre betydelse som lämnas i enlighet med kommissionens förordningar (EU) 2023/2831 och 2023/2832 omfattas av skyldigheten. Stöd av mindre betydelse enligt kommissionens förordning (EU) nr 717/2014 omfattas inte av skyldigheten.
[16] Stöd av mindre betydelse som lämnas i enlighet med kommissionens förordning (EU) nr 1408/2013 omfattas av skyldigheten.

7. *Hantering av SGEI-rapportering och WTO-rapportering.*

2.1.3 Möjliggörande av kommissionens tillsyn

Det är kommissionens ansvar att kontrollera att statsstödsregelverket efterlevs. Kommissionen ansvarar därmed för tillsyn och är även skyldig att pröva om ett statsstöd är förenligt med statsstödsregelverket. Dock har medlemsstaterna ansvar för att möjliggöra och underlätta denna tillsyn. Inom kategorin finns tre förvaltningsuppgifter:

8. *Ansvarig tillsynsmyndighet enligt lagen (2015:590) om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m.*

9. *Myndighetsuppgifter som följer av genomförandet av Europaparlamentets och rådets förordning om utländska subventioner som snedvrider den inre marknaden.*[17]

10. *Hantering av visselblåsarfunktion för statsstöd.*[18]

2.1.4 Kunskapsstöd till regeringen

För närvarande finns ingen statlig myndighet som har i uppgift att arbeta strategiskt med att utveckla och sammanställa kunskap inom statsstödsfrågor som sedan kan användas i regeringens policyarbete. Inom kategorin kunskapsstöd till regeringen finns en policyuppgift:

11. *Utgöra ett effektivt stöd till regeringen genom att utveckla, sammanställa och bidra med kunskap inom statsstödsfrågor.*

[17] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2560 av den 14 december 2022 om utländska subventioner som snedvrider den inre marknaden.
[18] Uppgiften innebär att vara behörig myndighet för rapporter om missförhållanden inom EU:s finansiella intressen enligt artikel 2.1b i Europaparlamentets och rådet direktiv (EU) 2019/1937 när det gäller statsstödsområdet och inom området den inre marknaden enligt artikel 2.1 c i Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 201/1937, när det gäller statsstödsområdet.

2.2 Ansvaret för åtta statsstödsuppgifter är fördelat på fyra myndigheter

Ansvaret för de åtta statsstödsuppgifterna som för närvarande hanteras är fördelat på fyra myndigheter – Upphandlingsmyndigheten, Tillväxtanalys, Konkurrensverket och Regeringskansliet. Upphandlingsmyndigheten, Tillväxtanalys och Konkurrensverket uppskattar att det sammantaget krävs ungefär 4,4 årsarbetskrafter för att utföra de statstödsuppgifter som de ansvarar för. Eftersom uppgifterna är en integrerad del av myndigheternas löpande verksamhet är uppskattningen dock osäker. Upphandlingsmyndigheten är den enda av myndigheterna som följer upp kostnader specifikt för arbetet med statsstödsuppgifter.[19]

2.2.1 Upphandlingsmyndigheten vägleder kommuner och regioner

Upphandlingsmyndigheten har ansvar för att vägleda kommuner och regioner i statsstödsfrågor. Uppgiften är reglerad i myndighetens instruktion.[20] Myndigheten svarar på frågor via sin digitala tjänst Frågeportalen samt via telefon och chatt. Dessutom tillhandahåller myndigheten ett stort informationsmaterial på sin webbsida och föreläser för kommuner och regioner på konferenser och seminarier. Informationsmaterialet på webbsidan innehåller bland annat ett stort antal frågor och svar samt vägledning på teman som hur en kommun går till väga för att bevilja ett lagligt statsstöd eller för att återkräva ett olagligt statsstöd. Upphandlingsmyndigheten lägger vanligtvis tre årsarbetskrafter på uppgiften att vägleda kommuner och regioner i statsstödsfrågor, men har under delar av 2022 och 2023 bara lagt 2,5 årsarbetskrafter på grund av vakanser. Upphandlingsmyndigheten har sedan 2018 disponerat fem miljoner kronor per år för vägledningsuppgiften och

[19] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 21.
[20] 1 § förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

har använt hela eller en stor del av beloppet till uppgiften sedan 2019, då verksamheten var fullt utbyggd.[21]

2.2.2 Tillväxtanalys administrerar registren för statsstöd

Tillväxtanalys ansvarar för att administrera kommissionens två befintliga register för statsstöd. Uppgifterna är reglerade i myndighetens instruktion.[22] Det ena registret är TAM, som omfattar mottagare av beslutade stödbelopp över 500 000 euro. Det andra registret är SARI, som omfattar det totala utbetalade beloppet per stöd. Registren omfattar godkända stöd och stöd enligt ett gruppundantag, men inte SGEI-stöd. Tillväxtanalys arbete med registren består i huvudsak av att tillhandahålla inloggningsuppgifter till stödgivarna, påminna dem om att rapportera i registren och svara på deras frågor om hur de ska använda registren. Tillväxtanalys gör också grundläggande kontroller av uppgifterna som stödgivarna lämnar i registren, till exempel för att se till att uppgifterna är fullständiga. Myndigheten uppskattar att de för närvarande lägger ungefär 0,4 årsarbetskrafter eller 600 000 kronor årligen på uppgifterna.[23]

2.2.3 Konkurrensverket gör kommissionens tillsyn möjlig

Det är bara kommissionen som kan utöva tillsyn över Sveriges tillämpning av statsstödsregelverket, men Konkurrensverket har till uppgift att möjliggöra denna tillsyn. Konkurrensverket är ansvarig tillsynsmyndighet enligt lagen (2005:590) om insyn i vissa finansiella förbindelser med mera (transparenslagen). Enligt lagen ska offentliga företag och företag som har både konkurrensutsatt och konkurrensskyddad verksamhet ha särskilda redovisningar som gör det möjligt för kommissionen att kontrollera att de inte har fått olagliga statsstöd eller andra fördelar som strider mot EU:s

[21] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 23.
[22] 9 § förordningen (2016:1048) med instruktion för Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser.
[23] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 21–22.

konkurrensregler.[24] Konkurrensverket kontrollerar att företagen har rätt sådana redovisningar. Dessutom samlar Konkurrensverket vid behov in det redovisningsmaterial som kommissionen efterfrågar och lämnar vidare materialet. Konkurrensverket lämnar också årligen en förteckning till kommissionen över de offentliga företag inom tillverkningsindustrin som har en nettoomsättning på mer än 250 miljoner euro under det senaste räkenskapsåret.[25] Myndigheten uppger att de lägger ungefär 0,5 årsarbetskrafter per år på tillsyn och rapportering enligt transparenslagen.[26]

Konkurrensverket är, till följd av en ändring i konkurrenslagen, från och med den 1 december 2024 ansvarig myndighet för att bistå kommissionen vid undersökningar och på begäran av kommissionen utföra undersökningar enligt EU-förordningen om utländska subventioner (Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2560 av den 14 december 2022 om utländska subventioner som snedvrider den inre marknaden)[27]. Regleringen innebär att när Konkurrensverket genomför undersökningar och andra utredningsåtgärder på begäran av kommissionen får myndigheten besluta om ålägganden om att tillhandahålla uppgifter, handlingar och annat eller inställa sig för förhör. Konkurrensverket har även rätt att tillträda lokaler och utrymmen, ta del av tillgänglig information, granska och ta kopior eller göra utdrag av bokföring och andra affärshandlingar och begära muntliga förklaringar direkt på plats. Konkurrensverket utför redan platsundersökningar på begäran av kommissionen enligt förordning (EG)nr 1/2003 och förordning (EG) nr 139/2004 och är vidare tillsynsmyndighet för regelverken om företagskoncentrationer och offentlig upphandling, vilket i förarbetet lyfts som skäl för att Konkurrensverket även ska ansvara för platsundersökningar enligt artikel 14.7 i förordningen.[28]

Konkurrensverket uppskattar kostnaden för att bistå kommissionen vid en platsundersökning till cirka 255 000 kronor och kostnaden för

[24] 3 § lagen (2005:590) om insyn i vissa förbindelser m.m. innehåller vissa undantag från denna redovisningsskyldighet.
[25] 8 § lagen (2005:590) om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m.
[26] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 23–24.
[27] Prop. 2023/24:154, bet. 2024/25:NU5, rskr. 2024/25:5.
[28] Prop. 2023/24:154 s. 24–25.

att utföra en egen undersökning på uppdrag av kommissionen till cirka 391 000 kronor, kostnaden kan dock variera beroende på hur omfattande undersökningarna är.[29]

2.2.4 Regeringskansliet bistår regeringen men hanterar även förvaltningsuppgifter

Regeringskansliets uppgifter på statsstödsområdet består i huvudsak av att utforma nya statsstöd, anmäla nya eller ändrade stödordningar till kommissionen och ansvara för kontakten med kommissionen i ärenden som rör specifika statsstöd och statsstödsregelverket i stort. Det är uppgifter som innebär en omfattande informell dialog med kommissionen och som kan innefatta politiska ställningstaganden. Det är därför inte uppgifter som föreslås överföras till en förvaltningsmyndighet.

Regeringskansliet ansvarar dock även för flera förvaltningsuppgifter på statsstödsområdet, till exempel kvalitetssäkring av uppgifterna i rapporteringssystemen SARI och TAM. Vidare ansvarar Regeringskansliet för att ta fram särskilda rapporter om enskilda statsstöd när kommissionen kräver det, bland annat en rapport om Sveriges stöd till tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och en rapport till WTO över beviljade statsstöd. Regeringskansliet lägger för närvarande ungefär en halv årsarbetskraft på arbetet med dessa förvaltningsuppgifter. Utöver det ansvarar Regeringskansliet även för visselblåsarfunktionen för statsstöd, men arbetsbördan för att hantera funktionen är begränsad då enbart ett ärende har mottagits sedan den öppnade i juli 2022. Av dessa uppgifter är det bara visselblåsarfunktionen som är Regeringskanslets direkta ansvar.[30] Indirekt har dock Regeringskansliet ett ansvar för att utföra även de övriga uppgifterna, inom ramen för sin uppgift att biträda regeringen i ärenden som rör EU. Regeringskansliet ska till exempel besvara formella underrättelser från kommissionen och i övrigt upplysa kommissionen om hur Sverige har uppfyllt de förpliktelser som följer av medlemskapet.[31] Totalt lägger Regeringskansliet cirka en

[29] Regeringens promemoria (Dnr KN2023/03687) Nya bestämmelser i anslutning till konkurrensregelverket, s. 93.
[30] Förordningen (2021:949) om skydd för personer som rapporterar om missförhållanden.
[31] 20 § förordningen (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet.

årsarbetskraft på att hantera förvaltningsuppgifter på statsstödsområdet.

2.3 Tre statsstödsuppgifter utan ansvarig myndighet

Ingen myndighet har direkt eller indirekt ansvar för tre av de elva statsstödsuppgifterna. Det handlar om (i) uppgiften att vägleda statliga myndigheter, (ii) uppgiften att utgöra ett effektivt kunskapsstöd till regeringen samt (iii) de kommande uppgifterna att hantera ett nytt centralt register för stöd av mindre betydelse. När det gäller vägledning av statliga myndigheter och att utgöra ett effektivt kunskapsstöd till regeringen väljer flera myndigheter att ta ett visst ansvar i mån av tillgängliga resurser, eftersom såväl regeringen som andra statliga myndigheter efterfrågar sådant stöd och myndigheterna har ett övergripande ansvar att hjälpa varandra och regeringen.[32] Uppgifterna genomförs dock inte i någon större omfattning.[33]

2.3.1 Vägledning om statsstöd till statliga myndigheter

Ingen statlig myndighet har för närvarande ansvar för att vägleda andra statliga myndigheter inom statsstödsfrågor. Upphandlingsmyndigheten tar dock ett visst ansvar för uppgiften. Det handlar dels om att Upphandlingsmyndighetens digitala stödmaterial i statsstödsfrågor är tillgängligt även för statliga myndigheter, dels om att Upphandlingsmyndigheten ibland besvarar statsstödsfrågor även från statliga myndigheter om myndigheten har resurser till det. Även Tillväxtverket har, utöver uppgifter som är kopplade till de EU-fonder som myndigheten hanterar, ibland svarat på frågor om statsstöd från andra statliga myndigheter och hållit i enstaka föreläsningar om statsstödsregelverket för andra myndigheter när de har blivit tillfrågade.

[32] 6 § myndighetsförordningen (2007:515).
[33] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 26.

Regeringskansliet får många frågor från statliga myndigheter om hur de ska tolka och tillämpa statsstödsregelverket. Att Regeringskansliet, som har till uppgift att stötta uppdragsgivaren, dvs. regeringen, ger vägledning om hur exempelvis en statlig myndighet ska tolka och tillämpa statsstödsregelverket, är inte lämpligt. Detta då Regeringskansliet har kännedom om vissa enskilda statsstödsärenden som hanteras på de statliga myndigheterna och det finns risk för att vägledning därmed sker eller kan uppfattas ske i det enskilda fallet. Dessutom finns det ingen annan statlig myndighet att hänvisa till för vägledning.

Alla statliga myndigheter är heller inte bekväma med att ta kontakt med Regeringskansliet för att få vägledning. Av Statskontorets rapport framgår att det i första hand är stora statliga myndigheter, som är vana att ha en tät kontakt med Regeringskansliet i många olika frågor, som hör av sig även i statsstödsfrågor. Andra myndighetsföreträdare som Statskontoret har intervjuat beskriver att de har en hög tröskel för att vända sig till Regeringskansliet med frågor.[34]

2.3.2 Utgöra ett effektivt stöd till regeringen genom att utveckla, sammanställa och bidra med kunskap inom statsstödsfrågor

Regeringskansliet tar för närvarande ett stort ansvar för att hjälpa regeringen med kunskap om statsstödsfrågor, eftersom regeringen efterfrågar sådan kunskap och Regeringskansliet inte har någon statlig myndighet att vända sig till för underlag och analyser. Men Regeringskansliets organisation är utformad för att bereda enskilda regeringsärenden och har generellt inte resurser för att utveckla djupare kunskap om statens arbete med statsstöd i sin helhet. Även Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket tar ett visst ansvar för att stödja regeringen. Till exempel belyser myndigheterna ibland statsstödsfrågor i enstaka remissvar, i mån av tillgängliga resurser och beroende på hur frågorna hänger samman med myndigheternas övriga uppgifter.

[34] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 27–28.

Företrädare för Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket uppger för Statskontoret att ingen av myndigheterna bevakar statsstödsfrågorna på ett heltäckande eller systematiskt sätt, vilket bekräftas av Statskontoret som översiktligt gått igenom antalet utredningar som tar upp statsstödsfrågor. Under de senaste åren har det statliga kommittéväsendet till exempel publicerat omkring 40 betänkanden per år som uttryckligen diskuterar statsstödsreglerna. Utöver detta finns det sannolikt ett mörkertal av betänkanden och utredningar i Regeringskansliets departementsserie som borde diskutera statsstödsreglerna, men inte gör det. En majoritet av dessa utredningar remitteras. Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket besvarar dock endast totalt omkring 30–40 remisser vardera per år, varav ett fåtal belyser statsstödsfrågor. Tillväxtanalys gör vissa fördjupade analyser av tillväxt- och näringspolitiken där statsstöd ingår, men analyserar generellt inte statsstöd separat från andra statliga eller offentliga stöd till företag. Det beror på hur myndighetens uppdrag är formulerat och på att myndigheten bedömer att informationen i SARI och TAM håller för låg kvalitet och detaljeringsgrad för att ligga till grund för meningsfulla analyser.[35]

2.3.3 Rapportering av stöd av mindre betydelse i ett centralt register

I december 2023 beslutade kommissionen om en ny allmän förordning för stöd av mindre betydelse.[36] Enligt artikel 6 i förordningen är varje medlemsstat från och med 1 januari 2026 skyldig att rapportera information om samtliga utbetalade belopp och mottagare av visst stöd av mindre betydelse.[37] Samma skyldighet framgår av artikel 6 i förordningen om försumbart stöd till SGEI.[38]

[35] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 26–27.
[36] Kommissionens förordning (EU) 2023/2831 av den 13 december 2023 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse.
[37] Gäller ej för stöd av mindre betydelse som beviljas till företag inom fiskeri- och vattenbrukssektorn.
[38] Kommissionens förordning (EU) 2023/2832 av den 13 december 2023 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse.

För stöd av mindre betydelse inom jordbrukssektorn gäller rapporteringsskyldigheten från och med 1 januari 2027 vilket framgår av artikel 6 i förordningen.[39]

Medlemsstaterna kan välja att uppfylla rapporteringsskyldigheten genom att rapportera direkt i kommissionens register eller att upprätta ett eget nationellt register. Oavsett val av register kommer informationen i registret att vara offentlig, i likhet med informationen i SARI och TAM. Stödgivarna kommer att behöva rapportera lika detaljerad information i det nya registret som i TAM. Samtidigt kommer det nya registret sannolikt att omfatta många fler stödgivare och stödmottagare än vad TAM gör.[40]

[39] Kommissionens förordning (EU) nr 1408/2013 av den 18 december 2013 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse inom jordbrukssektorn.
[40] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 28–29.

3 Befintlig organisering av ansvaret för statsstödsuppgifterna är ineffektiv och sårbar

3.1 Behovet av vägledning överstiger tillgången

Statskontoret konstaterar att det inom hela den offentliga förvaltningen finns ett stort behov av vägledning i statsstödsfrågor. De statliga myndigheterna har för närvarande inte tillgång till sådan samlad vägledning, utan lägger tid och pengar på att försöka tillgodose sina behov av vägledning på egen hand. Detsamma gör även flera kommuner och regioner eftersom de inte känner till möjligheten att få vägledning av Upphandlingsmyndigheten. Andra kommuner och regioner drar sig för att ställa frågor av rädsla för att bli påkomna med att göra fel eller få svar som de antingen inte vill eller inte anser sig kunna hantera. Sammantaget gör det stödgivarnas arbete sårbart och ineffektivt och ökar risken för att Sverige bryter mot EU:s regler. Därför behöver den samlade myndighetsfunktionen öka såväl tillgången till vägledning i statsstödsfrågor som kännedomen om den och se till att fler offentliga aktörer använder sig av den vägledning som finns.[41]

3.1.1 Stödgivare har generellt låg kunskap om statsstödsreglerna

Offentliga aktörer behöver mycket kunskap för att kunna följa statsstödsregelverket, eftersom det är omfattande och komplext.

[41] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 31.

Statskontoret konstaterar att kunskapen om statsstöd inom den offentliga förvaltningen generellt sett är låg. Det gör de offentliga aktörernas arbete sårbart eftersom de riskerar att bryta mot reglerna utan att veta om det. Små stödgivare saknar ofta grundläggande kunskaper om statsstöd och vet inte alltid om att de ger statsstöd och behöver rapportera information om stöden till kommissionen.

Det finns även små stödgivare som är väl medvetna om att de ger statsstöd och försöker följa reglerna, men som har svårt att upprätthålla tillräckliga kunskaper. Det beror dels på att reglerna är omfattande och komplexa, dels på att stödgivarna i fråga ofta har en liten verksamhet totalt sett. Det kan till exempel handla om små kommuner, små statliga myndigheter eller offentliga bolag med ett fåtal anställda. Stora stödgivare har bättre förutsättningar att bygga upp kunskap om statsstöd, men även flera stora stödgivare uppger att de har kunskapsluckor på området. Det handlar till exempel om att deras kunskap är begränsad till de frågor och den del av reglerna som de oftast kommer i kontakt med. Några av de största stödgivarna beskriver att det trots omfattande interna utbildningsinsatser bara är enskilda medarbetare som arbetar med statsstödsfrågor dagligen som kan utveckla och upprätthålla kunskap på området.[42]

3.1.2 Begränsad kännedom om Upphandlingsmyndighetens vägledning

Antalet statsstödsfrågor som inkommer till Upphandlingsmyndigheten har sedan 2018 ökat för varje år. Detta har av myndigheten tolkats som att vägledningen med tiden har blivit mer känd, vilket även bekräftas av myndighetens enkät under 2023 till kommuner och regioner. Andelen svarande kommuner som uppger att vägledningen är ganska känd eller välkänd har till exempel ökat från fyra procent 2019 till 31 procent 2023, medan andelen som uppger att vägledningen är okänd har minskat från 79 procent till 50 procent. Samtidigt är det fortfarande många kommuner och regioner som saknar kännedom om Upphandlingsmyndighetens ansvar att

[42] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 32.

erbjuda vägledning i statsstödsfrågor. Statskontorets intervjuer visar att flera kommuner och regioner har upptäckt vägledningen av en slump när de har letat efter information om statsstöd. Det finns även kommuner och regioner som inte känner till vägledningen över huvud taget. Upphandlingsmyndighetens löpande vägledning styrs i huvudsak av efterfrågan, även om vägledningsmaterialet på myndighetens webbsida bygger på en behovsanalys som myndigheten utförde i samband med att de fick vägledningsuppgiften. Det innebär att det inte nödvändigtvis är de kommuner och regioner som har störst behov av vägledning som får mest stöd. Företrädare för Upphandlingsmyndigheten uppger att deras resurser inte räcker till att arbeta mer proaktivt. Det gäller både myndighetens finansiella resurser och de medarbetare som myndigheten har möjlighet att rekrytera och behålla. Ju mer vägledning som myndigheten tar fram, desto mer resurser går åt för att hålla vägledningen uppdaterad. I nuläget innehåller informationsmaterialet på webbplatsen till exempel 57 olika sidor, som myndigheten behöver se över vid varje regel- eller praxisändring.

3.1.3 Stödgivare försöker tillgodose sina vägledningsbehov på egen hand

Vissa kommuner och regioner som inte känner till Upphandlingsmyndighetens vägledning försöker tillgodose sina vägledningsbehov på egen hand, eller hitta vägledning hos andra kommuner och regioner. Det är ofta tidskrävande och riskabelt eftersom en stödgivare som inte har kunskap om reglerna har svårt att bedöma vilken information som är relevant för dess verksamhet. Många statliga myndigheter använder Upphandlingsmyndighetens informationsmaterial om statsstöd trots att det inte är utformat för dem. Det är också vanligt att statliga myndigheter försöker tillgodose sina vägledningsbehov internt. Stödgivande statliga myndigheter har till exempel tagit fram egna vägledningar om hur medarbetare ska tolka statsstödsregelverket, handlägga statsstödärenden och använda SARI och TAM. Vissa av de statliga myndigheterna har skapat interna samordningsfunktioner för statsstöd som ska svara på frågor från den övriga verksamheten och hålla de interna vägledningarna uppdaterade. Samtidigt är flera av myndighetsföreträdarna osäkra på om deras interna arbete är

tillräckligt och oroar sig för att missa något och därför bryta mot reglerna. Flera statliga myndigheter har också bildat egna nätverk för att hjälpa och lära av varandra i statsstödsfrågor. I dessa nätverk ingår dock bara ett fåtal tjänstemän vid ett litet antal statliga myndigheter. Ett exempel är Energimyndighetens, Tillväxtverkets och Verket för innovationssystems (Vinnova) nätverk för stöd enligt det allmänna gruppundantaget. Ett annat exempel är länsstyrelsernas nätverk för stöd till åtgärder för att sanera och återställa förorenad mark. Enligt företrädare för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är det också vanligt att såväl statliga myndigheter som kommuner och regioner lägger förhållandevis mycket egna medel på att upphandla rådgivning och rättsutredningar i frågor som rör statsstöd av privata advokatfirmor. Det gäller även stödgivare som har tillgång till Upphandlingsmyndighetens vägledning, eftersom den inte omfattar rättsutredningar eller färdiga beslutsunderlag i specifika ärenden. Utan egen kunskap i statsstödsfrågor är det svårt för stödgivarna att vara kompetenta beställare och få rätt hjälp av privata advokatfirmor.[43]

3.1.4 Rädslan för statsstödsregelverket utgör ett hinder för att ställa frågor

Av Statskontorets rapport framgår att många av de som intervjuats uppger att de har förtroende för Upphandlingsmyndigheten. Såväl stödgivare som företrädare för SKR, Svenskt Näringsliv och myndigheter med egna uppgifter på statsstödsområdet uppger att stödgivare kan känna sig trygga med att vända sig till myndigheten även med känsliga frågor och när de är oroliga för att något har blivit fel. Respondenterna uppger att anledningen till det är att Upphandlingsmyndigheten är pragmatisk och lösningsfokuserad i stället för att fokusera på det som eventuellt blivit fel. Trots det indikerar Statskontorets undersökning att många offentliga aktörer drar sig för att be om hjälp med att tolka eller tillämpa statsstödsregelverket. Det gäller särskilt kommuner och regioner. I vissa fall beror det på att de är rädda för att bli påkomna med att ha brutit mot reglerna. Om kommissionen fick reda på att de brutit mot

[43] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 34–35.

reglerna, skulle det innebära mycket arbete och i värsta fall att de skulle vara tvungna att återkräva utbetalat statsstöd från de som beviljats stöd. I andra fall beror det på att de inte vill eller anser sig kunna hantera vissa svar, till exempel att en planerad investering sannolikt är ett statsstöd. Då behöver de lägga resurser på att reda ut vad som gäller, och kanske även på att anmäla stödet till kommissionen och invänta deras besked. I stället för att få hjälp att göra rätt föredrar de alltså att inte veta om de gör fel. Statskontoret bedömer dock att aktörernas rädsla för statsstödsreglerna åtminstone delvis är obefogad och bygger på en föreställning om att reglerna är omöjliga att hantera snarare än på verkliga förhållanden. Enligt företrädare för Upphandlingsmyndigheten är flera kommuners och regioners problem relativt enkla att lösa, genom att exempelvis tillämpa ett gruppundantag eller utforma en åtgärd på marknadsmässiga villkor. På så sätt går det ofta att följa statsstödsreglerna utan det tidskrävande arbete som att anmäla och få ett statsstöd godkänt av kommissionen ofta innebär.[44]

3.2 Bättre kunskap kan öka täckningsgraden och datakvaliteten i registren

Enligt kommissionens State Aid Scoreboard 2023 beviljades under år 2022 totalt 139 stödåtgärder i Sverige. En majoritet av stödåtgärderna beviljades i enlighet med någon av gruppundantags-förordningarna.

Tabell 1: Antal stödåtgärder per typ av stödåtgärd

Typ av stödåtgärd	Antal stödåtgärder	Andel av totalen i procent
ABER[45]	12	8,6

[44] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 35–36.
[45] Kommissionens förordning (EU) 2022/2472 av den 14 december 2022 genom vilka vissa kategorier av stöd inom jordbruks- och skogsbrukssektorn och i landsbygdsområden förklaras förenliga med den inre marknaden enligt artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

FIBER[46]	4	2,9
GBER[47]	92	66,2
Anmält stöd	31	22,3
Totalt	**139**	**100**

Källa: Europeiska kommissionen, State Aid Scoreboard 2023.

Totalt uppgick beviljat statsstöd som rapporterats under år 2022 till cirka 5 miljarder euro. De fem största stödåtgärderna uppgick till sammanlagt 2,9 miljarder euro, motsvarande 56,8 procent.[48]

Statskontoret har analyserat vilka statliga myndigheter, kommuner och regioner som rapporterat att de beviljat statsstöd över ett flertal år och konstaterar att förhållandet mellan de olika kategorierna av stödgivare är stabilt över tid. Den vanligaste stödgivaren är statliga myndigheter. Totalt har 39 statliga myndigheter rapporterat att de beviljat statsstöd under perioden 2017–2021 och ett fåtal av dessa står för majoriteten av de utbetalade beloppen. År 2021[49] beviljade Skatteverket 34 miljarder kronor i statsstöd. Därmed är Skatteverket den statliga myndighet som beviljat mest stöd, vilket förklaras av att många stöd är utformade som skattelättnader. Därefter följer Kammarkollegiet, Boverket, Trafikverket och Naturvårdsverket som alla rapporterat att de har betalat ut över två miljarder kronor 2021.

Den näst vanligaste kategorin av stödgivare är enligt Statskontoret kommuner. Totalt har 30 kommuner rapporterat att de beviljat statsstöd under perioden 2017–2021. Statskontoret konstaterar dock att många stödgivare, däribland kommuner, enbart betalar ut ett fåtal miljoner kronor inom ramen för enstaka statsstöd.

Vad som har rapporterats i statsstödsregistren ger dock ingen fullständig bild över vilka offentliga aktörer som beviljar statsstöd,

[46] Kommissionens förordning (EU) 2022/2473 av den 14 december genom vilka vissa kategorier av stöd till företag som är verksamma inom produktion, beredning och saluföring av fiskeri- och vattenbruksprodukter förklaras förenliga med den inre marknaden enligt artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.
[47] Kommissionen förordning (EU) nr 651/2014 av den 17 juni 2014 genom vilken vissa kategorier av stöd förklaras förenliga med den inre marknaden enligt artiklarna 107 och 108 i fördraget.
[48] Europeiska kommissionen, State Aid Scoreboard 2023, s. 270–271.
[49] År 2021 uppgick de pandemirelaterade stödåtgärderna till 17,4 procent enligt Europeiska kommissionen, State Aid Scoreboard 2022, s. 226.

vilka belopp som betalas ut eller vilka stödmottagarna är. Det beror dels på att kvaliteten på informationen i statsstödsregistren och rapporterna är låg och innehåller många felaktigheter, dels på att registren och rapporterna har ett mörkertal, eftersom alla stödgivare inte vet om att de beviljar statsstöd eller att de är skyldiga att rapportera information om stöden.[50]

3.2.1 Alla offentliga aktörer kan ge statsstöd

Alla offentliga aktörer, från riksdag och regering till statliga, regionala och kommunala myndigheter och offentliga bolag, vissa stiftelser på alla förvaltningsnivåer, kan bevilja statsstöd. Men kommuners och regioners möjligheter att bevilja statsstöd är begränsade av den svenska lagstiftningen, i första hand kommunallagens förbud mot individuellt inriktat stöd till enskilda näringsidkare.[51]

En offentlig aktör som avser att vidta eller ändra stödåtgärder som kommissionen enligt artikel 108.3 i EUF-fördraget ska underrättas om, ska lämna upplysningar om åtgärderna till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.[52] Detta innebär att exempelvis en kommun eller en region som avser att bevilja anmälningspliktigt statligt stöd ska lämna upplysningar till Regeringskansliet. Klimat- och näringslivsdepartementet ansvarar för kontakten med kommissionen i samtliga statsstödsärenden.

3.2.2 Det finns sannolikt ett mörkertal av statsstöd som beviljats av kommuner och regioner men inte rapporterats

En majoritet av stödgivarna som Statskontoret kunnat identifiera i SARI, TAM eller SGEI-rapporterna är statliga myndigheter. Anledningen till att de statliga myndigheterna är i majoritet är sannolikt att mörkertalet är större när det gäller statsstöd från

[50] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 36–38.
[51] 2 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).
[52] 12 § lagen (2013:388) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler.

kommuner och regioner än från statliga myndigheter. Det beror på att kommuner ofta är små stödgivare med liten kunskap om statsstöd, medan statliga myndigheter ofta är stora stödgivare med bättre kunskap om reglerna. Därför finns det sannolikt fler kommuner och regioner än statliga myndigheter som ger statsstöd utan att de vet om det, och som därför inte informerar kommissionen eller rapporterar i registren.

När Statskontoret har undersökt de kommuner som går att identifiera i registren och SGEI-rapporterna framkommer till exempel att statsstöd som en kommun har rapporterat egentligen gäller flera kommuner och ibland även regioner. Detta är en indikation på att kunskapen om vad som är statsstöd fortfarande är låg och att en ökad kunskap troligen skulle leda till ökad rapportering. En annan indikation på detta är att det bara är vissa regionala bolag som har rapporterat om stöd till en verksamhet som är finansierad på samma sätt även i andra regioner, där sådana bolag alltså inte rapporterar.

Enligt företrädare för kommissionen drivs förhållandevis få ärenden om återkrav som rör svenska stödgivare. Men kommissionens bild bygger bara på de stöd som den känner till, det vill säga de som en stödgivare har anmält eller informerat kommissionen om.[53]

3.2.3 Risk för dubbelfinansiering och brott mot reglerna om stöd av mindre betydelse

För närvarande finns det inga register eller rapporter med information om vilka företag som har tagit emot enskilda stödbelopp under 100 000 euro. Sannolikt faller en stor majoritet av de som har tagit emot stöd inom den kategorin. Det innebär en risk för dubbelfinansiering, det vill säga att flera stödgivare ovetande om varandra ger stöd till samma företag och för samma ändamål. Flera företrädare för myndigheter som har uppgifter inom statsstödsområdet uppger att detta sannolikt förekommer.

En del av problemet är att det för närvarande saknas register över stöd av mindre betydelse när det gäller stöden i sig, utbetalade belopp

[53] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 39.

och vilka företag som har tagit emot dem. Utan ett register har en stödgivare inte någon möjlighet att kontrollera om ett företag har tagit emot mer stöd av mindre betydelse än vad som är tillåtet enligt respektive förordning under de tre senaste åren. Många statliga myndigheter som lämnar stöd av mindre betydelse använder sig av en modell där stödmottagarna intygar att de inte tagit emot mer stöd än vad respektive förordning tillåter. Både Riksrevisionen och Tillväxtanalys har försökt att undersöka om det förekommer att företag tar emot mer stöd av mindre betydelse än vad reglerna tillåter men inte kunnat besvara frågan.

Flera av stödgivarna har till Statskontoret uttryckt sig positivt om ett nytt register för stöd av mindre betydelse, även om det sannolikt kommer att innebära mer arbete för dem. För att få en fullständig bild av det stöd av mindre betydelse som lämnas av stödgivarna är det en viktig förutsättning att de rapporterar korrekt och fullständig information.[54] För att stödgivarna ska göra det behöver de öka sina kunskaper om statsstödsreglerna, vilket är skäl för att hanteringen av ett nytt centralt register för stöd av mindre betydelse kommer att ingå i den samlade myndighetsfunktionens vägledning.

[54] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 40.

4 Synergier och skalfördelar mellan de flesta av statsstödsuppgifterna

4.1 Stora potentiella skalfördelar gällande kompetensförsörjning

En samlad funktion för statsstödsfrågor skulle kunna förbättra kompetensförsörjningen inom området. Företrädare för flera av de statliga myndigheterna som ansvarar för statsstödsuppgifter beskriver kompetensförsörjningen som den största sårbarheten i deras arbete.

Problemet har flera delar. Det handlar om att det finns få tjänstemän totalt sett som behärskar statsstödsfrågor, att dessa är utspridda mellan olika statliga myndigheter, och att det kräver tid och tillgång till kompetenta kollegor för att lära sig frågorna väl. Genom att organisera de uppgifter som kräver hög kompetens i statsstödsfrågor vid en samlad funktion är det möjligt att skapa en kritisk massa av hög kompetens i frågorna. Funktionen skulle därmed ge förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning för både egna behov och för det offentliga förvaltningens behov i stort.[55]

4.1.1 En stor brist på kompetens i statsstödsfrågor

Företrädare för de statliga myndigheterna som ansvarar för statsstödsuppgifter uppskattar att det finns en handfull tjänstemän i

[55] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 41.

Sverige som behärskar statsstödsreglerna väl. Flera av dem arbetar vid de statliga myndigheterna i fråga och har länge arbetat med statsstöd. De lyfter fram att uppgifterna som rör vägledning och att vara ett effektivt kunskapsstöd till regeringen kräver kunskap om hela kedjan, från EU-nivå till stödmottagare. En tjänsteman behöver till exempel både kunskap om EU-domstolarnas senaste praxis och byggnadsnämndens arbete i en kommun för att kunna vägleda kommuner på ett konstruktivt sätt. Upphandlingsmyndigheten har varit tvungen att skjuta upp vissa planerade vägledningsinsatser på statsstödsområdet på grund av att de har haft svårt att hitta personal med rätt kompetens. Det är heller inte givet att en arbetsgivare kan hitta en vikarie för en medarbetare som är föräldraledig, sjukskriven, eller tjänstledig för att bistå regeringen i en statlig utredning eller i EU-arbete.[56]

4.1.2 Befintlig organisering av statsstödsuppgifterna gör det svårt att utveckla kompetens i statsstödsfrågor

Den befintliga organiseringen av statsstödsuppgifter gör det svårt för statliga myndigheter att behålla och utveckla sin kompetens i statsstödsfrågor. Ett skäl till det är att varje statlig myndighet bara arbetar med en eller ett par delar av kedjan från EU-nivån till stödmottagare. Ett annat skäl är att det ofta bara är en eller ett par tjänstemän på varje statlig myndighet som arbetar med frågorna. Det är sårbart både för de enskilda statliga myndigheterna och för statens arbete med statsstöd som helhet. Tjänstemännen i fråga är ensamma med sina arbetsuppgifter och har små möjligheter att få avlastning och att vidareutveckla eller sprida sin kompetens internt, eftersom deras tid går åt till att hantera arbetsuppgifter som bara de behärskar.

Bristande kompetens gör det också svårare för myndigheterna att rekrytera ny kompetens för att stärka verksamheten eller ersätta medarbetare som slutar. Ett skäl till det är att många personer föredrar att arbeta tillsammans med kompetenta kollegor framför att arbeta ensamma. Finns det flera kompetenta kollegor på en

[56] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 42.

arbetsplats kan de avlasta och hjälpa varandra med komplicerade frågor.

När statsstödsuppgifterna är utspridda på olika statliga myndigheter får dessa också svaga incitament att ta ansvar för statens arbete med statsstöd som helhet, och svaga incitament att investera i kompetenshöjande insatser. Tillväxtanalys löser till exempel stora delar av arbetet med SARI och TAM med visstidsanställda studentmedarbetare. Det är effektivt för den egna myndigheten på kort sikt men ineffektivt för statens samlade arbete med statsstöd på längre sikt, eftersom myndigheten inte bygger upp kompetens i statsstödsfrågor eller bidrar till att utveckla kvaliteten på informationen i registren.[57]

4.1.3 En samlad funktion bidrar till hela förvaltningens kompetensförsörjning

Genom att organisera de mest personalintensiva och kompetenskrävande statsstödsuppgifterna vid en samlad funktion går det att skapa en stabil resurs av tjänstemän med hög kompetens i statsstödsfrågor. Det handlar dels om uppgifterna att vägleda kommuner, regioner och statliga myndigheter i statsstödsfrågor, exempelvis i frågor gällande bostadsförsörjning och bostadsmarknad, dels om uppgiften att utgöra ett kunskapsstöd till regeringen. På så sätt blir funktionen mindre sårbar, vilket även gör statens arbete med statsstöd mindre sårbart i stort. Funktionen får även bättre förutsättningar att behålla och vidareutveckla kompetens inom statsstödsområdet än vad de statliga myndigheterna har i nuläget. På så sätt kan en samlad funktion bidra till att förbättra kompetensförsörjningen på området inom hela den offentliga förvaltningen.

Regeringskansliet är den enda statliga myndigheten med tillräckligt många och kvalificerade uppgifter inom statsstödsområdet för att ha rimliga förutsättningar att rekrytera, lära upp, behålla och utveckla kompetens inom området. Därför har flera av de tjänstemän som

[57] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 42–43.

arbetar med statsstödsuppgifter vid andra statliga myndigheter en bakgrund inom Regeringskansliet.

4.2 Synergier och skalfördelar kring vägledning

Det finns flera skalfördelar och synergier mellan de olika vägledningsuppgifterna. Det beror på att kommuner, regioner och statliga myndigheter har liknande behov av vägledning, och på att mycket kunskap som funktionen tar fram inom ramen för uppgiften att vara ett effektivt kunskapsstöd till regeringen går att använda i vägledningen till den offentliga förvaltningen.[58]

4.2.1 Skalfördelar i att samla vägledningsuppgifterna

Kommuner, regioner och statliga myndigheter behöver till viss del olika vägledning i statsstödsfrågor till följd av skillnader i deras verksamheter. Kommuner behöver till exempel mer vägledning i frågor som rör tjänster av allmänt ekonomiskt intresse än vad statliga myndigheter gör medan statliga myndigheter sannolikt behöver mer vägledning i frågor som rör gruppundantagen. Men till stora delar har kommuner, regioner och statliga myndigheter liknande vägledningsbehov. Det finns därmed skalfördelar i att samla de två vägledningsuppgifterna. Båda vägledningsuppgifterna kräver till exempel att den ansvariga myndigheten håller sig uppdaterad om EU:s regler och EU-domstolarnas beslut i frågor som rör statsstöd. Kommuner, regioner och statliga myndigheter kan också i stor utsträckning använda samma digitala informationsmaterial. Att samla uppgifterna gör också vägledningsarbetet mindre sårbart. Funktionen får på så sätt bättre förutsättningar för att bibehålla hög kompetens i statsstödsfrågor, arbeta proaktivt, möta variationer i efterfrågan på olika typer av vägledning och att hantera oförutsedda händelser.[59]

[58] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 43–44.
[59] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 44.

4.2.2 Synergier mellan vägledning och att utgöra ett effektivt kunskapsstöd till regeringen

Regeringskansliet är den enda statliga myndigheten som har löpande kontakt med kommissionen i frågor som rör statsstöd. Men myndigheten har begränsade resurser att sprida information, och vill inte riskera att resten av förvaltningen ser den information som lämnas som styrande vid tillämpningen av reglerna i enskilda fall. Därför har Regeringskansliet inga nyhetsbrev eller liknande som sammanfattar information eller nyheter på statsstödsområdet. Det innebär att information om kommissionens beslut och regeltolkningar riskerar att stanna inom Regeringskansliet. Statskontoret gör i sin rapport bedömningen att en annan statlig myndighet än Regeringskansliet skulle ha lättare att dela och sprida kunskap vidare, till exempel inom ramen för vägledning till kommuner, regioner och statliga myndigheter. Kunskap som en aktör bygger upp genom att arbeta med vägledning skulle också vara till nytta i arbetet med att vara ett effektivt kunskapsstöd till regeringen, och vice versa. Både vägledningsuppgifterna och uppgiften att vara ett effektivt stöd till regeringen kräver till exempel att den samlade funktionen håller sig uppdaterad på EU:s regler och EU-domstolarnas beslut i statsstödsfrågor.[60]

4.3 Synergier mellan vägledning, kvalitetssäkring, rapportering och hantering av register

Det finns synergier mellan uppgifterna som rör vägledning, kvalitetssäkring, rapportering och hantering av register. För närvarande dubbelarbetar Regeringskansliet och Tillväxtanalys i viss mån gällande uppgifterna kopplade till rapportering och hantering av register och stödgivare som behöver vägledning vänder sig ofta till både Tillväxtanalys och Upphandlingsmyndigheten med frågor. Genom att organisera uppgifterna vid en samlad funktion skulle myndigheternas dubbelarbete och stödgivarnas merarbete minska.

[60] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 44–45.

Inga synergier skulle heller gå förlorade om hanteringen av registren flyttas från Tillväxtanalys.[61]

4.3.1 Outnyttjade synergier mellan vägledning, kvalitetssäkring, rapportering och hantering av register

Företrädare för Tillväxtanalys beskriver att en stödgivare behöver ta ställning till många svåra frågor när de ska rapportera information i SARI och TAM, till exempel när det gäller att kategorisera olika aspekter av ett stöd. Tillväxtanalys kan svara på frågor om hur stödgivarna ska använda registren, men myndigheten har inte tillräcklig kompetens i frågor som rör statsstöd för att kunna svara på frågor om hur stödgivarna ska tolka reglerna. Det är både sårbart och ineffektivt, eftersom stödgivarna då behöver ta kontakt även med Upphandlingsmyndigheten för att få vägledning. Dessutom har inte alla stödgivare tillgång till vägledningen och en del stödgivare känner inte till att den finns. Det innebär en stor risk för att stödgivare av okunskap rapporterar felaktiga uppgifter. Tillväxtanalys kan heller inte kvalitetssäkra informationen som stödgivarna rapporterar. I stället gör Regeringskansliet det. Det innebär dubbelarbete, eftersom även Regeringskansliet då behöver gå igenom informationen i registren från grunden och ofta upptäcker fel eller andra förhållanden i informationen som kräver att de tar kontakt med stödgivare som Tillväxtanalys redan har varit i kontakt med. Regeringskansliet har dock svårt att frigöra tillräckligt mycket resurser för att utföra kvalitetssäkringen och övriga förvaltningsuppgifter på statsstödsområdet, i den omfattning och med den kvalitet som uppgifterna egentligen kräver. Tillväxtanalys har i sin tur genomfört sin hantering av registren på en miniminivå, både vad gäller kvalitet och resursåtgång. Om registeruppgifterna var organiserade vid samma funktion som vägledningsuppgifterna, skulle funktionen kunna dra nytta av kompetens från vägledningsarbetet för att kvalitetssäkra informationen i registren. Funktionen skulle också kunna dra nytta av informationen i registren och de tillhörande kontakterna med stödgivare i sitt vägledningsarbete. Det kan till exempel handla om att anpassa

[61] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 45.

vägledningen till mönster i förvaltningens stödgivning eller att identifiera områden som kräver särskilda informationsinsatser eller stödgivare som behöver extra hjälp. Det kan också handla om att dra nytta av kontaktuppgifter till alla stödgivare som ger godkända statsstöd, för att genomföra riktade vägledningsinsatser på olika teman.

Liknande synergier finns mellan vägledningsuppgifterna och de flesta av rapporteringsuppgifterna. När Regeringskansliet ska ta fram en ny SGEI-rapport utgår kansliet till exempel från den föregående rapporten och eventuella nya stöd som regeringen har fattat beslut om. Regeringskansliet har dock ingen överblick över nya stöd till tjänster av allmänt ekonomiskt intresse på kommunal och regional nivå. Om rapporteringsuppgifterna var organiserade vid samma funktion som vägledningsuppgifterna, skulle funktionen kunna dra nytta av sina kontakter med de som vill få vägledning, och med kommuner och regioner i stort, för att identifiera nya godkända stöd till allmänt ekonomiskt intresse som bör ingå i SGEI-rapporten.

Uppgiften att utgöra ett effektivt kunskapsstöd till regeringen har också synergier med Konkurrensverkets expertkunskap om konkurrens- och upphandlingsrätt och hur de rättsområdena utvecklas inom Sverige och EU.[62]

4.3.2 Inga synergier kring rapporterings- och registeruppgifterna inom befintlig organisering

Det finns inga synergier mellan rapporterings- och registeruppgifterna och Tillväxtanalys övriga verksamhet. Informationen i SARI och TAM är alltför översiktlig för att vara användbar i myndighetens analyser. Där använder myndigheten mer detaljerade data som gör det möjligt att analysera effekter och orsakssamband. SARI och TAM går heller inte att utveckla i den riktningen eftersom det är kommissionens register.

[62] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 46–47.

När Tillväxtanalys först fick registeruppgifterna var de organiserade vid en analysavdelning. Arbetet med registren trängde dock undan kvalificerat analysarbete i en sådan omfattning att avdelningens analyskapacitet minskade. Tillväxtanalys byggde heller inte upp någon särskild kompetens i statsstödsfrågor som hade kunnat vara till nytta i analysarbetet eftersom registeruppgifterna är förhållandevis okvalificerade. För närvarande har Tillväxtanalys organiserat uppgifterna vid sin avdelning för verksamhetsstöd och använder studentmedarbetare för att utföra dem. Syftet är att arbetet med registeruppgifterna i så liten utsträckning som möjligt ska tränga undan den övriga verksamheten.

Det finns inte heller några synergier mellan Regeringskansliets policyuppgifter och de förvaltningsuppgifter kopplat till hantering av registren och rapportering av beviljat stöd och som myndigheten för närvarande hanterar på statsstödsområdet. Regeringskansliet får information om kommande statsstöd eftersom alla stödgivare måste gå via kansliet för att anmäla eller informera kommissionen om statsstöd. Den informationen är användbar i arbetet med att kvalitetssäkra informationen i SARI och TAM och att ta fram rapporter om SGEI, WTO och statsstöd med särskilda rapporteringskrav. Det finns dock inte några rapporterings- eller registerkrav för anmälda stöd förrän de är godkända av kommissionen. När det inträffar är det inte längre bara Regeringskansliet som har informationen om stöden, utan den informationen är tillgänglig i kommissionens databas.[63]

4.4 De tillsynsrelaterade uppgifterna har större synergier med Konkurrensverkets arbete än med övriga statsstödsuppgifter

Det finns inte några större potentiella synergier mellan de tillsynsrelaterade statsstödsuppgifterna och de övriga uppgifterna inom statsstödsområdet. Däremot finns synergier mellan de

[63] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 47–48.

tillsynsrelaterade statsstödsuppgifterna och Konkurrensverkets övriga tillsynsuppgifter som myndigheten redan ansvarar för.[64]

4.4.1 Synergier mellan tillsynsrelaterade uppgifterna och Konkurrensverkets övriga verksamhet

Konkurrensverket verkar för en effektiv konkurrens och offentlig upphandling, bland annat genom att utöva tillsyn inom konkurrens- och upphandlingsområdet. Det finns synergier och skalfördelar mellan uppgifterna som ska möjliggöra kommissionens tillsyn av statsstödsreglerna och reglerna om utländska subventioner, och Konkurrensverkets övriga verksamhet. Myndigheten använder samma verktyg och befogenheter när den bistår kommissionen i dess tillsyn som när myndigheten själv utövar tillsyn. Dock har Konkurrensverket ingen rättslig grund för att på eget initiativ inleda en granskning huruvida ett statsstöd är lagligt eller inte. Ett sådant initiativ kan endast initieras av kommissionen.

Den myndighet som har ansvar för tillsyn enligt transparenslagen behöver kunna använda sanktioner för att se till att de berörda företagen följer lagen, och därmed att Sverige uppfyller sina skyldigheter enligt det EU-direktiv som lagen bygger på. Konkurrensverket är den enda av myndigheterna som ansvarar för statsstödsuppgifter som har befogenhet att begära in handlingar och besluta om sanktioner.[65]

[64] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 49–50.
[65] Statskontoret (2024) Bättre stöd för statsstöd – Förslag till en samlad myndighetsfunktion för statens arbete med vägledning, rapportering, kvalitetssäkring och registerföring av statsstöd, s. 49–50.

5 Organisering av statsstödsuppgifterna vid kommissionen och i andra medlemsstater

5.1 Kommissionens organisering av arbetet med statsstöd och andra konkurrensregler

Ansvaret för kommissionens arbete med statsstöd ligger på generaldirektoratet för konkurrens (DG Konkurrens). Statsstödsreglerna är enligt EUF-fördraget en del av EU:s gemensamma konkurrensregler.[66] Enligt artikel 108 i EUF-fördraget måste medlemsstaterna anmäla planer på att vidta stödåtgärder till kommissionen innan de genomförs. Kommissionen tar då ställning till om stödet är förenligt med den inre marknaden eller inte. Innan kommissionen har gjort denna granskning råder förbud för medlemsstaten att genomföra stödåtgärden. Kommissionens arbete med statsstöd regleras genom den så kallade procedurförordningen[67]. I förordningen regleras exempelvis vilka förfaranden som gäller när en medlemsstat anmäler ett stöd (kapitel 2) och när kommissionen granskar om en stödåtgärd kan vara olaglig (kapitel 3).

Generaldirektoratet ansvarar för EU:s konkurrenspolitik och för att se till att EU:s konkurrensregler enligt artiklarna 101–106 i EUF-fördraget efterlevs, i samarbete med de nationella konkurrensmyndigheterna. DG Konkurrens ansvarar därmed för

[66] Avdelning VII, Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.
[67] Rådets förordning (EU) 2015/1589 av den 13 juli 2015 om genomförandebestämmelser för artikel 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

kommissionens arbete med att upptäcka och förhindra marknadsmissbruk samt kontrollera så att företagskoncentrationer och utländska subventioner inte snedvrider konkurrensen på den inre marknaden.

5.2 Organisering av statsstödsuppgifterna i andra medlemsstater

För att undersöka hur arbetet med statsstödsuppgifterna är organiserat vid andra medlemsstater har företrädare för kommissionen intervjuats. Samtliga medlemsstater har förlagt arbetet på sin motsvarighet till Regeringskansliet eller på sin nationella konkurrensmyndighet. De medlemsstater som gick med i EU före 1995 har inte haft något krav på sig från kommissionen om att ha en nationell statsstödsmyndighet. De flesta medlemsstater som gick med före år 1995 har därför sin stödfunktion placerad vid respektive medlemsstats motsvarighet till Regeringskansliet. De medlemsstater som har gått med i EU sedan 2004 har ett krav på sig att de ska ha en nationell myndighet som ansvarar för statsstödsfrågorna och har förlagt ansvaret till sina nationella motsvarigheter till Konkurrensverket som är kopplade till European Competition Network (ECN). Det finns även medlemsstater som gick med före 1995 som valt att förlägga ansvaret på sin nationella konkurrensmyndighet, exempelvis Spanien.

6 En samlad funktion för frågor om statsstöd

Förslag: Det bör inrättas en samlad myndighetsfunktion för frågor om statsstöd vid Konkurrensverket. Konkurrensverket blir därmed Sveriges myndighet med ansvar för statsstödsfrågor. Konkurrensverket bör ansvara för statens arbete med statsstöd som helhet, genom att hantera samtliga i denna promemoria definierade statsstödsuppgifter inom kategorierna vägledning till stödgivare, hantering av register och rapportering av beviljat stöd, kunskapsstöd till regeringen och möjliggörande av kommissionens tillsyn av statsstödsregelverket. Regeringskansliet bör dock fortsatt hantera visselblåsarfunktionen för statsstöd. Den samlande funktionen bör vara inrättad senast 1 januari 2027.

6.1 Skäl till förslaget

6.1.1 Förslaget är i linje med hur arbetet med statsstöd är organiserat vid kommissionen, Regeringskansliet och i vissa andra medlemsstater

Förslaget om att inrätta en samlad myndighetsfunktion för statsstöd vid Konkurrensverket innebär en organisering av arbetet med statsstöd i enlighet med dagens organisering vid kommissionen och Regeringskansliet. Vid kommissionen är arbetet med statsstöd införlivat i arbetet med övriga konkurrensfrågor. På Regeringskansliet är arbetet med konkurrensrätt och statsstöd förlagt vid en enhet på Klimat- och näringslivsdepartementet som även ansvarar för Konkurrensverket. Att inrätta den samlade

funktionen vid Konkurrensverket skulle därför innebära en enhetlig organisering av arbetet med statsstöd från kommissionen till ansvarig nationell myndighet.

Att förlägga ansvaret för statsstödsfrågorna vid den nationella konkurrensmyndigheten är också i linje med hur vissa andra EU-medlemsstater har organiserat arbetet med statsstöd. Samtliga medlemsstater har förlagt ansvaret på sin motsvarighet till Regeringskansliet eller på sin nationella konkurrensmyndighet. Vidare får Regeringskansliet inte ge vägledning kring hur myndigheter ska tolka eller tillämpa regler, vilket behöver ingå i den samlade funktionens uppdrag. Det är därför olämpligt att Regeringskansliet ansvarar för den samlade funktionen.

6.1.2 Ökad möjlighet till långsiktig kompetensförsörjning inom statsstöd

Kompetensförsörjning är central för att minska sårbarheten och öka effektiviteten i statens arbete med statsstöd. Den är även avgörande för att kunna möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning. Genom att inrätta en samlad funktion skapas bättre förutsättningar till en långsiktig kompetensförsörjning inom statsstöd.

Den samlade funktionens medarbetare kommer att få arbeta med en stor variation av statsstödsärenden och därmed skapas goda förutsättningar för att utveckla en bredare kompetens inom statsstödsfrågor. Att samla medarbetare som är experter på vissa statsstödsfrågor vid en och samma myndighet kommer även innebära goda förutsättningar för kunskapsutbyte mellan medarbetarna. Tillsammans kan medarbetarna möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning, som bör utgöra basen i den samlade funktionens arbete. Att uppgifterna är förlagda vid samma funktion kommer också innebära att arbetet blir mindre personberoende då det kommer finnas flera medarbetare med hög kompetens som kan ersätta en medarbetare som slutat eller inte är i tjänst tillfälligt.

Konkurrensverket är den enda statliga myndigheten i Sverige med expertkunskap inom konkurrensrätt, vilket gränsar till statsstödsregelverket. Genom att även samla medarbetare med hög kompetens inom statsstöd får Konkurrensverket fler medarbetare kunniga inom konkurrensrätten. Att det finns expertkunskap inom samtliga av konkurrensrättens områden bör ge myndigheten en fortsatt bra grund för att attrahera, behålla och utveckla kompetenta medarbetare.

6.1.3 Ökad möjlighet till att möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning

Arbetet med vägledning till statliga myndigheter, kommuner och regioner, bör utgöra en central del av den samlade myndighetsfunktionens arbete, då det är den uppgift som kan bidra mest till att Sverige tillämpar statsstödsreglerna korrekt.

Den samlade myndigheten bör arbeta för ett kunskapslyft bland stödgivande statliga myndigheter, kommuner och regioner. Det är centralt för att Sverige ska följa statsstödsregelverket och undvika överträdelser. Den samlade funktionen bör särskilt prioritera att nå ut till de stödgivare som har bristande kunskap om statsstödsreglerna, vilket innebär betydande risker för att olagligt statsstöd beviljas.

Statliga myndigheter, kommuner och regioner har i grunden liknande behov av vägledning inom statsstödsfrågor. Förutom att de har behov av generell information om statsstödsregelverket behöver det finnas en systematik som säkerställer att de får kännedom om lagändringar och beslut från EU-domstolarna som påverkar tillämpningen. En samlad funktion med god kännedom om de statliga myndigheternas samt kommuners och regioners tillämpning av statsstödsreglerna kan underlätta att avgöra vilken information som är relevant för vilken aktör och kommunicera den på ett lämpligt vis. På så sätt undviks det dubbelarbete som hade uppkommit om en statlig myndighet hade ansvarat för vägledningen till statliga myndigheter och en annan för kommuner och regioner.

6.1.4 Synergieffekter mellan vägledning, hantering av register och rapportering av beviljat stöd tas tillvara

Att förlägga ansvaret för samtliga statsstödsuppgifter vid en och samma statliga myndighet skapar goda förutsättningar och incitament för att tillvarata synergieffekter som för närvarande inte nyttjas. Ett syfte med den samlade funktionen är att undvika det dubbelarbete gällande vägledning, hantering av register och rapportering av beviljat stöd som befintlig organisering innebär.

För närvarande bistår både Upphandlingsmyndigheten och Tillväxtanalys med vägledning kring hur stödgivarna ska registrera beviljat stöd. Det som registreras ska sedan kvalitetssäkras av Regeringskansliet. Det finns inga särskilda skäl till att dessa statsstödsuppgifter behöver hanteras av flera statliga myndigheter. Både Regeringskansliet och Tillväxtanalys har svårt att prioritera dessa uppgifter. En samlad funktion kan möta stödgivarnas behov av vägledning kring rapportering genom att rikta särskilda informationsinsatser till stödgivarna. Den samlade funktionen kan sedan själv kvalitetssäkra uppgifterna som registrerats och kontakta stödgivarna vid oklarheter eller direkta felaktigheter.

Genom att den samlade funktionen via vägledningen etablerar en god kontakt med kommuner och regioner kan de också identifiera nya godkända stöd till allmänt ekonomiskt intresse som ska ingå i SGEI-rapporteringen. För att beakta denna synergieffekt är det därmed också fördelaktigt att förlägga ansvaret för rapportering vid den samlade funktionen.

6.1.5 Högre kvalitet i registren och minskad risk för dubbelfinansiering

Statskontoret har i sin rapport påvisat att den låga kunskapen, i synnerhet hos kommuner och regioner, om vad som utgör statsstöd sannolikt innebär att det finns en andel stöd som felaktigt inte förs in i TAM och SARI. Det senaste decenniets utveckling av statsstödsregelverket har inneburit att fler undantagsbestämmelser antagits och därmed att fler typer av stöd inte behöver anmälas och godkännas av kommissionen innan det ges, utan enbart registreras

av stödgivaren i efterhand. För att kommissionen ska kunna bedriva sin tillsyn är det därför avgörande att stödgivarna rapporterar in beviljat stöd och gör det korrekt. Det är också avgörande att registren innehåller fullständig information för att myndigheter, kommuner och regioner ska kunna kontrollera att det stöd som de beviljar inte leder till dubbelfinansiering samt håller sig inom befintliga tröskelvärden.

För att öka kunskapen om rapportering hos stödgivarna bör vägledning om rapportering bedrivas mer omfattande och systematiskt. Enligt Tillväxtanalys lägger myndigheten sammanlagt 0,4 årsarbetskrafter på sitt arbete med rapportering av statsstöd, inklusive vägledning till stödgivarna. Tillväxtanalys har enligt Statskontorets rapport inte tillräckligt med kompetens i frågor om statsstöd för att kunna svara på frågor om hur stödgivarna ska tolka reglerna, vilket leder till att kommuner och regioner ändå behöver kontakta Upphandlingsmyndigheten för att få svar på sina frågor.

Att ansvaret för att vägleda stödgivarna avseende rapportering av statsstöd är förlagt på en myndighet med små medel och låg kompetens som dessutom inte har det övergripande ansvaret för vägledning om statsstöd gör det svårare att bedriva vägledningen systematiskt och i den omfattnings som krävs, vilket påverkar kvaliteten i registren. En samlad funktion med övergripande ansvar för vägledning med tillräckliga resurser bör ha bättre förutsättningar att möta stödgivarnas behov av vägledning avseende rapportering av statsstöd och därmed öka sannolikheten att stödgivarna rapporterar och gör det korrekt.

6.1.6 Regeringskansliet får ett effektivt kunskapsstöd att vända sig till

En samlad myndighetsfunktion med hög expertis inom statsstödsfrågor kommer också att bidra till Regeringskansliets arbete eftersom kansliet får ett effektivt kunskapsstöd att vända sig till för underlag och analyser. Regeringskansliet kommer exempelvis kunna vända sig till Konkurrensverket för synpunkter gällande utformning av nya stödåtgärder eller vid ändring av befintliga stödåtgärder för att dessa ska bidra till de avsedda målen samt vid

förslag på ändringar av statsstödsregelverket. Vidare kommer en samlad funktion som ansvarar för statens arbete med statsstöd över tid att bygga upp en god relation till stödgivarna och kunna lyfta deras synpunkter till regeringen.

6.1.7 Regeringskansliets hantering av förvaltningsuppgifter minskar

Förslaget om att inrätta en samlad funktion för statsstöd vid Konkurrensverket innebär att ansvaret att kvalitetssäkra uppgifterna som lämnas i SARI och TAM, samt att vartannat år ta fram en rapport om Sveriges stöd till tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och en rapport till WTO, flyttas från Regeringskansliet till Konkurrensverket. Minskningen av Regeringskansliets hantering av förvaltningsuppgifter beräknas till en årsarbetskraft motsvarande 1 055 000 kronor.

Det finns flera skäl till att ansvaret för dessa uppgifter bör flyttas. Regeringskansliets huvudsakliga uppgift är att bereda regeringsärenden och att i övrigt biträda regeringen och statsråden. Regeringskansliets arbete på statsstödsområdet handlar generellt sett om att utforma nya statsstöd, anmäla nya eller ändrade statsstöd till kommissionen samt ha kontakter med kommissionen i ärenden som rör specifika statsstöd och statsstödsreglerna i stort. Det kan konstateras att Regeringskansliet har haft svårt att avsätta tillräckliga resurser för att dessutom hantera förvaltningsuppgifter på området. Arbetet med förvaltningsuppgifterna blir därmed sårbart. Det finns heller inga särskilda skäl till att dessa förvaltningsuppgifter måste hanteras av Regeringskansliet. Genom att flytta ansvaret till Konkurrensverket skapas förutsättningar för en bättre hantering. Förslaget leder också till en bättre resurssättning till Regeringskansliets huvudsakliga uppgifter.

Förvaltningsuppgiften att ansvara för visselblåsarfunktionen föreslås dock fortsatt hanteras av Regeringskansliet. Skälet till detta är att det är den uppgift som är närmst förknippad med direkt tillsyn. Att flytta ansvaret för uppgiften till Konkurrensverket skulle kunna leda till att statliga myndigheter, kommuner och regioner inte vänder sig till Konkurrensverkets vägledning i tron att uppgifterna

kan användas för riktad tillsyn. Genom att inte flytta ansvaret för visselblåsarfunktionen till Konkurrensverket tydliggörs att myndighetens uppgift i arbetet med statsstöd inte är att granska enskilda aktörer, utan på en aggregerad nivå bidra till att Sverige följer statsstödsreglerna.

Ansvaret för den särskilda samordningsfunktionen för statsstödsärenden kommer dock fortsatt att ligga på Klimat- och näringslivsdepartementet, vilket innefattar ansvar för kontakten med kommissionen. Detta innebär att Regeringskansliet, utöver att biträda regeringen i statsstödsärenden, även fortsättningsvis kommer att ha det formella ansvaret att upplysa kommissionen om hur Sverige har uppfyllt de förpliktelser som följer av EU-medlemskapet. I praktiken innebära det att Regeringskansliet kommer behöva ha en nära dialog med Konkurrensverket om de rapporter som kommissionen begär och som Konkurrensverket föreslås ha i uppgift att sammanställa.

6.1.8 Tillväxtanalys kan analysera statsstödssystemet utifrån

Förslaget om att inrätta en samlad funktion för statsstöd vid Konkurrensverket innebär att samtliga uppgifter inom statsstödsområdet som Tillväxtanalys för närvarande ansvarar för kommer att flyttas över till Konkurrensverket.

Till följd av att Tillväxtanalys inte ansvarar för några uppgifter på statsstödsområdet kan myndigheten analysera statsstödssystemet utan att vara en del av det. Myndighetens huvuduppgift är att göra analyser och utvärderingar i syfte att utveckla och tillhandahålla kvalificerade kunskapsunderlag för tillväxtpolitiken. Det inkluderar att analysera effekter av statens insatser för hållbar tillväxt och näringslivsutveckling och ta fram underlag och rekommendationer för att utveckla, ompröva och effektivisera statens åtgärder. Detta förutsätter att det finns en tydlig distinktion mellan myndigheten och aktörerna i det tillväxtpolitiska systemet och att myndigheten kan förhålla sig till systemet som helhet. Denna distinktion är avsevärt lättare att uppnå om Tillväxtanalys står utanför systemet som ska analyseras och utvärderas.

6.2 Den samlade funktionens resursbehov

Den samlade myndighetsfunktionens kommande budgetbehov uppskattas till cirka 8,44 miljoner kronor årligen. Kostnadsberäkningen utgår från att den samlade funktionen kommer att kräva totalt cirka åtta årsarbetskrafter och baseras på en kostnad på 1 055 000 per årsarbetskraft.

Tabell 2: Den samlade funktionens uppskattade resursbehov

Uppgift	Uppskattat antal årsarbetskrafter	Uppskattad kostnad
Vägledning om statsstöd till kommuner och regioner	3	3 165 000 kronor
Vägledning om statsstöd till statliga myndigheter	2	2 110 000 kronor
Hantering av årlig rapportering i SARI,	0,2	211 000 kronor
Hantering av rapportering som omfattas av särskilda redovisningsskyldigheter,	0,2	211 000 kronor
Hantering av rapportering av stöd av mindre betydelse i ett centralt register,	0,2	211 000 kronor
Nationell hantering av kommissionens transparensdatabas (TAM),	0,2	211 000 kronor
Hantering av SGEI-rapportering och WTO-rapportering	0,2	211 000 kronor
Ansvarig tillsynsmyndighet enligt lagen (2015:590) om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m.,	0,5	527 500 kronor
Myndighetsuppgifter som följer av genomförandet av Europaparlamentets och rådets förordning om utländska subventioner som snedvrider den inre marknaden	0,5	527 500 kronor
Utgöra ett effektivt stöd till regeringen genom att utveckla, sammanställa och bidra med kunskap inom statsstödsfrågor	1	1 055 000 kronor
Totalt:	**8**	**8 440 000 kronor**

Uppskattningen av funktionens resursbehov beaktar de synergieffekter och skalfördelar som bör uppstå av att samla ansvaret

för de statsstödsuppgifter som Upphandlingsmyndigheten, Tillväxtanalys, Konkurrensverket och Regeringskansliet ansvarar för i en samlad funktion. Detta bör leda till att uppgifterna kan genomföras till en lägre kostnad än med befintlig ansvarsfördelning. Även synergieffekter och skalfördelar som uppstår av att tydliggöra ansvaret för de statsstödsuppgifter som ingen myndighet ansvarar för beaktas.

6.2.1 Resursbehovet för de uppgifter som ingen myndighet ansvarar för idag

Resursbehovet för de uppgifter som ingen myndighet för närvarande ansvarar för uppskattas till totalt 4,5 årsarbetskrafter, vilket motsvarar 4 747 500 kronor.

Uppgiften att vägleda myndigheter i statsstödsfrågor uppskattas kräva cirka två årsarbetskrafter, vilket motsvarar cirka 2 110 000 kronor årligen. Även om det finns potentiella synergier mellan vägledning av kommuner och regioner och till statliga myndigheter så har de delvis olika behov. De statliga myndigheterna har generellt större grundläggande kunskaper om statsstöd än vad kommuner och regioner har. Samtidigt framgår det av Statskontorets analys att behovet av vägledning ökar snarare än minskar med grundläggande kunskap om statsstöd. De statliga myndigheterna utgör dessutom en stor majoritet av stödgivarna och de ger delvis andra typer av statsstöd än kommuner och regioner.

Uppgifterna relaterade till hantering av register och rapportering av beviljat stöd uppskattas kräva totalt en årsarbetskraft till en kostnad av cirka 1 055 000 kronor. I denna kostnad ingår inte vägledning om rapportering till stödgivare, vilken inkluderas i uppskattningen av kostnaden för att vägleda kommuner, regioner och statliga myndigheter. I kostnaderna ingår att mejla inloggningsuppgifter till stödgivarna, påminna stödgivarna om att rapportera samt kvalitetssäkra registrerade stöd. Även kostnader för att sammanställa informationen i rapporter ingår. Uppgiften att hantera ett centralt register för stöd av mindre betydelse förväntas inte leda till en större kostnadsökning än tidigare kostnader för registrering

och rapportering och bedöms inte innebära betydande skillnader från de uppgifter som Tillväxtanalys utför idag kopplade till stödgivarnas rapportering i TAM och SARI. Dock kan kravet på registrering av stöd av mindre betydelse kräva kontakt med fler stödgivare än vad Tillväxtanalys har idag, då fler stödgivare beviljar stöd i enlighet med förordningarna om stöd av mindre betydelse än gruppundantagsförordningarna.

Kostnaden för att möjliggöra kommissionens tillsyn av att Sverige följer statsstödsreglerna förväntas öka i och med ansvaret att hantera myndighetsuppgifter som följer av genomförandet av Europaparlamentets och rådets förordning om utländska subventioner som snedvrider den inre marknaden. Konkurrensverket uppskattar kostnaden för detta till cirka 646 000 kronor årligen, vilket motsvarar att assistera kommissionen vid en platsundersökning och genomföra fyra egna platsundersökningar på begäran av kommissionen.[68] Detta motsvarar cirka 0,6 årsarbetskrafter med det sätt att uppskatta kostnader som används i denna promemoria, men kostnaden kan komma att variera beroende på kommissionens behov av assistans vid egna platsundersökningar och antalet platsundersökningar på kommissionens uppdrag. Tillsammans med de kostnader som Konkurrensverket för närvarande har för att vara ansvarig myndighet för tillsyn enligt transperenslagen uppskattas den totala kostnaden för att möjliggöra kommissionens tillsyn av att Sverige följer statsstödsreglerna till 1 055 000 kronor, motsvarande en arbetskraft.

Den samlade funktionens resursbehov för att vara ett effektivt stöd till regeringen genom att utveckla, sammanställa och bidra med kunskap inom statsstödsfrågor uppskattas till en årsarbetskraft, motsvarande cirka 1 055 000 kronor. Denna kostnad kan komma att variera beroende på regeringens prioriteringar och behov av underlag. Även antalet nya förslag från kommissionen om ändringar i statsstödsregelverket kan påverka regeringens behov av underlag från den samlade funktionen.

[68] Regeringskansliet, Promemoria – Nya bestämmelser i anslutning till Konkurrensregelverket, s. 93.

Ansvaret för samordningen av statsstöd i Sverige kommer dock fortsatt att ligga på Regeringskansliet. Även om Konkurrensverket ansvarar för att utföra förvaltningsuppgifter som Regeringskansliet för närvarande hanterar är det fortsatt Regeringskansliet som har det formella ansvaret för att visa kommissionen att Sverige följer statsstödsregelverket samt hanterar kontakten med kommissionen. För att hantera den samlade funktionen kan Regeringskansliet komma att behöva ytterligare resurser.

7 Konsekvenser

7.1 Det aktuella problemet och vilken förändring som eftersträvas

Statskontoret konstaterar i sin rapport att statens arbete med statsstöd är både sårbart och ineffektivt. Enligt myndigheten beror flera av problemen åtminstone delvis på hur uppgifterna är organiserade. För närvarande ansvarar fyra myndigheter för en eller flera av de elva statsstödsuppgifterna som analyserats, antingen direkt eller indirekt. Dagens organisering leder till dubbelarbete och försvårar för myndigheterna att utveckla kompetens i statsstödsfrågor för att möta den offentliga förvaltningens behov av vägledning.

Statskontorets rapport visar behovet av att genomföra organisatoriska förändringar av statens arbete med statsstöd för att åstadkomma en högre effektivitet och en minskad sårbarhet. Genom att samla ansvaret för statsstödsuppgifterna vid en samlad myndighetsfunktion kan de synergieffekter och skalfördelar som Statskontoret pekar på uppnås.

7.2 Förslaget i korthet och alternativa lösningar

7.2.1 Förslaget i korthet

Förslaget är att en samlad myndighetsfunktion för frågor om statsstöd bör inrättas vid Konkurrensverket. Konkurrensverket blir därmed ansvarig myndighet för frågor om statsstöd. Konkurrensverket bör ansvara för samtliga statsstödsuppgifter inom

kategorierna vägledning till stödgivare, hantering av register och rapportering av beviljat stöd, kunskapsstöd till regeringen och möjliggörande av kommissionens tillsyn av statsstödsreglerna. Uppgiften att hantera en visselblåsarfunktion för statsstöd bör dock fortsatt hanteras av Regeringskansliet. De huvudsakliga skälen till förslaget är:

- Organiseringen bedöms vara i linje med hur arbetet med statsstöd är organiserat vid kommissionen, Regeringskansliet och i vissa andra medlemsstater.
- Organiseringen bedöms öka möjligheten till en långsiktig kompetensförsörjning inom frågor om statsstöd.
- Organiseringen bedöms öka möjligheten till att möta det behov av vägledning som statliga myndigheter, kommuner och regioner har, vilket av Statskontoret anses är de viktigaste uppgifterna för att minska sårbarheten och öka effektiviteten i statens arbete med statsstöd.
- Organiseringen bedöms skapa goda förutsättningar för att ta till vara synergieffekter och skalfördelar mellan vägledning, hantering av register, rapportering av beviljat stöd som Statskontoret bedömer kan uppstå av att uppgifterna hanteras av en samlad myndighetsfunktion.
- Organiseringen bedöms leda till att en högre kvalitet i registren och därmed minska risken för dubbelfinansiering.
- Regeringskansliet får en myndighet att vända sig till för exempelvis underlag och analyser.
- Regeringskansliets hantering av förvaltningsuppgifter minskar och därmed frigörs resurser för kansliets huvudsakliga uppgifter.
- Tillväxtanalys får möjlighet att analysera stödsystemet utifrån och får därmed en mer renodlad roll.

Den samlade myndighetsfunktionens årliga budgetbehov uppskattas till cirka 8,44 miljoner kronor och skulle kräva cirka åtta årsarbetskrafter.[69] Förslaget innebär inga kostnader för kommuner, regioner, företag eller andra enskilda. Det innebär inte heller några intäkter. För att förslaget inte ska innebära mer långtgående

[69] Se tabell 2.

kostnader än vad som är nödvändigt för att öka effektiviteten och minska sårbarheten i statens arbete med statsstöd har potentiella synergieffekter och skalfördelar särskilt beaktats. Inrättandet av en samlad myndighetsfunktion vid Konkurrensverket bedöms leda till att de statsstödsuppgifter som Upphandlingsmyndigheten, Konkurrensverket och Tillväxtanalys för närvarande kan genomföras till en längre kostnad. Även de förvaltningsuppgifter som Regeringskansliet för närvarande ansvarar för bedöms kunna genomföras av den samlade myndighetsfunktionen till en längre kostnad. Synergieffekter och skalfördelar mellan befintliga och tillkommande statsstödsuppgifter har också beaktats och bedömningen är att de tillkommande statsstödsuppgifterna kan genomföras mer kostnadseffektivt om de hanteras tillsammans med övriga statsstödsuppgifter.

Eftersom det är viktigt att statliga myndigheter, kommuner och regioner känner till att de kan vända sig till den samlade myndighetsfunktionen kan speciella informationsinsatser vara nödvändiga vid inrättandet.

Vid utvärdering av konsekvenserna av inrättandet av den samlade myndighetsfunktionen bör en extern aktör utvärdera om effektiviteten i statens arbete har ökat och sårbarheterna minskat. Exempelvis bör det utvärderas om den samlade funktionen resulterat i en ökad kunskap om statsstöd inom den offentliga förvaltningen som helhet. Inrättandet av den samlade myndighetsfunktionen kan innebära en viss startsträcka, då Konkurrensverket föreslås få en väsentligt annan roll kopplat till statsstöd än tidigare. Utvärderingen av den samlade myndighetsfunktionen bör därför ske först efter att den inte länge befinner sig i uppstartsfasen utan drivits med full kapacitet under ett par års tid och därmed haft möjlighet att leverera resultat. Beroende på hur snabbt detta sker bör en utvärdering göras inom fem till tio år från och med inrättandet.

7.2.2 Alternativa organiseringar

Även andra organiseringar av statsstödsuppgifterna har analyserats. Statskontorets förslag, som innebär en fortsatt uppdelning av

ansvaret för uppgifterna mellan Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket är inte att betrakta som ett förslag till samlad myndighetsfunktion enligt den definition som angavs i det uppdrag Statskontoret fick av regeringen.

Statskontorets rapport berör inte aspekten att det av Konkurrensverkets instruktion framgår att myndigheten i lämplig omfattning ska informera företag, upphandlande myndigheter och enheter samt andra berörda om exempelvis avgöranden i konkurrens- och upphandlingsärenden, tillämpningen av konkurrenslagen och lagstiftningen om offentlig upphandling, samt EU:s konkurrens och upphandlingsregler. Detta är att likställa med de uppgifter om att vägleda stödgivare inom statsstöd som Konkurrensverket föreslås få. Att Konkurrensverket skulle vägleda i statsstödsfrågor, som myndigheten inte bedriver någon tillsyn över, skulle kunna skada myndighetens trovärdighet eller påverka myndighetens tillsyn inom på konkurrens- och upphandlingsområdet bedöms därför inte som sannolikt.

Statskontoret anser att Konkurrensverkets roll som tillsynsmyndighet av konkurrens- och upphandlingsreglerna riskerar att avskräcka stödgivare från att söka vägledning då vissa frågor inom dessa områden gränsar till statsstödsområdet. Att myndigheter bedriver både tillsyn och vägledning, dvs. innehar en dubbel roll, är inte ovanligt inom den offentliga förvaltningen. Exempelvis innehar Finansinspektionen, Skatteverket och Integritetsskyddsmyndigheten dubbla roller avseende tillsyn och vägledning av företag. När det gäller de uppgifter som Konkurrensverket föreslås ansvara för kan en dubbel roll verka förebyggande genom att stödgivare ges bättre förutsättningar att tillämpa aktuella bestämmelser korrekt, det minskar behovet av tillsyn med efterföljande rättsprocesser och främjar en regelefterlevande kultur. Dessa fördelar som en dubbel roll innebär väger således upp de eventuella risker som medföljer.

Förslaget i Statskontorets rapport grundar sig på att det blir en dubbel roll om en myndighet vägleder aktörer och samtidigt bedriver tillsyn över hur dessa aktörer följer reglerna. Eftersom Konkurrensverket inte bedriver tillsyn på statsstödsområdet

föreligger ingen risk att konsekvenserna av en sådan dubbel roll inträffar i praktiken.

Statskontoret nämner i sin rapport att det finns synergier mellan vägledning i statsstöds- och upphandlingsfrågor och att det kan vara svårt att på förhand avgöra vilket av områdena en fråga gäller och att vissa frågor gäller båda områdena. I praktiken är det dock väldigt sällsynt med statsstödsärenden som också på något sätt aktualiserar upphandlingsfrågor. Gällande att avgöra om en fråga gäller statsstöd eller upphandling bedöms Konkurrensverket, med sin kännedom om konkurrens- och upphandlingsområdena, ha goda förutsättningar att avgöra om en fråga rör statsstöd eller upphandling, samt om lämpligt hänvisa vidare upphandlingsfrågor till Upphandlingsmyndigheten.

Att Upphandlingsmyndigheten eller Tillväxtanalys skulle ansvara för samtliga statsstödsuppgifter bedöms inte heller lämpligt då det inte ligger i linje med myndigheternas övriga verksamhet. Det skulle också innebära att myndigheterna skulle behöva ges de befogenheter som krävs för att möjliggöra kommissionens tillsyn. Det bedöms inte vara en godtagbar lösning eftersom Konkurrensverket är den myndighet som tidigare bedömts bäst lämpad för att ansvara för uppgifterna.[70]

7.3 Konsekvenser för staten

Förslaget om att inrätta en samlad funktion för statsstöd vid Konkurrensverket bedöms leda till en bättre hantering av statens resurser, då det beaktar de synergieffekter och skalfördelar som Statskontoret konstaterat kan uppstå om flertalet uppgifter hanteras samlat. Det bedöms även leda till att det dubbelarbete som dagens organisering innebär upphör. En majoritet av den samlade myndighetsfunktionens medel föreslås användas till att vägleda statliga myndigheter, kommuner och regioner, vilket bedöms vara de uppgifter som kan bidra mest till en säkrare stödgivning. Genom att prioritera vägledning bedöms förslaget också leda till en bättre

[70] Prop. 2023/24:154 Kompletterande bestämmelser till nya unionsregler på konkurrensområdet, s. 23 samt prop. 2004/05:140 Genomförande av transperensdirektivet, s. 73–76.

täckningsgrad i registren, vilket innebär att stödgivare får en bättre möjlighet att kontrollera om ett företag har beviljats stöd tidigare och, i sådant fall, när och med hur mycket. Denna kontroll verkar som en brottsförebyggande åtgärd då den minskar risken för att företag får statligt stöd från flera olika stödgivare för samma kostnader.

Inrättandet av en samlad myndighetsfunktion kommer att påverka arbetet vid flera statliga myndigheter. Konkurrensverket får ett betydligt större uppdrag och central roll i statens arbete med statsstöd medan Upphandlingsmyndigheten och Tillväxtanalys fortsättningsvis inte kommer att hantera några statsstödsuppgifter. Även arbetet vid Regeringskansliet kommer att förändras, då myndigheten kommer att behöva lägga färre resurser på förvaltningsuppgifter. Stödgivande statliga myndigheter kommer att få bättre kunskap om statsstödsregelverket.

7.3.1 Konkurrensverket

Förslaget innebär att Konkurrensverket får ansvar för åtta nya statsstödsuppgifter. Konkurrensverket föreslås även behålla ansvaret för de två statsstödsuppgifter som myndigheten för närvarande ansvarar för. Konkurrensverket får därmed en större uppgift och en central roll inom statens arbete med statsstöd och blir således Sveriges myndighet med ansvar för statsstöd. Myndigheten kommer utöver att möjliggöra kommissionens tillsyn av att Sverige följer statsstödsreglerna även att ansvara för vägledning av stödgivare, hantering av register och rapportering av beviljat stöd samt att utgöra ett stöd till regeringen. Konkurrensverket kommer därmed att få ökade kostnader för att hantera statsstödsuppgifter, motsvarande de kostnader som Upphandlingsmyndigheten, Tillväxtanalys och Regeringskansliet har haft för att genomföra de uppgifter som Konkurrensverket vidare föreslås ansvara för. Konkurrensverket kommer även att ansvara för statsstödsuppgifter som ingen statlig myndighet för närvarande ansvar för, vilket också kommer att innebära ökade kostnader.

7.3.2 Upphandlingsmyndigheten

Förslaget om att upprätta en samlad funktion för frågor om statsstöd vid Konkurrensverket innebär att Upphandlingsmyndigheten fortsättningsvis inte kommer att ansvara för vägledning om statsstöd till kommuner och regioner. Detta innebär att Upphandlingsmyndigeten inte kommer ha kostnader för att hantera vägledning om statsstöd till kommuner och regioner.

Att flytta vägledningen av kommuner och regioner i statsstödsfrågor bedöms påverka Upphandlingsmyndigheten i låg grad. Vid myndigheten arbetar enbart ett fåtal tjänstemän med statsstödsvägledningen och det totala anslaget för denna uppgift uppgår till 5 miljoner kronor, vilket motsvarar cirka fem procent av myndighetens totala anslag.[71]

7.3.3 Tillväxtanalys

Förslaget om att upprätta en samlad funktion för frågor om statsstöd vid Konkurrensverket innebär att Tillväxtanalys fortsättningsvis inte kommer att ansvara för administrationen av TAM och SARI. Tillväxtanalys lägger ungefär 0,4 årsarbetskrafter motsvarande 600 000 kronor på administrationen av TAM och SARI.

7.3.4 Regeringskansliet

Regeringskansliets ansvar för förvaltningsuppgifter minskar i samband med inrättandet av den samlade funktionen för frågor om statsstöd vid Konkurrensverket. Ansvaret för att kvalitetssäkra registrerade uppgifter i TAM och SARI, att vartannat år ta fram en rapport om Sveriges stöd till tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och rapportera till WTO om beviljade statsstöd samt att ta fram särskilda rapporter om enskilda statsstöd när kommissionen kräver det, kommer att överlåtas till Konkurrensverket. Minskningen av Regeringskansliets hantering av förvaltningsuppgifter beräknas till en årsarbetskraft motsvarande 1 055 000 kronor. Regeringskansliets

[71] Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Upphandlingsmyndigheten.

hantering av förvaltningsuppgifter minskar men myndigheten hanterar fortsatt den samlade myndighetsfunktionen.

Förslaget innebär att Regeringskansliet frigör resurser för sin huvudsakliga uppgift som är att bereda regeringsärenden och att i övrigt biträda regeringen och statsråden. Även den samlade funktionen kommer att delta i detta arbete genom att utveckla, sammanställa och bistå med kunskap om statsstöd. Detta kommer att ge Regeringskansliet bättre förutsättningar att utföra sin huvudsakliga uppgift.

7.3.5 Stödgivande statliga myndigheter

Förslaget om en samlad funktion för statsstöd är positivt för stödgivande statliga myndigheter. För närvarande finns ingen statlig myndighet som har i uppdrag att vägleda andra statliga myndigheter i frågor om statsstöd. Särskilt mindre stödgivande statliga myndigheter kan ha svårt att upprätthålla tillräcklig kunskap om statsstödsregelverket och vara i behov av en omfattande vägledning. Genom den samlade funktionen säkerställs en omfattande vägledning till statliga myndigheter av hög kvalitet. På sikt kan detta minska stödgivande statliga myndigheter kostnader för att upprätthålla tillräcklig kompetens inom statsstödsfrågor.

7.4 Konsekvenser för kommuner och regioner

Förslaget om en samlad funktion för statsstöd är positivt för stödgivande kommuner och regioner. Genom förslaget samlas kompetens inom statsstödsfrågorna vid en och samma funktion, vilket kommer innebära att kommunerna och regionerna kommer att få tillgång till en mer omfattade vägledning och på sikt av högre kvalitet. Detta innebär att kommunerna och regionerna kommer att få lättare att upprätthålla tillräckliga kunskaper om statsstöd för att kunna bevilja stöd korrekt.

Förslaget bedöms inte inskränka inte den kommunala självstyrelsen eller innebära några förändringar i kommunala befogenheter och skyldigheter.

7.5 Konsekvenser för företag

Inrättandet av en samlad myndighetsfunktion för statsstöd bedöms i förlängningen förenkla för företagen på flera sätt.

Ett förbättrat kunskapsläge avseende statsstödsfrågor hos stödgivande statliga myndigheter, kommuner och regioner gör stödgivningen säkrare och minskar risken för att olagligt statsstöd beviljas. Detta innebär i sin tur också en minskad risk för att företag blir mottagare av olagligt statsstöd och för att stödgivaren måste återkräva stödet. Det stödmottagande företaget är vid ett återkrav skyldigt att betala tillbaka det olagliga statsstödet med ränta, även om kravet skulle medföra att företaget går i konkurs. Genom en bättre stödgivning löper företagen mindre risk att bli föremål för ett sådant återkrav med ränta och därmed också att behöva lägga ytterligare resurser på att hantera ett sådant förfarande.

Förslaget innebär också att den samlade myndighetsfunktionen ska vägleda statliga myndigheter, kommuner och regioner i hur beviljat statsstöd ska registreras. Detta bedöms leda till en ökad täckningsgrad i registren och därmed en ökad transparens om vilka företag som beviljats stöd och i vilken omfattning. Konkurrenter till stödmottagande företag får därmed en ökad möjlighet att granska stöd som konkurrenter mottagit och i förekommande fall inge klagomål till kommissionen vid påstått olagligt stöd eller påstått missbruk av stöd. Den ökade täckningsgrad som den samlad myndighetsfunktionen bedöms resultera i kommer därför att göra det enklare för företag att tillvarata sina intressen.

Den samlade myndighetsfunktionen kommer att ansvara för hantering av rapportering av stöd av mindre betydelse i ett centralt register. Inrättandet av ett centralt register innebär att stödgivande statliga myndigheter, kommuner och regioner kommer att kunna kontrollera hur mycket stöd ett företag har fått innan nytt stöd av mindre betydelse beviljas. Detta kommer att förenkla för företagen som inte längre kommer att behöva intyga hur mycket stöd av mindre betydelse de tidigare beviljats.

7.6 EU-rättsliga konsekvenser

Förslaget om att inrätta en samlad funktion för frågor om statsstöd vid Konkurrensverket är positivt för Sveriges förmåga att efterleva EU:s statsstödsregler. Detta innebär en minskad risk för att Sverige fälls i EU-domstolarna för fördragsbrott och får betala böter.
Ökade resurser till vägledning av stödgivande statliga myndigheter, kommuner och regioner kommer innebära en minskad risk för att statsstöd beviljas i strid med genomförandeförbudet och därmed är olagligt. Riktade insatser gällande hur stödgivande statliga myndigheter, kommuner och regioner ska rapportera beviljat stöd i TAM och SARI kommer också innebära en högre täckningsgrad i registren och en ökad möjlighet för kommissionen att granska och upptäcka olagligt stöd.

7.7 Konsekvenser som bedöms uppstå om ingen åtgärd vidtas

Statskontorets analys visar att förbättrad vägledning till statliga myndigheter, kommuner och regioner är den åtgärd som kan bidra mest till att minska sårbarheten och öka effektiviteten i statens arbete med statsstöd. Större kunskap kan minska risken för olagligt statsstöd, öka kvaliteten i registren och stärka möjligheten att använda lagliga statsstöd för att nå politiska mål. Analysen visar också att dagens organisering av statsstödsuppgifterna inte skapar förutsättningar för en god kompetensförsörjning inom statsstödsfrågor och att detta i sin tur leder till att staten inte kan uppfylla den offentliga förvaltningens behov av vägledning. Om en samlad funktion inte inrättas, kommer statens arbete med statsstöd fortsatt vara ineffektivt och sårbart och inte förbättra Sveriges förmåga att efterleva EU:s statsstödsregler.

Regeringskansliet

Remiss

2025-04-23
KN2025/00943

Klimat- och näringslivsdepartementet

En samlad myndighetsfunktion för ökad effektivitet och minskad sårbarhet i statens arbete med statsstöd

Remissinstanser

1. Almi AB
2. Arbetsförmedlingen
3. Arbetsgivarverket
4. Arbetsmiljöverket
5. Borlänge kommun
6. Boverket
7. Business Sweden
8. Energiföretagen Sverige
9. Exportkreditnämnden
10. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
11. Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande
12. Företagarna
13. Försäkringskassan
14. Gotlands kommun
15. Gällivare kommun
16. Göteborgs kommun
17. Havs- och vattenmyndigheten
18. Innovations- och kemiindustrierna i Sverige
19. Juridiska fakultetsnämnden vid Stockholms universitet
20. Juridiska fakultetsnämnden vid Uppsala universitet
21. Kammarkollegiet
22. Karlstads kommun
23. Konkurrensverket
24. Konstnärsnämnden

Telefonväxel: 08-405 10 00
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Herkulesgatan 17
E-post: kn.registrator@regeringskansliet.se

25. Linköpings kommun
26. Livsmedelsverket
27. Livsmedelsföretagen
28. Lantbrukarnas Riksförbund
29. Luleå kommun
30. Länsstyrelsen i Blekinge län
31. Länsstyrelsen i Gävleborgs län
32. Länsstyrelsen i Kronobergs län
33. Länsstyrelsen i Södermanlands län
34. Länsstyrelsen i Västerbottens län
35. Länsstyrelsen i Västernorrland län
36. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
37. Malmö kommun
38. Mediemyndigheten
39. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser
40. Naturvårdsverket
41. Nordiska miljöfinansieringsbolaget
42. Offentliganställdas förhandlingsråd
43. Post- och telestyrelsen
44. Regelrådet
45. Region Blekinge
46. Region Dalarna
47. Region Gävleborg
48. Region Halland
49. Region Jämtland Härjedalen
50. Region Jönköpings län
51. Region Kalmar län
52. Region Kronoberg
53. Region Norrbotten
54. Region Skåne
55. Region Stockholm
56. Region Sörmland
57. Region Uppsala
58. Region Värmland
59. Region Västerbotten
60. Region Västernorrland
61. Region Västmanland
62. Region Örebro län
63. Region Östergötland

64. Riksantikvarieämbetet
65. Riksgäldskontoret
66. RISE Research institutes of Sweden AB
67. Rymdstyrelsen
68. Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige
69. Saco-S
70. Sametinget
71. Service- och kommunikationsfacket
72. Skatteverket
73. Skellefteå kommun
74. Skogsstyrelsen
75. Socialstyrelsen
76. Statens energimyndighet
77. Statens jordbruksverk
78. Statens kulturråd
79. Statens skolverk
80. Statskontoret
81. Stiftelsen Svenska Filminstitutet
82. Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete
83. Sundsvalls kommun
84. Svenska institutet
85. Svenskt Näringsliv
86. Sveriges författarfond
87. Sveriges kommuner och regioner
88. Swedfund International AB
89. Tillväxtverket
90. Teknikföretagen
91. Trafikverket
92. Upphandlingsmyndigheten
93. Uppsala kommun
94. Vattenfall AB
95. Verket för innovationssystem
96. Vetenskapsrådet
97. Västra Götalandsregionen
98. Växjö kommun
99. Örebro kommun
100. Örnsköldsviks kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Klimat- och näringslivsdepartementet **senast den 29 augusti 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till kn.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till kn.statsstod@regeringskansliet.se. Ange diarienummer KN2025/00943 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Håkan Hillefors
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Regionledningskontoret

Socialdepartementet

Remiss - Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48)

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Utredningens delbetänkande Stärkt pandemiberedskap beskriver förslag för att förbättra såväl beredskap för, som hantering av, omfattande smittspridning i Sverige. Regionledningskontoret är i huvudsak positiv till utredningen förslag till hur förberedelser kan förbättras samt införande av lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Samtidigt finns det frågor som ytterligare behöver utredas och förtydligas till exempel vad gäller hälsokontroller vid inresa till Sverige. Regionledningskontoret anser att det här finns behov av förtydligande om vad en hälsokontroll kan innefatta och vem som ska utföra den.

En beredskap för testning och smittspårning i regionerna är viktig för att ge förutsättningar för att hantera en omfattande smittspridning, men regionledningskontoret hade önskat att utredningen var mer tydlig och specifik avseende beredskap för storskalig smittspårning, som t.ex. plan för smittspårningsenhet och organisationsstruktur, lokaler, personal med adekvat kompetens, teknisk utrustning, digitala verktyg med mera.

Utredningen föreslår en ny lag för att möjliggöra andra smittskyddsåtgärder än idag. Den nya lagen tar utgångspunkt i den tidigare covid-19-lagen. Lagen ska endast gälla samhällsfarliga sjukdomar och för att lagen ska aktiveras krävs att sjukdomen förekommer eller inom kort skulle kunna förekomma i landet i stor omfattning. Regionledningskontoret stödjer i huvudsak det nya lagförslaget, men har frågor kring gränsdragningar med mera.

Ärendebeskrivning

Utredningens delbetänkande Stärkt pandemiberedskap beskriver förslag för att förbättra såväl beredskap för, som hantering av, omfattande smittspridning i Sverige. Dels beskrivs hur samhällets förberedelser kan förbättras genom tydligare ansvarsfördelning, upprättade och övade pandemiplaner, stärkt

beredskap för storskalig provtagning, smittspårning och vaccination, stärkt nationell dataförsörjning m.m. Dels ges förslag på en förbättrad pandemihantering, med betoning på samlade lägesbilder, identifiering och skydd av riskgrupper, kommunikationsinsatser och vikten av att vidta rätt smittskyddsåtgärder vid rätt tidpunkt.

Utredningen föreslår dessutom en stärkt författningsberedskap, främst genom att en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder införs. Denna lag ska vara beslutad, men för att de bärande bestämmelserna ska träda i kraft krävs regeringsbeslut. Lagen ger möjlighet att reglera bland annat krav på smittförebyggande åtgärder av verksamheter, begränsningar av hur många personer som får vistas på en plats eller vid en sammankomst och att ett visst avstånd mellan personer ska kunna upprätthållas. Utöver den nya lagen föreslås även justeringar i befintlig lagstiftning, framför allt Smittskyddslagen.

Kap 2 Utredningens förhållningssätt och arbetssätt

Ett antagande som görs i utredningen är att nästa pandemi kommer att orsakas av ett nytt luftvägsvirus. Regionledningskontoret vill betona att andra smittämnen eller smittvägar inte kan uteslutas. En omfattande smittspridning kan också orsakas av en antagonistisk händelse. Det är dock positivt att man inte begränsat sig till pandemier, utan istället använder begreppet omfattande smittspridning, eftersom många åtgärder skulle kunna bli aktuella även vid allvarliga utbrott av samhällsfarlig sjukdom som inte klassas som en pandemi.

I utredningen läggs stor tonvikt på individens ansvar och att åtgärder i första hand ska vara frivilliga. Regionledningskontoret anser att det är en välbalanserad hållning, då studier och forskningsöversikter efter covid-19-pandemin inte visat något tydligt samband mellan långtgående smittskyddsåtgärder, såsom nedstängningar, och utfall i form av lägre nivå av överdödlighet. Det förslås ett antal bestämmelser för att kunna minska risken för trängsel, men ansvaret för att detta åtföljs läggs på verksamheterna och inga sanktioner kan riktas mot individen. Regionledningskontoret instämmer i den avvägningen.

Kap 7 Omfattande smittspridning ställer särskilda krav på smittskydden

En omfattande smittspridning riskerar att snabbt överbelasta sjukvårdens och smittskyddens förmåga att enligt vanliga rutiner utreda misstänkta fall, smittskyddsanmäla och smittspåra. Därför föreslås möjligheter till undantag från dessa skyldigheter fortsatt ska finnas, enligt nuvarande lagstiftning. Regionledningskontoret anser att det är bra att undantag ska kunna göras, men sådana undantag bör kunna tillämpas differentierat mellan regioner, utifrån smittspridningens omfattning och hälso- och sjukvårdens kapacitet.

Det föreslås att Folkhälsomyndigheten ska få fatta beslut om att hälsokontroller vid inresa till Sverige även om ett utbrott inte konstaterats, utan bara misstänks. Dessutom kan smittskyddsläkaren, i enlighet med nuvarande lagstiftning, besluta

om hälsokontroll vid inresa om det finns misstanke om att en person smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Hälsokontrollen ska, till skillnad från idag, även kunna leda till provtagning. Regionledningskontoret anser att det här finns behov av förtydligande om vad en hälsokontroll kan innefatta och vem som ska utföra den. Enligt utredningen ska Folkhälsomyndigheten få i uppdrag att kartlägga den befintliga tillgången till karantänsplatser i regionerna och tillgången till karantänsplatser bör säkerställas. Regionledningskontoret anser att det är mycket välkommet att denna fråga utreds och att ansvaret för karantänsplatser tydliggörs.

Kap 8 En ordning för storskalig testning och smittspårning

Utredningens förslag innebär att det ställs krav på regionerna att ha en beredskap för storskalig testning och smittspårning, vilket inkluderar att säkra laboratoriekapacitet och lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys.

Laboratorieberedskapen beskrivs relativt utförligt, men förvaltningen hade önskat att utredningen var mer tydlig och specifik avseende beredskap för storskalig smittspårning, som t.ex. plan för smittspårningsenhet och organisationsstruktur, lokaler, personal med adekvat kompetens, teknisk utrustning, digitala verktyg med mera.

Regionledningskontoret instämmer i E-hälsomyndighetens bedömning att lagstiftningen om hälsodata kan upplevas som svåröverskådlig, men lyfter fram att detta till viss del är ofrånkomligt på grund av många intressen som gör sig gällande.

Regionledningskontoret instämmer i Folkhälsomyndighetens bedömningar kring personuppgiftsskyddet när journaluppgifter kan användas i smittspårning.

En förutsättning för att testning och smittspårning ska vara effektiva och kunna hanteras med rimliga resurser är kommunicerande it-system för testresultat samt välfungerande digitala verktyg för smittspårning, varför det välkomnas att utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten i samarbete med E-hälsomyndigheten ska samordna regionernas arbete med att utveckla detta.

Kap 9 Ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Utredningen föreslår en ny lag för att möjliggöra andra smittskyddsåtgärder än idag. Den nya lagen tar utgångspunkt i den tidigare covid-19-lagen. Lagen ska endast gälla samhällsfarliga sjukdomar och för att lagen ska aktiveras krävs att sjukdomen förekommer eller inom kort skulle kunna förekomma i landet i stor omfattning. Konstaterad samhällsspridning krävs inte. Syftet med lagen är både att minska konsekvenserna av omfattande smittspridning och att skydda personers grundläggande fri- och rättigheter.

Regionledningskontoret stödjer i huvudsak det nya lagförslaget men har några kommentarer och frågor kring gränsdragningar kring ansvar, öppettider, antal deltagare minsta avstånd med mera.

Kap 10 En nationell strategi för pandemihantering

Utredningen föreslår ett underlag för pandemiplanering och pandemihantering. Regionlesningskontoret anser att det behövs en tydlighet i ansvarsfördelning mellan myndigheter och detta måste komma från regeringskansliet. Det behöver även finnas en samordning mellan myndigheterna för att undvika motstridiga råd/rekommendationer/föreskrifter.

Utredningen föreslår också att regionernas ansvar för att upprätthålla en beredskap för omfattande smittspridning, inklusive kapacitet för storskalig provtagning och smittspårning, skrivs in i Smittskyddslagen. Smittskyddsläkarens centrala roll i pandemiplaneringen och i att etablera en pandemiplan lyfts fram, vilket är bra. Planeringsarbetet behöver dock göras i nära samarbete med fler aktörer, inte minst regionens beredskapsorganisationer.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Remiss: Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48)

Beslutet skickas till

Socialdepartementet
Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård

Jane Ydman
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Socialdepartementet

Remiss - Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48)

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48).

Region Jönköpings län är i huvudsak positiv till delbetänkandet Stärkt pandemiberedskap och de förslag för att förbättra såväl beredskap för, som hantering av, omfattande smittspridning i Sverige.

Region Jönköpings län är även positiv till förslaget om en ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, som ger möjlighet att reglera bland annat krav på smittförebyggande åtgärder av verksamheter, begränsningar av hur många personer som får vistas på en plats eller vid en sammankomst och att ett visst avstånd mellan personer ska kunna upprätthållas.

Region Jönköpings län har ett antal synpunkter och frågor som behöver förtydligas vad gäller exempelvis hälsokontroller vid inresa till Sverige, även beredskapen för storskalig smittspårning samt gränsdragningar kring det nya lagförslaget.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län är i huvudsak positiv till utredningen och förslagen men vill lyfta nedanstående synpunkter.

Kap 2 Utredningens förhållningssätt och arbetssätt

Ett antagande som görs i utredningen är att nästa pandemi kommer att orsakas av ett nytt luftvägsvirus. Region Jönköpings län vill betona att andra smittämnen eller smittvägar inte kan uteslutas. En omfattande smittspridning kan också orsakas av en antagonistisk händelse. Det är dock positivt att man inte begränsat sig till pandemier, utan istället använder begreppet omfattande smittspridning, eftersom många åtgärder skulle kunna bli aktuella även vid allvarliga utbrott av samhällsfarlig sjukdom som inte klassas som en pandemi.

I utredningen läggs stor tonvikt på individens ansvar och att åtgärder i första hand ska vara frivilliga. Rena förbud och nedstängningar bör undvikas så långt som

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

möjligt och utrymmet för att vidta smittskyddsåtgärder mot enskilda, t.ex. genom isolering eller karantän, inte ska vara större i en pandemi än annars. Region Jönköpings län anser att det är en välbalanserad hållning, då studier och forskningsöversikter efter covid-19-pandemin inte visat något tydligt samband mellan långtgående smittskyddsåtgärder, såsom nedstängningar, och utfall i form av lägre nivå av överdödlighet. Däremot har nedstängningar visat sig leda till allvarliga negativa sidoeffekter så som missad skolgång, försämrad fysisk och psykisk hälsa, utebliven vård och negativa ekonomiska konsekvenser.

Det förslås ett antal bestämmelser för att kunna minska risken för trängsel men ansvaret för att detta åtföljs läggs på verksamheterna och inga sanktioner kan riktas mot individen. Region Jönköpings län instämmer i den avvägningen.

Såväl förvaltningsmodellen, med specialiserade myndigheter med stort eget beslutsmandat, som de grundläggande principerna för krishantering (ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna) föreslås bestå oförändrade. Det innebär bland annat att man inte anser att det finns behov av en ny särskild handlingsprincip, vilket var något som skulle utvärderas enligt utredningens direktiv. Region Jönköpings län har inget att invända mot den bedömningen.

Kap 7 Omfattande smittspridning ställer särskilda krav på smittskydden

En omfattande smittspridning riskerar att snabbt överbelasta sjukvårdens och smittskyddens förmåga att enligt vanliga rutiner utreda misstänkta fall, smittskyddsanmäla och smittspåra. Därför föreslås möjligheter till undantag från dessa skyldigheter fortsatt ska finnas, enligt nuvarande lagstiftning. Region Jönköpings län anser att det är bra att undantag ska kunna göras men sådana undantag bör kunna tillämpas differentierat mellan regioner, utifrån smittspridningens omfattning och hälso- och sjukvårdens kapacitet. Under covid-19-pandemin togs beslut om att avskaffa anmälningsplikten nationellt utifrån belastningen i bland annat Region Stockholm, trots att andra regioner hade kapacitet att fortsätta anmäla och smittspåra och även gjorde det. Detta visar på behovet av regional möjlighet att avstå från ett centralt beslutat undantag. Det är viktigt att detta behov av regional flexibilitet tydliggörs i den fortsatta beredningen av lagförslaget och vid eventuell framtida föreskriftsutformning.

Det föreslås att Folkhälsomyndigheten ska få fatta beslut om att hälsokontroller vid inresa till Sverige även om ett utbrott inte konstaterats, utan bara misstänks. Dessutom kan smittskyddsläkaren, i enlighet med nuvarande lagstiftning, besluta om hälsokontroll vid inresa om det finns misstanke om att en person smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Hälsokontrollen ska, till skillnad från idag, även kunna leda till provtagning. Region Jönköpings län anser att det här finns behov av förtydligande om vad en hälsokontroll kan innefatta och vem som ska utföra den. Det beskrivs att hälsokontrollen ska omfatta nuvarande hälsotillstånd och en bedömning av risken för exponering för smitta, samt ska utmynna i en individuell medicinsk bedömning. Så fort det rör sig om mer än några enstaka individer kommer denna typ av hälsokontroll att vara relativt resurskrävande. Utredningen

skriver att det är smittskyddsläkaren själv eller läkare och sjuksköterskor från en vårdcentral som ska utföra hälsokontrollen. Region Jönköpings län anser dock att det av flera skäl inte bör vara smittskyddsläkaren som utför denna uppgift. Dels kommer det i en sådan situation sannolikt att finnas många andra arbetsuppgifter som smittskyddsläkaren måste utföra, och dels bör inte smittskyddsläkaren ta rollen som behandlande läkare, som kan bli fallet om undersökningen inkluderar provtagning. Det kan dessutom finnas behov av att även andra läkare eller sjuksköterskor än endast från en vårdcentral kan utföra denna uppgift.

När det gäller utförandet av hälsokontroll behövs flera tydliggöranden:

- Vad utfallet av en hälsokontroll kan leda till i olika situationer (symtom/ej symtom/exponering m.m.).
- Var eventuell provtagning ska utföras. På plats eller på vårdinrättning?
- Var provanalys ska ske. Vem har ansvar för eventuell analyskapacitet vid gränser?
- Åtgärder för provtagna personer som inväntar analyssvar. Var ska personerna uppehålla sig under tiden?
- Hur uppföljning av eventuella symtom ska ske.
- Hur hälsokontroll förhåller sig till andra smittskyddsåtgärder som karantän, skyldighet för läkare att undersöka vid misstanke om allmänfarlig sjukdom, den enskildes skyldighet att låta sig undersökas och beslut om tvångsundersökning.
- Hur hälsokontroll förhåller sig till de föreslagna nya paragraferna 3 kap, 7a-7c §§.
- Hur hälsokontroll och andra åtgärder som följer av hälsokontroll ska dokumenteras.
- Beakta att gränsövergångar inte bara finns på flygplatser och hamnar, utan gränsövergång kan även ske med tåg och bil (t.ex. Öresundsbron). Efter gränspassage kan tåg passera flera regioner (Öresundsbron).
- Beakta utmaningen för regioner som kan ha flera olika gränsövergångar.
- Hur en ovillighet att låta sig provtas ska hanteras.

Enligt utredningen ska Folkhälsomyndigheten få i uppdrag att kartlägga den befintliga tillgången till karantänsplatser i regionerna och tillgången till karantänsplatser bör säkerställas. Region Jönköpings län anser att det är mycket välkommet att denna fråga utreds och att ansvaret för karantänsplatser tydliggörs. Det finns även behov av att kraven på utformningen av karantänsplatser förtydligas. Sådana krav kan t ex innefatta städning av lokaler och tillgång till egen toalett/badrum. Uppdraget att kartlägga omfattar samtliga regioner och det är viktigt, inte bara för att det finns andra sätt att ankomma landet (buss, tåg), men också för att behov av karantänsplats kan uppstå om exponering skett inom landet (t. ex. vid exponering för ebolasjuk patient).

Kap 8 En ordning för storskalig testning och smittspårning

Utredningens förslag innebär att det ställs krav på regionerna att ha en beredskap för storskalig testning och smittspårning, vilket inkluderar att säkra laboratoriekapacitet och lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys. Socialstyrelsen får i uppdrag att i nära samverkan med Folkhälsomyndigheten och regionerna ta fram ett underlag över vilka närmare sjukvårdsprodukter som kan vara aktuella för lagerhållning samt kostnader för detta.

Region Jönköpings län anser att en beredskap för testning och smittspårning i regionerna är viktig för att ge förutsättningar för att hantera en omfattande smittspridning. En god beredskap är särskilt viktig eftersom det sannolikt är i inledningsskedet av en pandemi som dessa insatser har störst potential att ha effekt på smittspridningen och sjukdomsbördan och åtgärderna måste således komma på plats snabbt. Laboratorieberedskapen beskrivs relativt utförligt, men Region Jönköpings län hade önskat att utredningen var mer tydlig och specifik avseende beredskap för storskalig smittspårning, som t.ex. plan för smittspårningsenhet och organisationsstruktur, lokaler, personal med adekvat kompetens, teknisk utrustning, digitala verktyg m.m.

Region Jönköpings län instämmer i E-hälsomyndighetens bedömning att lagstiftningen om hälsodata kan upplevas som svåröverskådlig, men lyfter fram att detta till viss del är ofrånkomligt på grund av många intressen som gör sig gällande. Detta är sannolikt en följd av att lagstiftningen om hälsodata ofrånkomligen har olika perspektiv dels främst primäranvändning kring relationen patient-personal, men också obligatorisk sekundäranvändning som säkrar allmänhetens insyn i offentlig förvaltning och i detta fall det aktuella smittskyddet. Dessa områden har direkt anknytning till Region Jönköpings läns egna ansvarsområden och fungerar överlag bra.

Region Jönköpings län instämmer med Folkhälsomyndighetens bedömningar kring personuppgiftsskyddet när journaluppgifter kan användas i smittspårning. Lagstiftningsarbetet bör prioritera på att undanröja oklarheter på detta obligatoriska område t.ex. och ge klara förutsättningarna för storskalig testning och smittspårning vid behov. Region Jönköpings län menar att Folkhälsomyndighetens bedömning kan vara vägledande inom detta område.

Region Jönköpings län ansluter sig därför till att utgångspunkten bör vara att de primära journalsystemen i först hand inte bör användas för smittspårningsarbete samt att smittskyddsverken, som hämtar sina uppgifter ur de primära systemen, bör ha tydliga gallringsplaner som säkerställer att personuppgifter i inte sparas längre än nödvändigt för smittskyddshänseende. Det gör det också lättare att skilja på de olika områden och gör sig gällande oavsett om framtida smittspårningsverktyg utvecklas centralt eller regionalt.

En förutsättning för att testning och smittspårning ska vara effektiva och kunna hanteras med rimliga resurser är kommunicerande it-system för testresultat samt välfungerande digitala verktyg för smittspårning, varför det välkomnas att

utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten i samarbete med E-hälsomyndigheten ska samordna regionernas arbete med att utveckla detta. Region Jönköpings län skulle gärna se att detta arbete tydligt leddes av nationella myndigheter för att säkra att alla regioner får tillgång till samma system.

Kap 9 Ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Utredningen föreslår en ny lag för att möjliggöra andra smittskyddsåtgärder än idag. Den nya lagen tar utgångspunkt i den tidigare covid-19-lagen. Lagen ska endast gälla samhällsfarliga sjukdomar och för att lagen ska aktiveras krävs att sjukdomen förekommer eller inom kort skulle kunna förekomma i landet i stor omfattning. Konstaterad samhällsspridning krävs inte. Syftet med lagen är både att minska konsekvenserna av omfattande smittspridning och att skydda personers grundläggande fri- och rättigheter.

Region Jönköpings län stödjer i huvudsak det nya lagförslaget, men har några kommentarer enligt nedan:

- Enligt lagförslaget kan den som driver en kultur- eller fritidsverksamhet, handelsplats eller serveringsställe föreskrivas en begränsning av antalet deltagare, minsta avstånd, begränsade öppettider och andra åtgärder. Detta föreslås gälla om de är öppna för allmänheten. Likaså kan den som yrkesmässigt upplåter en lokal för privata sammankomster meddelas föreskrifter. För verksamheter som inte är öppna för allmänheten, t.ex. föreningar och sällskap, finns inte motsvarande möjlighet. Inte heller för stora privata fester i lokaler som inte upplåts yrkesmässigt. Region Jönköpings län undrar om det räcker med allmänna råd och skyddsplikt eller om motsvarande begränsningar borde kunna föreskrivas även i dessa situationer.
- För ”Religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten”, 9.12.2, kan föreskrivas begränsning av antalet deltagare etc. men enligt förslaget bör det inte finnas möjlighet att begränsa öppettider eller helt stänga verksamheten. Detta med hänvisning till religionsfrihet och mötesfrihet. För ”Upplåtelse för privata sammankomster” 9.12.4 kan däremot upplåtelse för religiösa ceremonier förbjudas, och här inkluderas begravningsceremoni. Region Jönköpings län ser en risk för att gränsdragning blir svår mellan möte och privat sammankomst vad gäller t. ex. begravning.
- Hemisolering/karantän: Det är angeläget med nationell samordning kring när hemisolering bedöms aktuellt, som t. ex. hushållskontakt till en smittad person eller karantän efter utlandsvistelse (som inte täcks av extraordinära smittskyddsåtgärder i SML 3 kap 8-9 §§). Region Jönköpings län anser att det är viktigt med jämlika ersättningsmodeller gällande smittbärarpenning och karensdagar och här innebär otrygga anställningsformer ett särskilt problem.
- Skolor och arbetsplatser: Utredningen anser att inga ytterligare föreskrifter behövs då skolor och arbetsplatser täcks av befintlig och

kommande lagstiftning. Region Jönköpings län menar att erfarenheten från covid-19-pandemin är att framför allt skolor krävde mycket stora arbetsinsatser för smittskydden, med många lokala eller individuella beslut som riskerade att bli ojämlika över landet. För att få en ökad likformighet och begriplighet i lagstiftningen ser Region Jönköpings län ett behov av förtydliganden och eventuellt förslag till nya föreskrifter. Det behövs förtydligande också kring effekterna av skolstängningar för barns hälsa och utveckling, inklusive perspektivet att alla barn inte har samma förutsättningar att klara t. ex. distansundervisning.

- Avseende förbud att samlas på en viss plats dit allmänheten har tillträde: Region Jönköpings län anser att denna möjlighet endast bör utnyttjas i mycket sällsynta fall, då det finns en risk att folksamlingar som annars skulle uppstå utomhus i stället flyttar inomhus, med högre risk för smittspridning som följd. En aspekt av att en kommun kan meddela föreskrifter om förbud mot att vistas t. ex. på en badplats, kan vara att det leder till trängsel på närliggande badplats eller på badplatser i andra kommuner. Eventuellt ökat resande med kollektivtrafik som följd därav bör också beaktas. Region Jönköpings län tycker att det är bra att utredningen föreslår att det enbart är Folkhälsomyndigheten som ges tillfälle att yttra sig, detta för att uppnå enhetlighet över landet.
- Informationsansvar: Region Jönköpings län anser att det behövs en tydlig skrivning om vad Folkhälsomyndigheten ska ansvara för, jämfört med smittskyddsläkarnas regionala informationsansvar. Kommunikationen måste vara tillgänglig och begriplig för alla befolkningsgrupper, inklusive personer som inte förstår svenska.
- Civilsamhället: Under covid-19-pandemin hade smittskydden väldigt många kontakter med föreningar, församlingar, näringsliv, arbetsplatser m.m., vilket var till stor nytta. Region Jönköpings län anser därför att civilsamhällets roll i beredskapsplanering och pandemihantering skulle behöva lyftas fram mer.

Kap 10 En nationell strategi för pandemihantering

Utredningen föreslår ett underlag för pandemiplanering och pandemihantering. Region Jönköpings län anser att det behövs en tydlighet i ansvarsfördelning mellan myndigheter och detta måste komma från regeringskansliet. Det behöver även finnas en samordning mellan myndigheterna för att undvika motstridiga råd/rekommendationer/föreskrifter. En erfarenhet från covid-19-pandemin är att det kunde vara omöjligt att följa olika myndighetsrekommendationer från exempelvis Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket, då dessa stod i strid med varandra.

Region Jönköpings län anser också att kraftfull datainhämtning behövs för att följa pandemin i realtid, inkluderande högupplöst data avseende olika grupper (mer detaljerat än på kommunal nivå) och ett nationellt system för övervakning av sjukhusvård inklusive SÄBO och liknande vård/boendeformer. Det vore även

värdefullt att snabbt kunna se förändringar i sjukfrånvaro i skolor och på arbetsplatser.

Även skolor, lärosäten och arbetsplatser bör ha beredskap för pandemi eller situation med omfattande smittspridning.

I beredskapsplaneringen bör det även ingå att spädbarn, små barn och/eller unga kan komma att utgöra de största riskgrupperna med risk för allvarlig sjukdom, död eller allvarliga långtidseffekter på hälsa eller utveckling. Det bör finnas beredskap för hur samhället och skolor ska hantera en sådan situation.

Avseende beredskap för vaccin och antimikrobiella läkemedel: Region Jönköpings län anser att det behövs nationella riktlinjer för hur mycket antiviraler som ska lagerhållas av regionerna, baserade på olika parametrar som t. ex. folkmängd och förväntade sjuktal.

Utredningen föreslår också att regionernas ansvar för att upprätthålla en beredskap för omfattande smittspridning, inklusive kapacitet för storskalig provtagning och smittspårning, skrivs in i Smittskyddslagen. Smittskyddsläkarens centrala roll i pandemiplaneringen och i att etablera en pandemiplan lyfts fram, vilket är bra. Planeringsarbetet behöver dock göras i nära samarbete med fler aktörer, inte minst regionens beredskapsorganisationer.

Rachel De Basso
Regionstyrelsens ordförande

Stärkt pandemiberedskap

Volym 2

Delbetänkande av Utredningen om stärkt framtida smittskydd

Stockholm 2025

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2025:48

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2025

ISBN 978-91-525-1233-3 (tryck)
ISBN 978-91-525-1234-0 (pdf)
ISSN 0375-250X

Innehåll

Volym 1

Sammanfattning **27**

Summary **39**

1 Författningsförslag **51**

1.1 Förslag till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 51

1.2 Förslag till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617) 65

1.3 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) 68

1.4 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 75

1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) 77

1.6 Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) 78

1.7 Förordning om ändring i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten 80

1.8 Förordning om ändring i förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion 81

2 Utredningens förhållningssätt och arbete 83

2.1 Utredningens förhållningssätt 84
2.1.1 Frivillighet är och bör förbli utgångspunkten 84
2.1.2 Omfattande smittspridning ställer krav på andra typer av smittskyddsåtgärder 85
2.1.3 Reglering är inget självändamål 86
2.1.4 Vikten av proportionalitet 88
2.1.5 Förvaltningsmodellen frångås inte 89
2.1.6 En generisk ansats med vissa antaganden 90

2.2 Utredningens arbete 91
2.2.1 Allmänt om hur arbetet bedrivits 91
2.2.2 Metod 91
2.2.3 Kunskap och erfarenheter från andra länder 94

2.3 Betänkandets upplägg 95

3 Smittskyddet och beredskapen i Sverige och internationellt 97

3.1 Smittskyddslagen 98
3.1.1 Lagens utgångspunkter 98
3.1.2 Hur smittskyddet är organiserat 99
3.1.3 Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering 100
3.1.4 Övriga bestämmelser 104
3.1.5 Smittskyddsförordningen 105

3.2 Annan relevant reglering 105
3.2.1 Lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa 105
3.2.2 Lagen om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar 105
3.2.3 Livsmedelslagen 106
3.2.4 Miljöbalken 107
3.2.5 Arbetsmiljölagen 108
3.2.6 Lagen om skyddsympning vid krig eller krigsfara och lagen om skyddsympning inom försvarsväsendet 109

3.2.7 Socialförsäkringsbalken och 1956 års ersättningsförordning ... 110
3.2.8 Ordningslagen ... 110
3.2.9 Lagstiftning på skolområdet ... 111
3.2.10 Smittspridning och straffrättsligt ansvar ... 111
3.2.11 Epizootilagen ... 112
3.2.12 Zoonoslagen ... 113
3.2.13 Förordningen om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet ... 114

3.3 Det civila beredskapssystemet ... 115
3.3.1 Beredskapsmyndigheter och beredskapssektorer ... 115
3.3.2 Det geografiska områdesansvaret ... 115
3.3.3 Principer för krisberedskap ... 117

3.4 Regelverk och samarbeten på europeisk och internationell nivå ... 117
3.4.1 Världshälsoorganisationen ... 118
3.4.2 Nato ... 123
3.4.3 Europeiska unionen ... 128
3.4.4 Norden ... 145

3.5 En översiktlig bild av smittskyddet i våra grannländer ... 147
3.5.1 Danmark ... 147
3.5.2 Finland ... 151
3.5.3 Norge ... 156

4 Pandemi, epidemi och annan omfattande smittspridning ... 163

4.1 Pandemi, epidemi, PHEIC och omfattande smittspridning ... 164
4.1.1 Pandemi ... 164
4.1.2 Epidemi ... 165
4.1.3 Allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning (PHEIC) ... 165
4.1.4 Pandemier kan ha snabbt eller långsamt förlopp ... 166
4.1.5 Vårt uppdrag avgränsas till omfattande smittspridning ... 166

4.2 Pandemins faser ... 168

4.3 Hur uppstår en pandemi? ... 169
4.3.1 Kort historik ... 170
4.3.2 Faktorer som påverkar ett smittämnes pandemikapacitet ... 172

4.4 Nästa pandemi kommer sannolikt att orsakas av ett nytt luftvägsvirus ... 178
4.4.1 Ett tidigare helt okänt virus ... 179
4.4.2 Ett virus som överförts från en djurart ... 180
4.4.3 Ett påtagligt förändrat humant virus ... 180
4.4.4 Disease X och Pathogen X ... 183
4.4.5 Vektorburna infektioner och andra zoonoser ... 184
4.4.6 Avsiktlig spridning av smitta ... 186

5 Icke-medicinska åtgärders effekt på smittspridning ... 189

5.1 Forskning och kunskap kring icke-medicinska åtgärders effekt för att minska smittspridning ... 190
5.1.1 Flera systematiska översikter på området har genomförts ... 190
5.1.2 Åtgärdernas effekt på smittspridning och sjukdomsbörda står i fokus ... 191
5.1.3 WHO:s systematiska översikt och rekommendationer från 2019 ... 192
5.1.4 ECDC:s riktlinjer för covid-19 från 2020 ... 195
5.1.5 Systematisk översikt från Royal Society i Storbritannien från 2023 ... 196
5.1.6 SBU:s kartläggning från 2024 ... 197

5.2 Svårigheter med att vetenskapligt klarlägga effekten av icke-medicinska åtgärder ... 199

5.3 Kombinationer av icke-medicinska åtgärder ... 201
5.3.1 Minskad smittspridning med kombinationer av åtgärder ... 201
5.3.2 Överdödlighet och samband mellan smittskyddsåtgärdernas omfattning och effekt ... 203
5.3.3 Trängselrelaterade åtgärder ... 206
5.3.4 Storskalig testning och smittspårning ... 211

5.3.5 Isolering och karantän ... 217
5.3.6 Skolåtgärder och skolstängningar ... 221
5.3.7 Arbetsplatsåtgärder och arbetsplatsstängningar ... 226
5.3.8 Reserelaterade åtgärder ... 230
5.3.9 Munskydd och andningsskydd ... 234

6 Ett krav på handling ingår i ansvarsprincipen ... 239

6.1 Grundläggande principer vid en kris ... 240

6.2 Utveckling och problematisering av principerna för krisberedskap ... 241
6.2.1 2005 års katastrofkommission ... 241
6.2.2 Tydliggörande i samband med MSB:s bildande ... 243
6.2.3 Utredningar efter skogsbranden i Västmanland ... 244
6.2.4 Coronakommissionen ... 246
6.2.5 MSB:s utvärdering 2024 ... 248
6.2.6 Andra uttalanden från regeringen ... 249

6.3 Att agera i komplexa situationer ... 250

6.4 Överväganden om en särskild handlingsprincip för smittskyddsåtgärder ... 252
6.4.1 Ett krav på att agera ingår i ansvarsprincipen ... 252
6.4.2 En samhällskris till följd av omfattande smittspridning bör hanteras utifrån enhetliga principer ... 253
6.4.3 Förutsättningar att agera inom smittskyddet bör ges på annat sätt än genom en särskild handlingsprincip ... 261
6.4.4 Stärkt beredskap ger ökad förmåga att handla ändamålsenligt vid omfattande smittspridning ... 262

6.5 Krav på vetenskap och beprövad erfarenhet hindrar inte handling inom smittskyddet ... 265
6.5.1 En riktlinje för smittskyddet ... 265
6.5.2 Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet ... 266
6.5.3 Vetenskap och beprövad erfarenhet när kunskapsläget om den nya smittspridningen är ofullständigt ... 269

7 Omfattande smittspridning ställer särskilda krav på smittskyddet ... 271

7.1 Regionernas skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet bör tydliggöras ... 273
7.1.1 Bestämmelser om beredskap och epidemi- och pandemiplan bör införas ... 273
7.1.2 Sekretess och tystnadsplikt för vissa uppgifter ... 276

7.2 Närmare om behovet av att se över klassificeringen inför en omfattande smittspridning ... 279

7.3 Definitionen av allmänfarliga sjukdomar bör inte ändras ... 281

7.4 Definitionen av samhällsfarliga sjukdomar bör ändras ... 298

7.5 Undantag från vissa skyldigheter bör kunna göras vid en samhällsfarlig sjukdom ... 307
7.5.1 Regeringen och Folkhälsomyndigheten har möjlighet att föreskriva om undantag från anmälningsskyldigheten ... 307
7.5.2 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att utreda sjukdomsfall ... 311
7.5.3 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att smittspåra ... 317
7.5.4 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att lämna individuellt utformade råd ... 324
7.5.5 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att lämna individuellt utformade förhållningsregler ... 329

7.5.6 En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag att erbjuda vård och behandling bör inte införas 332
7.5.7 Det bör vara möjligt att göra undantag från viss anmälnings- och underrättelseplikt 334
7.5.8 En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag för den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning bör inte införas 335

7.6 Bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa bör göras mer ändamålsenliga 339
7.6.1 Folkhälsomyndigheten bör få fatta beslut om hälsokontroll även om ett utbrott inte konstaterats 339
7.6.2 Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll bör kunna omfatta en vidare krets av resenärer ... 344
7.6.3 Innebörden av en hälsokontroll och möjligheten att provta personer vid inresa bör tydliggöras 346
7.6.4 Innebörden av en hälsokontroll bör regleras 359
7.6.5 Det bör regleras hur ytterligare undersökning och provtagning ska hanteras vid en hälsokontroll 363
7.6.6 Tillgången till karantänsplatser bör säkerställas .. 367

7.7 Särskilda föreskrifter om smittskyddet vid en fredstida kris bör vara tidsbegränsade 374
7.7.1 Smittskyddslagens bemyndigande om särskilda föreskrifter vid en fredstida kris 374
7.7.2 Bemyndigandet fyller en funktion också tillsammans med utredningens övriga förslag 376
7.7.3 De särskilda föreskrifter det kan bli fråga om bör vara tidsbegränsade 377

7.8 Smittskyddslagens förhållande till annan tvångslagstiftning 378
7.8.1 Avgränsning 378
7.8.2 Aktuell reglering 379
7.8.3 Erfarenheter från covid-19-pandemin 385
7.8.4 Utredningens överväganden 389

8 En ordning för storskalig testning och smittspårning.... 399

8.1 Allmänt om testning och smittspårning 402
8.1.1 Rättslig reglering 402
8.1.2 Processen för testning 409
8.1.3 Övergripande om smittspårning 415
8.1.4 Processen för smittspårning 416
8.1.5 Smittspårningsprocessen av covid-19 när sjukdomen var klassificerad som allmän- och samhällsfarlig 417
8.1.6 Centrala system för övervakning av smittsamma sjukdomar..... 420

8.2 Storskalig testning och smittspårning – erfarenheter från covid-19-pandemin 422
8.2.1 En lagstiftning som inte är anpassad för storskalig testning och smittspårning..... 423
8.2.2 Nationella rekommendationer och statlig finansiering för storskalig testning 424
8.2.3 Ansvaret för testning och smittspårning blev föremål för diskussion under covid-19-pandemins initiala fas..... 425
8.2.4 Storskalig testning har inte tidigare setts som en självklar smittskyddsåtgärd för pandemihantering..... 426
8.2.5 Mycket få länder hade en beredskap för storskalig testning och smittspårning men det fanns skillnader i hanteringen 427
8.2.6 Regionala skillnader i volymer och arbetssätt för storskalig testning och smittspårning..... 429
8.2.7 Laboratoriediagnostiken – materialbrist initialt och it-system som inte kommunicerar mellan verksamheter 430
8.2.8 Digitala verktyg för smittspårning och system för att identifiera riskmiljöer saknades under covid 19-pandemin..... 431
8.2.9 Flera utredningar och regeringsuppdrag på hälsodataområdet har initierats för att förbättra tillgången till och användningen av hälsodata..... 432

8.2.10 Flera utredningar och regeringsuppdrag för att stärka beredskapen inom hälso- och sjukvården som en följd av bristen på sjukvårdsmaterial 448

8.3 Storskalig testning och smittspårning – en länderjämförelse 455
8.3.1 Finland 455
8.3.2 Danmark 457
8.3.3 Norge 460
8.3.4 Erfarenheter av digitala verktyg för smittspårning från covid-19-pandemin – en europeisk utblick 462

8.4 Kunskapsläget för storskalig testning och smittspårning 465
8.4.1 Sammanställning av kunskap för testning och smittspårning vid omfattande smittspridning 465
8.4.2 Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning för misstänkta fall av covid-19 466

8.5 Identifierade frågor som har betydelse för storskalig testning och smittspårning 471
8.5.1 Regionerna har ansvaret för testning och smittspårning 471
8.5.2 Folkhälsomyndighetens rekommendationer är inte rättsligt bindande men blev styrande för den storskaliga testningen och smittspårningen 473
8.5.3 Rättsliga frågor som rör hantering och användning av hälsodata på ett mer ändamålsenligt sätt 477

8.6 Regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning 482
8.6.1 Viss centralisering av smittspårningen i regionerna men intresset för ett gemensamt smittspårningsverktyg är lågt 482
8.6.2 Visst utvecklingsarbete inom provtagning 485

8.6.3 Regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning – utredningens enkäter och Folkhälsomyndighetens utvärdering 486
8.6.4 Beredskap för storskalig testning och smittspårning – exemplet Region Stockholm..... 502
8.6.5 Storskalig testning och smittspårning nämns i det nationella planeringsstödet för pandemier .. 506
8.6.6 Tillsynen över smittskyddet och hälso- och sjukvårdens beredskap har varit begränsad..... 507

8.7 Ekonomiska aspekter av storskalig testning och smittspårning, lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter samt hälsodata 511
8.7.1 Statlig finansiering av vissa smittskyddsåtgärder har diskuterats tidigare 511
8.7.2 Omfattande kostnader för storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin..... 512
8.7.3 Volymer och kostnader för storskalig testning och smittspårning enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering 514
8.7.4 Regionernas syn på finansieringen av testningen för SARS-CoV-2 516
8.7.5 Kostnader för lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter inom ramen för vårdens försörjningsberedskap..... 517
8.7.6 De statliga myndigheternas kostnader för en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet 522
8.7.7 Statens kostnader för att genomföra EHDS 524
8.7.8 Överenskommelser och insatser via riktade statsbidrag är ifrågasatta som effektiva styrmedel 529
8.7.9 Det statliga åtagandet i en beredskap vid fredstida kriser har behandlats i flera utredningar 532

8.8 Beredskap för storskalig testning och smittspårning..... 538
8.8.1 Det behövs beredskap för snabb uppskalning av storskalig testning och smittspårning 538

8.8.2 Regionerna ska säkerställa den kapacitet för testning och smittspårning som beredskapen kräver 542
8.8.3 Beredskap för storskalig testning upprätthålls bäst på laboratorier som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge 544
8.8.4 Regionerna ska säkerställa viss lagerhållning av sjukvårdsprodukter för diagnostik..... 548
8.8.5 Regeringens föreskrifter om lagerhållning bör baseras på underlag från berörda aktörer 553
8.8.6 Regionerna kan behöva fördela sjukvårdsprodukter för testning till andra regioner för att hantera uppkomna regionala bristsituationer..... 555
8.8.7 En mer strukturerad planering behövs för att stärka regionernas laboratorieberedskap 558

8.9 Genomförande av storskalig testning och smittspårning... 563
8.9.1 En storskalig testning och smittspårning är beroende av korta ledtider..... 564
8.9.2 Traditionell smittspårning överbelastas sannolikt vid omfattande smittspridning 565
8.9.3 Ett flexibelt regelverk möjliggör en ändamålsenlig storskalig testning och smittspårning 567
8.9.4 Storskalig testning kräver kommunicerande it-system och viss standardisering av data..... 573
8.9.5 Förbättrade system och digitala verktyg behövs för storskalig smittspårning 580
8.9.6 Det pågående reformarbetet på hälsodataområdet bör beaktas..... 586

8.10 IVO:s tillsyn omfattar regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning..... 588

8.11 Finansiering av storskalig testning och smittspårning 589
8.11.1 Staten bör finansiera utveckling av it-system, data och digitala verktyg för att uppnå nationell interoperabilitet..... 590

8.11.2 Staten bör finansiera regionernas skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter för storskalig testning 593
8.11.3 Staten bör bistå regionerna med en tillfällig finansiering för storskalig testning och smittspårning i en situation med omfattande smittspridning 594

Volym 2

9 Stärkt beredskap med en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 601

9.1 Vad är god författningsberedskap? 602

9.2 Grundlagsregler som möjliggör smittskyddsberedskap 604

9.3 Beredskap i smittskyddslagen i dag 605

9.4 Den särskilda lagstiftningen om smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin 607
9.4.1 Föreskrifter och råd för att motverka trängsel och folksamlingar 607
9.4.2 Andra föreskrifter och beslut för att begränsa smittspridning 626

9.5 Erfarenheter av regelverket om smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin 629
9.5.1 Berörda verksamhetsutövare och andra aktörer 629
9.5.2 Centrala myndigheter, kommuner och länsstyrelser 631
9.5.3 Rättslig prövning 639

9.6 Det finns behov av en ny reglering 644

9.7 Det bör införas en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 650

9.8 En särskild ordning för lagens tillämpning 658
9.8.1 Lagens tillämpningsområde 658
9.8.2 Regeringen bestämmer när lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska aktiveras 661
9.8.3 Tillämpningen ska vara tidsbegränsad 667
9.8.4 Regeringens aktiveringsföreskrift ska underställas riksdagen 669

9.9 Allmänna utgångspunkter som bör gälla för samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 675

9.10 Lagen bör omfatta verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar 685

9.11 Skyldighet att motverka smittspridning 689

9.12 Bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 691
9.12.1 Vissa verksamheter som är öppna för allmänheten 691
9.12.2 Religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten 702
9.12.3 Kollektivtrafik och inrikes flyg 706
9.12.4 Upplåtelser för privata sammankomster 715
9.12.5 Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar 722
9.12.6 Särskilda överväganden ska göras i fråga om mötes- och demonstrationsfriheten 732
9.12.7 Förbud att samlas på en viss plats dit allmänheten har tillträde 740

9.13 Utformning och tillämpning av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 745
9.13.1 Hänsyn ska tas till smittspridning i olika typer av verksamheter, sammankomster och tillställningar 745
9.13.2 Föreskrifterna får inskränkas geografiskt 750
9.13.3 Föreskrifterna bör vara tidsbegränsade 752
9.13.4 Underställning till riksdagen bör inte krävas 753

9.14 Beslut om begränsningar i enskilda fall 755

9.15 Tillsyn och befogenheter 758
9.15.1 Länsstyrelsen bör ha tillsynsansvaret..... 758
9.15.2 Nationell tillsynsvägledning och tillsynssamordning 761
9.15.3 Innehållet i ansökan eller anmälan enligt ordningslagen 765
9.15.4 Befogenheter i samband med allmänna sammankomster och offentliga tillställningar..... 767
9.15.5 Befogenheter i kollektivtrafik och inrikes flygtrafik 769
9.15.6 Förhållandet mellan länsstyrelsens och Polismyndighetens uppgifter 770

9.16 När beslut får verkställas..... 773

9.17 Överklagande..... 774

9.18 Information till allmänheten om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 776

9.19 Kompletterande åtgärder för den som berörs av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder..... 779
9.19.1 Åtgärderna innebär kostnader och inkomstbortfall för de verksamheter som berörs 779
9.19.2 Åtgärderna kan innebära inskränkningar i egendomsskyddet och närings- och yrkesfriheten..... 780
9.19.3 Den grundlagsskyddade rätten till ersättning 786
9.19.4 Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder omfattas inte av den grundlagsreglerade rätten till ersättning..... 789
9.19.5 En utfästelse om att överväga kompletterande åtgärder bör framgå av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder..... 797

9.20 Ändringar i ordningslagen 813
9.20.1 Bemyndiganden om förbud vid epidemier bör tas bort 813
9.20.2 Polismyndighetens befogenheter bör anpassas till den nya lagen..... 816

9.21 Regionala reserestriktioner 817

9.22 Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder på arbetsplatser och utbildningsområdet 822

9.23 Hur föreskrifter med stöd av lagen kan utformas 824
9.23.1 Syftet bör vara vägledande 825
9.23.2 De särskilda faktorer som ska beaktas 826
9.23.3 Enkla och inte allt för detaljerade föreskrifter bör eftersträvas 826
9.23.4 Förordningsmotiv kan underlätta tillämpningen 827
9.23.5 Bestämmelser som indirekt avser hur besökare och deltagare ska bete sig 828
9.23.6 Olika typer av begränsningar 828
9.23.7 Samma plats kan omfattas av olika föreskrifter ... 830
9.23.8 Föreskrifter om stängning bör så långt som möjligt undvikas 830
9.23.9 Framtida kunskap om covid-19-pandemins långsiktiga effekter behöver beaktas 831
9.23.10 Scenarier kan läggas till grund för planering för föreskrifter 831

10 Underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier 833

10.1 Strategier som styrmedel 835
10.1.1 Statskontorets rapport 835
10.1.2 Flera utredningar behandlar strategi som begrepp och styrmedel 837
10.1.3 Nationella strategier är vanliga inom hälso- och sjukvården och ofta med otraditionella styrmedel 838
10.1.4 Regeringens nationella säkerhetsstrategi 839
10.1.5 Nationella strategier eller planer för hantering av pandemier – Finland 841
10.1.6 Nationell strategi för hantering av pandemier – Danmark 846

10.2 Övergripande om hälsohot och pandemiberedskap i en nationell strategi 849
10.2.1 Unionsplan och nationell plan enligt hälsohotsförordningen 849
10.2.2 Nationell plan enligt IHR 2005 856
10.2.3 WHO:s pandemifördrag 858
10.2.4 Övriga styrdokument från WHO 859
10.2.5 Natos civila beredskapsarbete 862
10.2.6 Folkhälsomyndighetens uppgifter inom smittskydds- och pandemiberedskap 864
10.2.7 Smittskyddsläkarens förebyggande uppgifter 869

10.3 Sektorsövergripande samverkan inom smittskydd, pandemi- och zoonosberedskap 870
10.3.1 Samverkansgrupper inom smittskydd och pandemiberedskap 870
10.3.2 Samverkansgrupper inom zoonosberedskap 872

10.4 Utmaningar i fredstida kriser 874
10.4.1 Otydligt ansvar vid hanteringen av covid-19-pandemin och vid tidigare fredstida kriser 875
10.4.2 Återkommande brister i samverkan vid kriser 879
10.4.3 Det saknas en uppbyggd struktur för datainsamling och stödsystem för nationell lägesbild 887
10.4.4 Kommunikation vid kriser och pandemier 889
10.4.5 Lärdomar från tidigare kriser tas inte tillvara 892

10.5 Utgångspunkter för en nationell strategi för hantering av pandemier 897
10.5.1 En nationell strategi bör utgå ifrån gällande regelverk, styrdokument och aktuella kunskapsunderlag 898
10.5.2 En nationell strategi bör bygga på långsiktighet och ha en generisk ansats 898
10.5.3 Aktörers ansvarsområden och uppgifter bör vara tydliga i normalläge för att hantera en pandemis alla faser 900
10.5.4 Strategiarbetet bör involvera många aktörer 901

10.5.5 En välfungerande samverkan är central för både pandemiberedskap och pandemihantering ... 902
10.5.6 Åtgärder i en nationell strategi bör kunna följas upp ... 904
10.5.7 Avsatta resurser för strategiarbete kan underlätta styrning och uppföljning ... 905

10.6 Vissa avgränsningar i en nationell strategi för hantering av pandemier ... 905
10.6.1 Det pågår ett reformarbete inom försörjningsberedskap för att stärka vårdens kapacitet ... 906
10.6.2 Förebyggande hälsofrämjande åtgärder ... 907
10.6.3 Internationellt samarbete ... 909

10.7 En nationell strategi för hantering av pandemier ... 912
10.7.1 Strategins syfte och mål ... 912
10.7.2 En nationell strategi för både pandemiberedskap och pandemihantering ... 916
10.7.3 En nationell strategi bör bygga på en bred involvering av aktörer ... 917

10.8 Stärk pandemiberedskapen ... 919
10.8.1 Säkerställ att ansvarsfördelning och beslutsfattande fungerar under en pandemi ... 920
10.8.2 Säkerställ en god beredskapsplanering ... 925
10.8.3 Planera för skydd av riskgrupper för allvarlig sjukdom ... 930
10.8.4 Genomför övningar utifrån dimensionerade scenarier ... 934
10.8.5 Stärk laboratorieberedskapen ... 938
10.8.6 Säkerställ beredskap för vaccin och antimikrobiella läkemedel ... 940
10.8.7 Initiera forskning som bidrar till stärkt pandemiberedskap ... 946
10.8.8 Stärk nationell dataförsörjning för övervakning och forskning vid pandemier ... 953

10.9 Begränsa smittspridning och negativa konsekvenser av en pandemi för individ och samhälle 955
10.9.1 Ta fram samlade lägesbilder för beslut..... 956
10.9.2 Identifiera riskgrupper och riskmiljöer i ett tidigt skede samt vidta åtgärder för att skydda riskgrupper 960
10.9.3 Vidta rätt smittskyddsåtgärder vid rätt tillfälle ... 962
10.9.4 Kommunicera för att skapa god följsamhet till åtgärder som bidrar till minskad smittspridning... 967
10.9.5 Dela information och använd uppbyggda rapporteringsvägar vid samverkan..... 976
10.9.6 Snabbstarta allsidig pandemiforskning 979
10.9.7 Följ upp och lär av en pandemi 982

10.10 Förslag på åtgärder utifrån den nationella strategin 985
10.10.1 Uppdrag att kartlägga oklara ansvarsförhållanden..... 986
10.10.2 Uppdrag att ta fram ett stöd för planering för skydd av riskgrupper..... 989

11 En samlad integritetsskyddsanalys av förslagen..... 991

11.1 Rättsliga utgångspunkter 992

11.2 Förslaget om lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och dess betydelse för den personliga integriteten..... 996

11.3 Förslagen om ändring i ordningslagen och smittskyddslagen 1006

12 Förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter samt barns rättigheter..... 1011

12.1 Rättsliga utgångspunkter 1012

12.2 Förslagen om vissa ändringar i smittskyddslagen 1018
12.2.1 Förslagen om bemyndiganden om tidsbegränsade undantag, anpassningar och särskilda föreskrifter 1018
12.2.2 Förslagen om ändringar i bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa 1021

12.3 Förslagen om regionernas beredskap 1027
12.4 Förslaget om en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder..... 1028
12.5 Förslagen om ändringar i ordningslagen 1038
12.6 God författningsberedskap ger förutsättningar för att skyddet för grundläggande fri- och rättigheter upprätthålls..... 1039

13 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser 1041

13.1 Ikraftträdandebestämmelser..... 1041
13.2 Övergångsbestämmelser..... 1043

14 Förslagens konsekvenser 1045

14.1 Vad ska utredningens förslag leda till? 1045
14.2 Krav på konsekvensanalysen 1047
14.2.1 Krav enligt kommittéförordningen..... 1047
14.2.2 Krav enligt utredningens direktiv..... 1049
14.3 Möjliga konsekvenser av vissa beredskapsregler..... 1050
14.3.1 Den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 1050
14.3.2 Förslag om undantag från vissa skyldigheter vid en samhällsfarlig sjukdom 1056
14.3.3 Förslag om mer ändamålsenliga bestämmelser om hälsokontroll vid inresa..... 1059
14.3.4 Förslag om ändringar i ordningslagen..... 1060
14.4 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag 1061
14.4.1 Konsekvenser för staten..... 1061
14.4.2 Kostnadsfördelningen mellan staten och regionerna i fråga om regionernas beredskap 1075
14.5 Övriga konsekvenser av utredningens förslag 1079
14.5.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. 1079
14.5.2 Konsekvenser för enskilda..... 1086
14.5.3 Jämställdhets- och jämlikhetskonsekvenser 1089
14.5.4 Övrigt..... 1092

14.6 Förhållandet till vissa internationella rättsakter 1093
14.6.1 EU-bestämmelser om övervakning av smittsamma sjukdomar och folkhälsoåtgärder .. 1093
14.6.2 Internationella hälsoreglementet 1094
14.6.3 Tjänstedirektivet 1096
14.6.4 Anmälningsdirektivet 1097

14.7 Finansiering av utredningens förslag 1098
14.7.1 Direkta kostnader för staten finansieras inom respektive utgiftsområde 1099
14.7.2 Ekonomiska ersättningar till regioner och uppkomna kostnader vid omfattande smittspridning bör behandlas och finansieras i kommande ekonomiska propositioner 1100

15 Författningskommentar 1103

15.1 Förslaget till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 1103

15.2 Förslaget till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617) 1156

15.3 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) 1159

15.4 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 1174

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2023:106 1177

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2024:88 1197

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2025:9 1205

Bilaga 4 Genomförda möten och övrig samverkan 1207

9 Stärkt beredskap med en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Utredningen har i uppdrag att utreda och ta ställning till hur samhällets författningsberedskap inför framtida pandemier bör stärkas. I detta kapitel lämnar vi förslag på en ny lag som ska komplettera gällande smittskyddslagstiftning och därmed förstärka beredskapen inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Vi inleder kapitlet med en beskrivning av vad författningsberedskap innebär (avsnitt 9.1) och vilka grundlagsregler det finns som på olika sätt möjliggör beredskap på smittskyddsområdet (avsnitt 9.2). Beskrivningen i dessa avsnitt grundar sig i allt väsentligt på Kommittén om beredskap enligt regeringsformens betänkande Stärkt konstitutionell beredskap, SOU 2023:75. Vi redogör därefter för den författningsberedskap som finns i smittskyddslagen i dag (avsnitt 9.3).

I avsnitt 9.4 och 9.5 finns en redogörelse för relevanta delar av den särskilda lagstiftning som gällde under covid-19-pandemin och berörda aktörers erfarenheter av den. Vi beskriver också en del av den rättsliga prövning som regleringen föranledde.

I avsnitt 9.6 gör vi bedömningen att författningsberedskapen inom smittskyddet bör stärkas. I avsnitt 9.7 föreslår vi att en ny lag, lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, införs. Avsnitt 9.8–9.20 innehåller därefter våra närmare överväganden och förslag kring innehållet i den lagen samt de ändringar i ordnings- och sekretesslagstiftningen som vi också föreslår.

I avsnitt 9.21 finns våra överväganden gällande behovet av att införa regionala resebegränsningar vid omfattande smittspridning.

I avsnitt 9.22 finns våra överväganden om i vilken utsträckning arbetsplatser och utbildningsväsendet bör omfattas av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

I avsnitt 9.23 resonerar vi kring hur föreskrifter på lägre normnivå än lag kan utformas.

Kommittén om beredskap enligt regeringsformen har i sitt betänkande lämnat förslag om en stärkt konstitutionell beredskap vid allvarliga fredstida krissituationer. Kommitténs förslag innebär ändringar i bl.a. regeringsformen och är under beredning inom Regeringskansliet. Våra förslag utgår dock från dagens förutsättningar för författningsberedskap.

9.1 Vad är god författningsberedskap?

Ett lands konstitution reglerar den ordning som statsorganen ska verka i, hur de ska arbeta och vilket skydd enskilda har mot ingrepp från statens sida. Konstitutionen drar också upp ramar för hur den politiska makten i samhället utövas. Sveriges konstitution utgörs av grundlagarna, av vilka regeringsformen är den mest centrala. I den anges grunddragen i det svenska statsskicket. Där beskrivs också de centrala statsmakternas ansvar, skyldigheter och funktion. Reglerna är grundläggande för hur Sverige styrs under normala förhållanden likväl som under krig och kriser.[1]

Av regeringsformen följer att riksdagen är det främsta statsorganet och att regeringen har den styrande makten och är ansvarig inför riksdagen. Riksdagen och regeringen har flera verktyg till sitt förfogande för att leda samhällsutvecklingen och styra den offentliga verksamhetens inriktning. Normgivning är ett av de viktigaste verktygen. Både riksdagen och regeringen är utrustade med normgivningsmakt och kan således fatta beslut om föreskrifter som enskilda och myndigheter ska följa. Riksdagen meddelar föreskrifter genom lag och regeringen genom förordning. Bestämmelser om denna normgivningsmakt finns i 8 kap. regeringsformen.[2]

I svåra lägen kan statsorganen behöva vidta särskilda åtgärder för att skydda befolkningen och riket från faror och hot. Förhållandena kan samtidigt göra det svårt för statsorganen att arbeta i vanlig ord-

[1] SOU 2023:75 s. 59.
[2] SOU 2023:75 s. 68.

ning. Det finns olika sätt att hantera krig och andra allvarliga kriser konstitutionellt. I Sverige har konstitutionell nödrätt – dvs. att statsmakterna i en nödsituation åsidosätter grundlagen – bedömts vara en alltför osäker grund för riksdagens och regeringens agerande i sådana lägen. Regeringsformen utgår i stället från legalitetsprincipen, dvs. att all maktutövning, även i krig och andra kriser, ska ha stöd i lag (1 kap. 1 § regeringsformen). Regeringsformen innehåller därför en konstitutionell beredskap som gör det möjligt att agera med stöd i lag även i krig och andra kriser. Ett exempel på detta är reglerna om krig och krigsfara i 15 kap. regeringsformen. För fredstida kriser finns det dock inte någon motsvarande särskild konstitutionell ordning. Sådana kriser ska alltså hanteras inom grundlagens befintliga ramar som ger möjligheter att exempelvis anpassa riksdagens verksamhetsformer, skynda på lagstiftningsprocessen eller delegera normgivningsmakt till regeringen.[3] Se mer om detta nedan i avsnitt 9.2.

Även i lagstiftningen under grundlagsnivå bör det finnas en författningsberedskap. God författningsberedskap går ut på att de bestämmelser som behövs för att hantera kriser i så stor utsträckning som möjligt tas fram och beslutas i förväg. Det kan dock vara svårt att förutse vilka åtgärder som kan komma att behövas i olika fall. Nya regler kan i en kris därför behöva tas fram med mycket kort varsel. De föreskrifter regeringen kan meddela på egen hand är begränsade till sådana föreskrifter som är gynnande eller neutrala för enskilda samt verkställighetsföreskrifter till lagar. För att regeringen ska kunna meddela exempelvis föreskrifter om skyldigheter för enskilda eller åligganden för kommuner eller regioner krävs det att riksdagen i förväg har delegerat föreskriftsrätt till regeringen genom bemyndiganden i lag. Vissa typer av föreskrifter kan regeringen dock i princip aldrig bemyndigas att besluta. Det gäller bl.a. grundlagarna, riksdagsordningen och civilrättsliga föreskrifter. Dessa ingår i det obligatoriska lagområdet. För krigsförhållanden finns det dock en undantagsreglering i regeringsformen. Om riket är i krig eller krigsfara, eller om det råder sådana extraordinära förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som riket har befunnit sig i, får riksdagen enligt 15 kap. 6 § regeringsformen delegera normgivningsmakt till

[3] SOU 2023:75 s. 153.

regeringen även på det obligatoriska lagområdet. För fredstida kriser finns dock inte motsvarande möjlighet i dag.[4]

9.2 Grundlagsregler som möjliggör smittskyddsberedskap

Smittskydd handlar bl.a. om att ha beredskap för hastigt uppkomna eller förändrade situationer. Sådana situationer kan också kräva skyndsamt agerande av riksdag och regering. Kommittén om beredskap enligt regeringsformen konstaterar i sitt betänkande att regeringsformen och riksdagsordningen innehåller bestämmelser som gör det möjligt för riksdagen och regeringen att i stor utsträckning vidta åtgärder och fatta skyndsamma beslut i svåra situationer. Som exempel nämns 3 kap. 10 § regeringsformen som innebär att det alltid finns en riksdag som kan samlas och fatta beslut, eftersom varje val gäller från det att den nyvalda riksdagen har samlats till dess att den därefter valda riksdagens samlats. Vidare nämns 6 kap. 9 och 12 §§ riksdagsordningen som innebär att riksdagen kan sammanträda med kort varsel, samt 5 kap. 4 §, 6 kap. 10 och 12 §§ regeringsformen som innehåller bestämmelser om vad som gäller om statschefen, statsministern eller talmannen inte kan fullgöra sina uppgifter.[5]

Även regeringssammanträden kan hållas med kort varsel och lagstiftningsprocessen kan anpassas i brådskande fall, även om utgångspunkten är att regeringsformens beredningskrav i 7 kap. 2 § regeringsformen om att hämta in behövliga upplysningar och yttranden innan ett lagförslag beslutas också gäller i brådskande fall. Några särskilda formkrav finns dock inte på beredningsunderlaget och det kan därför få bli mer knapphändigt än normalt. Inte heller formerna för hur beredskapskravet ska uppfyllas är reglerade utan kan anpassas utifrån situationen. Remisstider kan t.ex. förkortas väsentligt och synpunkter och yttranden kan hämtas in på annat sätt än genom ett sedvanligt skriftligt remissförfarande. Det finns även möjlighet att i enlighet med 8 kap. 21 § tredje stycket regeringsformen avstå från att hämta in Lagrådets yttrande, även om lagförslaget är av sådan art att yttrande normalt skulle inhämtats, om Lagrådets granskning skulle fördröja lagstiftningsfrågans behandling så att avsevärt men

[4] SOU 2023:75 s. 272 och 273.
[5] SOU 2023:75 s. 112.

uppkommer. I riksdagsordningen finns bestämmelser om att riksdagsbehandlingen kan förkortas om det behövs. Vidare kan ikraftträdandet göras mycket kort så att en ny lag kan börja gälla endast någon dag efter kungörandet. Lagstiftning kan också grundas på utskottsinitiativ, vilket kan gå fortare än att lagstifta genom en regeringsproposition.[6]

Det finns härutöver bestämmelser i regeringsformen som möjliggör en förenklad hantering av vissa lagstiftningsbehov som kan uppkomma t.ex. vid en kris. Hit hör t.ex. 2 kap. 20 och 24 §§ regeringsformen som innebär att riksdagen, och efter bemyndigande regeringen, får begränsa mötesfriheten och demonstrationsfriheten av hänsyn till rikets säkerhet eller för att motverka en farsot. Vidare kan riksdagen enligt 8 kap. 5 § regeringsformen i en lag bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter om när lagen ska träda i kraft, om när delar av lagen ska börja eller upphöra att tillämpas och om lagens tillämpning i förhållande till ett annat land eller en mellanfolklig organisation (traditionellt sett kallat fullmaktslag[7]). Sådana bemyndiganden får enligt 2 kap. 20 § regeringsformen göras även om lagen innebär begränsningar i vissa grundläggande fri- och rättigheter.

9.3 Beredskap i smittskyddslagen i dag

Målet med smittskyddslagens (2004:168), förkortad SmL, bestämmelser är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Detta följer av 1 kap. 1 § SmL. När bestämmelsen infördes betonades att risken för spridning av smittsamma sjukdomar från andra länder är större än tidigare på grund av det utökade utbytet med omvärlden. Vidare betonades att det är nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige, exempelvis på grund av att smittämnen blir resistenta mot läkemedel. Det framhölls även att spektrat av smittsamma sjukdomar är mycket vitt och omfattar såväl mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet som mera ordinära sjukdomar. Vid utformningen av lagen togs därför

[6] SOU 2023:75 s. 273–277.
[7] SOU 2023:75 s. 93.

hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut, samt att lagen måste ge möjlighet att snabbt kunna möta nya och oväntade problem.[8]

Flera av bestämmelserna i smittskyddslagen tar mot denna bakgrund sikte på att bidra till en beredskap för en framtida smittspridning. Hit hör bl.a. bestämmelsen i 1 kap. 7 § SmL om att Folkhälsomyndigheten (tidigare Socialstyrelsen) ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd, samt ska följa och vidareutveckla smittskyddet och följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt. Att den ansvariga myndigheten ska ta initiativ innebär att myndigheten ska ta initiativ till de förändringar som kan behövas bland annat i lag och annan författning, i tillämpning och i organisation. Skyldigheten gäller även i kris och krig.[9]

Det snabbförfarande som finns i 9 kap. 2 § SmL och som innebär att regeringen kan klassificera sjukdomar som allmänfarliga respektive samhällsfarliga utgör en beredskapslagstiftning för att snabbt kunna ingripa med långtgående åtgärder om en verkligt allvarlig sjukdom oväntat och plötsligt uppträder i landet och riksdagens beslut inte kan avvaktas. Även regeringens bemyndiganden i 9 kap. 5 och 6 §§ SmL utgör beredskap för att säkerställa ett ändamålsenligt smittskydd om landet kommer i krig eller krigsfara, om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet befunnit sig i, eller om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

[8] Prop. 2003/04:30 s. 83 och 84.
[9] Prop. 2003/04:30 s. 212, se även s. 169.

9.4 Den särskilda lagstiftningen om smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin

I detta avsnitt beskriver vi översiktligt den reglering som under pandemin användes för att, direkt eller indirekt, begränsa folksamlingar i syfte att minska risken för trängsel (9.4.1). Regleringen baserades dels på bemyndiganden som fanns redan innan pandemin, dels togs ny lagstiftning fram under pandemin. Vid sidan av regleringen nämner vi också några av de råd och rekommendationer som regeringen och myndigheter inom smittskyddet lämnade och som påverkade människors beteende och tillgängligheten till viss offentlig verksamhet.

I syfte att beskriva beredskapen på smittskyddsområdet i en något vidare bemärkelse beskriver vi också några av de regleringar och beslut som syftade till att minska smittspridningen och pandemins konsekvenser på andra sätt än genom att motverka trängsel (9.4.2).

9.4.1 Föreskrifter och råd för att motverka trängsel och folksamlingar

Bemyndigandelagen

Regeringen gjorde under våren 2020 bedömningen att räckvidden i fråga om de befintliga normgivningsbemyndigandena i 9 kap. 4–6 §§ SmL och 21 och 30 §§ lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa till viss del var oklar, och i den situation som hade uppkommit till följd av spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19, SARS-CoV-2, framstod bemyndigandena i viss utsträckning även som otillräckliga. Lagrådet delade regeringens bedömning.[10]

Mot den bakgrunden beslutades i april 2020 en tillfällig ändring av smittskyddslagen, den så kallade bemyndigandelagen. Bemyndigandelagen innebar att två tidsbegränsade bemyndiganden till regeringen fördes in i smittskyddslagen. Föreskrifter med stöd av bemyndigandena skulle omedelbart underställas riksdagens pröv-

[10] Prop. 2019/20:155 s. 11, 12 och 38.

ning.[11] Bemyndigandena gav regeringen möjlighet att under vissa förutsättningar föreskriva om bl.a. tillfälliga begränsningar för folksamlingar, tillfällig nedstängning av köpcentrum, nattklubbar, restauranger, gym- och sportanläggningar och bibliotek, och tillfällig nedstängning eller andra begränsningar i fråga om transporter eller att använda infrastruktur (t.ex. hamnar, flygplatser eller järnvägsstationer).

Regeringen nyttjade aldrig de befogenheter som lagändringen gav och bestämmelserna upphörde att gälla den 1 juli 2020.

Förbudsförordningen

Ordningslagen (1993:1617) innehåller i 2 kap. vissa bestämmelser i syfte att motverka epidemi. Enligt 2 kap. 15 § första stycket får regeringen föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område, om förbudet är nödvändigt med hänsyn till att Sverige är i krig eller krigsfara eller för att motverka epidemi. Enligt andra stycket får regeringen bemyndiga en länsstyrelse att i fråga om länet eller del därav föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas om förbudet är nödvändigt för att motverka epidemi. Regeringen har bemyndigat länsstyrelserna detta i 3 § förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617). Med stöd av 2 kap. 10 § kan tillstånd till allmänna sammankomster och offentliga tillställningar nekas för att motverka epidemi. Detta gäller oavsett om det finns en föreskrift som meddelats med stöd av 2 kap. 15 §. Med stöd av 2 kap. 22 § får Polismyndigheten ställa in eller lösa upp en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning under vissa omständigheter, bl.a. om sammankomsten eller tillställningen hålls i strid med en föreskrift enligt 2 kap. 15 §.

Bemyndigandena i 2 kap. 15 § användes under pandemin för att begränsa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Detta skedde genom förordningen (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, förkortad förbudsförordningen. När förordningen trädde i kraft den

[11] Lagen (2020:241) om ändring i smittskyddslagen (2004:168), prop. 2019/20:155, bet. 2019/20:SoU20, rskr. 2019/20:214.

12 mars 2020 begränsades antalet deltagare i allmänna sammankomster och offentliga tillställningar till maximalt 500. Förordningen gällde tills vidare och i hela landet och beslutades efter en hemställan från Folkhälsomyndigheten.[12] Förordningen ändrades vid fyra tillfällen.

Genom en ändring som trädde i kraft den 29 mars 2020 sänktes det maximalt tillåtna antalet deltagare från 500 till 50. Samtidigt infördes en bestämmelse som upplyste om 3 § förordningen med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) och angav att en länsstyrelse fick besluta lokala föreskrifter om förbud mot att inom länet eller en del av det hålla allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar med färre deltagare än 50.[13]

Från och med den 8 oktober 2020 undantogs allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som hölls på serveringsställen som omfattades av lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen från förbudet mot att samla fler än 50 deltagare (det s.k. trubadurundantaget).[14]

Från och med den 1 november 2020 tilläts allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med högst 300 deltagare om var och en av deltagarna anvisades en sittplats med minst en meters avstånd till andra deltagare. Två deltagare i sällskap fick sitta närmare varandra än så. Danstillställningar som hölls på serveringsställen undantogs från trubadurundantaget.[15] För danstillställningar på serveringsställen gällde då åter huvudregeln om maximalt 50 deltagare.[16]

Den 24 november 2020 ändrades förbudsförordningens huvudregel till åtta deltagare. Undantag gjordes för allmänna sammankomster för religionsutövning som hölls med anledning av dödsfall. För dessa gällde en begränsning till 20 deltagare. Det infördes också särskilda bestämmelser för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar vid vilka var och en av deltagarna anvisades en sittplats med minst en meters avstånd till andra deltagare och det även i

[12] Folkhälsomyndigheten, ärendenummer 01125-2020.
[13] Förordning (2020:162) om ändring i förordningen (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.
[14] Förordning (2020:823) om ändring i förordningen (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.
[15] En danstillställning är en typ av offentlig tillställning, 2 kap. 3 § 2 OL.
[16] Förordning (2020:848) om ändring i förordningen (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.

övrigt skapades förutsättningar för deltagarna att hålla det avståndet. Under sådana förhållanden var deltagarbegränsningen i stället 300. Två deltagare i sällskap med varandra fick anvisas sittplatser närmare än en meter från varandra.[17]

Samtliga 21 länsstyrelser föreskrev under november 2020 om deltagarbegränsningar vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Från och med den 24 november var huvudregeln i samtliga län åtta. En sammanställning över länsstyrelsernas föreskrifter finns i tabell 9.2.

Förbudsförordningen upphävdes när den särskilda lagstiftningen om begränsningar för att förhindra spridning av covid-19 trädde i kraft den 10 januari 2021 (se avsnitt 9.4.2). Regleringen om begränsningar av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med anledning av covid-19 fördes då över dit. En tidsbegränsad upplysningsbestämmelse infördes samtidigt i ordningslagen (2 kap. 15 a §).

Ordningslagens bestämmelser om att motverka epidemi är inte begränsade till samhällsfarliga eller allmänfarliga sjukdomar. Uttalanden i litteraturen anger att de sjukdomar som avses med begreppet epidemi i huvudsak torde vara de anmälningspliktiga sjukdomarna enligt smittskyddslagen men att de veneriska sjukdomar som är anmälningspliktiga däremot får anses falla utanför.[18]

Reglering av serveringsställen, alkoholservering m.m.

Föreskrifter om att förhindra smitta på restauranger m.m.

I mars 2020 beslutade Folkhälsomyndigheten föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:9) om att förhindra smitta av covid-19 på restauranger och caféer m.m. Föreskrifterna beslutades med stöd av 9 kap. 4 § SmL och 12 § smittskyddsförordningen (2004:255), förkortad SmF, som innebär att regeringen och Folkhälsomyndigheten får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Föreskrifterna gällde sådana verksamheter som omfattas av anmälan enligt 11 § Livsmedelsverkets föreskrifter om livsmedelshygien, LIVSFS 2005:20, bl.a. restauranger, personalrestauranger, barer,

[17] Förordning (2020:1000) om ändring i förordningen (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.
[18] Åberg, K. Ordningslagen. Kommentarer och rättspraxis. (Version 4B, JUNO), kommentaren till 2 kap. 15 §.

kaféer, skolmatsalar och cateringverksamhet. Enligt föreskrifterna skulle det finnas rutiner för hur smittspridning av covid-19 bland besökare skulle förhindras. Trängsel eller köbildning fick inte förekomma och endast sittande servering eller takeaway var tillåten. Föreskrifterna gav smittskyddsläkaren tillsynsuppgifter innefattande möjlighet till beslut om omedelbar stängning av berörda verksamheter. Totalt beslutade smittskyddsläkarna om 39 tillfälliga stängningar.[19] I tillsynen samarbetade smittskyddsläkarna ofta med de kommunala tillsynsorganisationerna.

Föreskriften upphörde att gälla den 1 juli 2020 när lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen trädde i kraft.

Serveringslagen

Den 1 juli 2020 infördes lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen, förkortad serveringslagen. Syftet med åtgärderna enligt lagen var att förhindra spridning på serveringsställen av det virus som orsakar covid-19 (1 §). Med serveringsställe avsågs en inrättning där det bedrevs näringsverksamhet som bestod i att servera mat eller dryck till allmänheten och där möjlighet gavs till förtäring på stället (2 §). Den som drev ett serveringsställe ansvarade för att serveringsställets lokaler och tillhörande områden utomhus som besökare hade tillträde till var utformade så att trängsel undveks och att besökare kunde hålla ett från smittskyddssynpunkt säkert avstånd från varandra. Ansvaret gällde också att verksamheten i övrigt organiserades så att smittspridning bland besökare så långt som möjligt förhindrades, och att det fanns rutiner för hur smittspridning bland besökare kunde förhindras. Detta gällde även vid entréer till sådana lokaler och områden, om den som drev serveringsstället ägde eller på annan grund disponerade över entréområdet (3 §). Ansvaret för tillsynen lades på den kommunala nämnd som ansvarar för miljö- och hälsoskyddsområdet. Respektive länsstyrelse skulle ge nämnden stöd råd, och vägledning. Nämnden fick inom ramen för tillsynen besluta behövliga förelägganden och förbud och skulle vid behov samråda med smittskyddsläkaren. Möjlighet fanns att begära Polismyndighetens hjälp vid vissa tillsynsåtgärder (4–8 §§). Beslut enligt serveringslagen fick överklagas till förvaltningsrätten. Präv-

[19] Enligt en kartläggning genomförd av Tidningarnas Telegrambyrå.

ningstillstånd krävdes vid överklagande till kammarrätten (9 §). Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämde fick meddela ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärderna enligt 3 § (10 §).

Samtidigt som den särskilda lagstiftningen om begränsningar för att förhindra smittspridning av covid-19 infördes (se nedan) gjordes tillägg i serveringslagen. Bakgrunden var att det samtidigt infördes likartade regler i andra verksamheter genom den lagstiftningen.[20] Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämde fick meddela föreskrifter om att serveringsställens öppettider skulle begränsas, om det var nödvändigt för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19. Regeringen fick under samma förutsättningar, om andra smittskyddsåtgärder bedömdes otillräckliga, meddela föreskrifter om att serveringsställen skulle hållas stängda. Både föreskrifter om begränsning av öppettider och föreskrifter om stängning fick begränsas till att gälla ett visst geografiskt område (11 §). Föreskrifterna skulle underställas riksdagens prövning inom en vecka (12 §).

Bemyndigandet som gav regeringen rätt att meddela föreskrifter om att serveringsställe skulle hållas stängda nyttjades aldrig. Det upphörde att gälla den 31 januari 2022. Samtidigt gjordes ytterligare några justeringar och följdändringar i lagen.[21]

Serveringslagen var tidsbegränsad och gällde ursprungligen till utgången av 2020. Lagen förlängdes vid fyra tillfällen och upphörde att gälla vid utgången av mars 2022.

Med stöd av serveringslagen beslutade regeringen om förordningen (2020:527) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen. Enligt förordningen ansvarade Folkhälsomyndigheten för nationell tillsynsvägledning för den kommunala tillsynen över serveringslagen och länsstyrelsen ansvarade för tillsynsvägledningen i länet (3 §). Länsstyrelsen i Stockholm skulle samordna länsstyrelsernas arbete (4 §). Den 12 januari 2022 infördes bestämmelser om vaccinationsbevis i förordningen.[22]

I förordningen bemyndigades Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter om sådana smittskyddsåtgärder som avsågs i 3 § serveringslagen (5 §) och att meddela verkställighetsföreskrifter till

[20] Prop. 2020/21:79 s. 46.
[21] Prop. 2021/22:69.
[22] Socialdepartementet. Promemoria Vaccinationsbevis på serveringsställen och i andra verksamheter, smittskyddsåtgärder i långväga kollektivtrafik och förlängning av begränsnings- och serveringsförordningarna (S2021/07875). Ändringen fördes in genom förordning (2022:3) om ändring i förordningen (2020:527) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.

lagen och förordningen (6 §). I mars 2021 bemyndigades Folkhälsomyndigheten att begränsa serveringsställens öppettider[23] och i januari 2022 att föreskriva om vilka krav som skulle ställas för att ett vaccinationsbevis skulle godkännas på serveringsställen som utnyttjade den möjligheten.

I Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd om serveringsställen[24] reglerades successivt bl.a. maximalt tillåtna antal besökare i sällskap, minsta tillåtna avstånd mellan sällskap, serveringsställens öppettider och under vilka förutsättningar ett vaccinationsbevis skulle vara godkänt för att användas. Föreskrifterna upphörde att gälla den 9 februari 2022.

Förordning om tillfälligt förbud mot alkoholservering

Enligt 3 kap. 10 § alkohollagen (2010:1622) får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer förbjuda eller inskränka försäljning av alkoholdrycker och alkoholdryckslikna preparat om det finns synnerliga skäl för det. Bemyndigandet avser inte uttryckligen smittspridning eller epidemi. I en äldre lydelse av bestämmelsen användes, i stället för synnerliga skäl, begreppet extraordinära förhållanden. Av förarbetena framgår att åtgärderna gäller ”under krig, vid omedelbar krigsfara, då arbetslöshet eller nöd i större omfattning råder eller eljest när särskilda förhållanden föreligger”.[25]

En innehavare av serveringstillstånd som inte följer en föreskrift som meddelats med stöd av alkohollagen kan enligt 9 kap. 17 § alkohollagen meddelas en erinran, eller i allvarligare fall eller vid upprepade överträdelser, en varning. I sista hand kan återkallelse av serveringstillståndet enligt 9 kap. 18 § tredje punkten samma lag komma i fråga.[26]

Bemyndigandet i 3 kap. 10 § alkohollagen användes under pandemin för att, med vissa undantag, begränsa alkoholservering kvällstid genom förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering

[23] Förordning (2021:129) om ändring i förordningen (2020:527) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.
[24] Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:37) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen och Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:87) om smittskyddsåtgärder mot sjukdomen covid-19.
[25] Prop. 1976/77:108 s. 90, prop. 1994/95:89 s. 91 och prop. 2009/10:125 s. 158.
[26] Utredningen har inte kartlagt i vilken mån sanktioner enligt 9 kap. 17 och 18 §§ beslutades med anledning av överträdelser av förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol.

av alkohol. Från den 20 november 2020 gällde förbudet mellan kl. 22.00 och 11.00. Mellan den 24 december 2020 och den 28 februari 2021 gällde förbudet kl. 20.00–11.00.[27] Från och med den 1 mars 2021 gällde förbudet åter kl. 22.00–11.00.[28] Förordningen var ursprungligen tidsbegränsad till utgången av februari 2021, men giltigheten förlängdes till och med den 11 april 2021.[29]

Regeringen bedömde att bestämmelsen i 8 kap. 19 § alkohollagen om att ett serveringsställe ska vara utrymt senast 30 minuter efter serveringstidens utgång gällde även när serveringstidens utgång regleras i en förordning som beslutades med stöd av 3 kap. 10 § alkohollagen, men att alkohollagen inte hindrade serveringsställena att öppna på nytt därefter och fortsättningsvis servera alkoholfria alternativ.[30]

Covid-19-lagen

Lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, förkortad covid-19-lagen, trädde i kraft den 10 januari 2021.[31]

Covid-19-lagen hade karaktären av ramlag och innehöll bemyndiganden som möjliggjorde särskilda begränsningar för att förhindra smittspridning avseende fler platser och verksamheter än vad som omfattades av ordningslagen, alkohollagen och serveringslagen. Med stöd av covid-19-lagen kunde det införas särskilda begränsningar för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, platser för fritids- eller kulturverksamhet, handelsplatser, kollektivtrafik och inrikes flygtrafik samt platser för privata sammankomster (7–11 §§).

På dessa områden fick regeringen, om andra smittskyddsåtgärder bedömdes otillräckliga, föreskriva om förbud (7 § andra stycket, 8 § andra stycket, 9 § andra stycket, 10 § andra stycket och 11 § andra stycket). Föreskrifter om förbud skulle underställas riksdagen inom en vecka från beslutsdag (15 §).

[27] Förordning (2020:1294) om ändring i förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol.
[28] Förordning (2021:118) om ändring i förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol.
[29] Förordning (2021: 117) om ändring i förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol.
[30] Socialdepartementet. Promemoria Förslag till förordning om tillfälligt förbud mot servering av alkohol (S2020/08228), s. 8.
[31] Prop. 2020/21:79, bet. 2020/21:SoU23, rskr. 2020/21:159.

Covid-19-lagen innehöll även bemyndiganden att besluta om föreskrifter som om de överträddes skulle kunna medföra penningböter för enskilda (12, 13 och 24 §§). Regeringen fick med vissa undantag meddela förbud mot att samlas i ett sällskap av en viss storlek på platser dit allmänheten har tillträde (12 §). Sådana föreskrifter skulle underställas riksdagen inom en vecka från beslutsdag (15 §). Regeringen eller efter delegation en kommun fick också meddela föreskrifter med förbud mot att vistas på vissa särskilt angivna platser, t.ex. badplatser och parker, dock inte i en sådan omfattning att det innebar ett hinder mot att förflytta sig inom riket (13 §). Förbehållet tjänade som en påminnelse om att enskildas rörelsefrihet enligt 2 kap. 8 § regeringsformen enbart får inskränkas genom lag. Innan en kommun meddelade föreskrifter skulle smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten få yttra sig över förslaget.

Länsstyrelsen ansvarade för tillsynen över covid-19-lagen och fick även besluta om särskilda begränsningar i enskilda fall. Länsstyrelsen fick besluta om förelägganden, vilka fick förenas med vite. Länsstyrelsen skulle vid behov, i samband med beslut i enskilda fall och beslut om förelägganden och vite, samråda med smittskyddsläkaren (16–18 och 20 §§). Vid tillsynen fick länsstyrelsen under vissa förutsättningar begära hjälp från Polismyndigheten (19 §).

En bestämmelse om Polismyndighetens befogenhet att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som motsvarade vad som gäller enligt ordningslagen och polislagen (1984:387) fördes också in (21 §).

Länsstyrelsens beslut inom ramen för tillsynen och Polismyndighetens beslut att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning fick överklagas till förvaltningsrätten (25 §).

Covid-19-lagen var tidsbegränsad och gällde ursprungligen till utgången av september 2021. Lagen förlängdes vid två tillfällen.[32] Vid den andra förlängningen togs de bemyndiganden för regeringen bort som avsåg möjlighet att föreskriva om förbud eller stängningar av de platser och verksamheter som omfattades av lagen, och som avsåg att ett sällskap av en viss storlek inte fick samlas på platser dit

[32] Genom lagen (2021:861) om fortsatt giltighet av lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, förlängdes giltighetstiden till utgången av januari 2022. Se prop. 2020/21:219, bet. 2021/22:SoU3, rskr. 2021/22:1. Genom lagen (2022:30) om dels fortsatt giltighet av lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, dels ändring i samma lag, förlängdes giltighetstiden till utgången av maj 2022. Se prop. 2021/22:69, bet. 2021/22:SoU9, rskr. 2021/22:128.

allmänheten har tillträde. Även bemyndigandet som gav regeringen eller den kommun som regeringen bestämde rätt att meddela föreskrifter om förbud mot att vistas på vissa särskilt angivna platser togs bort. Covid-19-lagen upphörde att gälla vid utgången av mars 2022.[33]

Föreskrifter med stöd av covid-19-lagen

Med stöd av covid-19-lagen beslutade regeringen förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, den s.k. begränsningsförordningen, som trädde i kraft samtidigt som covid-19-lagen den 10 januari 2021. Folkhälsomyndigheten fick genom förordningen i uppdrag att ge nationell tillsynsvägledning för den tillsyn som länsstyrelsen skulle utöva enligt covid-19-lagen (2 kap. 1 §). Länsstyrelsen i Dalarnas län fick i uppdrag att samordna länsstyrelsernas tillsynsarbete (2 kap. 2 §). I 3–6 kap. fanns bestämmelser om allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, platser för fritidsverksamhet, handelsplatser och platser för privata sammankomster. Länsstyrelserna bemyndigades att meddela föreskrifter om begränsningar av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar i större omfattning än vad som angavs i förordningen. Huvudregeln var vid förordningens ikraftträdande att maximalt åtta deltagare tilläts vid allmänna sammankomster, offentliga tillställningar och platser för privata sammankomster.

Här anges översiktligt ändringar och tillägg som därefter gjordes i förordningen.

I februari 2021 infördes ett kapitel med bestämmelser om krav på smittskyddsåtgärder i kollektivtrafik.[34] Bestämmelserna omfattade den som bedrev eller organiserade kollektivtrafik med buss eller tåg med en linjesträckning som översteg 150 kilometer.

I mars 2021 infördes begränsningar för ytterligare verksamheter och regeringen bemyndigade kommunerna att föreskriva om vistelseförbud enligt 13 §.[35] Möjligheten utnyttjades vid ett eller flera till-

[33] Genom lagen (2022:214) om upphävande av lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, upphörde lagen att gälla vid utgången av mars 2022. Se prop. 2021/22:137, bet. 2021/22:SoU27, rskr. 2021/22:197.
[34] Förordning (2021:114) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[35] Förordning (2021:161) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

fällen av tio kommuner: Degerfors, Jönköping, Kungälv, Lund, Mora, Trollhättan, Upplands-Bro, Uppsala, Örnsköldsvik och Överkalix.[36]

I juni 2021, och därefter på nytt i juli 2021, höjdes deltagarbegränsningarna för bl.a. allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. I juni infördes också möjligheten till fler deltagare om de hölls åtskilda genom s.k. sektionering. Även antalet tillåtna deltagare vid privata sammankomster höjdes.[37]

I september 2021 togs flertalet av restriktionerna bort, bl.a. deltagarbegränsningarna, och ersattes av mer allmänt hållna stadganden.[38]

I december 2021 infördes bestämmelser om vaccinationsbevis, gällande allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.[39] I januari 2022 infördes möjlighet för Folkhälsomyndigheten att föreskriva om möjlighet att använda vaccinationsbevis som en smittskyddsåtgärd i fler verksamheter. Ett antal verksamheter fick genom undantag i förordningen dock inte använda vaccinationsbevis, bl.a. livsmedelsbutiker och apotek.[40]

Regeringen nyttjade inte bemyndigandena att föreskriva om förbud enligt 7–12 §§, dvs. ingen av de verksamheter eller platser som omfattades förbjöds genom föreskrifter. Regeringen beslutade heller inga föreskrifter om smittskyddsåtgärder i inrikes flygtrafik eller i lokaler eller områden som var avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik.

Folkhälsomyndigheten beslutade föreskrifter med stöd av bemyndigandena i begränsningsförordningen.[41] Föreskrifterna justerades vid ett flertal tillfällen.

---

[36] Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att föra en förteckning över föreskrifter som har meddelats med stöd av covid-19-lagen och lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen. Dnr 01122-2021.
[37] Förordning (2021:356) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 och förordning (2021:724) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[38] Förordning (2021:863) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[39] Förordning (2021:1084) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[40] Förordning (2022:2) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[41] Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:2) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 och Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:87) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

Samtliga 21 länsstyrelser beslutade i januari 2021 om föreskrifter avseende allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. De gällde till utgången av maj 2021, då Folkhälsomyndigheten i stället fick bemyndigande att föreskriva om ett lägre tillåtet deltagarantal vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inom ett län.[42]

Begränsningsförordningen upphörde att gälla vid utgången av mars 2022.

Tabell 9.1 Föreskrifter med stöd av ordningslagen, covid-19-lagen, serveringslagen och alkohollagen

Nationell nivå

Föreskrift	Giltighetstid
Förordning (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar	12 mars 2020–9 januari 2021
Förordning (2020:527) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen	1 juli 2020–31 mars 2022
Förordning (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol	20 november 2020–11 april 2021
Förordning (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19	10 januari 2021–31 mars 2022
Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:37) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen	7 juli 2020–29 september 2021
Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:2) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19	10 januari 2021–29 september 2021
Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:87) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19	1 december 2021–8 februari 2022

[42] 6 § förordningen (2021:356) om ändring i förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

Tabell 9.2 Begränsningar av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar genom länsstyrelsernas föreskrifter

Regional nivå

Län	Giltighetstid
Stockholms län Länsstyrelsen i Stockholms läns föreskrifter 01 FS 2020:27, 01 FS 2020:29, 01 FS 2020:30 och 01 FS 2021:07*	1 november 2020–31 maj 2021
Östergötlands län Länsstyrelsen i Östergötlands län föreskrifter 05 FS 2020:14, 05 FS 2020:15 och 05 FS 2021:2	1 november 2020–31 maj 2021
Skåne län Länsstyrelsen i Skåne läns föreskrifter 12 FS 2020:24, 12 FS 2020:33 och 12 FS 2021	1 november 2020–31 maj 2021
Västra Götalands län Länsstyrelsen i Västra Götalands läns föreskrifter 14 FS 2020:20, 14 FS 2020:26, 14 FS 2020:27 och 14 FS 2021:2	1 november 2020–31 maj 2021
Blekinge län Länsstyrelsen i Blekinge läns föreskrifter 10 FS 2020:15 10 FS 2020:19 och 10 FS 2021:01	1 november 2020–31 maj 2021
Värmlands län Länsstyrelsen i Värmlands läns föreskrifter 17 FS 2020:16, 17 FS 2020:17 och 17 FS 2021:01	1 november 2020–31 maj 2021
Jönköpings län Länsstyrelsen i Jönköping läns föreskrifter 06 FS 2020:26, 06 FS 2020:27 och 06 FS 2021:2	3 november 2020–31 maj 2021
Örebro län Länsstyrelsen i Örebro läns föreskrifter 18FS 2020:4, 18FS 2020:5 och 18FS 2021:1	3 november 2020–31 maj 2021
Hallands län Länsstyrelsen i Hallands läns föreskrifter 13 FS 2020:14, 13 FS 2020:16 och 13 FS 2021:1	4 november 2020–31 maj 2021
Södermanlands län Länsstyrelsen i Södermanland läns föreskrifter 04 FS 2020:06, 04 FS 2020:07 och 04 FS 2021:2	5 november 2020–31 maj 2021
Kronobergs län Länsstyrelsens i Kronobergs län föreskrifter 07FS 2020:10, 07FS 2020:12 och 07FS 2021:01	5 november 2020–31 maj 2021
Kalmar län Länsstyrelsen i Kalmar läns föreskrifter 08 FS 2020:16, 08 FS 2020:18 och 08 FS 2021:1	11 november 2020–31 maj 2021
Västerbottens län Länsstyrelsen Västerbottens föreskrifter 24FS 2020:16, 24FS 2020:17 och 24FS 2021:1	11 november 2020–31 maj 2021

Län	Giltighetstid
Norrbottens län Länsstyrelsen Norrbottens läns föreskrifter 25 FS 2020:30, 25 FS 2020:31 och 25 FS 2021:2	11 november 2020–31 maj 2021
Dalarnas län Länsstyrelsens föreskrift i Dalarnas föreskrifter 20 FS 2020:18, 20 FS 2020:19 och 20 FS 2021:2	12 november 2020–31 maj 2021
Gotlands län Länsstyrelsen i Gotlands läns föreskrifter 09 FS 2020:08, 09 FS 2020:09 och 09 FS 2021:01	13 november 2020–31 maj 2021
Västmanlands län Länsstyrelsens i Västmanlands län föreskrifter 19FS 2020:07, 19FS 2020:08 och 19FS 2021:01	14 november 2020–31 maj 2021
Gävleborgs län Länsstyrelsen i Gävleborgs läns föreskrifter 21FS 2020:17, 21FS 2020:18 och 21FS 2021:2	18 november 2020–31 maj 2021
Västernorrlands län Länsstyrelsen i Västernorrlands läns föreskrifter 22FS 2020:13, 22FS 2020:14 och 22FS 2021:1	18 november 2020–31 maj 2021
Uppsala län Länsstyrelsen i Uppsala läns föreskrifter 03 FS 2020:15 och 03 FS 2021:1	24 november 2020–31 maj 2021
Jämtlands län Länsstyrelsen i Jämtlands läns föreskrifter 23 FS 2020:20 och 23 FS 2021:1	24 november 2020–31 maj 2021

* Bemyndigandena fanns i 3 § förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) och 4 § förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

Skollagen och lagen om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid

Enligt 29 kap. 29 § skollagen (2010:800) får regeringen vid extraordinära händelser i fredstid som har betydande inverkan på möjligheterna att under viss tid erbjuda utbildning eller annan verksamhet enligt skollagen, meddela de föreskrifter som behövs för att tillförsäkra barn och elever den utbildning och annan verksamhet de har rätt till enligt skollagen. I sådana föreskrifter får undantag göras från bestämmelser om utbildningens utformning, omfattning och förläggning. I propositionen till skollagen anges att avsikten är att sådana föreskrifter ska kunna meddelas i mycket allvarliga situationer när undervisning eller annan verksamhet måste ställas in för viss

tid, till exempel för att förhindra smittspridning eller för att en betydande del av personalen insjuknat vid en epidemi.[43]

I mars 2020 beslutade regeringen med stöd av 29 kap. 29 § skollagen förordningen (2020:115) om utbildning i vissa skolformer i skolväsendet vid spridning av viss smitta.[44] Förordningen omfattade samtliga huvudmän inom skolområdet och gällde initialt skolformerna förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, specialskolan, sameskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan.[45] I förordningen angavs en rad undantag från vad som annars gäller enligt skollagen, skolförordningen (2011:1185) och gymnasieförordningen (2010:2039). En möjlighet till undantag var att i skolformerna grundskolan, grundsärskolan, specialskolan, sameskolan, gymnasieskolan eller gymnasiesärskolan besluta om fjärrundervisning eller distansundervisning. Undantagen fick bl.a. tillämpas av huvudmän som efter samråd med smittskyddsläkare eller med anledning av Folkhälsomyndighetens rekommendation höll eller hade hållit en eller flera skolenheter stängda.

Bemyndigandet i skollagen bedömdes dock inte utgöra ett tillräckligt lagstöd för de behov som uppstod i inledningen av pandemin. Riksdagens utbildningsutskott tog initiativ till en ny lag, lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid. I utskottsbetänkandet gjordes bedömningen att det inte låg inom ramen för 29 kap. 29 § skollagen att föreskriva om nedstängning av förskola, fritidshem eller annan pedagogisk verksamhet, eftersom det inom dessa verksamheter inte bara bedrivs utbildning utan också finns ett omsorgsbehov som förutsätter att barnen befinner sig i de lokaler som är avsedda för sådan verksamhet.[46]

Enligt den nya lagen får huvudmän under vissa förutsättningar besluta om tillfällig stängning av en förskoleenhet, fritidshem eller annan pedagogisk verksamhet. Trots ett sådant beslut om stängning ska huvudmannen enligt föreskrifter som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar, erbjuda vissa barn och elever förskola, fritidshem eller annan pedagogisk verksamhet. I lagen

[43] Prop. 2009/10:165 s. 608.
[44] Se också regeringens förordningsmotiv Fm 2020:1. Förordningen bytte den 6 april 2020 namn till förordning (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta.
[45] Grundsärskolan benämns numera anpassade grundskolan och gymnasiesärskolan benämns anpassade gymnasieskolan, se prop. 2021/22:162.
[46] Bet. 2019/20:UbU25 s. 7.

bemyndigas även regeringen att meddela föreskrifter om att förskoleenheter, skolenheter, fritidshem och andra verksamheter enligt skollagen ska stängas tillfälligt på nationell, regional eller kommunal nivå vid extraordinära händelser i fredstid. Lagen om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid trädde efter en snabb riksdagsbehandling i kraft den 21 mars 2020. Den är inte tidsbegränsad och inte begränsad till enbart covid-19.

Med den nya lagen på plats infördes en ytterligare grund för att få tillämpa undantagsbestämmelserna i förordningen om utbildning i vissa skolformer i skolväsendet vid spridning av viss smitta, nämligen att regeringen med stöd av den nya lagen föreskrivit om tillfällig stängning av skolenheter på nationell, regional eller kommunal nivå (2 § första stycket femte punkten förordningen).

Inför höstterminen 2020 infördes i förordningen en ny bestämmelse (11 b §) i syfte att göra det möjligt för lärare och elever i gymnasieskolan att följa föreskrifter, allmänna råd och rekommendationer som avsåg covid-19 och som rörde kollektivtrafiken och andra allmänna färdmedel.[47] Under hösten 2020 justerades förordningen genom att en bestämmelse (11 c §) infördes varigenom en huvudman som höll gymnasieskolan öppen bl.a. fick tillämpa förordningens bestämmelser om fjärr- eller distansundervisning om antalet elever som var samtidigt närvarande i skolenhetens lokaler behövde begränsas för att huvudmannen skulle kunna följa föreskrifter, allmänna råd eller rekommendationer från Folkhälsomyndigheten som avsåg sjukdomen covid-19. Enligt en då gällande föreskrift från Folkhälsomyndigheten hade skolorna en skyldighet att säkerställa att de vidtog lämpliga åtgärder för att undvika spridning av covid-19. Enligt ett allmänt råd till föreskriften var åtgärder för att förhindra smittspridning t.ex. att möblera om eller på annat sätt skapa utrymme för att undvika trängsel.[48] Innan fjärr- eller distansundervisning vidtogs med stöd av den nya bestämmelsen måste huvudmannen ha konstaterat att andra, ordinarie, åtgärder inte räckte till. Dessa åtgärder

[47] Förordning (2020:732) om ändring i förordningen (2020:115) om utbildning i vissa skolformer i skolväsendet vid spridning av viss smitta. Se också regeringens förordningsmotiv Fm 2020:9.
[48] 1 § Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.

kunde till exempel vara att anpassa schemaläggning, förlänga skoldagen eller att bedriva undervisning på kvällar eller helger.[49]

Genom en ytterligare ändring i förordningen i januari 2021 utvidgades möjligheterna enligt 11 b och c §§ till att även gälla grundskolans högstadium.[50] Under 2021 och 2022 gjordes ytterligare ändringar i förordningen.

Folkhälsomyndighetens rekommendationer och samråd med smittskyddsläkarna på skolområdet

Folkhälsomyndigheten rekommenderade den 17 mars 2020 övergång till fjärr- eller distansundervisning för bl.a. landets gymnasieskolor och kommunala vuxenutbildningar från och med dagen därpå, den 18 mars. Rekommendationen gällde till den 15 juni 2020.

Från höstterminens start till november 2020 återgick gymnasieskolorna till närundervisning (undervisning i skolans lokaler). Den 7 december 2020 rekommenderade Folkhälsomyndigheten återigen gymnasieskolorna att bedriva undervisningen på distans för de flesta eleverna. Den rekommendationen upphörde den 24 januari 2021. Från den 25 januari till den 1 april 2021 rekommenderades gymnasieskolor att bedriva mellan 20–80 procent av undervisningen på distans för de flesta eleverna. Den 2 april 2022 togs rekommendationen att bedriva undervisning på distans bort.

Det finns ingen samlad information om i vilken omfattning huvudmän sökte samråd med smittskyddsläkarna inför att eventuellt besluta om att hålla skolor stängda. Enligt uppgifter till utredningen som avser Stockholms län fattades i det länet knappt 300 sådana beslut efter samråd. Smittskyddsläkarföreningens uppfattning är att det periodvis innebar mycket arbete för de regionala smittskydden att stödja och samråda med skolorna och deras huvudmän.[51]

[49] Förordning (2020:957) om ändring i förordningen (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta. Se också regeringens förordningsmotiv Fm 2020:10.
[50] Förordning (2021:10) om ändring i förordningen (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta.
[51] För en närmare beskrivning av omfattningen av fjärr- och distansundervisningen och dess konsekvenser, se Skolverkets rapport Covid-19-pandemins konsekvenser för skolväsendet. I den rapporten finns också en utförligare beskrivning av Folkhälsomyndighetens råd och rekommendationer på skolområdet under pandemin.

Omfattningen av fjärr- och distansundervisningen

Under hösten 2021 genomförde Statistiska Centralbyrån (SCB) på uppdrag av regeringen en undersökning riktad till rektorer på samtliga högstadier och gymnasieskolor för att inhämta information om mängden fjärr- och distansundervisning under pandemin. Av rapporten framgår att de flesta elever på gymnasieskolans nationella program, oavsett studieår, hade undervisning på distans i någon omfattning under vårterminen 2020 till vårterminen 2021. Andelen var lägre bland elever på introduktionsprogram eftersom de fick undantas från undervisning på distans. De gymnasieelever som hade undervisning på distans hade i genomsnitt (median) undervisning på distans tolv veckor omräknat till heltid under vårterminen 2020, tre veckor under höstterminen 2020 och sju veckor under vårterminen 2021. Elever på yrkes- och introduktionsprogram hade kortare tid med undervisning på distans och elever på högskoleförberedande program hade längre tid.

Vad gäller grundskolans högstadium framgår av rapporten att endast en liten andel av eleverna hade undervisning på distans vårterminen 2020, men att andelen ökade höstterminen 2020. Under 2021 hade de flesta elever undervisning på distans i någon omfattning. Skillnaderna mellan årskurserna i grundskolan var små.

De högstadieelever som hade undervisning på distans hade i genomsnitt (median) tre veckor omräknat till heltid under vårterminen 2020, en vecka under höstterminen 2020 och fem veckor under vårterminen 2021. Elever i årskurs 9 prioriterades i viss mån för närundervisning.[52] I SCB:s undersökning ingick inte årskurserna under högstadiet.

Lagen om tillfälliga undantag för att underlätta genomförandet av bolags- och föreningsstämmor

Genom en lag som trädde i kraft den 15 april 2020 underlättades för bolag och föreningar att genomföra stämmor på ett sätt som minskade risken för spridning av covid-19. Lagen (2020:198) om tillfälliga undantag för att underlätta genomförandet av bolags- och föreningsstämmor innehöll tillfälliga undantag från vissa bestäm-

[52] SCB, Statistiska centralbyrån. Fjärr- och distansundervisning i grund- och gymnasieskolan under coronapandemin. Temarapport 2022:4.

melser om deltagande i bolagsstämmor, föreningsstämmor och sparbanksstämmor i aktiebolagslagen (2005:551), lagen (2018:672) om ekonomiska föreningar, bostadsrättslagen (1991:614), lagen (2002:93) om kooperativ hyresrätt, lagen (1973:1150) om förvaltning av samfälligheter, sparbankslagen (1987:619), och lagen (1995:1570) om medlemsbanker.[53] Ytterligare undantag infördes i lagen i maj 2020, bl.a. för att möjliggöra genomförande av bolags- respektive föreningsstämmor helt utan fysiskt deltagande.[54] Lagen förlängdes vid ett tillfälle och upphörde att gälla den 31 december 2021.[55]

Föreskrifter om studentfirande m.m.

Den 15 maj 2020 beslutade Transportstyrelsen, efter en begäran från Folkhälsomyndigheten, att tillfälligt ändra sina föreskrifter så att korteger med studentfirande och transporter på så kallade studentflak inte var möjliga att genomföra. Bemyndigandena finns i trafikförordningen (1998:1276) och fordonsförordningen (2009:211). Ändringen innebar att ett undantag som annars gäller inte längre fick tillämpas. Föreskrifterna gällde ursprungligen till och med den 31 december 2020. Giltighetstiden förlängdes i slutet av 2020 till att gälla till och med den 30 juni 2021.[56]

Rekommendationer och allmänna råd

Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna

Ansvariga aktörer inom smittskyddet, främst Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare, lämnade under pandemin rekommendationer gällande åtgärder för att begränsa smittspridningen. Dessa rekommendationer riktades till enskilda, inklusive riskgrupper för covid-19, men också till företag, skolor, myndigheter, idrottsföreningar etc. En sådan rekommendation var uppmaningen till

[53] Prop. 2019/20:143, bet. 2019/20:CU26, rskr. 2019/20:205.
[54] Prop. 2019/20:163, bet. 2019/20:CU29, rskr. 2019/20:265.
[55] Prop. 2020/21:41, bet. 2020/21:CU5, rskr. 2020/21:98.
[56] Transportstyrelsens föreskrifter (TSFS 2020:28) om tillfälligt förbud mot tillämpning av undantag i samband med skolavslutning, karnevalståg eller motsvarande och ändringsföreskriften TSFS 2020:89.

enskilda att om möjligt arbeta hemifrån och uppmaningen till arbetsgivare att underlätta sådant arbete.

Folkhälsomyndigheten beslutade också föreskrifter och allmänna råd om att statliga myndigheter, företag, kommuner, kommunala verksamheter, regioner, föreningar och religiösa samfund utifrån rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkare skulle säkerställa att de vidtog lämpliga åtgärder för att undvika smittspridning av covid-19. Myndigheten beslutade även om allmänna råd till bestämmelserna i 2 kap. 1 och 2 §§ SmL om var och ens ansvar att medverka till att förhindra smittspridning av smittsamma sjukdomar och vidta åtgärder för att skydda andra från smittrisk. Föreskrifterna och de allmänna råden ändrades vid flera tillfällen.[57]

Regeringens uppmaning att stänga offentligt driven verksamhet

Den 18 december 2020 presenterade regeringen och Folkhälsomyndigheten en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen som hade tagit fart under hösten. Bland åtgärderna fanns en uppmaning till regioner och kommuner att hålla all icke-nödvändig verksamhet som allmänheten hade tillträde till stängd fram till och med den 24 januari 2021. Det kunde t.ex. vara fråga om badhus, bibliotek, länsmuseer och öppna förskolor. Regeringen förlängde senare uppmaningen till och med den 21 mars 2021.

9.4.2 Andra föreskrifter och beslut för att begränsa smittspridning

I detta avsnitt redogörs för ett urval av föreskrifter och beslut som syftade till att begränsa effekterna av pandemin på andra sätt än genom att begränsa folksamlingar.

[57] Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m., Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2020:69) till 2 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168) om covid-19 och Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:104) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.

Besöksförbud i äldreomsorgen

Enligt 16 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453) får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser äldre personer. Bemyndigandet utnyttjades för att förbjuda besök i särskilda boendeformer för äldre genom förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19 och förordningen (2020:979) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.

I den förstnämnda förordningen, som trädde i kraft den 1 april 2020, följde besöksförbudet direkt av förordningen. Socialstyrelsen beslutade allmänna råd som bl.a. innehöll rekommendationer till verksamhetsansvariga vid boendena som stöd vid bedömningar av om det fanns särskilda omständigheter för att medge undantag från förbudet.[58]

I den andra förordningen bemyndigades Folkhälsomyndigheten att föreskriva om förbud. Sådana föreskrifter fick avse hela landet, ett län eller delar av ett län. Folkhälsomyndigheten beslutade i december 2020 föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:78) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19. I bilaga till föreskrifterna angavs för vilka kommuner och för vilken tid förbudet gällde. Det sist gällande besöksförbudet löpte ut den 31 maj 2022.[59]

Begränsningar av och villkor för inresor

Transportstyrelsen beslutade den 2 mars 2020 att med stöd av 7 kap. 8 § andra stycket luftfartsförordningen (2010:770) tillfälligt återkalla trafiktillståndet för flygbolaget Iran Air, vilket innebar att direktflygningar mellan Teheran och Sverige (flygplatserna Landvetter och Arlanda) stoppades. Bakgrunden var att Folkhälsomyn-

[58] Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2020:17) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19, och Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2020:41) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.
[59] En mer detaljerad beskrivning av föreskrifterna om besöksförbud och de allmänna råd och rekommendationer som i övrigt gällde inom äldreomsorgen finns i SOU 2023:56 s. 128–134.

digheten samma dag inkommit med en begäran, där bedömningen gjordes att ett stopp för direktflygen var en nödvändig åtgärd för att minska riskerna för en spridning av covid-19 i det svenska samhället. Den bedömningen och de omständigheter som myndigheten redovisat innebar enligt Transportstyrelsen att det förelåg särskilda skäl att tillfälligt återkalla trafiktillståndet.

Enligt 30 § lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, förkortad IHR-lagen, får regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddela de ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda som behövs för att hindra att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder. Med stöd av bemyndigandet beslutade regeringen i mars 2020 förordningen (2020:127) om tillfälligt inreseförbud till Sverige. Enligt huvudregeln skulle en utlänning som reser till Sverige från en annan stat än en EES-stat eller Schweiz nekas inresa och avvisas. En rad undantag från huvudregeln föreskrevs. I december 2020, i samband med att den så kallade beta-varianten av SARS-CoV-2 börjat spridas, beslutade regeringen förordningen (2020:1258) om tillfälligt inreseförbud vid resor från Danmark eller Förenade kungariket till Sverige. Den förordningen gällde i stället för den först beslutade för inresande från Danmark eller Förenade kungariket (Storbritannien och Nordirland). Huvudregeln var även i den förordningen att inresande utlänningar skulle nekas inresa och avvisas. Flera undantag gjordes.

De två förordningarna justerades vid ett flertal tillfällen, bl.a. för att möjliggöra undantag från huvudregeln för den som kunde uppvisa intyg över negativa test för covid-19, intyg över genomgången infektion och sedermera intyg över vaccination. Folkhälsomyndigheten bemyndigades att föreskriva om vilka kriterier som skulle vara uppfyllda för att vissa intyg som kunde läggas till grund för undantag skulle godtas. Förordningarna upphävdes att gälla under våren 2022.

I samband med att Kina i december 2022 lättade på de strikta covid-19-restriktioner som dittills gällt föreskrev regeringen om tillfälliga inreserestriktioner för inresande därifrån, genom förordning (2023:2) om tillfälliga inreserestriktioner vid resor från Kina till Sverige. Folkhälsomyndigheten bemyndigades att på motsvarande sätt som tidigare föreskriva om kriterier för att ett intyg skulle kunna läggas till grund för undantag från förbudet.

9.5 Erfarenheter av regelverket om smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin

I detta avsnitt redogörs för ett bearbetat urval av berörda aktörers förslag och önskemål gällande en eventuell framtida reglering av trängsel och folksamlingar (avsnitt 9.5.1). Till grund för synpunkterna ligger samverkansmöten, en enkät (se bilaga 3 för en förteckning över respondenter) och skriftliga inlagor till utredningen. Vi redogör också för synpunkter på den reglering som gällde under pandemin från de myndigheter som ansvarade för föreskrifter, tillsyn och tillsynsvägledning (avsnitt 9.5.2). I avsnitt 9.5.3 redogörs för ett urval av de domstolsavgöranden som rör den tillfälliga regleringen som gällde under pandemin.

9.5.1 Berörda verksamhetsutövare och andra aktörer

I utredningens samverkan med olika aktörer uttrycks ett betydande stöd för att så långt som möjligt hålla de verksamheter som kan komma att omfattas av en framtida lagstiftning öppna i händelse av en pandemi. Skälen till detta varierar något beroende på respondent. Det anförs dels ekonomiska skäl, t.ex. att öppethållande främjar företag, sysselsättning, tillväxt, och minskar behovet av ekonomiska stödåtgärder. Det anförs också folkhälsoskäl, t.ex. att fysiskt och psykiskt välmående i befolkningen gynnas av att möjlighet att kunna fortsätta gå till jobb eller studier, utöva idrott eller ta del av kultur även om det behöver ske på ett anpassat sätt. Farhågor uttrycks för att nedstängningar kan ge social oro och ökad brottslighet. En ytterligare synpunkt är att stängning av vissa verksamheter kan göra att fler människor söker sig till verksamheter som håller öppet.

Förslag och önskemål för en framtida reglering kan sammanfattas enligt följande.

– Rättvisa. Reglerna bör var anpassade efter varje verksamhet och rättvist mellan sektorer. Begränsningar bör utgå från i vilka miljöer det finns störst risk för smittspridning. Verksamhet som bedrivs på ett ur smittskyddshänseende säkert sätt ska kunna fortsätta.

– Proportionalitet. Begränsningarna bör vara proportionerliga i förhållande till ändamålet, och upphöra att gälla så snart behovet inte längre finns.

– Förutsebarhet. Det bör så långt som möjligt vara känt på förhand vad som ska gälla i händelse av att regleringen behöver tillämpas. Det bör ges så god framförhållning som möjligt vid införande och lättnader. Detta betonas särskilt av de aktörer som har en lång planeringshorisont eller är personalintensiva.

– Flera faktorer bör kunna beaktas när restriktioner beslutas, t.ex. inomhus- respektive utomhusverksamhet, storleken på tillgängliga ytor samt om uppdelning av ytorna kan ske. En ytterligare faktor som det uttrycks önskemål om att kunna beakta är den tid under vilken en viss aktivitet pågår. Det bör kunna beaktas om en verksamhet genom justeringar kan pågå under längre tid och därmed minska risken för flaskhalsar. En liknande synpunkt är att ett högsta tillåtet antal besökare bör fastställas utifrån lokalens beskaffenhet ungefär som vid tillämpningen av brandskyddsregler.

– Restriktioner bör löpande utvärderas och omprövas enligt givna kriterier. Ett förslag är en ”trafikljusmodell” där nivån av allvarlighet i smittspridningen kopplas till en viss reglering. Även en större harmonisering av det samlade regelverket önskas.

– Restriktioner behöver ha stöd i vetenskap. Exempelvis bör det finnas stöd för att ett visst avstånd eller en viss beläggningsgrad minskar smittspridningen. Likartade argument är att det bör finnas bevis på att smittspridning i en viss miljö förekommer för att det i den miljön ska få införas reglering, eller att det på förhand motiveras vilket resultat som förväntas av regleringen.

– Den som berörs bör involveras i en dialog på förhand och därigenom bidra till utformningen av reglerna. Det framförs dels att samverkan bör syfta till att reglerna blir mer ändamålsenliga, dels att branschen eller verksamhetsutövaren själv kan få vidta åtgärder som tar bättre hänsyn till deras specifika villkor. Det pekas på de åtgärder och anpassningar som verksamheter själva införde under pandemin, utan krav i författning.

– Det är angeläget med en så liten administrativ börda som möjligt kopplat, särskilt för mindre verksamheter med små resurser.

9.5.2 Centrala myndigheter, kommuner och länsstyrelser

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

Ansvar för tillsyn

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar kan kräva tillstånd eller anmälan enligt ordningslagen. Ansökan om tillstånd eller anmälan görs till Polismyndigheten (2 kap. 6 § ordningslagen). Polismyndigheten har under vissa förutsättningar rätt att ställa in, upplösa och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar (2 kap. 4–5 §§ och 22–25 §§ ordningslagen). Genom 21 § covid-19-lagen fick Polismyndigheten befogenheter som motsvarade vad som annars gäller enligt 2 kap. 22 och 24 §§ ordningslagen och 13 b och 24 §§ polislagen. Även länsstyrelserna utövade tillsyn över allmänna sammankomster och offentliga tillställningar enligt covid-19-lagen, se senare i detta avsnitt.

Polismyndighetens erfarenheter

Polismyndighetens prövning av en ansökan om tillstånd syftar till att skapa förutsättningar för god allmän ordning och säkerhet. Deltagarbegränsningarna som infördes i mars 2020 gjorde att antalet ansökningar om tillstånd för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar kraftigt minskade under 2020 och 2021 jämfört med tidigare år. Under 2020 inkom 12 285 och under 2021 14 997 ärenden av denna typ. Det kan jämföras med 21 768 ärenden under 2019 och 22 772 ärenden 2018.[60]

Vad gäller tillsynen framgår det av en tillsynsrapport bl.a. att det funnits tolkningssvårigheter kring vad som faktiskt utgör ett upplösande av en allmän sammankomst. Det har funnits olika syn på om en allmän sammankomst har upplösts när ett beslut om upplösande har fattats, när polis handgripligen skiljer deltagare åt, eller om det är någonstans däremellan. Det framgår också att Polismyn-

[60] Polismyndighetens årsredovisning 2021, s. 121 och Polismyndighetens årsredovisning 2020, s. 99.

digheten i vissa fall fattat beslut om upplösande och kommunicerat detta till arrangörer och deltagare, men med beaktande av taktiska och operativa hänsyn därefter valt att inte fysiskt effektuera beslutet. Att upplösa en allmän sammankomst beskrivs av en polisregion som en ”jättegrej”. En av de intervjuade i rapporten hade fattat 16 beslut om upplösande av allmänna sammankomster och beskrev det som ”helt oerhört i ett 100-årsperspektiv”. Många situationer som kunde ha påkallat ett beslut om upplösande hanterades i stället genom dialog med arrangörer och deltagare. Det framförs även i rapporten att avvägningarna ibland har varit svåra mellan vad som utgör en allmän sammankomst och en folksamling.[61] Polismyndigheten beskriver att allmänheten visat stor följsamhet till restriktionerna och haft en förståelse för begränsningarna av grundläggande fri- och rättigheter.[62]

På platsen för en allmän sammankomst behövde Polismyndigheten, för att kunna bedöma om deltagarbegränsningen var inom det tillåtna, göra en uppskattning om var gränserna för den allmänna sammankomsten eller den offentliga tillställningen gick och vilka som var att anse som deltagare och inte. En ytterligare fråga som myndigheten hade att ta ställning till vid tillsynen var om antalet deltagare skulle beräknas vid varje tillfälle eller totalt.

Serveringslagen

Ansvar för tillsyn och tillsynsvägledning

Den kommunala nämnd som ansvarar för miljö- och hälsoskyddsområdet var tillsynsansvarig enligt serveringslagen. Kommunen fick besluta de förelägganden och förbud som behövdes för tillsynen och för att föreskrifterna skulle följas. Länsstyrelsen skulle ge respektive läns kommuner stöd, råd och vägledning. Länsstyrelsen i Stockholms län fick genom förordning i uppdrag att samordna länsstyrelsernas arbete. Polismyndigheten skulle på kommunens begäran lämna viss hjälp vid tillsynen.

Folkhälsomyndigheten ansvarade för nationell tillsynsvägledning, och länsstyrelsen ansvarade för tillsynsvägledningen i länet, enligt

[61] Polismyndigheten. Polismyndighetens hantering av allmänna sammankomster – tillämpningen av de bestämmelser som rör tillstånd till allmänna sammankomster, med särskilt fokus på begränsningarna under pandemin. 2022. Tillsynsrapport 2022:2, s. 18–20.
[62] Polismyndigheten, 2022.

förordningen (2020:527) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.

För serveringslagen saknas det på nationell nivå en samlad rapport som motsvarar den som Länsstyrelsen i Dalarna tagit fram avseende tillsynen enligt covid-19-lagen (se senare i detta avsnitt). Det finns heller ingen samlad nationell statistik över tillsynen. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har lämnat ett yttrande kring kommunernas erfarenheter av tillsynen enligt serveringslagen till Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) som denna utredning har tagit del av. Vi har också samverkat med och inhämtat underlag från ett antal kommuner.

SKR om kommunernas erfarenhet

SKR menar bl.a. att det faktum att ansvaret för tillsynen lades på en specifik nämnd, nämnden med ansvar för miljö och hälsoskyddsfrågor, minskade kommunens möjligheter till självstyre men ökade möjligheten att snabbt kunna arbeta med regelverket. SKR menar också att tillsynsbesök oftare än för andra tillsynsområden resulterade i anmärkningar. Verksamhetsutövarna kunde ha svårt att få sina gäster att följa reglerna, och gästerna kunde t.ex. flytta bord. Kommunerna fick in många upplysningar om trängsel från allmänheten. Tillsynsmyndigheten gjorde trängselkontroller på olika tider, kvällar och helger för att få så stor effekt som möjligt. Kommunikation med serveringsställena var viktig liksom att informera allmänheten om tillsynsuppdraget och vad allmänheten kunde göra för att minska smittspridning när de besökte serveringsställen.

Att det saknades möjlighet till polishandräckning för att beslut skulle följas saknades i lagstiftningen upplevdes som en brist. Flera storstadskommuner utvecklade efter hand ett nära samarbete med Polismyndigheten och gjorde gemensamma planeringar för att inte utsätta tillsynspersonalen för risker. Flertalet av berörda verksamheter ville enligt SKR följa reglerna, men tolkade dem på mest fördelaktigt sättet. Ett fåtal verksamheter visade litet intresse av att följa reglerna och rättade sig inte heller förrän det blev fråga om att utdöma vite. När det saknades en definition av vad som var ett sällskap kunde väldigt stora sällskap förekomma.

Bland de mer svårhanterade frågorna enligt SKR fanns:

– Vad som gällde i fråga om barriärer, t.ex. plexiglas i relation till krav på avstånd.
– Reglerna för så kallade festvåningar, där det länge var oklart hur de skulle skiljas från serveringsställen och vilken myndighet som hade tillsynsansvar.
– Reglerna för musik och annan underhållning på serveringsställen, bl.a. det s.k. trubadurundantaget (se avsnitt 9.4.1).
– Reglerna för arenor med serveringsställen där relativt omfattande publik kunde tillåtas beroende på hur avgränsningarna mellan de olika verksamheterna tolkades.
– Reglerna för serveringsställen inne på handelsplatser, när regler om att sällskap bara fick bestå av en person gällde där.[63]

Underlag från kommuner

Länsstyrelsen i Stockholm hade i uppdrag att samordna övriga länsstyrelsers arbete med att ge kommunerna stöd, råd och vägledning. I en uppföljningsrapport som länsstyrelsen tagit fram redovisas en enkät som ställdes till 23 av 26 kommuner i Stockholms län. Av enkäten framgår bl.a. att en majoritet av de svarande tyckte att kommunernas tillsynsuppdrag var tydligt. Även här nämns gränsdragningsproblem mellan serveringslagen och covid-19-lagen. En kommun kommenterade att det var tydligt att ambitionsnivån gällande tillsynen skiljde sig åt mellan kommuner. Gällande vilka delar som upplevts som svåra att utöva tillsyn över nämns bl.a. bestämmelsen om max en person per sällskap på serveringsställen på vissa handelsplatser. Det var svårt att förklara varför man kunde vara fyra personer per sällskap på vissa restauranger medan andra endast kunde ha en person per sällskap då de delade entré med en galleria eller butik. Kommunerna uppgav att det skapade irritation och i vissa fall till och med hot. Även avståndskravet och svårigheterna med att definiera vad som är trängsel nämns som svåra att tillsyna. En återkommande synpunkt, från Länsstyrelsen i Stockholm liksom från de 23 kommunerna, handlar om samverkan och behovet av att få reda på planerade regelförändringar med viss framförhållning.

[63] Föreskrifter (2021:22) om ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:37) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.

Utredningen har inhämtat synpunkter gällande tillsynen enligt serveringslagen från ytterligare ett antal kommuner än de som ingick i Länsstyrelsens rapport. Erfarenheterna liknar de som framkommer i Länsstyrelsen i Stockholms rapport. En återkommande synpunkt är att de allra flesta verksamhetsutövare och personer ur allmänheten ville följa det som gällde. Det var ett fåtal som stack ut genom att inte anpassa sig. Tydlighet och mätbarhet i regelverket efterlyses för att det ska finnas möjlighet att bedriva tillsyn. Några kommuner vittnar om att det blev diskussioner t.ex. om mellan vilka punkter som det minst stipulerade avståndet skulle mätas. Det anförs vidare att det är viktigt att reglerna konkretiseras och blir begripliga för verksamhetsutövarna. Det uppges ha varit en stor utmaning att översätta informationsmaterial med mera till flera olika språk, i synnerhet när reglerna ändrades med kort varsel. Tolkar kunde bli en flaskhals vid översättning och vid tillsyn. Eftersom verksamhetsutövarna hade begränsade möjligheter att fysiskt ingripa och avlägsna personer var det viktigt att även gästerna förstod verksamhetsutövarnas ansvar. Det förekom också att det var svårt att hitta kvalificerad personal till tillsynen, särskilt då man bedömt att det krävdes en viss kompetens, t.ex. erfarenhet av livsmedelstillsyn. Lokalkännedom och upparbetade kontakter med verksamheterna sedan tidigare beskrivs som framgångsfaktorer. För kommuner med stort inflöde av turister säsongsvis kunde tillsynen bli svår att planera. Även andra toppar kunde ses, t.ex. vid skollov och större evenemang. Paradoxala effekter kunde uppstå. Reglerna om bordsservering på serveringsställen krävde för vissa verksamheter mer personal samtidigt som kundunderlaget kraftigt vek. Även arbetsmiljörisker för tillsynspersonalen anges som en svårighet.

Covid-19-lagen

Ansvar för tillsyn och tillsynsvägledning

Tillsynsmyndigheter enligt covid-19-lagen var landets 21 länsstyrelser. Tillsynen omfattade föreskrifter som meddelats med stöd av lagen och möjlighet fanns att besluta de förelägganden som behövdes för tillsynen och för att föreskrifterna skulle följas. Länsstyrelserna fick också möjlighet att besluta om lagens så kallade särskilda begränsningar i enskilda fall. Vid behov skulle samråd med smittskyddsläka-

ren ske. Polismyndigheten skulle på begäran lämna länsstyrelsen viss hjälp i tillsynen. Polismyndigheten fick vidare ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hölls i strid med en föreskrift eller ett beslut som meddelats med stöd av lagen.

Genom begränsningsförordningen fick Länsstyrelsen i Dalarnas län i uppdrag att samordna länsstyrelsernas tillsynsarbete. Folkhälsomyndigheten skulle enligt samma förordning ge nationell tillsynsvägledning.

Länsstyrelsernas erfarenheter

Länsstyrelsen i Dalarna har utvärderat den nationella samordningen och de 21 länsstyrelsernas tillsynsarbete i en rapport där bl.a. följande framgår.[64]

Begränsningsförordningen och anslutande föreskrifter förändrades ett flertal gånger, vilket bl.a. ändrade vilka tillsynsobjekt som omfattades. Det krävdes ett stort löpande arbete med att tolka vilka verksamheter som omfattades.

Arbetssättet med en nationell samordning var nytt men beskrivs som mycket framgångsrikt. Modellen anses ha bidragit stort till länsstyrelsernas förmåga att genomföra uppdraget.

Smittläget gjorde att restriktionerna ändrades med kort varsel, t.ex. med avseende på vilka verksamheter som omfattades och vilka åtgärder som verksamheterna behövde vidta. I flera fall fanns tolkningar och material inte på plats innan presskonferenser, i vissa fall inte heller innan ikraftträdande.

Fördröjningar i bedömningar och vägledning orsakade problem. När tillsynsvägledningen från Folkhälsomyndigheten blev mer utförlig var den ett användbart och bra stöd.

Vägledande för urvalet av objekt att vidta tillsynsåtgärder mot var begreppen risk och väsentlighet. Länsstyrelserna förväntades bedöma vilka objekt som utgjorde störst risk för smittspridning. En överblick och prioritetsordning skapades med hjälp av information från upparbetade nätverk, dialog med det regionala smittskyddet, tips och

[64] Länsstyrelsen i Dalarnas län. En enad insats mot smittan – länsstyrelsernas pandemitillsyn enligt den tillfälliga covid-19-lagen. 2022. Rapport 2022:13.

egna observationer. Myndigheternas tillsynserfarenhet från andra områden sägs i många fall ha varit viktig.

Tillsynen utgick i stor utsträckning från information och rådgivning. Valet av en strategi baserad på samarbete och förståelse för restriktionerna beskrivs som mycket framgångsrikt. Tillsynsbesöken präglades för det mesta av gott samarbete. De flesta följde länsstyrelsernas uppmaningar i de fall det förekom brister. Ett problem för flera verksamhetsutövare var att få besökare att följa åtgärderna och att anpassa utifrån regler som förändrades.

Distanstillsyn användes av flertalet länsstyrelser och upplevdes som ett viktigt komplement, särskilt i län med stora avstånd.

Informationsblad och checklistor på svenska och i olika översättningar var mycket användbart material. Verksamhetsutövare med låga kunskaper i svenska krävde ofta extra insatser. Översättningar av informationsmaterial var ett omfattande arbete som krävde mycket koordination eftersom det underliggande informationsmaterialet ändrades i samband med regelförändringar. I flera fall var översättare uppbokade av andra myndigheter.

Totalt vidtog länsstyrelserna 61 822 tillsynsåtgärder varav 30 388 tillsynsbesök från att regelverket började gälla den 10 januari 2021 till den 9 februari 2022, då samtliga restriktioner upphörde. Totalt rapporterades 14 616 brister. Länsstyrelserna beslutade om 57 förelägganden och 34 förelägganden med vite. Antalet förelägganden i förhållande till rapporterade brister var få, vilket enligt rapporten visar på en hög efterlevnad. I de fall brister förekom resulterade tillsynen i att bristerna i hög utsträckning åtgärdades. Behovet av att besluta om förelägganden var lågt.[65]

Kommunala vistelseförbud

Utredningen har varit i kontakt med de kommuner som beslutade om vistelseförbud enligt covid-19-lagen under våren 2021. Erfarenheterna är till övervägande del positiva. De platser och tider som kom i fråga för att omfattas av vistelseförbud var sådana där det annars samlades mycket folk, t.ex. parkeringsplatser i anslutning till köpcentra kvälls- och nattetid eller parker där det brukade förekomma

[65] Länsstyrelserna Dalarna har inga samlade uppgifter om i vilken omfattning bistånd av Polismyndigheten användes vid tillsynen och inte heller någon information om hur många av de 91 föreläggandena som överklagades.

stora valborgsfiranden. En kommun uppger att förbudet mot att samlas på en parkeringsplats nattetid fick märkbart positiva följdeffekter genom att stök i andra delar av kommunen minskade.

Förordningen om tillfälligt förbud mot servering av alkohol

En kommun som Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier samverkat med beskriver inskränkningen av alkoholförsäljning som mycket effektivt ur ett tillsynsperspektiv, då man hos gästerna sett en stark koppling mellan alkoholintag och bristande följsamhet till gällande regler. Likartade erfarenheter har Länsstyrelsen i Dalarna framfört utifrån sitt samordnande uppdrag av länsstyrelsernas tillsyn enligt covid-19-lagen och uppdraget att ge kommunerna råd och stöd i tillsynen enligt serveringslagen. Andra kommuner har uppfattningen att alkoholförbudet enbart fick till följd att besökarna drack mer under den tid serveringsstället var öppet eller fortsatte att dricka hemma.

Det uppstod olika tolkningar av relationen mellan förordningen och bestämmelsen i 8 kap. 19 § alkohollagen, som anger att serveringsstället ska vara utrymt senast 30 minuter efter serveringstidens utgång. Till 8 kap. 19 § alkohollagen beslutade Folkhälsomyndigheten allmänna råd i vilka det angavs att efter det att serveringsstället är utrymt på gäster bör det hållas stängt minst en timme innan det öppnas för servering av mat, lättdryck och folköl.[66] En kommun som utredningen samverkat med kom i stället till slutsatsen att bestämmelsen i 8 kap. 19 § alkohollagen inte blev tillämplig. Folkhälsomyndighetens tolkning ledde enligt kommunen till en svårbegriplig konkurrensnackdel för aktörer som kvalificerat sig för serveringstillstånd. Även SKR menar att förordningen gav upphov till flera utmaningar och frågeställningar. SKR noterar också att tillsynen över alkohollagen normalt inte sköts av samma nämnd som hade uppdrag enligt serveringslagen.

[66] Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2020:7) om servering av mat, lättdryck och folköl efter serveringstidens utgång.

Folkhälsomyndighetens erfarenheter

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och har i smittskyddsförordningen ett flertal bemyndiganden att meddela föreskrifter. Myndigheten har uppgifter på hälsohotsområdet som bl.a. innefattar bemyndiganden att meddela föreskrifter till IHR-lagen. Myndigheten har vidare ansvar för tillsyn och tillsynsvägledning enligt vad som anges i alkohollagen och lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter.

Myndigheten fick under pandemin i uppdrag att meddela föreskrifter och ansvara för tillsynsvägledning enligt serveringslagen och covid-19-lagen. Myndigheten skulle också yttra sig i samband med att kommuner avsåg att föreskriva om vistelseförbud enligt covid-19-lagen.

Myndigheten hade innan pandemin ingen erfarenhet av att reglera t.ex. allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar, handelsplatser eller idrottstävlingar. Det ofta skyndsamma behovet av reglering innebar att myndigheten ofta ersatte ordinarie remissförfarande med muntliga samråd med berörda aktörer. Tillsynsvägledningen publicerades på myndighetens webbplats och uppdaterades i takt med att justeringar i regelverket gjordes eller efter efterfrågan på tolkningshjälp från tillsynsmyndigheterna. Myndigheten behövde förstärka bemanningen bl.a. för att hantera arbetet med föreskrifter, tillsynsvägledning och olika regeringsuppdrag som handlade om regleringen av trängsel och folksamlingar.

Myndigheten vittnar på samma sätt som länsstyrelserna och kommunerna om ett mycket omfattande informationsbehov och behov av att snabbt nå ut med information på olika språk. Detta var särskilt svårt när snabba förändringar i regelverket gjordes med kort framförhållning.

9.5.3 Rättslig prövning

Förbudsförordningen

Tillämpningen av ordningslagen och förbudsförordningen prövades rättsligt i ett antal fall. Här redogörs för ett urval av dem.

Kammarrätten i Göteborg fann att Polismyndigheten hade haft rätt att avslå en ansökan med stöd av 2 kap. 10 § ordningslagen, med

hänvisning till att sökanden genom de åtgärder som redovisats inte visat att den planerade allmänna sammankomsten skulle kunna hållas inom den då gällande deltagargränsen på 50 personer. I målet framgick bl.a. att en manifestation skulle hållas på ett torg i centrala Halmstad, att arrangören hade annonserat på sociala medier och att det vid tidpunkten hade förekommit andra liknande manifestationer runt om i Sverige där antalet deltagare varit mycket stort och där begränsningen om 50 deltagare inte kunnat upprätthållas av sökanden.[67]

I Kammarrätten i Göteborg prövades ett mål där Polismyndigheten återkallat ett danstillstånd sedan arrangören inte följt förbudsförordningens deltagarbegränsning för offentliga tillställningar, vilken införts efter det att tillståndet givits. Polismyndigheten hade dock ingen befogenhet enligt ordningslagen att återkalla ett tillstånd. Frågan var i stället om bestämmelsen om ändring på grund av trängande säkerhetsskäl i 37 § förvaltningslagen (2017:900) kunde användas för att återkalla tillståndet. Enligt 4 § förvaltningslagen gäller att om en annan lag eller en förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från förvaltningslagen, ska den bestämmelsen tillämpas. Domstolen fann att ordningslagen på ett fullständigt sätt reglerar Polismyndighetens befogenheter att ingripa mot pågående och kommande offentliga tillställningar. Eftersom ordningslagen innehåller bestämmelser som avviker från 37 § förvaltningslagen kan förvaltningslagen enligt 4 § inte tillämpas. Polismyndigheten ansågs därför ha saknat befogenhet att återkalla tillståndet, överklagandet bifölls och underinstansernas avgöranden upphävdes.[68] Polismyndigheten överklagade inte domen.

Kammarrätten i Jönköping bedömde att en filmfestival, där bildskärmen stod på en kaj och besökarna satt i båtar ute på vattnet, utgjorde en tillståndspliktig allmän sammankomst. Av domen framgår också att förbudsförordningens tillämplighet inte begränsas till tillståndspliktiga allmänna sammankomster, utan även gäller allmänna sammankomster som inte är tillståndspliktiga.[69]

Kammarrätten i Göteborg prövade ett mål där en nöjespark hade ansökt om tillstånd för att arrangera 36 olika offentliga tillställningar

[67] Kammarrätten i Göteborgs dom den 10 juli 2020 i mål nr 4136-20.
[68] Kammarrätten i Göteborgs dom den 30 augusti 2021 i mål nr 6595-20. Se också JO 2000/01, s. 87, dnr 4439-1997, där Justitieombudsmannen ansåg, med hänsyn till det skydd för mötes- och demonstrationsfriheterna som ges i regeringsformen, att ordningslagen på ett uttömmande sätt fick anses reglera myndigheternas befogenheter att av hänsyn till ordning och säkerhet ingripa mot en pågående eller nära förestående sammankomst.
[69] Kammarrätten i Jönköpings dom den 23 oktober 2020 i mål nr 2824-20.

i form av tivolianordningar inom parken, men Polismyndigheten beviljat enbart ett tillstånd. Kammarrätten fann att de 36 tivolianordningar som erbjöds inom parken skulle anses utgöra ett tivolinöje vid en och samma offentliga tillställning. Kammarrätten fann också, i likhet med Polismyndigheten i det överklagade beslutet, att föreställningarna på en scen inom området inte skulle betraktas som en allmän sammankomst i sig. Föreställningarna fick i stället anses ingå som en del i den offentliga tillställningen.[70] Nöjesparken överklagade men Högsta förvaltningsdomstolen meddelade inte prövningstillstånd.[71]

Förvaltningsrätten i Malmö prövade frågan om nio teaterföreställningar inom en temapark skulle betraktas som en sammanhållen allmän sammankomst eller nio olika. Polismyndigheten hade bedömt att det var fråga om en sammanhållen sammankomst och villkorade därför tillståndet för teaterföreställningar under sommaren 2020 med att det totala deltagarantalet (publik) vid teaterföreställningarna fick uppgå till maximalt 50 personer samtidigt. Förvaltningsrätten gjorde bedömningen att det inte var fråga om en sammankomst utan flera olika. Villkoret i Polismyndighetens beslut ändrades.[72] Polismyndigheten överklagade till kammarrätten men återkallade senare överklagandet.[73]

Förvaltningsrätten i Stockholm prövade ett mål där Polismyndigheten nekat tillstånd till en gudstjänst för maximalt 30 deltagare med hänvisning till den deltagargräns om åtta som gällde vid tidpunkten. Den som ansökt om tillståndet invände bl.a. att hans rättigheter enligt regeringsformen och Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) kränkts. Förvaltningsrätten bedömde att Polismyndigheten, utifrån den lagstiftning som gällde vid dess beslut, hade haft skäl för att avslå ansökan om anordnande av gudstjänster. Avslag var enligt förvaltningsrätten en begränsning av sökandens mötesfrihet enligt regeringsformen och Europakonventionen samt hans religionsfrihet enligt Europakonventionen. Förvaltningsrätten fann dock att denna begränsning inte utgjorde en kränkning

[70] Kammarrätten i Göteborgs dom den 22 december 2021 i mål nr 3526-21.
[71] Högsta förvaltningsdomstolen beslut den 29 november 2022 i mål nr 419-22.
[72] Förvaltningsrätten i Malmös dom den 20 november 2020 i mål nr 9364-20.
[73] Beslut den 23 december 2020 i mål nr 7462-20.

av regeringsformen eller Europakonventionen.[74] Domen överklagades men kammarrätten meddelade inte prövningstillstånd.[75]

Förvaltningsrätten i Stockholm prövade ett mål som aktualiserade frågan om hur deltagarantalet vid en allmän sammankomst skulle beräknas. Anordnaren av en demonstration i Stockholm hade i sin tillståndsansökan uppgett att det skulle röra sig om en manifestation för 20 till 40 deltagare. Polismyndigheten uppskattade att deltagarantalet vid en tidpunkt uppgick till ungefär 70 personer och uppmanade till att minska deltagarantalet. Trots fortsatt dialog minskade inte deltagarantalet mer än till 60 och Polismyndigheten beslutade då att upplösa den allmänna sammankomsten. Förvaltningsrätten ansåg i likhet med Polismyndigheten att även personer som är åskådare till en allmän sammankomst kunde betraktas som deltagare vid tillämpningen av ordningslagen och förbudsförordningen. Hur stor risken för smittspridning mellan deltagarna varit hade ingen betydelse för förvaltningsrättens bedömning.[76] Domen överklagades men kammarrätten meddelade inte prövningstillstånd.[77]

Bibliotekslagen

Som nämnts i avsnitt 9.4.1 uppmanade inför julen 2020 regeringen och Folkhälsomyndigheten landets kommuner och regioner att stänga all verksamhet som inte var helt nödvändig att bedriva till och med den 24 januari 2021 för att minska spridningen av covid-19. Det gällde bl.a. bibliotek, badhus och länsmuseer. Uppmaningen gjordes före det att covid-19-lagen, som innehöll bemyndiganden att föreskriva om smittskyddsåtgärder bl.a. för bibliotek, trätt i kraft.

Kultur- och fritidsnämnden i Karlstads kommun beslutade med anledning av uppmaningen att tillfälligt stänga biblioteken i kommunen. Beslutet innebar att allmänheten inte gavs tillträde till bibliotekens lokaler men att det under stängningstiden fortsatt fanns tillgång till dator och utskrifter på kommunens kontaktcenter och på närbiblioteken i kommunen via bokning. Det gavs även möjlighet att låna och lämna tillbaka böcker enligt vissa rutiner. En kommunmedlem överklagade och menade att kommunens beslut var olagligt

[74] Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 30 mars 2021 i mål nr 4501-21.
[75] Kammarrätten i Stockholms beslut den 4 oktober 2021 i mål nr 2622-21.
[76] Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 8 april 2021 i mål nr 26287-20.
[77] Kammarrätten i Stockholms beslut den 27 augusti 2021 i mål nr 3482-21.

enligt kommunallagen (2017:725) med hänvisning till vissa bestämmelser i biblioteksla gen (2013:801), bl.a. 6 § som anger att folkbiblioteken i kommunen ska vara tillgängliga för alla. Förvaltningsrätten fann att kommunens beslut inte var olagligt och avslog överklagandet.[78] Domen överklagades men överinstanserna meddelade inte prövningstillstånd.[79]

Epidemiavbrottsförsäkring

Ett mål gällande tolkning av villkor i en epidemiavbrottsförsäkring i relation till föreskrifter som gällde under pandemin prövades i Högsta domstolen (HD).

Ett företag som drev nattklubbar hade yrkat att ett försäkringsbolag, hos vilket nattklubbsföretaget hade en försäkring som omfattade en så kallad epidemiavbrottsförsäkring, skulle utge försäkringsersättning för inträffad skada bestående av avbrott i den försäkrade verksamheten på grund av Folkhälsomyndighetens föreskrifter HSLF-FS 2020:9 som avsåg restauranger och caféer m.m. och HSLF-FS 2020:37 som avsåg serveringsställen (se också avsnitt 9.4.1).

Nattklubbsföretaget hade stängt sin verksamhet den 25 mars 2020. Nattklubbsföretaget gjorde gällande att uttrycket ”myndighets ingripande” i försäkringsvillkoren omfattade även sådana generella föreskrifter som Folkhälsomyndigheten hade utfärdat. Försäkringsföretaget menade däremot att uttrycket endast avsåg myndighetsbeslut som är riktade direkt mot en försäkringstagare.

Såväl tingsrätten som hovrätten bedömde att uttrycket inte omfattade generella föreskrifter och ogillade talan.

HD anförde att villkorens ordalydelse rent språkligt inte kunde anses utesluta att villkoret var tillämpligt även då avbrottet följde av generella myndighetsföreskrifter. Villkorens utformning i övrigt stödde dock enligt domstolen i hög grad försäkringsbolagets tolkning. Att försäkringen gällde vid ingripanden på försäkringsstället talade för att försäkringen inte omfattade generella föreskrifter utan

[78] Förvaltningsrätten i Karlstads dom den 22 februari 2021 i mål nr 7619-20. För ett liknande ärende avseende Sölvesborgs kommun, se Förvaltningsrätten i Växjös dom den 28 juni 2021 i mål nr 3948-20, vilken inte överklagades.
[79] Kammarrätten i Göteborgs beslut den 19 april 2021 i mål nr 1620-21 och Högsta förvaltningsdomstolens beslut den 8 november 2021 i mål nr 2763-21.

åtgärder som riktas direkt mot den försäkrade verksamheten. Det villkor som angav att försäkringstagaren vid ersättningskrav genom en handling, utfärdad av vederbörlig myndighet, skulle styrka den tid som rörelsen enligt myndighetens beslut inte kunnat drivas talade också för den tolkningen. Detsamma gällde det förhållandet att föreskrifter meddelade i lag eller förordning eller av myndighet ska anses intagna i avbrottsförsäkringen. HD kom därmed till samma slutsats som underinstanserna och slog fast att ”myndighets ingripande” i epidemiavbrottsförsäkringen skulle tolkas så att det inte omfattar generella föreskrifter av det slag som Folkhälsomyndigheten utfärdat.[80]

9.6 Det finns behov av en ny reglering

Bedömning: Det finns behov av en reglering som möjliggör andra smittskyddsåtgärder än vad som är möjligt med stöd av nuvarande lagstiftning.

Regleringen bör utgå ifrån den reglering som fanns i lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen och lagen om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

Det finns behov av en reglering som möjliggör andra smittskyddsåtgärder än i dag

I utredningens direktiv anges att covid-19-pandemin har aktualiserat behovet av flexibla, träffsäkra och ändamålsenliga bestämmelser för att vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar möjliggöra begränsningar av folksamlingar i syfte att minska risken för trängsel och därmed risken för smittspridning.

Av genomgången i avsnitt 9.4.1 framgår att covid-19-pandemin i ett inledande skede i huvudsak hanterades enligt befintlig lagstiftning, men sedermera gav upphov till ny lagstiftning. De åtgärder som möjliggjordes enligt serveringslagen och covid-19-lagen handlade främst om reglering av platser dit allmänheten hade tillträde. Ansvarig för att vidta åtgärder var t.ex. anordnaren av en allmän sammankomst

[80] Högsta domstolens dom den 11 juli 2023 i mål nr T 3101-22.

eller offentlig tillställning eller den som drev ett serveringsställe eller en handelsplats. Regleringen kopplades till tillsyn och möjlighet till sanktioner. Bemyndigandena i ordningslagen och alkohollagen fanns redan innan pandemin och är sedan dess oförändrade. Däremot var både serveringslagen och covid-19-lagen tidsbegränsade. Det innebär att om ett likartat regleringsbehov som fanns för covid-19 uppstår igen för covid-19 eller för något annat smittämne, behöver lagstiftning tas fram på nytt.

I kapitel 5 har vi redogjort för våra bedömningar avseende kunskapsläget gällande icke-medicinska åtgärders effekt på spridning av infektionssjukdomar som sprids via luften, framför allt sådana som orsakas av influensavirus och SARS-CoV-2. Vi gör i det kapitlet bedömningen att det finns solida vetenskapliga bevis för att kombinationer av icke-medicinska åtgärder påtagligt kan minska smittspridning av influensavirus och SARS-CoV-2. Det finns dock metodologiska utmaningar med att vetenskapligt klarlägga och kvantifiera effekten av enskilda icke-medicinska smittskyddsåtgärder. Avsaknad av vetenskapliga bevis för att en åtgärd har effekt ska därför inte tolkas som att det är visat att åtgärden är verkningslös. Utredningen anser mot bakgrund av vad som framgår om kunskapsläget i kapitel 5 att avsaknad av vetenskapliga bevis för en viss åtgärds effekt på smittspridningen inte bör hindra att en reglering införs som möjliggör åtgärden. Särskilt inledningsvis kan kunskapen om smittämnet vara ofullständig. Vidare bör även kunskap om smittämnen med likartade egenskaper som det aktuella smittämnet kunna läggas till grund för bedömningen av om en viss åtgärd bör vidtas. Det följer av kapitel 5 att de viktigaste faktorerna avseende smittrisk för de smittämnen som sprids via luften och som vi bedömer kan bli pandemiska torde vara avstånd, tidsutdräkt för exponering och huruvida aktiviteten pågår utomhus eller inomhus.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det finns ett behov av en ny reglering som under vissa förutsättningar möjliggör ytterligare begränsningar av smittskyddsskäl än vad som är möjligt enligt nuvarande lagstiftning. Regleringen bör vara av undantagskaraktär.

Det är utredningens uppfattning att smittskyddsåtgärder som riktar sig till enskilda individer även i fortsättningen i första hand ska regleras i smittskyddslagen. Behovet av att justera smittskyddslagens bestämmelser om sådana smittskyddsåtgärder för att bättre

anpassa dem till en pandemi eller annan omfattande smittspridning omhändertas på andra platser i detta betänkande.

Serveringslagen och covid-19-lagen omfattade åtgärder vid specificerade verksamheter, sammankomster och tillställningar

Serveringslagen och covid-19-lagen innehöll bestämmelser om att den som drev en verksamhet som omfattades av lagen skulle vidta lämpliga åtgärder för att förhindra smittspridning, så långt som möjligt driva verksamheten på ett sådant sätt att trängsel undveks och att människor kunde hålla avstånd från varandra. Lagarna innehöll också bemyndiganden genom vilka riksdagen delegerade till regeringen att meddela särskilda begränsningar för att förhindra smittspridning i verksamheterna och på vissa platser. Regeringen fick i sin tur delegera föreskriftsrätten till en myndighet, med undantag för rätten att meddela föreskrifter om förbud. Lagarna innehöll också ytterligare bestämmelser om bl.a. allmänna utgångspunkter för föreskrifterna och om tillsyn och befogenheter.

Bemyndigandena i covid-19-lagen innehöll uppräkningar av de verksamheter och platser för vilka begränsningar kunde föreskrivas. I de flesta fall var det fråga om verksamheter där det normalt fanns någon fysisk eller juridisk person som kunde betraktas som ansvarig och som sanktioner och tillsynsåtgärder kunde riktas mot. Undantaget var de begränsningar som kunde införas avseende sällskapsstorlekar och vistelseförbud på vissa platser dit allmänheten hade tillträde (12 och 13 §§ covid-19-lagen i dess ursprungliga lydelse).

Utgångspunkten för vad som reglerades var det som beskrevs som de särskilda risker för spridning av covid-19 som uppkom när många människor samlades under lång tid på en begränsad yta. Den gemensamma nämnaren för de miljöer som reglerades var att det där förekom sådana risker, även om detta i förarbetena uttrycktes på något olika sätt avseende de olika miljöerna. Det redovisas i förarbetena inga epidemiologiska data som grund för regleringen av respektive miljö eller verksamhet. Det anges heller ingen inbördes viktning av vilken miljö, om någon, som ansågs som mest riskfylld. I propositionen till covid-19-lagen anges några generella utgångspunkter, bl.a. att smittspridning av covid-19 uppstår när människor kommer i fysisk kontakt med varandra, att verksamheter som äger rum inomhus typiskt sett är mer riskfyllda än verksamheter utom-

hus och att det har betydelse under hur lång tid som människor uppehåller sig i närheten av varandra.[81] I covid-19-lagen angavs att föreskrifterna och besluten enligt lagen bör utformas med beaktande av risken för smittspridning i olika typer av verksamheter och förutsättningarna för att i dessa verksamheter vidta åtgärder för att förhindra smittspridning (6 § tredje stycket).

Utredningen har övervägt en annan utformning av lagstiftningen

Utredningen har övervägt om den nya regleringen kan utformas som exempelvis ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter avseende all slags platser dit allmänheten har tillträde. Begreppet platser dit allmänheten har tillträde finns i annan lagstiftning, vilket skulle kunna underlätta tillämpningen. Att inte genom en uttömmande uppräkning ange vilka miljöer som omfattas skulle även kunna medföra en bättre beredskap för ett samhälle som kan se annorlunda ut än dagens, med riskmiljöer som inte finns i dag. Detta skulle vara värdefullt eftersom det kan gå många år innan behovet av att utnyttja regleringen aktualiseras. En sådan lösning skulle också, i någon mån, kunna innebära att den kommande tillämpningen av regleringen bättre skulle kunna anpassas till det aktuella smittämnets egenskaper och riskmiljöer. En sådan lösning skulle dock ha nackdelen att den skulle brista i förutsebarhet.

Våren 2020 föreslog regeringen ett tillfälligt bemyndigande i smittskyddslagen. Med stöd av bemyndigandet fick regeringen meddela särskilda föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller skyldigheter för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden, om det av smittskyddsskäl behövdes för att hantera spridning av det virus som orsakar covid-19.[82] Lagrådet invände mot utformningen av förslaget och ifrågasatte om det fanns tillräckliga skäl för ett så allmänt hållet och brett utformat bemyndigande. Även med beaktande av att grundlagarna sätter de yttersta gränserna för de åtgärder som kan vidtas, och att föreskrifter som har meddelats skulle underställas riksdagen, innebar förslaget enligt Lagrådet att regeringen

[81] Prop. 2020/21:79 s. 18 och 19.
[82] Lagrådsremiss. Ett tillfälligt bemyndigande i smittskyddslagen med anledning av det virus som orsakar covid-19.

tilldelades maktbefogenheter gentemot enskilda som framstod som synnerligen ingripande.[83] Regeringen justerade därefter förslaget så att det i bemyndigandet angavs en uppräkning av vilka åtgärder som föreskrifterna fick avse.[84]

Utredningen tar fasta på de synpunkter Lagrådet framförde i det lagstiftningsärendet. Den lösning som väljs bör därför innefatta att de miljöer och verksamheter som omfattas anges genom en uppräkning, tillsammans med angivande av vilka slags åtgärder som ska få vidtas.

En återkommande synpunkt i utredningens samverkan med berörda aktörer och myndigheter avser gränsdragningssvårigheter mellan olika slags verksamheter eller platser som omfattades av föreskrifter med stöd av serveringslagen eller covid-19-lagen. Detta gällde särskilt med avseende på allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som inte sällan kunde äga rum på platser eller i verksamheter som även träffades av andra regler. Utredningen har därför övervägt om lagen vi har att föreslå kan struktureras på ett i grunden annorlunda sätt. En möjlighet vore att utgå från platsen där en viss verksamhet bedrivs eller en sammankomst eller tillställning äger rum, så att en viss plats omfattas av samma regler oavsett vad som äger rum där. Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar skulle då behöva regleras för sig enbart om de ägde rum på en plats som inte redan var reglerad på annat sätt. Det skulle kunna ge ett större mått av förutsebarhet för den som bedriver en verksamhet på en viss plats. Lösningen har dock den nackdelen att vid all reglering av platser där allmänna sammankomster skulle kunna komma att hållas skulle allmänna sammankomsters särskilda ställning på förhand behöva beaktas. En sådan reglering skulle inte heller i tillräcklig utsträckning kunna ta i beaktande att olika verksamheter som äger rum på samma plats kan ha olika karaktär med avseende på risk för smittspridning.

[83] Lagrådets yttrande över lagrådsremissen Ett tillfälligt bemyndigande i smittskyddslagen med anledning av det virus som orsakar covid-19.
[84] Prop. 2019/20:155.

Lagstiftningen bör ta avstamp i covid-19-lagens och serveringslagens utformning men med vissa justerade utgångspunkter

Det som gällde för covid-19 är i flera avseenden generaliserbart för sådana sjukdomar som vi i kapitel 4 har bedömt utgör de främsta pandemihoten. De verksamheter och miljöer som omfattades av serveringslagen och covid-19-lagen omfattade i allt väsentligt de miljöer där människor kan träffas som normalt inte träffas i t.ex. arbetslivet eller i hemmet. Utredningen anser att även den grundläggande strukturen i serveringslagen och covid-19-lagen bör återspeglas i den beredskapsreglering som vi har att föreslå.

Den nya regleringen bör alltså utgå från serveringslagen och covid-19-lagen vad gäller vilka miljöer som regleras och regleringens struktur. Vissa justeringar i utgångspunkterna för lagstiftningen anser utredningen dock är påkallade.

Företeelser som ryms inom samma begrepp kan vara sinsemellan olika utifrån risken för smittspridning. Detta gäller inte minst allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. En ny reglering bör på ett tydligare sätt än den tillfälliga lagstiftningen under pandemin beakta detta. Bland annat bör möjligheten att meddela föreskrifter om smittskyddsåtgärder vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar delas upp.

Även förenklingar och enhetlighet bör eftersträvas. Serveringsställen bör enligt utredningens mening därför inte regleras i en egen lag. Tillsynsansvaret bör heller inte vara uppdelat. Covid-19-lagens bemyndigande till regeringen att föreskriva om förbud mot att samlas i ett sällskap av en viss storlek på platser dit allmänheten har tillträde bör inte införas i den nya regleringen. En folksamling på platser dit allmänheten har tillträde kan utgöra en allmän sammankomst och omfattas då av regelverket för sådana sammankomster.

Smittskyddsåtgärder som syftar till att minska kontakter människor emellan kan påverka möjligheten att utöva grundläggande fri- och rättigheter, inte minst i fråga om demonstration- och mötesfriheten. Detta bör få ett större genomslag i utformningen i lagstiftningen än vad som var fallet i den tillfälliga lagstiftningen under pandemin.

I det följande lämnar vi utifrån dessa utgångspunkter våra närmare förslag på utformningen av lagstiftningen.

9.7 Det bör införas en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Förslag: Det införs en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Med samhällsinriktade smittskyddsåtgärder avses åtgärder som vidtas i samhället för att minska förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att en samhällsfarlig sjukdom sprids mellan människor.

Syftet med lagen är att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom och att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder.

En upplysningsbestämmelse som anger att det i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärder mot omfattande spridning av en samhällsfarlig sjukdom tas in i smittskyddslagen.

En ny lag kan stärka beredskapen

I avsnitt 9.6 har vi gjort bedömningen att det finns behov av en reglering som möjliggör andra smittskyddsåtgärder än nuvarande lagstiftning, och att en sådan reglering bör inspireras av serveringslagen och covid-19-lagen.

Utredningen bedömer att regleringen bör tas in i en särskild lag. Vid denna bedömning har utredningen beaktat att regleringen inte bör tas in i ordningslagen, eftersom den lagens huvudsakliga syfte är att upprätthålla allmän ordning och säkerhet och inte att motverka spridning av smittsamma sjukdomar. En tänkbar lösning är att föra in regleringen i smittskyddslagen, på liknande sätt som gjordes med de tillfälliga bemyndigandena under covid-19-pandemins inledning.[85] Den nya regleringen kommer dock att skilja sig från smittskyddslagen i flera avseenden. Smittskyddslagen är huvudsakligen individinriktad och gäller ett stort antal smittsamma sjukdomar. Åtgärderna i en reglering som avser att t.ex. motverka trängsel kan vidare behöva riktas till bl.a. olika verksamhetsutövare och närings-

[85] Prop. 2019/20:155, bet. 2019/20:SoU20, rskr. 2019/20:214.

idkare som redan omfattas av sektorsspecifik lagstiftning. Att ta in regleringen i sådan sektorslagstiftning skulle dock riskera att göra smittskyddslagstiftningen svåröverblickbar. Regleringen kan vidare innebära betydande ingrepp i grundläggande fri- och rättigheter och även i övrigt få stor betydelse för privatpersoner, civilsamhälle, företag och offentligt driva institutioner och behöver kringgärdas av särskilda rättssäkerhetsgarantier. Det är vidare utredningens uppfattning att genom en särskild lag kan det tydliggöras att det är fråga om en reglering av beredskapskaraktär som enbart ska få tillämpas i undantagsfall.

En ny lag bör komplettera smittskyddslagen

Smittskyddslagen är den reglering som i första hand ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. En lag som möjliggör ytterligare smittskyddsåtgärder bör därför utgöra ett komplement till de smittskyddsåtgärder som finns i smittskyddslagen. Smittskyddslagens åtgärder tar främst sikte på att individer med misstänkt eller bekräftad smitta inte ska smitta andra. En kompletterande lag kan lämpligen ha ett syfte som på ett mer övergripande plan avser minskad risk för smittspridning. Sådana åtgärder kan också vara viktiga för att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning, men det kan inte förväntas att sådana åtgärder ensamt kan hantera eller utsläcka ett utbrott av en mycket smittsam sjukdom.

I smittskyddslagen bör det tas in en upplysningsbestämmelse som anger att det i den föreslagna lagen finns ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärder mot omfattande spridning av en samhällsfarlig sjukdom. I avsnitt 7.4 har vi föreslagit att smittskyddslagens definition av samhällsfarliga sjukdomar utvidgas på så sätt att definitionen även inkluderar att sjukdomen kan kräva åtgärder enligt lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Lagen bör begränsas till att omfatta samhällsfarliga sjukdomar

Den nya lagen bör vara en beredskapslagstiftning som tar sikte på pandemier eller andra liknande situationer med omfattande smittspridning. Detta är händelser som inträffar oregelbundet och vars

konsekvenser till sin natur är svåra att förutse. Lagen bör som redan nämnts inte användas annat än i undantagssituationer.

I smittskyddslagens systematik är samhällsfarliga sjukdomar de allvarligaste ur ett samhällsperspektiv. Som vi redogjort för i kapitel 7 har vi övervägt om den nya lagen ska vara frikopplad från smittskyddslagens definitioner av sjukdomar. Utifrån vår bedömning att det sannolikt är ett luftvägsvirus, såsom exempelvis nytt influensavirus eller coronavirus, eller ett annat smittämne med liknande smittväg som riskerar att orsaka en sådan omfattande smittspridning att det krävs sådana samhällsinriktade åtgärder som föreslås i den nya lagen, är det dock vår bedömning att förutsättningarna för att klassificera sjukdomen som samhällsfarlig då kommer att vara uppfyllda. Det är därför en naturlig avgränsning att lagen enbart bör gälla för sjukdomar som är samhällsfarliga enligt bilaga 2 i smittskyddslagen och sjukdomar som regeringen med stöd av snabbförfarandet i 9 kap. 2 § samma lag har förordnat att bestämmelserna om samhällsfarlig sjukdom ska tillämpas på. De sjukdomarna är per definition sådana att de kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner.

Vi återkommer i avsnitt 9.8 till frågan om vad vilka övriga förutsättningar som ska vara uppfyllda för att lagen ska få börja tillämpas.

Åtgärderna bör benämnas samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Begreppet smittskyddsåtgärder

Vid införandet av smittskyddslagen var avsikten att lagen skulle få en klarare inriktning på att förhindra att smitta sprids från person till person och på åtgärder som riktar sig till människor. De smittskyddsåtgärder som riktas mot objekt och djur skulle i sin helhet regleras i andra lagar.[86] Denna uppdelning kommer till uttryck i 1 kap. 2 § SmL, där det anges att det i smittskyddslagen ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. Det ges också en upplysning om att bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedels-

[86] Prop. 2003/04:30 s. 145.

lagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658).

Begreppet smittskyddsåtgärder finns därutöver på flera ställen i smittskyddslagen, t.ex. 1 kap. 4 och 8 §§, 3 kap. 8–11 §§ och i rubriken till 4 kap. I smittskyddslagen används även begreppet åtgärder.

Begreppet smittskyddsåtgärd är inte definierat i smittskyddslagen. I författningskommentaren till 1 kap. 2 § anges att med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom läkarundersökning, behandling, information till allmänheten om smittvägar och dylikt.[87]

I miljöbalken regleras kommunernas ansvar för att vid misstanke om att ett sällskapsdjur som innehas av privatperson eller ett objekt bär på en allvarlig smittsam sjukdom som kan föras över till människor omedelbart vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning (9 kap. 15 § miljöbalken). Kommunen ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor (9 kap. 14 § miljöbalken). I författningskommentaren benämns de åtgärder som det är fråga om som behövliga smittskyddsåtgärder.[88]

Motsvarande ansvarsfördelning som gäller enligt smittskyddslagen respektive miljöbalken finns i IHR-lagen. Kommunen svarar enligt 4 § den lagen för att åtgärder till skydd för människors hälsa vidtas i fråga om transportmedel, bagage och annat gods samt djur. Regionen svarar för att smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor vidtas. Begreppet smittskyddsåtgärder definieras inte heller i den lagen.

I covid-19-lagen användes det överordnade begreppet särskilda begränsningar. Särskilda begränsningar omfattade sådant som fick införas enligt 5–16 §§ den lagen och omfattade såväl föreskrifter och beslut om smittskyddsåtgärder som föreskrifter om olika typer av förbud. I serveringslagen användes i huvudsak begreppet smittskyddsåtgärder. Motsvarande överordnat begrepp som i covid-19-lagen fanns inte. Inte heller i dessa två lagar definierades begreppet smittskyddsåtgärder.

[87] Prop. 2003/04:30 s. 208.
[88] Prop. 2003/04:30 s. 248.

Begreppet samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Utifrån hur begreppet smittskyddsåtgärder används i smittskyddslagen och närliggande lagstiftning finns det enligt utredningens bedömning inget hinder mot att använda begreppet även vad gäller de åtgärder som kan bli aktuella i den nya lagen. Begreppet smittskyddsåtgärder är tvärtom det som bäst beskriver vad som avses. En viktig skillnad mot smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen är att det i detta sammanhang är fråga om att ansvaret för att vidta åtgärder kan åligga andra än enskilda som är smittade, misstänks vara smittade eller kan antas ha varit utsatta för smitta. Åtgärder som t.ex. en verksamhetsutövare kan behöva vidta för att minska smittrisker i den fysiska miljön förutsätter inte att det finns en misstanke om att någon som närvarar där kan vara utsatt för smitta av eller är smittad av den aktuella sjukdomen.

I publika miljöer träffas typiskt sett människor som normalt inte annars träffas. I dessa miljöer finns också verksamheter som, utifrån vad som är känt om de smittämnen som vi bedömer kan orsaka en pandemi, kan vara riskfyllda i detta avseende.

Åtgärder av det slag som vi i avsnitt 9.6 har bedömt att det finns ett behov av är inte reglerade i smittskyddslagen. Det finns enligt utredningens bedömning inte heller något tydligt stöd i nuvarande bemyndiganden i smittskyddslagen för att meddela föreskrifter om sådana åtgärder.

Utredningen anser att det mest lämpliga samlingsbegreppet för att beskriva de åtgärder som ska få vidtas enligt den nya lagen är samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Det begreppet kan ställas i kontrast mot begreppet smittskyddsåtgärder som i huvudsak riktar sig till enskilda personer som är eller misstänks vara smittade av en sjukdom och som regleras i smittskyddslagen.

Ovan har vi bedömt att lagen bör avgränsas till att gälla samhällsfarliga sjukdomar.

Med samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör mot bakgrund av det anförda avses åtgärder som vidtas i samhället för att minska förekomsten av sådana kontakter mellan människor som kan innebära risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom. En definition av begreppet bör tas in i lagen.

Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder avser att vara verkningsfulla mot smittämnen som kan spridas mycket snabbt, direkt mellan

människor. Som vi konstaterat i kapitel 4 är det mest sannolikt att det är fråga om smittämnen som kan överföras via luften, troligen ett luftvägsvirus, som kan komma att orsaka sådan omfattande smittspridning som vi har att föreslå en beredskap för. Det är med den utgångpunkten vi senare i kapitlet föreslår vilken typ av åtgärder som kan bli aktuella. Beroende på smittämnets närmare egenskaper kan behövliga åtgärder skilja sig något åt mellan olika sjukdomar. Exempel på sådana skillnader är på vilket avstånd smitta kan överföras mellan två individer, hur effektivt smittspridning kan bromsas med medicinska motåtgärder som läkemedel eller vaccin, och i vilken mån det förekommer indirekt smittspridning, t.ex. via händer och objekt.

Smittämnen som främst smittar på andra sätt kan däremot inte aktualisera samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Det gäller bl.a. smittämnen som främst smittar genom direkt eller indirekt kroppskontakt, t.ex. smittämnen med i huvudsak sexuell smittväg. Det gäller också smittämnen som överförs zoonotiskt, t.ex. via insektsbett, eller via vatten och födoämnen. För utbrott av sådana sjukdomar är främst andra smittskyddsåtgärder effektiva och sådana utbrott bör således hanteras enligt ordinarie lagstiftning.

Samtliga de samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som kan komma i fråga är icke-medicinska åtgärder i den betydelsen som anges i kapitel 5. Icke-medicinska åtgärder kan dock även vidtas direkt mot enskilda. Till exempel är isolering och karantän, enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) terminologi, icke-medicinska åtgärder. Begreppet samhällsinriktade smittskyddsåtgärder är således delvis överlappande men inte synonymt med begreppet icke-medicinska åtgärder.

Syftet med lagen

Minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning

Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder syftar till att minska förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att en samhällsfarlig sjukdom sprids mellan människor. Förekomsten av sådana kontakter minskar om människor som normalt inte träffas inte kommer samman alls eller träffas på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende. Man kan tala om att kontaktintensiteten i sam-

hället minskar. En följd av färre kontakter där smittspridning kan ske är det som i Sverige under covid-19-pandemin blev känt som att ”plana ut kurvan”, se figur 5.1 i avsnitt 5.1.3.

Om färre personer blir sjuka samtidigt kan liv räddas genom att undanträngningseffekter undviks i hälso- och sjukvården. Vidare kan personalbortfall i samhällsviktig verksamhet hållas på en nivå som gör den hanterbar. Fler människor kan få tillgång till symtomlindrande behandling eller antivirala läkemedel när det finns. Värdefulla tidsvinster kan uppnås som kan användas för att förbereda sjukvården, omsorgen och samhället i övrigt, samt till att vinna ny kunskap om smittämnet och om metoder för att behandla och vaccinera mot sjukdomen. Även om det handlar om utbrott av en sjukdom för vilken det finns beredskap för vaccintillverkning (så som är fallet för influensa) eller godkända läkemedel (t.ex. antiviral behandling av influensa), kan fördröjningar och bristsituationer uppstå. Om färre personer rör sig i samhället blir t.ex. resor som är nödvändiga att göra för att upprätthålla samhällsviktig verksamhet, göra vårdbesök och nödvändiga inköp mindre riskfyllda ur smittskyddssynpunkt.

Avsikten med en sådan författningsberedskap som vi föreslår bör vara att den ska vara relevant även i framtiden. Innebörden av centrala begrepp som ”pandemi” och ”omfattande smittspridning” kan komma att förändras över tid, exempelvis genom att gemensamma definitioner börjar att tillämpas på internationell nivå. Sådana förändringar går inte att förhålla sig till på förhand, men får inte heller förhindra att den föreslagna lagstiftningen används vid behov. I våra direktiv används uttrycken ”pandemier” och ”omfattande spridning av smittsamma sjukdomar”. I direktiven anges att vad som avses är situationer när smittspridningen får allvarliga konsekvenser för människors hälsa eller för samhället. Det är också avsikten med det uttryck vi använder. Utredningen bedömer att ”omfattande smittspridning”, i betydelsen att det är fråga om en hastigt uppkommen samhällsspridning inom ett begränsat geografiskt område eller över hela landet av en smittsam sjukdom som kan överföras mellan människor, är det lämpligaste begreppet att utgå ifrån (se även avsnitt 4.1.5). Tidigare i detta avsnitt har vi vidare bedömt att lagen ska begränsas till att omfatta samhällsfarliga sjukdomar.

Ett syfte med lagen bör mot denna bakgrund kunna uttryckas som att det är att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhälls-

inriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Att syftet är att säkerställa att det allmänna kan vidta behövliga åtgärder, tar sikte på att den reglering som gällde under pandemin behövde justeras och förlängas vid ett flertal tillfällen. I enlighet med vad som anges i direktiven bör lagen därför inte bara vara träffsäker och ändamålsenlig utan också flexibel. Det är därutöver angeläget att lagen framstår som rimlig och begriplig för att öka möjligheterna till en hög följsamhet och förståelse för behovet av den. Lagen bör alltså utformas så att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte bara kan vidtas utan också anpassas till det epidemiologiska läget och till förutsättningarna att begränsa smittspridning i olika verksamheter och över tid.

Skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter

En god författningsberedskap syftar till att undvika att brådskande behöva ta fram ny lagstiftning. Syftet med lagen är som angetts ovan därför att säkerställa att det allmänna på motsvarande sätt som under covid-19-pandemin kan vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för att minska konsekvenserna av en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. Genom att den lagstiftning vi föreslår är beslutad på förhand säkerställs att det allmänna så långt det går att förutse har de möjligheter som behövs.

Den reglering som gällde i vårt land under covid-19-pandemin medförde långtgående begränsningar i grundläggande fri- och rättigheter. Sådana inskränkningar är tillåtna under vissa givna förutsättningar och det kan inte uteslutas att även en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning kan komma att göra långtgående inskränkningar nödvändiga.

De bemyndiganden som vi föreslår i kommande avsnitt kan således även de innebära kraftfulla åtgärder som innebär inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter.

Genom att regelverket beslutas om i förväg är det utredningens uppfattning att det också finns bättre förutsättningar att utforma lagstiftningen på ett sådant sätt att risken för obefogade inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter kan begränsas, än vad som finns när lagstiftning behöver tas fram med kort varsel. Den

författningsberedskap som vi föreslår genom den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder innefattar därför, vid sidan av en rad verktyg för att hantera smittspridningen, genomtänkta rättssäkerhetsgarantier för användningen av dem. Se vidare om författningsberedskap i avsnitt 9.1, om rättssäkerhetsgarantierna i kommande avsnitt och om våra förslags förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen i kapitel 12.

Utredningen anser mot denna bakgrund att syftet bör görs tudelat. Det bör tydliggöras att det är fråga om att hitta en lämplig balans mellan möjligheterna till ingripande för att minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning och skyddet av enskildas grundläggande fri- och rättigheter.

Syftet med lagen bör uttryckas som att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom och att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder. En bestämmelse som anger detta bör tas in i lagen.

9.8 En särskild ordning för lagens tillämpning

9.8.1 Lagens tillämpningsområde

Förslag: Bestämmelserna i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får tillämpas på en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga och som förekommer, eller inom kort kan förekomma, här i landet i en sådan omfattning att det kan krävas sådana åtgärder.

Den samhällsfarliga sjukdomen ska förekomma eller inom kort kunna förekomma i landet i stor omfattning

Vi har i föregående avsnitt bedömt att den nya lagen bör begränsas till samhällsfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen och sjukdomar som regeringen med stöd av snabbförfarandet i 9 kap. 2 § samma lag har förordnat att bestämmelserna om samhällsfarlig sjukdom ska tillämpas på.

Utredningen har övervägt om en konstaterad samhällsspridning av den aktuella sjukdomen ska vara en förutsättning för att lagen ska få tillämpas. Med samhällsspridning avses att det upptäcks fall utan känd epidemiologisk koppling till tidigare kända fall i landet. De sjukdomar som kan bli aktuella att tillämpa lagen på kan dock spridas hastigt och förekomma utan att de upptäcks, t.ex. genom att den som drabbas får milda symtom eller symtom som är lätt förväxlingsbara med t.ex. vanliga förkylningar. Det bör därför inte krävas att fall av sjukdomen har konstaterats i Sverige. Det bör räcka att sjukdomen bedöms att inom kort kunna initiera omfattande smittspridning i landet. Detta torde normalt sammanfalla med att ansvariga myndigheter har bedömt att åtgärderna enligt smittskyddslagen riskerar att inte kunna räcka till för att hantera den ökade smittspridningen. Lagen bör alltså ge utrymme för att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan vidtas i ett tidigt skede av t.ex. en pandemi vid vilken sjukdomen bedöms kunna spridas också till och inom Sverige.

Det finns forskning som talar för att vissa icke-medicinska åtgärder gör störst nytta ett inledande skede av en smittspridning. Att åtgärderna kan ha god effekt inledningsvis innebär dock inte att åtgärderna är verkningslösa efter den inledande introduktionen av smittämnet eller vid en hög smittspridning. Även vid en omfattande smittspridning kan det vara av värde att färre människor umgås på ett sätt som innebär risk för smittspridning. Vid en hög smittspridning är sannolikheten större att en enskild individ som rör sig i samhället är smittad, och hälso- och sjukvårdens resurser kan vara ansträngda. Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder torde också kunna mildra eller fördröja effekten av nya smittvågor som t.ex. kan bero på säsongsvariationer så som kallare väder eller att smittämnet har muterat. Vidare är det känt att det vid en långvarig epidemi eller pandemi finns en risk för att det kan uppstå pandemitrötthet, s.k. pandemic fatigue, bland allmänheten. Om det inträffar kan det i sig motivera relativt sett striktare åtgärder för att motverka effekten av pandemitröttheten. Genomgående vid användningen av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör dock också överväganden göras om hur åtgärderna bäst tillämpas för att undvika att viljan och förmågan hos befolkningen att följa restriktionerna avtar över tid. Med andra ord är det viktigt att åtgärderna inte bara anpassas efter det epidemiologiska läget utan också att de tillämpas på ett sådant sätt att de blir hållbart att följa dem över tid.

Den nya lagen bör därtill avgränsas till att avse situationer där det kan befaras att de befintliga åtgärderna i smittskyddslagen, inklusive de extraordinära smittskyddsåtgärderna, inte ensamt kan hantera situationen. Tillämpning av bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör därför förutsätta att den samhällsfarliga sjukdomen förekommer, eller inom kort bedöms kunna förekomma, i Sverige i en sådan omfattning att åtgärderna i lagen bedöms kunna behövas. Smittspridningen ska således dels bedömas inte kunna hanteras endast med de åtgärder som riktar sig till smittade eller misstänkt smittade och som regleras i smittskyddslagen, dels vara eller förväntas vara sådan att samhällsinriktade åtgärder bedöms kunna ha effekt och behövas för att minska förekomsten av kontakter som kan innebära risk för smittspridning.

Behovet av samhällsinriktade åtgärder beror på sjukdomens karaktär

Det ovan anförda innebär att lagen inte bör få tillämpas vid spridning av sjukdomar som förvisso är klassificerade som samhällsfarliga men där smittvägarna eller omfattningen av spridningen inte befaras bli sådan att det kan krävas samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

En framtida smittspridning som aktualiserar behovet av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan orsakas antingen av ett känt smittämne som får förändrade egenskaper (t.ex. ett nytt spridningssätt eller en ökad spridningsförmåga) eller ett helt nytt smittämne (se kapitel 4). Det går inte att utesluta ett scenario med en omfattande smittspridning där det finns behov av sådan beredskap som vi har i uppdrag att utreda i övrigt, t.ex. storskalig testning och smittspårning och ökad flexibilitet i vissa andra av smittskyddslagens regler, men där samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte bedöms vara verksamma eller proportionerliga.

Huruvida en viss åtgärd för att minska kontakter mellan människor är verksam kommer främst att avgöras av det sätt på vilket smittämnet sprids. Smittämnen som kan kräva samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, vilket i första hand är luftburna smittämnen, kan trots att de delar den egenskapen skilja sig åt på vissa andra sätt. Det kan gälla skillnader i spridningsmönster, t.ex. om spridningen

sker jämnt eller i så kallade kluster, eller i vilken utsträckning det även förekommer indirekt smittspridning, t.ex. via förorenade ytor.

Det ligger med beaktande av denna beskrivning i sakens natur att det inte närmare går att definiera vilka smittämnen det kan bli fråga om. Bedömningen av att sjukdomen uppfyller de ovan beskrivna kriterierna behöver därför göras på grundval av omvärldsbevakning, kunskap om smittämnet eller liknanden smittämnen, epidemiologiska data från omvärlden och, i de fall smittspridning redan förekommer i Sverige, inhemska data. I denna bedömning kan det t.ex. vägas in om WHO bedömt att utbrottet karaktäriseras som en pandemi. En sådan bedömning av WHO bör dock inte ensamt vara avgörande. Det kan inte uteslutas scenarier där Sverige inte riskerar att drabbas av pandemin på något allvarligare sätt, t.ex. på grund av att det redan finns en tillräckligt hög immunitet i befolkningen. Det omvända är också tänkbart, dvs. att spridningen är allvarlig i Sverige eller vårt närområde men ännu inte bedöms så allvarlig på global nivå att WHO ansett det befogat att karaktärisera utbrottet som en pandemi. Det bör alltså i stället vara fråga om en bedömning av att situationen i samhället till följd av spridningen av sjukdomen är eller riskerar bli så ansträngd att den kräver att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kompletterar åtgärderna i smittskyddslagen.

9.8.2 Regeringen bestämmer när lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska aktiveras

Förslag: Regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om att lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder helt eller delvis ska tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss samhällsfarlig sjukdom.

Lagen ska vara beslutad i förväg

Som redogjorts för inledningsvis i det här kapitlet innebär god författningsberedskap att de bestämmelser som behövs för att hantera kriser i så stor utsträckning som möjligt tas fram och beslutas i förväg. Som beredskap för en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom föreslår vi därför en ny

lag med bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Dessa åtgärder kan medföra långtgående inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter och det krävs enligt utredningens mening därför särskilda överväganden om tillämpningen av lagstiftningen.

Att god författningsberedskap förutsätter att lagstiftningen är beslutad i förväg innebär att vår föreslagna lag behöver vara i kraft även när förutsättningarna för att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte är för handen. För en god författningsberedskap är det således inte tillräckligt att lagen utgör en s.k. skrivbordsförfattning, dvs. en lag som i ett kritiskt läge kan beslutas och sättas i kraft av riksdagen. En sådan författning har alltså inte beslutats och kungjorts, och kan enligt utredningens mening inte ge den förutsebarhet som krävs för en ändamålsenlig beredskap.

Utredningen föreslår därför att den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska beslutas av riksdagen och träda i kraft ett bestämt datum. På så sätt får den beredskap vi föreslår i fråga om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder den förutsebarhet som bör eftersträvas vid en god författningsberedskap och bidrar till att åtgärder kan vidtas med den snabbhet som kan krävas. Se kapitel 13 för våra förslag om lagens ikraftträdande.

Regeringen aktiverar bestämmelser i lagen med en föreskrift

Att lagen är i kraft behöver dock inte betyda att den också ska tillämpas. Den föreslagna lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder innebär att verksamheter som omfattas av lagen kraftigt kan begränsas eller helt stängas om det behövs för att motverka smittspridning. Detsamma gäller allmänna sammankomster och offentliga tillställningar (se avsnitt 9.12). Sammantaget innebär bestämmelserna således en mycket kraftfull och långtgående lagstiftning som kan medföra betydande inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter. Möjligheten att tillämpa lagstiftningen bör därför vara utformad på ett sådant sätt det står i proportion till de långtgående följderna som den kan innebära. Lagstiftningen bör därför enligt utredningens bedömning vara utformad på ett sådant sätt att bestämmelserna om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna inte kan tillämpas förrän situationen är sådan att en samhällsfarlig sjukdom förekommer eller inom kort bedöms kunna förekomma i en

sådan omfattning att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan behövas. Samtidigt behöver det finnas en beredskap för att åtgärderna kan behöva vidtas snabbt. Beslutsprocessen får alltså inte fördröja möjligheten att tillämpa bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Som vi redogjort för tidigare kan riksdagen delegera till regeringen att meddela föreskrifter om när delar av en lag ska börja att tillämpas (8 kap. 5 § andra punkten regeringsformen). Den möjligheten kan användas t.ex. om lagen inte ska tillämpas redan vid ikraftträdandet utan först i och med att en viss händelse inträffar.[89] Utredningen föreslår därför att riksdagen ska delegera till regeringen att besluta om när bestämmelserna om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna ska börja att tillämpas. Förslaget innebär att regeringen meddelar en föreskrift, dvs. en slags aktiveringsföreskrift i form av en förordning, om att bestämmelserna ska börja att tillämpas. Ett bemyndigande om detta bör alltså tas in i den föreslagna lagen.

Föreskriften ska gälla en viss sjukdom och föregås av en samlad bedömning

Som vi beskrivit i föregående avsnitt bör behovet av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vila på en samlad bedömning om att en smittsam sjukdom som bedöms som samhällsfarlig har fått eller i närtid kommer att få spridning i Sverige och att sjukdomen har sådana egenskaper att den då kan komma att få en omfattande smittspridning här. För att den föreslagna lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska aktiveras ska det alltså vara fråga om spridning av en viss samhällsfarlig sjukdom. Av regeringens aktiveringsföreskrift ska det således framgå vilken sjukdom som bestämmelserna får tillämpas på.

Sjukdomen ska vidare bedömas inte kunna hanteras endast med frivilliga åtgärder och de åtgärder som regleras i smittskyddslagen. Smittspridningen ska även bedömas vara eller förväntas vara sådan att samhällsinriktade åtgärder kan behövas. Det krävs alltså inte att det konstaterats att smittspridning av sjukdomen förekommer i landet. Bestämmelsen ger i stället utrymme för att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan vidtas i ett tidigt skede av vad som kan ut-

[89] Ds 2014:1 s. 101.

vecklas till en pandemi och där sjukdomen bedöms kunna spridas också till och inom Sverige. En sådan bedömning kan grunda sig på t.ex. Folkhälsomyndighetens eller internationella organisationers omvärldsbevakning och bedömning av epidemiologiska data.

Utredningen vill vidare framhålla att smittskyddsåtgärder alltid ska vara proportionerliga. Vid bedömningen av om lagens bestämmelser ska kunna tillämpas på en viss sjukdom, ska de allmänna principer som bör styra smittskyddet beaktas, dvs. att smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa, att de ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, att de ska vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet, och att när åtgärder som rör verksamheter, sammankomster eller tillställningar som riktar sig till barn ska det som bedöms vara barnets bästa särskilt beaktas. Se vidare om dessa allmänna riktlinjer i avsnitt 9.9.

Förfarandet bör präglas av den snabbhet som situationen kräver

Syftet med författningsberedskapen är att den ska kunna användas i brådskande situationer. Upptäcks ett fall av en samhällsfarlig sjukdom i Sverige eller sker ett utbrott i någon annan del av världen och bedömningen görs att den samhällsfarliga sjukdomen också kan få en omfattande spridning i Sverige, kan situationen vara sådan att regeringen snabbt behöver bereda sig möjlighet att föreskriva om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Detsamma gäller om en allmänfarlig sjukdom utvecklas så att den utgör en större fara än tidigare eller att en hittills okänd sjukdom visar sig utgöra ett tillräckligt allvarligt hot. Utredningens förslag innebär därför att regeringen kan föreskriva att bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan tillämpas på en viss sjukdom som i dag är klassificerad som en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen, men även på en viss sjukdom som regeringen genom snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL har föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen ska tillämpas på. Något hinder att en föreskrift enligt 9 kap. 2 § SmL och en föreskrift som aktiverar bestämmelserna i den föreslagna lagen beslutas samtidigt för sjukdomen finns inte, förutsatt att kraven för att besluta om respektive föreskrifter är uppfyllda.

Som nämns inledningsvis i detta kapitel innehåller grundlagarna bestämmelser som underlättar för regeringen att vidta åtgärder och fatta skyndsamma beslut i svåra situationer. Inför att ett beslut om att aktivera bestämmelserna i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan således beredningsunderlaget anpassas till ärendets brådskande natur, liksom remisstiden och formerna för att hämta in synpunkter och yttranden. Regeringen kan även utnyttja sin möjlighet att hålla regeringssammanträden med kort varsel.

Samtidigt fyller beredningskravet också under sådana förhållanden en viktig funktion. I samband med att riksdagens konstitutionsutskott i sin årliga granskning granskande delar av regeringens hantering av coronapandemin, betonade utskottet vikten av att regeringen även i brådskande ärenden inhämtar de upplysningar och yttranden som behövs. Detta gäller inte minst i beredningen av ärenden vilka kan komma att få stor betydelse för många människor, företag eller föreningar, ärenden som rör grundläggande fri- och rättigheter eller ärenden som kan innebära ett stort ekonomiskt risktagande för staten. Betydande avsteg bör bara förekomma i extraordinära och extremt brådskande situationer. I samband med sin granskning av den del av regeringens hantering av pandemin som rörde införandet av distansundervisning inom skolväsendet, uppmärksammade utskottet även den korta tiden mellan kungörande och ikraftträdande av förordningarna. Utskottet noterade dock samtidigt att den korta tiden hade kompenserats av regeringens publicering av förordningsmotiv och av Utbildningsdepartementets förhållandevis omfattande arbete med informationsspridning i samband med de aktuella regeringsbesluten.[90]

Mot denna bakgrund vill utredningen understryka vikten av att beredningss- och beslutsprocesser endast bör avvika från gängse ordning och rutiner om det verkligen behövs. Varje utbrott av en redan känd eller av en ny samhällsfarlig sjukdom är inte av sådant slag att risken är överhängande att sjukdomen ska få en sådan omfattande smittspridning i Sverige och att det finns skäl att brådskande aktivera de föreslagna bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Det är nödvändigt att det görs en bedömning av hur brådskande ärendet är i varje enskilt fall och att regeringen ser till att vidta åtgärder för att göra så små avsteg som möjligt från normal beredning.

[90] Bet. 2020/21:KU20 s. 9 och 10.

Ett sådant förhållningssätt innebär att en aktivering av bestämmelser i den föreslagna lagen bör föregås av en hemställan från Folkhälsomyndigheten eller en på annat sätt dokumenterad nära dialog mellan myndigheten och Regeringskansliet. En dialog behöver även föras med de av regeringens andra myndigheter som berörs och ett underlag beredas genom ett skriftligt eller muntligt remissförfarande med relevanta aktörer. Avsteg från gängse beredningsrutiner bör kompenseras med t.ex. informationsinsatser om fattade beslut och vidtagna åtgärder.

Regeringens föreskrift kan avse samtliga bestämmelser eller några av dem

Eftersom samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan innebära långtgående inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter och få kännbara följder för såväl allmänheten, näringslivet som för samhället i stort, bör sådana åtgärder inte tillämpas i större omfattning än vad som är nödvändigt. Det är därför viktigt att åtgärder som vidtas för att motverka smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom anpassas till det aktuella smittämnets egenskaper i fråga om t.ex. spridningssätt.

Av det föreslagna bemyndigandet till regeringen bör mot denna bakgrund följa att regeringens aktiveringsföreskrift kan omfatta samtliga bestämmelser om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna eller bara några av dem. Det krävs således att regeringen gör en bedömning av behovet av att tillämpa de specifika åtgärder som lagen ger utrymme för utifrån de omständigheter som råder i fråga om den aktuella sjukdomen. Något hinder att aktivera olika bestämmelser vid olika tidpunkter finns inte. Situationen kan dock också vara sådan att det finns behov av att kunna vidta samtliga samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och att samtliga bestämmelser då behöver kunna tillämpas på en och samma gång. Omständigheterna vid smittspridningen kan också vara sådana att bedömningen är att de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna kommer behöva utökas eller på annat sätt anpassas skyndsamt efter smittspridningens förlopp och att det därför finns ett behov av flexibilitet i tillämpningen av bestämmelserna. Även under sådana förhållanden kan regeringen föreskriva att bestämmelserna ska tillämpas i sin helhet. Något krav

på att regeringen måste tillämpa de bemyndiganden som bestämmelserna innehåller och som aktiverats finns dock inte.

9.8.3 Tillämpningen ska vara tidsbegränsad

Förslag: Regeringens föreskrift om att lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas ska gälla för en viss tid och som längst tolv månader.

Regeringens föreskrift ska gälla för en viss tid

Regeringens aktiveringsföreskrift kan ge regeringen möjlighet att vidta ingripande åtgärder i syfte att hantera en omfattande smittspridning av en viss samhällsfarlig sjukdom i Sverige. En sådan föreskrift bör därför vara tidsbegränsad.

Det går inte att på förhand med säkerhet förutse hur en sådan smittspridning kommer att utveckla sig och hur länge den kommer att pågå. Det går därmed inte heller att med säkerhet bedöma hur länge det behöver finnas möjlighet att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder när väl bestämmelserna aktiverats. Bemyndigandet till regeringen att med en föreskrift ange att bestämmelserna ska tillämpas bör därmed utformas med ett krav på att föreskriften ska gälla för en viss tid, så att giltighetstiden kan bestämmas i samband med att föreskriften meddelas.

Tidsbegränsningen bör utgå från erfarenheterna från covid-19-pandemin

Som vi beskrivit i avsnitt 9.6 utgår våra förslag från serveringslagen och covid-19-lagen. När serveringslagen infördes i juli 2020 gjordes bedömningen att åtgärder för att förhindra smittspridning bör anpassas efter det rådande läget och inte vara mer långtgående än vad som är nödvändigt. Giltighetstiden för lagen begränsades därför inledningsvis till utgången av 2020, dvs. till sex månader.[91] Lagen för-

[91] Prop. 2019/20:172.

längdes vid fyra tillfällen och kom att gälla i sammanlagt ett år och nio månader.

När covid-19-lagen infördes i januari 2021 gällde den inledningsvis till utgången av september 2021, dvs. i cirka nio månader. I den promemoria som föregick lagförslaget föreslogs att lagen skulle gälla i drygt tolv månader. Flera remissinstanser var dock kritiska till den föreslagna giltighetstiden och ville förkorta den. Regeringen bedömde att det under förhållandevis lång tid framöver kunde uppstå behov av att vidta åtgärder för att motverka trängsel eller på annat sätt förhindra spridning av sjukdomen. Mot bakgrund av lagens extraordinära karaktär och med beaktande av remissinstansernas kritiska synpunkter framstod det enligt regeringen dock som mer lämpligt med en kortare giltighetstid.[92] Covid-19-lagen förlängdes vid två tillfällen och kom att gälla i knappt ett år och tre månader.

I april 2021 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att vidareutveckla och konkretisera nivåerna för anpassningen av smittskyddsåtgärder utifrån det nationella epidemiologiska läget för covid-19. I återrapporteringen av uppdraget konstaterade myndigheten att det alltid blir en samlad bedömning av det aktuella läget och det troliga framtida läget som avgör om anpassningar av åtgärderna kan genomföras. Folkhälsomyndigheten framförde att en anpassning av smittskyddsåtgärder utifrån smittläge och belastning på hälso- och sjukvården ”bygger på en avvägning mellan risken med att lätta på åtgärder och nyttan som lättnaderna ger samt de negativa effekter åtgärderna har”.[93]

Den sista gången serveringslagen och covid-19-lagen förlängdes gjordes bedömningen att de skulle gälla till utgången av maj 2022. De upphävdes dock den 1 april 2022. Regeringen bedömde inför beslutet om upphävande att läget var tillräckligt stabilt för att fortsätta avvecklingen av smittskyddsåtgärderna. Anledningen var bl.a. att den virusvariant, omikronvarianten, som då var i omlopp mer sällan gav lika allvarlig sjukdom som tidigare varianter och att de flesta personer som tillhörde riskgrupper hade fått en tredje dos vaccin.[94] Även tidpunkten för lättnader behöver således övervägas noga, också när det är fråga om åtgärder som innebär inskränkningar

[92] Prop. 2020/21:79 s. 80–81.
[93] Folkhälsomyndigheten. Vidareutveckling och konkretisering av nivåerna för den fortsatta anpassningen av smittskyddsåtgärder för covid-19. 2021. Artikelnummer: 21120.
[94] Prop. 2021/22:137 s. 21.

i grundläggande fri- och rättigheter. Även sådana beslut måste grunda sig på en bedömning av det epidemiologiska läget.

Mot denna bakgrund är det utredningens uppfattning att också för en aktiveringsföreskrift av de föreslagna bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör giltighetstiden vara tillräckligt lång för att kunna ge förutsättningar för en effektiv tillämpning som uppnår syftet med en viss åtgärd. Samtidigt är det viktigt att giltighetstiden inte är längre än vad som kan anses nödvändigt. Utredningen anser att en rimlig utgångspunkt är att regeringens aktiveringsföreskrift får gälla i högst tolv månader. Detta bör framgå av bemyndigandet.

Med tanke på erfarenheterna från covid-19-pandemin och de svårigheter som finns att på förhand bedöma behovet av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, bör något hinder inte sättas upp mot att vid behov förlänga giltighetstiden. En sådan förlängning behöver dock föregås av en noggrann bedömning av behovet. Vid en sådan bedömning bör särskilt beaktas möjligheten att enbart låta någon eller några av bestämmelserna vara tillämpliga. Regeringens föreskrift om en förlängning av giltighetstiden ska enligt utredningens förslag hanteras på samma sätt som en föreskrift om att aktivera bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

9.8.4 Regeringens aktiveringsföreskrift ska underställas riksdagen

Förslag: Regeringens föreskrift om att bestämmelserna i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas ska underställas riksdagens prövning inom två veckor från den dag som föreskriften beslutades. Underställs inte föreskriften inom denna tid upphör den att gälla.

En föreskrift som innebär att bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte längre ska tillämpas behöver inte underställas.

En underställningsmekanism bör införas

På motsvarande sätt som i serveringslagen och covid-19-lagen, och även de tillfälliga bemyndigandena i smittskyddslagen som var i kraft under våren 2020, innehåller de föreslagna bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bemyndiganden till regeringen om att föreskriva om sådana åtgärder. Liksom i den tidigare lagstiftningen syftar de till att regeringen – inom grundlagens ramar – ska kunna vidta adekvata åtgärder för att hantera en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Lagstiftningstekniken innebär bl.a. att riksdagen använder den möjlighet som ges i regeringsformen att delegera till regeringen att meddela föreskrifter som begränsar mötes- och demonstrationsfriheten för att motverka en farsot (2 kap. 20 § andra stycket och 24 § första stycket andra meningen regeringsformen). Den kan också innebära skyldigheter för enskilda och ingrepp i enskildas personliga och ekonomiska förhållanden.

Den särskilda ordning som utredningen föreslår för tillämpningen av bestämmelserna innebär vidare att riksdagen delegerar till regeringen att meddela föreskrifter om när bestämmelserna ska börja tillämpas. Ordningen medför att tvingande åtgärder av långtgående slag kan aktiveras på grund av ett beslut av regeringen. Sådana befogenheter måste kringgärdas av skyddsmekanismer och det behöver säkerställas att riksdagen har ett inflytande över tillämpningen.

Utredningen föreslår därför att regeringens aktiveringsföreskrift ska underställas riksdagen för prövning (8 kap. 6 § regeringsformen). Det innebär att regeringen ska lämna över föreskriften till riksdagen genom en proposition och riksdagen ska pröva om den kan godkänna föreskriften eller inte. Om riksdagen vid sin prövning inte godkänner regeringens föreskrift ska den omedelbart upphöra att gälla.

Det är angeläget att riksdagen prövar föreskriften skyndsamt efter det att den har underställts. Med hänvisning till ärendets skyndsamma natur ska regeringen vid överlämnandet därför föreslå att riksdagen beslutar om förkortad motionstid enligt 9 kap. 13 § första stycket riksdagsordningen.

När regeringen underställer föreskriften är det av stor vikt att eventuella problem som kan uppstå vid ett omedelbart upphörande anges i propositionen. Riksdagen kan då beakta detta och om riks-

dagen inte godkänner föreskriften kan riksdagen genom lag meddela de övergångsbestämmelser som behövs.[95]

Det bör även framhållas att riksdagen alltid kan meddela en lag som upphäver eller ersätter en förordning som regeringen har meddelat, oavsett om den har underställts eller inte.

Som framgår nedan i avsnitt 9.13.4 anser utredningen att det inte bör krävas underställning av regeringens föreskrifter genom vilka bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder används. Skälen för detta utvecklar vi i det avsnittet.

Underställningen ska göras inom två veckor

En uttrycklig tidsfrist bör anges i lagen

Nästa fråga är inom vilken tid som regeringen ska underställa sin aktiveringsföreskrift. En underställning ska alltid ske så snart som möjligt, men eftersom en proposition ska tas fram kan det enligt utredningens mening inte krävas att regeringens beslut ska underställas alldeles omedelbart.[96]

I anslutning till de tillfälliga bemyndigandena i smittskyddslagen som gällde under våren 2020 fanns ett krav på att regeringens föreskrifter som meddelades med stöd av de bemyndigandena skulle underställas riksdagens prövning omedelbart (se numera upphävda 9 kap. 6 c § SmL), dvs. inom ett fåtal dagar.[97] De tillfälliga bemyndigandena användes dock aldrig. Hur väl denna tidsfrist kunde följas går därför inte att säga. En föreskrift om att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom ska underställas riksdagens prövning snarast (9 kap. 2 § SmL). I praktiken har detta inneburit att regeringens förordningar om att bestämmelserna i smittskyddslagen om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med ebolavirus, infektion med SARS-CoV-2 respektive infektion med marburgvirus har underställts riksdagen efter cirka två månader.[98] Detta anser utredningen är för lång tid för de föreskrifter som vi nu föreslår. Utredningen anser även att tidsfristen bör anges uttryck-

[95] SOU 2023:75 s. 368 och 369.
[96] Jfr SOU 2023:75 s. 360.
[97] Bet. 2019/20:SoU20 s. 16 och 40.
[98] Prop. 2014/15:38, prop. 2019/20:144 och prop. 2024/25:63.

ligen i lagen med en bestämd tidsfrist, och inte endast ”omedelbart”, ”snarast” eller ”så snart som möjligt”.

I annan beredskapslagstiftning, så som krigshandelslagen (1964:19), förfogandelagen (1978:262), ransoneringslagen (1978:268), prisregleringslagen (1989:978) och lagen (1992:1402) om undanförsel och förstöring finns bestämmelser om att underställning till riksdagen av regeringens föreskrifter ska ske inom en månad från det att föreskriften utfärdas. På motsvarande sätt som utredningen föreslår avser underställningsmekanismen i dessa lagar föreskrifter om att vissa bestämmelser i lagarna ska tillämpas, vilket innebär att en underställning typiskt sett behöver ske vid endast ett tillfälle, vilket kan tala för att samma tidsfrist bör användas i vår föreslagna lagstiftning.

Överväganden som gjordes inför covid-19-lagen

Vid införandet av covid-19-lagen gjordes särskilda överväganden om tidsfristen som skulle gälla vid underställning enligt den lagen för föreskrifter som innebar att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte fick hållas, platser för fritids- eller kulturverksamhet, handelsplatser och serveringsställen skulle hållas stängda, kollektivtrafik och inrikes flygtrafik inte fick bedrivas och förbud skulle införas mot att upplåta lokaler och områden för privata sammankomster eller mot att samlas i sällskap av en viss storlek.

I promemorian som utgjorde beredningsunderlag för covid-19-lagen gjordes bedömningen att tidsfristen behövde ge utrymme för en flexibel och träffsäker reglering, och beroende på utvecklingen av pandemin kunde regeringen komma att behöva meddela ett stort antal föreskrifter vid olika tillfällen. Att i varje enskilt fall omedelbart underställa föreskrifterna genom en proposition skulle kunna ta betydande resurser i anspråk. En konsekvens av det skulle kunna bli att föreskrifterna inte kunde ges en så detaljerad utformning som vore önskvärt. Mot den bakgrunden föreslogs en tidsfrist om en månad.[99]

Med beaktande av remissynpunkter föreslogs i lagrådsremissen som föregick covid-19-lagen i stället att de aktuella föreskrifterna skulle underställas riksdagens prövning senast inom två veckor från

[99] Socialdepartementet. Promemoria Covid-19-lag (S2020/09214). 2020, s. 43.

den dag då föreskriften beslutades. I lagrådsremissen instämde regeringen i promemorians bedömning att en mycket kort tidsfrist för underställning skulle motverka covid-19-lagens syfte. Vidare resonerade regeringen att bemyndigandena i covid-19-lagen var betydligt mer detaljerade och tydligt avgränsade än vad som var fallet i fråga om de tidigare tillfälliga bemyndigandena i smittskyddslagen. Enligt regeringen var det därmed i högre utsträckning förutsebart för såväl riksdagen som allmänheten vilka åtgärder som kunde komma att vidtas med stöd av bemyndigandena. Även detta minskade enligt regeringen behovet av att föreskrifterna omedelbart skulle underställas riksdagen för prövning. Regeringen ansåg därför att det var motiverat med en längre tidsfrist än vad som gällde för de tillfälliga bemyndigandena i smittskyddslagen, men att den skulle vara kortare än en månad. Regeringen bedömde att en tidsfrist om två veckor skulle vara tillräcklig för att värna riksdagens inflytande och samtidigt säkerställa en fullgod beredningsprocess i Regeringskansliet när aktuella föreskrifter om särskilda begränsningar skulle tas fram.[100]

I propositionen beaktade regeringen emellertid Lagrådets synpunkter som innebar att de föreskrifter som skulle underställas riksdagen var av så ingripande natur att underställning borde ske inom högst en vecka från det att föreskriften beslutades.[101]

Tidsfristen bör bestämmas till två veckor

Utredningen anser att det ovan anförda bör beaktas när tidsfristen ska fastställas. Å ena sidan gäller för liknande författningsberedskap som vår en tidsfrist för underställningen om en månad. Å andra sidan innebär de bestämmelser som kan aktiveras av regeringen mycket långtgående befogenheter.

Syftet med den reglering vi föreslår är att det ska finnas en författningsberedskap för en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. Det innebär att den lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår bör vara antagen av riksdagen i förväg. Även om det inte går att förutse hur en ny pandemi eller annan omfattande smittspridning kommer att utveckla sig borgar en sådan beredskap för att det redan i förväg så långt det är möjligt har tyd-

[100] Lagrådsremiss Covid-19-lag, s. 58.
[101] Prop. 2020/21:79 s. 61.

liggjorts under vilka förhållanden som lagstiftningen kommer att tillämpas och vilka samhällsinriktade smittskyddsåtgärder den avser. Det är därför utredningens uppfattning att tidsfristen bör kunna sättas till två veckor från den dag föreskriften beslutas.

Underställs föreskriften inte i tid upphör den att gälla

Föreskrifter gäller tills de uttryckligen upphävs eller annars upphör att gälla. Föreskrifter som saknar stöd i lag respektive förordning kan dock inte tillämpas (jfr 11 kap. 14 § och 12 kap. 10 § regeringsformen). I exempelvis ransoneringslagen finns en bestämmelse som innebär att en föreskrift som inte underställs riksdagen inom föreskriven tid upphör att gälla (3 §). Utredningen anser att en sådan bestämmelse bör tas in också i den föreslagna lagen för att tydliggöra vad som gäller.

Av regeringsformen följer att riksdagen, även innan en föreskrift som regeringen har meddelat underställs riksdagens prövning, är oförhindrad att meddela en lag som upphäver eller ersätter föreskriften (8 kap. 8 §).

En föreskrift om att bestämmelserna inte längre ska tillämpas behöver inte underställas

Om regeringen har meddelat en föreskrift om att aktivera bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan regeringen även komma att meddela föreskrifter som innebär att den helt eller delvis ska upphöra att gälla. Det kan t.ex. vara fråga om att förkorta giltighetstiden för föreskriften eller begränsa den till enstaka bestämmelser. Sådana föreskrifter innebär inte något ingrepp i grundläggande fri- och rättigheter och är inte heller i övrigt betungande för enskilda. Kravet på underställning till riksdagen bör enligt utredningens mening därför inte omfatta sådana föreskrifter. Även detta bör komma till uttryck i lagen.

9.9 Allmänna utgångspunkter som bör gälla för samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Förslag: Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får meddelas endast för att motverka spridning av en viss samhällsfarlig sjukdom.

De får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa.

De ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och på respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

När föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder rör verksamheter, sammankomster och tillställningar som riktar sig till barn ska i det som bedöms vara barnets bästa särskilt beaktas.

Allmänna riktlinjer i smittskyddslagen

I smittskyddslagen finns allmänna riktlinjer för smittskyddet. Riktlinjerna innebär bl.a. att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte får 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 enskildas integritet. När åtgärder rör barn ska det särskilt beaktas vad barnets bästa kräver.

På ett motsvarande sätt anser utredningen att det i den lag vi nu föreslår bör anges allmänna riktlinjer för föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Åtgärder får bara vidtas om den är nödvändig för att motverka den aktuella sjukdomen

Utredningen anser att det bör föras in en bestämmelse som anger att föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får meddelas endast om för att motverka spridning av sjukdomen i fråga. Det innebär att det ska finnas en koppling mellan smittskyddsåtgärden och den eftersträvade effekten på spridningen av den sjukdom som regeringen föreskrivit att bestämmelserna ska tillämpas

på. Om förhållanden som föranlett en särskild åtgärd inte längre är för handen ska den tas bort.

Åtgärder ska vara proportionerliga

Krav på proportionalitet i regeringsformen

Som nämnts tidigare kan föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder komma att innebära inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter. I avsnitt 9.12.6 utvecklar vi detta i fråga om framför allt mötes- och demonstrationsfriheterna och i 9.19 om näringsfriheten och egendomsskyddet. Närmare överväganden om våra förslags förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen redovisar vi i kapitel 12.

Här kan dock nämnas det krav på proportionalitet som ställs upp i 2 kap. 21 § andra meningen regeringsformen när det kommer till rättighetsbegränsande lagstiftning. Kravet innebär att en begränsning inte får gå längre än vad som är nödvändigt för att tillgodose sitt ändamål. En avvägning ska göras mellan hur stort ingreppet i den enskildes rätt är och hur starkt det behov som ska tillgodoses är. Om förhållandet mellan dessa faktorer framstår som rimligt är ingreppet proportionerligt.

Krav på proportionalitet i förvaltningslagen

Även i 5 § tredje stycket förvaltningslagen finns krav på proportionalitet som kan aktualiseras när föreskrifter och beslut meddelas med stöd av den föreslagna lagen. Av bestämmelsen följer att en myndighet får ingripa i ett enskilt intresse endast om åtgärden kan antas leda till det avsedda resultatet. Åtgärden får aldrig vara mer långtgående än vad som behövs och får vidtas endast om det avsedda resultatet står i rimligt förhållande till de olägenheter som kan antas uppstå för den som åtgärden riktas mot.

Krav på proportionalitet i smittskyddslagen och covid-19-lagen

En fråga som uppkom i samband med covid-19-lagens tillkomst var om det var nödvändigt att ta in en särskild bestämmelse om proportionalitetskravet i covid-19-lagen då såväl bestämmelsen i regeringsformen som förvaltningslagen skulle aktualiseras när föreskrifter och beslut meddelades med stöd av covid-19-lagen. Regeringen såg dock ett stort värde i att frågan om proportionalitet reglerades särskilt i lagen. En bestämmelse om att begränsningar inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa togs därför in i covid-19-lagen (6 § andra stycket). I smittskyddslagen finns motsvarande bestämmelse som en allmän riktlinje i fråga om smittskyddsåtgärder enligt den lagen (1 kap. 4 § första stycket).

Ett krav på proportionalitet bör införas i den föreslagna lagen

Det är utredningens uppfattning att på motsvarande sätt som i fråga om covid-19-lagen finns det ett betydande värde i en särskild bestämmelse om proportionalitet i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. I lagen bör det därför anges att föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa.

Allmänna riktlinjer för hur proportionalitetsbedömningen bör göras

Den föreslagna lagen är av beredskapskaraktär och tar sikte på framtida situationer med smittspridning av i dag okända smittämnen, vilket medför vissa begränsningar. Det är inte möjligt att i detta lagstiftningsärende ange annat än allmänna riktlinjer för hur en proportionalitetsbedömning bör göras. Den konkreta avvägningen måste göras i samband med att lagen tillämpas och när föreskrifter och beslut tas fram med stöd av de föreslagna bemyndigandena i lagen.

Härvid kan nämnas det synsätt som har vuxit fram i domstolspraxis (se bland annat ”Parkfastigheten” NJA 2018 s. 753) om hur

proportionaliteteten i en rättighetsbegränsande åtgärd bör prövas efter en bedömning i tre steg;

1. åtgärden ska vara ägnad att tillgodose det avsedda ändamålet (ändamålsenlighet),
2. det får inte finnas likvärdiga mindre ingripande alternativ (nödvändighet), och
3. begränsningen ska stå i rimlig proportion till det intresse som den är avsedd att tillgodose (proportionalitet i strikt mening).

Eftersom bestämmelsen har sin motsvarighet i covid-19-lagen har även de uttalanden som gjordes i den lagens förarbeten bäring på de överväganden som bör göras. I propositionen underströks att proportionalitet innebär att det ska göras en avvägning mellan vad som kan uppnås genom åtgärden i fråga om minskad smittspridning och de negativa konsekvenser som åtgärden kan förväntas få. Tänkbara exempel på positiva effekter ansågs vara minskad sjuklighet och dödlighet i covid-19 samt minskad belastning på hälso- och sjukvården. Tänkbara exempel på negativa effekter ansågs vara försämrad folkhälsa i andra avseenden än sjukdom i covid-19, inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter som mötesfrihet, demonstrationsfrihet, näringsfrihet och egendomsskydd, samt negativa ekonomiska konsekvenser för privatpersoner och företag. Vad som skulle anses vara en proportionerlig åtgärd ansågs kunna bero bl.a. på hur omfattande smittspridningen var vid den aktuella tidpunkten eller kunde förväntas bli inom en nära framtid. Om det förekom eller fanns en överhängande risk för en omfattande smittspridning, kunde det vara motiverat med mer långgående åtgärder. Det konstaterades också att kravet på proportionalitet innebar att en föreskrift eller ett beslut om en särskild begränsning inte fick gälla under längre tid eller inom ett större område än vad som kunde motiveras i förhållande till syftet att förhindra smittspridning.[102]

[102] Prop. 2020/21:79 s. 95.

Exempel på överväganden som bör göras

Vi lyfter i avsnitt 9.13 vikten av att regleringen av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder så långt det är möjligt är enhetlig för olika typer av verksamheter som är likartade i fråga risken för smittspridning. Som framgår närmare i det avsnittet kan omständigheter som t.ex. om verksamheten äger rum inomhus eller utomhus påverka risken för smittspridning. Sådana omständigheter bör beaktas när föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder meddelas. Motsvarande överväganden gjordes vid tillämpningen av covid-19-lagen och beaktades vid de proportionalitetsbedömningar som då gjordes.

Som exempel kan nämnas de överväganden som gjordes i promemorian som föregick vissa lättnader i de s.k. differentierade deltagartaken för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som gällde våren 2021. Lättnaderna bedömdes kunna införas när smittspridningen av covid-19 kommit ned på en relativt låg nivå med en ytterligare stabil nedåtgående utveckling.[103]

I promemorian konstaterades att de ändringar som föreslogs i regelverket för demonstrationer, motionslopp och mässor innebar fortsatta inskränkningar i den grundlagsskyddade mötes- och demonstrationsfriheten och påverkade fortsatt förutsättningarna att bedriva närings-, förenings- och trossamfundsverksamhet samt kunde fortsatt utgöra ingrepp i rätten till egendomsskydd och näringsfrihet. Det konstaterades dock också att ändringarna även innebar lättnader i förhållande till de begränsningar som gällde vid den aktuella tidpunkten.

Det uttalades vidare att begränsningarna av allmänna sammankomster innebar en inskränkning i den grundlagsskyddade mötes- och demonstrationsfriheten och att de bara får begränsas under vissa förhållanden. Begränsningar får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och en begränsning får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Föreskrifter som begränsade allmänna sammankomster och offentliga tillställningar i syfte att förhindra

[103] Socialdepartementet. Promemoria Lättade deltagarbegränsningar för sammankomster och tillställningar, sektionering och särskilda bestämmelser för demonstrationer och mässor (S2021/05005). 2021, s. 37–39.

spridningen av covid-19 fick i enlighet med 6 § andra stycket covid-19-lagen inte heller vara mer långtgående än vad som var försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa.

Det konstaterades att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar ofta kunde vara riskfyllda från smittskyddssynpunkt, främst eftersom de kunde innebära att för varandra okända personer samlades och tillbringade en längre tid tillsammans i varandras fysiska närhet. Det konstaterades dock också att risken för smittspridning kunde variera beroende på hur sammankomsten eller tillställningen arrangerades. Härvid lyftes skillnaden i risken för smitta inomhus och utomhus. Även storleken och utformningen på lokalen eller området där sammankomsten eller tillställningen hölls lyftes fram.

Det betonades att de förslag som presenterades i promemorian – förslag om höjda deltagartak, möjlighet att sektionera, dvs. dela upp en sammankomst eller en tillställning i avgränsade sektioner, och förändringar i regelverken för mässor, demonstrationer, motionslopp och andra idrottstävlingar – tog sikte på att åstadkomma en åtskillnad i regelverken med beaktande smittrisken och av det epidemiologiska läge som förväntades. Begränsningarna bedömdes mot den bakgrunden inte vara mer ingripande än vad som var nödvändigt med hänsyn till de syften som bar upp begränsningen, dvs. att hantera den pågående pandemin och skydda människors liv och hälsa. Inskränkningarna i de grundläggande fri- och rättigheterna bedömdes därför inte vara mer omfattande än vad som var absolut nödvändigt.

Vidare framhölls att de smittskyddsåtgärder som vidtogs övervägdes kontinuerligt i samråd med Folkhälsomyndigheten för att åtgärderna inte skulle gälla längre än vad som var nödvändigt. De negativa effekter som kunde uppkomma av de begränsningar som förslagen innebar bedömdes inte gå utöver det som de föreslagna bestämmelserna ytterst syftade till, nämligen att skydda enskildas liv och hälsa. Det bedömdes inte heller finnas något alternativt sätt till mindre ingripande åtgärder som samtidigt skulle ge nödvändiga möjligheter att förhindra smittspridning. Förslagen bedömdes därmed vara förenliga med regeringsformens bestämmelser om mötes- och demonstrationsfrihet.

För de krav på smittskyddsåtgärder som föreslogs för mässor bedömdes de kunna påverka förutsättningarna för att bedriva närings-

verksamhet och utgöra ingrepp i egendomsskyddet och näringsfriheten. Det konstaterades att en förutsättning för sådana ingrepp är att de görs i det allmännas intresse och under de förutsättningar som anges i lag och enligt folkrättens allmänna grundsatser, samt att vid sådana ingrepp skulle proportionalitetsprincipen beaktas. Skyddet för liv och hälsa bedömdes vara ett sådant allmänt intresse som motiverar ett sådant ingrepp och åtgärderna bedömdes vara effektiva från smittskyddssynpunkt och rimliga för att motverka trängsel. De negativa effekter i förhållande till egendomsskydd och näringsfrihet som kunde uppkomma till följd av begränsningarna bedömdes därmed inte gå utöver det som de föreslagna bestämmelserna ytterst syftar till, nämligen att skydda enskildas liv och hälsa. Det bedömdes inte heller finnas något alternativt sätt till mindre ingripande åtgärder som samtidigt skulle ge nödvändiga möjligheter att förhindra smittspridning. Kravet på smittskyddsåtgärder ansågs därför vara förenligt med bestämmelserna om egendomsskydd och näringsfrihet i regeringsformen och Europakonventionen.

Åtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet

Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet är centralt på hälso- och sjukvårdsområdet, vilket bland annat kommer till uttryck genom stadganden i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821). När begreppet togs in i smittskyddslagen hänvisades till förarbetena till den så kallade åliggandelagen,[104] som var en föregångare till patientsäkerhetslagen. Begreppet är emellertid inte förbehållet hälso- och sjukvårdsområdet och smittskyddsområdet. Som framgår av avsnitt 6.5 används begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet på flera håll i lagstiftningen. Mot bakgrund av vad utredningen i avsnitt 9.7 har anfört om begreppet smittskyddsåtgärder och förslaget till det nya begreppet samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns det skäl att på motsvarande sätt som i smittskyddslagen föra in en bestämmelse om vetenskap och beprövad erfarenhet i den nya lagen. Det bör anges i lagen att föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

[104] Prop. 2003/04:30 s. 211.

En humanistisk människosyn ska prägla tillämpningen av lagen

På motsvarande sätt som vid tillämpningen av smittskyddslagen bör tillämpningen av den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vara förankrad i en humanistisk människosyn där principerna om alla människors lika värde samt den enskilda människans värdighet och självbestämmanderätt är viktiga delar. Den humanistiska människosynen talar för en stor tydlighet när det gäller att skydda allmänheten mot en allvarlig sjukdom. Smittskyddslagstiftningen måste tillgodose alla rimliga krav på rättssäkerhetsgarantier för enskilda, inbegripet avgränsningar av hur mycket tvång som får tillgripas och villkoren därför.[105] Det bör därför anges i lagen att föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bygga på respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

När föreskrifter och beslut som rör verksamheter riktade till barn meddelas ska barnets bästa beaktas

Principen om barnets bästa i barnkonventionen

I artikel 3.1 FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) anges att vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Barnkonventionen har inkorporerats och har sedan den 1 januari 2020 ställning som svensk lag.[106] Med barn avses varje människa under arton år (artikel 1).

FN:s kommitté för barnets rättigheter, barnrättskommittén, som övervakar genomförandet av barnkonventionen, har tagit fram en vägledning om principen om barnets bästa i form av en allmän kommentar som utgår ett stöd vid tolkning och tillämpning av konventionsåtagandet.[107] Enligt kommentaren ska barnets bästa väga tungt, men inte ensamt vara utslagsgivande, när olika intressen vägs mot varandra. I det enskilda fallet kan således andra samhällsintressen väga tyngre. Principen om barnets bästa är ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser, vilket enligt barnrättskommittén innebär att när

[105] Jfr prop. 2003/04:30 s. 85.
[106] Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.
[107] CRC/C/GC/14, prop. 2017/18:186 s. 84.

ett enskilt barn eller en grupp barn kommer att påverkas av ett beslut, måste beslutsprocessen innehålla en utvärdering av eventuella positiva eller negativa konsekvenser för barnet eller barnen. I beslutet ska beslutsfattaren dessutom motivera på vilket sätt hänsyn har tagits till barnets bästa, dvs. vad som beslutsfattaren ansett vara barnets bästa, vilka kriterier detta grundas på och hur barnets intressen vägts mot andra intressen. Principen om barnets bästa ska enligt barnrättskommittén tillämpas i förhållande till övriga grundprinciper i barnkonventionen. Av dessa är artikel 12 om barnets rätt att uttrycka sina åsikter av särskild vikt. Artiklarna 3 och 12 kompletterar varandra. Barnets åsikter är en viktig del i bedömningen av barnets bästa.[108]

Barnets bästa i smittskyddslagen och covid-19-lagen

1 kap. 4 § andra stycket SmL ger uttryck för det barnperspektiv och den princip om barnets bästa som följer av barnkonventionen. När smittskyddslagen infördes betonades i förarbetena att det är en självklarhet att bestämmelserna i barnkonventionen bör tas i beaktande när smittskyddsåtgärder vidtas. Det gäller såväl i de fall som barnet själv bär på en smittsam sjukdom som i de fall åtgärder behöver vidtas för att förhindra att barn smittas. Med hänvisning till barnkonventionen uttalades att barn, på grund av sin sårbarhet, behöver vård och skydd samt att barnet har rätt till hälsa, liv och utveckling samt vila och fritid. Det uttalades också att det är familjen som har det primära ansvaret för den vård och det skydd barnet behöver, samtidigt som barnet är i behov av samhälleligt skydd. Regeringens uppfattning var att hänsynen till barnets bästa är av så stor vikt i smittskyddsarbetet att det bör komma till uttryck i en särskild bestämmelse i smittskyddslagen.[109]

Någon uttrycklig bestämmelse om att beakta barnets bästa togs inte in i covid-19-lagen. I förarbetena uttalades dock att åtgärderna enligt lagen bör utformas i enlighet med de allmänna riktlinjer för smittskyddet som anges i smittskyddslagen, däribland principen om barnets bästa. Det framhölls att det var av yttersta vikt att alla aktörer kontinuerligt genomförde barnrättsliga analyser inför be-

[108] CRC/C/GC/14, p. 6 och 43.
[109] Prop. 2003/04:30 s. 85 och 172.

slut och åtgärder med anledning av sjukdomen. Analyserna skulle utgå från barnets rättigheter i enlighet med barnkonventionen och beskriva vilka konsekvenser som en avsedd åtgärd kan få för barnets rättigheter. Härvid uttalades vidare att hänsynen till barnets bästa innebar bl.a. att barns behov av att delta i olika typer av fritidsaktiviteter skulle tillmätas stor vikt.[110]

Principen om barnets bästa bör komma till uttryck i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Med stöd av den lag som utredningen föreslår kan det komma att meddelas föreskrifter som avser verksamheter, allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar där barn är besökare, deltagare eller resenärer. Sådana föreskrifter kan alltså, på samma sätt som i fråga om åtgärder enligt covid-19-lagen, få direkt eller indirekt påverkan på barns möjligheter att delta i samhällslivet på olika sätt.

Av samma skäl som barnets bästa ansågs vara en allmän riktlinje vid tillämpningen av covid-19-lagen anser utredningen att principen om barnets bästa bör vara bärande också i fråga om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som nu föreslås. Till skillnad från hur covid-19-lagen utformades har dock utredningen valt att i den föreslagna lagen ta in särskilda bestämmelser som i hög grad motsvarar de allmänna riktlinjerna i smittskyddslagen. En bestämmelse bör därför tas in den föreslagna lagen om att det vid föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser verksamheter, sammankomster och tillställningar som riktar sig till barn ska det som bedöms vara barnets bästa särskilt beaktas.

[110] Prop. 2020/21:79 s. 27 och 95.

9.10 Lagen bör omfatta verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

Bedömning: Lagen bör omfatta sådana verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som personer ur allmänheten besöker, deltar i eller reser med.

Förslag: En definition av verksamheter ska föras in i lagen. Med verksamheter avses om inget annat framgår av sammanhanget

- fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten,
- handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats,
- restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten,
- religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten och som inte utgör allmänna sammankomster enligt ordningslagen,
- kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, inklusive lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik, och
- yrkesmässig användning och direkta eller indirekta upplåtelser av lokaler, områden eller utrymmen för tillställningar eller andra privata sammankomster.

Begreppen allmänna sammankomster och offentliga tillställningar ska ha samma innebörd som i ordningslagen.

Med besökare och deltagare avses personer ur allmänheten som besöker eller deltar i en verksamhet, en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning. Med resenärer avses personer ur allmänheten som reser med kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik och personer ur allmänheten som nyttjar lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik och flygtrafik.

Begreppet verksamheter bör beskrivas i lagen

Syftet med den lag vi föreslår är att minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. De åtgärder som lagen ska möjliggöra för att nå det syftet är det vi betecknar samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Med det begreppet avses åtgärder som vidtas i samhället för att minska förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att en samhällsfarlig sjukdom sprids mellan människor. Förekomsten av sådana kontakter minskar om människor som normalt inte träffas inte kommer samman alls eller träffas på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende.

Mot den bakgrunden bör lagen som utgångspunkt kunna omfatta platser eller verksamheter dit allmänheten har tillträde. Det finns dock svårigheter med att närmare avgränsa vilka verksamheter som bör kunna bli föremål för föreskrifter. Det offentliga rummet består av vitt skilda verksamheter och företeelser. Verksamheter som liknar varandra i vissa avseenden kan sinsemellan vara olika vad gäller risken för smittspridning. Ytterligare svårigheter är att lagen behöver ta sikte även på i dag okända smittämnen och att samhället när lagen kan behöva tillämpas kan se annorlunda ut än i dag. Vidare används vissa platser i flera olika syften. Det finns därmed en risk att de begrepp som väljs delvis överlappar varandra eller att verksamheter av blandad karaktär träffas av flera regelverk samtidigt. Till detta kommer att vissa verksamheter har särskilda lagstadgade uppgifter eller är samhällsviktiga, t.ex. apotek, livsmedelsbutiker och bibliotek. Det finns samtidigt skäl att inte föreslå alltför allmänt hållna eller brett utformade bemyndiganden. Utgångspunkten bör vidare vara att ansvaret för att vidta smittskyddsåtgärder ska kunna riktas mot den som är ansvarig för verksamheten.

I den lagstiftning vi har att föreslå ställs behovet av förutsebarhet mot behovet av att ha flexibilitet för framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning. Serveringslagen och covid-19-lagen avsåg båda ett känt smittämne och trädde i kraft snart efter respektive riksdagsbehandling. Den lag vi här föreslår måste vara annorlunda i båda dessa avseenden. Det är fråga om en beredskapslagstiftning som kan komma att tillämpas på ett nytt eller förändrat smittämne. Det går heller inte att säga om och i så fall när lagen kan komma att behöva tillämpas. Detta är skillnader som enligt utredningens mening bör påverka hur avvägningen mellan förutsebarhet

och flexibilitet görs. Enligt utredningens bedömning bör därför vid denna avvägning smittskyddsskälen väga tyngst.

Utredningen anser att samlingsbegreppet verksamheter bör användas och en definition av begreppet verksamheter föras in i lagen. Definitionen bör omfatta en uppräkning av sådant som omfattas av bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och där det finns någon som kan anses som ansvarig för att vidta sådana åtgärder, dvs. fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten, handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats, restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten (se avsnitt 9.12.1), religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten och som inte utgör en allmän sammankomst enligt ordningslagen (se avsnitt 9.12.2), kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, inklusive lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik (se avsnitt 9.12.3), och yrkesmässig användning och direkta eller indirekta upplåtelser av lokaler, områden eller utrymmen för tillställningar eller andra privata sammankomster (se avsnitt 9.12.4).

De begrepp som ingår i uppräkningen bör med hänsyn till vikten av flexibilitet och svårigheterna att fullt ut förutse framtiden inte självständigt definieras i lagen. Någon exemplifierande uppräkning av vilka verksamheter respektive begrepp inrymmer bedöms av samma skäl inte heller lämplig. En avgränsning kommer dock att följa av att begreppen besökare och deltagare definieras i lagen och att bemyndigandena att meddela föreskrifter kopplas till dessa begrepp (se nedan).

Begreppen allmänna sammankomster och offentliga tillställningar bör ha samma innebörd som i ordningslagen

Begreppet verksamheter bör inte användas för allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar. Begreppen allmänna sammankomster och offentliga tillställningar bör användas i lagen och det bör framgå att begreppen har samma innebörd som i ordningslagen. Det innebär således att både sådana arrangemang som kräver tillstånd och sådana som inte gör det omfattas.

Begreppen besökare, deltagare och resenärer bör beskrivas i lagen

De samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna avser att minska förekomsten av kontakter mellan människor och som kan innebära risk för att en samhällsfarlig sjukdom sprids. Detta kan uppnås om kontakten minskas mellan människor som normalt inte träffas och att sådana kontakter som ändå sker, sker på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende. Det är således i första hand kontakter mellan personer ur allmänheten som besöker eller deltar vid verksamheterna, sammankomsterna och tillställningarna som omfattas av åtgärderna. I fråga om kollektivtrafik och flygtrafik är det personer ur allmänheten som reser eller nyttjar lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer som berörs av åtgärderna. Begreppen besökare, deltagare och resenärer används därför i lagen och det bör följaktligen tas in bestämmelser i lagen som anger att med besökare och deltagare avses personer ur allmänheten som besöker eller deltar i en verksamhet, allmän sammankomst eller offentlig tillställning, samt att med resenärer avses personer ur allmänheten som reser med kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik och personer ur allmänheten som nyttjar lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik och flygtrafik.

Genom begreppen besökare, deltagare och resenärer undantas således den som är arbetstagare eller likställs med arbetstagare enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). Personer som likställs med arbetstagare enligt den lagen är bland annat elever i förskoleklass och uppåt. Detta gäller under skoltid. I en verksamhet som omfattas av föreskrifter enligt lagen kan det förekomma personer som är i tjänst i verksamheten men anställda av någon annan än den som är ansvarig för att vidta smittskyddsåtgärder. Även sådana personer bör i detta sammanhang anses likställas med arbetstagare. Det kan t.ex. vara fråga om konsulter eller blåljuspersonal på uppdrag på platsen. Vidare bör även en person som utan att vara anställd är t.ex. funktionär i verksamheten, vid sammankomsten eller vid tillställningen inte anses som besökare, deltagare eller resenär.

9.11 Skyldighet att motverka smittspridning

Förslag: I lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder införs bestämmelser om riskhantering i sådana verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som omfattas av lagen. Bestämmelserna ska tillämpas på en sjukdom som bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga på. Bestämmelserna ska tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer.

Bestämmelserna innebär att den som ansvarar för en verksamhet, allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska bedöma vilka risker som finns i verksamheten för spridning av sjukdomen. Den ansvarige ska utifrån bedömningen vidta lämpliga åtgärder så att människor kan hålla avstånd från varandra och även på andra sätt motverka smittspridning.

Var och en ska medverka till att motverka smittspridning i verksamheten.

Den ansvarige ska dokumentera riskbedömningen och de åtgärder som vidtas. I lagen ska upplysas om att verkställighetsföreskrifter kan meddelas med stöd av regeringsformen.

Bedömning: Regeringen bör bemyndiga Folkhälsomyndigheten att meddela verkställighetsföreskrifter.

Riskhantering i verksamheter

En återkommande synpunkt i utredningens samverkan med berörda verksamhetsutövare är viljan att i händelse av t.ex. en pandemi ta eget ansvar för att begränsa smittspridning. Vidare får föreskrifter, för att vara proportionerliga, inte vara mer långtgående än vad ändamålet motiverar. Den epidemiologiska situationen kan under vissa faser av t.ex. en pandemi vara sådan att det kan anses tillräckligt med mindre långtgående begränsningar. Utredningen anser av dessa skäl att det i den nya lagen bör införas en bestämmelse som möjliggör mindre långtgående åtgärder än föreskrifter om specifika smittskyddsåtgärder som avser t.ex. en viss verksamhet.

Ett sätt att utforma en sådan reglering är som en allmän skyldighet att förebygga smittspridning genom att inom ramen för den egna

verksamheten bedöma vilka risker som finns för spridning av den aktuella sjukdomen, och utifrån bedömningen vidta lämpliga åtgärder. Det bör framgå av bestämmelsen att det handlar om att vidta åtgärder som underlättar för människor att hålla avstånd från varandra och även på andra sätt motverka smittspridning.

I avsnitt 9.10 har vi bedömt att lagen bör omfatta sådana verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som personer ur allmänheten besöker, deltar i eller reser med. Det framstår som lämpligt att samma verksamheter, sammankomster och tillställningar omfattas av den här föreslagna bestämmelsen.

Bestämmelsen bör kunna tillämpas som en självständig samhällsinriktad smittskyddsåtgärd såväl som tillsammans med andra åtgärder enligt den nya lagen. Det kan också tänkas uppstå en situation där det är motiverat att vissa verksamheter som omfattas av lagen begränsas genom den föreslagna bestämmelsen, medan andra verksamheter också begränsas med mer långtgående föreskrifter.

Riskbedömningen och vidtagna åtgärder bör dokumenteras

En motsvarande bestämmelse som den som vi nu föreslår fanns i covid-19-lagen, även om den där var utformad på ett något annorlunda sätt. För att en sådan bestämmelse ska fungera som en samhällsinriktad smittskyddsåtgärd som efterföljs och ger effekt är det vår bedömning att den också måste åtföljas av krav på att den som ansvarar för verksamheten ska dokumentera sin riskbedömning och de åtgärder som vidtas. Vi föreslår därför att sådana krav införs tillsammans med bestämmelsen.

Med stöd av 8 kap. 7 § första stycket första punkten regeringsformen kan regeringen meddela närmare föreskrifter om hur riskbedömningen bör gå till och hur dokumentationen bör göras. En upplysning om detta bör tas in tillsammans med bestämmelsen. Regeringen bör bemyndiga Folkhälsomyndigheten att meddela sådana föreskrifter.

I avsnitt 9.15 finns förslag om bestämmelser om tillsynen över bestämmelsen.

Var och ens ansvar

I 2 kap. 1 § smittskyddslagen anges att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella enligt den lagen beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar.[111]

I en situation med en pågående eller nära förestående omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom är det enligt utredningens uppfattning angeläget att var och en tar sitt ansvar för att på de sätt som är möjliga bidra till minskad smittspridning. Detta kan uttryckas genom att det förs in en särskild bestämmelse därom. Utredningen anser därför att det i den nya lagen bör föras in en bestämmelse som kompletterar 2 kap. 1 § smittskyddslagen. Bestämmelsen bör ange att i sådana verksamheter, sammankomster och tillställningar för vilka det får beslutas om föreskrifter enligt lagen ska var och en medverka till att förhindra smittspridning. Att förhindra smittspridning handlar för den enskilde om att på ett konkret sätt undvika nya smittkedjor genom att följa givna instruktioner och visa hänsyn till andra närvarande.

Med var och en avses alla som på något sätt interagerar med andra i verksamheten, dvs. såväl deltagare och besökare, som anställda, funktionärer och andra som är närvarande för verksamhetens genomförande.

9.12 Bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

9.12.1 Vissa verksamheter som är öppna för allmänheten

Förslag: Regeringen får meddela föreskrifter om att den som driver en fritids- och kulturverksamhet, en handelsplats eller ett serveringsställe ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet besökare och deltagare,
2. minsta avstånd mellan besökare och deltagare,

[111] Prop. 2003/04:30 s. 214.

3. begränsning av öppettider, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Regeringen får delegera rätten att meddela sådana föreskrifter till den myndighet som regeringen bestämmer.

Om åtgärderna bedöms otillräckliga får regeringen meddela föreskrifter om att sådana verksamheter ska hållas stängda.

Behovet av föreskrifter

Konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan minskas om förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att sjukdomen sprids mellan människor minskas. Det kan ske om människor som normalt inte träffas inte kommer samman alls eller träffas på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende.

I verksamheter som är öppna för allmänheten kan människor komma samman som normalt inte träffas, vilket därmed kan innebära risk för spridning av den slags smittämne som vi bedömer kan få en omfattande smittspridning. Det finns därför ett behov av att inkludera sådana verksamheter i den beredskapslagstiftning som vi föreslår. Utredningen anser att indelningen av verksamheter som framgår av serveringslagen och covid-19-lagen i huvudsak kan användas även i den lag vi föreslår. Lagen bör således ge utrymme för föreskrifter om att den som driver en fritids- och en kulturverksamhet, en handelsplats och ett serveringsställe ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Föreskrifter om skyldighet att vidta åtgärder behöver inte omfatta alla verksamheter som anges i bemyndigandet. Föreskrifterna kan, med beaktande av det epidemiologiska läget, inskränkas till vissa typer av sådana verksamheter som medför särskilt stora risker för smittspridning. I avsnitt 9.13.1 anger vi vilka faktorer som särskilt ska beaktas vad gäller risken för smittspridning.

De aktuella verksamheterna bör inte kunna begränsas i större utsträckning än vad som är nödvändigt och proportionerligt. Det måste i det sammanhanget beaktas att föreskrifter som innebär krav på smittskyddsåtgärder kan påverka möjligheterna att bedriva vissa former av näringsverksamhet. Begränsningarna kan därmed innebära

ingrepp i egendomsskyddet och näringsfriheten (se avsnitt 9.19.2). Ett ingrepp i de aktuella fri- och rättigheterna får inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet att motverka spridning av den aktuella sjukdomen. Vilka begränsningar som kan anses proportionerliga är beroende av hur omfattande smittspridningen är eller kan förväntas bli. Vidare kan särskilda överväganden behöva göras i fråga om begränsning av verksamheter som riktar sig till att hjälpa utsatta människor.

Fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten

Människor kan samlas där det bedrivs olika typer av fritids- och kulturverksamheter. I covid-19-lagen användes exemplifierande uppräkningar av begreppet platser för fritids- eller kulturverksamhet. De ord som användes som exempel gavs samma innebörd som de har i allmänt språkbruk. Som framgår av avsnitt 9.10 bör begreppet verksamhet i den nya lagen omfatta fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten. Någon exemplifierande uppräkning bör dock inte tas in i lagen.

Verksamheter som utredningen anser bör omfattas av begreppet är verksamheter som erbjuder olika typer av fritidssysselsättningar, kulturaktiviteter, förströelse eller underhållning. Exempel på sådana verksamheter är gym- och sportanläggningar, badanläggningar, campingplatser, bibliotek, museum, djurparker och lekland.

Med gym- och sportanläggningar bör avses anläggningar som huvudsakligen används för fysisk träning eller sport. Med badanläggning bör avses en offentlig badinrättning. Med bibliotek bör avses en plats där allmänheten kan låna eller på annat sätt få tillgång till litteratur och andra medier. Det bör inte ha någon betydelse vilket slags bibliotek det enligt bibliotekslagens (2013:801) definition är fråga om. Med museum bör avses en institution som är öppen för allmänheten och som bland annat ställer ut materiella och immateriella vittnesbörd om människan och människans omvärld (jfr 2 § museilagen [2017:563]). Med campingplats bör avses ett avgränsat område för boende i tält, husbil eller husvagn. Med djurpark bör avses ett avgränsat område som erbjuder förevisning av djur.

Verksamheter som bedrivs enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller socialtjänstlagen, t.ex. dag-

lig verksamhet, bör däremot inte omfattas av begreppet fritids- och kulturverksamhet. Däremot kan de personer som har beviljats insatser enligt nämnda lagar självklart omfattas av begreppen besökare och deltagare när de befinner sig i sådana verksamheter som omfattas av föreskrifter enligt det bemyndigande vi föreslår här.

Handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats

En ytterligare typ av verksamhet där människor som normalt inte träffas samlas är på det som kan betecknas som handelsplatser. I covid-19-lagen användes exemplifierande uppräkningar av begreppen handelsplatser. De ord som användes som exempel på handelsplatser gavs samma innebörd som de har i allmänt språkbruk.

Som framgår av avsnitt 9.10 bör begreppet verksamhet i den nya lagen omfatta handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats. Någon exemplifierande uppräkning av handelsplatser bör dock inte tas in i lagen.

Exempel på handelsplatser enligt den lag vi föreslår är de som i dagligt tal benämns butiker och serviceinrättningar.

Butiker bör avse lokaler för försäljning av varor, t.ex. livsmedel, bruksföremål, vitvaror och kläder. I butiker kan även viss försäljning av tjänster pågå. Inte heller att det också bedrivs viss annan verksamhet i lokalen, t.ex. att det finns en kafédel, utesluter att det är fråga om en butik. Det är den huvudsakliga verksamheten som avgör om det är fråga om en handelsplats i lagens mening.[112]

Serviceinrättningar bör avse platser för försäljning av tjänster, t.ex. frisörsalonger, skönhetssalonger och cykelverkstäder. I serviceinrättningar kan även viss försäljning av varor pågå. Platser för hälso- och sjukvård eller tandvård, t.ex. vårdcentraler och tandläkarmottagningar bör dock inte omfattas av begreppet serviceinrättningar och därmed inte heller utgöra handelsplatser i lagens mening. För sådana verksamheter gäller det regelverk som finns på hälso- och sjukvårdsområdet som bl.a. innefattar regler om vårdhygien. Inte heller t.ex. socialtjänst- eller myndighetslokaler, till vilka allmänheten förvisso kan ha tillträde, bör omfattas av begreppet serviceinrättning. Viss utbildning som tydligt bjuds ut till försäljning, t.ex. trafiksko-

[112] Se Socialdepartementet. Promemoria Särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963), 2020, och prop. 2020/21:52, s. 99.

lor och kursverksamheter, bör däremot kunna omfattas av begreppet serviceinrättning.

För att det ska vara fråga om en handelsplats i lagens mening krävs att verksamheten är öppen för allmänheten. En handelsplats kan vara permanent eller tillfällig, t.ex. hålla öppet några timmar per vecka, några dagar per år eller sporadiskt. Det krävs inte att det är fråga om försäljning på stället eller att det är möjligt att betala på plats. I vissa verksamheter som bör omfattas av begreppet förevisas exempelvis produkter i syfte att besökarna ska överväga ett köp först vid senare tillfälle.

Även det som i dagligt tal benämns köpcentrum och varuhus bör i sig betraktas som handelsplatser i lagens mening. I köpcentrum eller varuhus inryms typiskt sett butiker och serviceinrättningar, men det kan även inrymmas annan verksamhet än butiker eller serviceinrättningar, t.ex. serveringsställen.

Vid covid-19-lagens tillämpning avseende handelsplatser lyftes vidare inomhustorg, inomhusgågator och platser där kunder och besökare uppehåller sig en längre tid, t.ex. för att umgås, strosa eller kanske bara för att sitta ned en stund. Även sådana platser inom en handelsplats ingår alltså i handelsplatsen.

Restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten

En typ av verksamhet där människor som normalt inte träffas samlas är restauranger och andra typer av serveringsställen. Som framgår av avsnitt 9.10 bör begreppet verksamhet i den nya lagen omfatta restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten. Någon exemplifierande uppräkning av andra serveringsställen än restauranger bör dock inte tas in i lagen.

I propositionen till serveringslagen övervägde regeringen vilket begrepp som lämpligen kunde användas i den lagen. Regeringen ansåg att serveringslagen enbart borde träffa sådan verksamhet där det bedrivs servering av mat eller dryck och där möjlighet ges till förtäring på stället, och att lagen enbart borde omfatta sådan näringsverksamhet som består i att mat eller dryck serveras till allmänheten. Regeringen konstaterade också att alkohollagen enbart omfattar serveringsställen som har tillstånd att servera alkohol och att behovet av att kunna vidta smittskyddsåtgärder även fanns på sådana server-

ingsställen som saknar serveringstillstånd.[113] Begreppet serveringsställe gavs i serveringslagen därför samma innebörd som i lagen om tobak och liknande produkter. Även serveringsställen som abonneras eller som på annat sätt används eller hyrs ut till slutna sällskap omfattades av begreppet. En definition av begreppet serveringsställe togs in i serveringslagen.

Utredningen anser att nämnda överväganden till stor del är relevanta även i detta sammanhang. Exempel på serveringsställen som utöver restauranger bör omfattas är därför, barer, pubar, diskotek, kaféer och konditorier.[114] Inrättningarna har det gemensamt att det där sker servering till besökare som kan vara sittande eller stående. Även annan verksamhet förutom själva serveringen till besökare kan förekomma på ett serveringsställe, t.ex. ett dansgolv eller platser för olika slags spel. Det är den huvudsakliga verksamheten som avgör om det är fråga om ett serveringsställe.

Utredningen anser att det därtill finns skäl att begreppet i den nya lagen bör omfatta även sådana inrättningar som inte erbjuder förtäring på stället. Gatukök och liknande inrättningar kan t.ex. behöva vidta åtgärder för att minska köbildning i direkt anslutning till sina lokaler eller områden.

För att det ska vara fråga om ett serveringsställe ska det dock vara fråga om servering som sker till allmänheten. Ett serveringsställe kan vara permanent eller tillfälligt, t.ex. hålla öppet några timmar per vecka, några dagar per år eller sporadiskt.

Vidare bör regleringen inte begränsas till att enbart avse näringsverksamhet. Även servering som drivs i andra former, t.ex. av ideella föreningar eller trossamfund, bör omfattas.

Liksom i serveringslagen bör även serveringsställen som abonneras eller som på annat sätt används eller hyrs ut till slutna sällskap omfattas av begreppet. Se vidare i avsnitt 9.12.4 om upplåtelser för privata sammankomster.

[113] Prop. 2019/20:172 s. 16 och 17.
[114] Jfr prop. 2003/04:65 s. 28.

Föreskrifterna gäller när verksamheten är öppen för allmänheten

Föreskrifterna bör som framgått ovan enbart gälla verksamheter som är öppna för allmänheten. Med uttrycket öppen för allmänheten avses att den verksamhet som bedrivs vänder sig till allmänheten och inte endast till en begränsad krets. En verksamhet kan vara öppen för allmänheten dygnet runt, tillfälligt (t.ex. några timmar eller någon eller några dagar i följd) eller på regelbundna tider varje dygn eller vecka. De delar av lokalerna eller platsen dit allmänheten inte har tillträde omfattas inte, t.ex. ytor eller lokaler som enbart personalen förfogar över.

Verksamheten i t.ex. gym och simhallar är normalt att anse som öppna för allmänheten även om det krävs ett medlemskap.

Vilka åtgärder som bör få föreskrivas

Risk för spridning av de smittämnen som lagen kommer att kunna omfatta uppstår när människor är nära varandra. Riskerna är vidare större inomhus än utomhus och om kontakterna är långvariga än om de är kortvariga. Även andra faktorer kan ha betydelse. Smittspridning kan också ske t.ex. via förorenade ytor eller händer.

Föreskrifterna bör därför få innebära krav på att begränsa antalet besökare och deltagare som får närvara samtidigt i en viss lokal eller på en viss plats. Det kan vara fråga om en faktisk antalbegränsning som t.ex. beräknas i förhållande till storleken på lokalerna. Det kan också vara fråga om ett maximalt antal, som gäller oavsett lokalens storlek. Det kan vidare vara fråga om kombinationer av sådana föreskrifter, t.ex. ett antal som beräknas utifrån lokalernas storlek i kombination med ett visst maximalt tillåtet antal besökare. När beslut om föreskrifter övervägs och utformas bör hänsyn tas till att verksamhetsutövare kan ha begränsad möjlighet att begränsa hur många personer som vistas samtidigt inom dess ansvarsområde. Exempel på sådana platser är gemensamhetsytor i form av inomhustorg i köpcentra, där antalet personer kan bero på hur många som rör sig in eller ut ur de butiker som tillhör köpcentret eller in eller ut ur en anslutande kollektivtrafikstation. På sådana ytor kan det finnas ett behov av att vidta andra smittskyddsåtgärder i syfte att besökare ska undvika att uppehålla sig där.

Föreskrifterna bör vidare få omfatta krav på minsta avstånd mellan besökare och deltagare. Sådana föreskrifter kan vara lämpliga att använda i viss typ av verksamhet, eller del av verksamhet. Det är t.ex. möjligt att med stöd av bemyndigandet föreskriva om ett visst avstånd mellan besökarna vid bord på en restaurang eller i en kafédel i en butik, mellan besökarna vid platserna i en läsesal på ett bibliotek eller mellan personer i en kö in till en viss verksamhet. Föreskrifter som gäller verksamheter där inredningen är fast eller inte kan flyttas med enkla medel kan behöva ta hänsyn till den omständigheten.

Det bör inte anges uttömmande vilka åtgärder som kan bli aktuella. Detta kan variera bl.a. i takt med att kunskapsläget om smittämnet i fråga förbättras. Därför bör det finnas utrymme att också få föreskriva om krav på andra åtgärder för att motverka smittspridning: Sådana åtgärder kan t.ex. avse skyltning, markeringar i golvet och ommöbleringar. Det kan vidare vara fråga om begränsningar av målsättningskaraktär, t.ex. med innebörden att verksamheten ska se till att antalet besökare hålls nere. Det kan vara aktuellt på platser som inte är tydligt avgränsade, där förhållandena gör att en fast antalsbegränsning inte är praktiskt möjlig att upprätthålla eller riskerar att bli kontraproduktiv. En annan åtgärd kan vara ett krav på ökad tillgänglighet eller kapacitet så att antalet vid varje tillfälle närvarande personer därigenom minskas. Ytterligare exempel på andra smittskyddsåtgärder är att ha särskilda rutiner för in- och utpassering. Bemyndigandet ger även stöd för att införa krav på att tillhandahålla munskydd till deltagare, besökare eller resenärer, och ge verksamhetsutövare och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar möjlighet att ställa krav på vaccinationsbevis, såsom gjordes under en period under covid-19-pandemin. De sjukdomar som kommer att kunna omfattas av lagen kan även komma att smitta indirekt, t.ex. via förorenade ytor eller händer. Föreskrifterna bör därför även kunna innebära krav på åtgärder som minskar sådan smittspridning, t.ex. krav på rengöring av ytor eller erbjudande av handdesinficering eller annan möjlighet till skärpt handhygien. Det är inte troligt att en sådan indirekt smittspridning kommer att vara drivande i en framtida omfattande smittspridning. Det är alltså typiskt sett viktigare med åtgärder som möjliggör avstånd och på olika sätt glesar ut mellan människor. Även andra åtgärder än de som nämns här kan bli aktuella.

Vem som bör vara ansvarig för att vidta åtgärder

I sådana verksamheter som omfattas av bemyndigandet finns det normalt sett någon som kan betraktas som ansvarig. Det är den juridiska eller fysiska person som genom äganderätt eller med annan rätt, exempelvis nyttjanderätt, förfogar över en viss verksamhet som i första hand ska anses som ansvarig för att föreskrivna smittskyddsåtgärder vidtas. För en restaurang eller annat serveringsställe är normalt den ansvarig som ansökt om registrering eller godkännande av verksamheten enligt livsmedelslagstiftningen. Flera personer kan bedriva verksamheten gemensamt. Verksamheten kan drivas i privat eller offentlig regi och i olika associationsformer.

Inom exempelvis ett kulturhus eller ett köpcentrum kan flera verksamheter finnas intill varandra och således ha olika ansvariga. För ytorna på ett köpcentrum som inte tillhör t.ex. en butik eller ett serveringsställe kan det bli fråga om att rikta ansvaret mot fastighetsägaren. Den som ansvarar för en viss verksamhet bör dock normalt sett också ansvara för t.ex. köer in till den verksamheten, även om kön befinner sig inom en annan verksamhetsutövares område, t.ex. om det i ett gemensamhetsutrymme i ett köpcentrum uppstår kö till en butik. Frågan om vem föreskrifterna enligt det aktuella bemyndigandet bör riktas mot bör vara beroende av vilka samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som aktualiseras och får prövas inom ramen för beredningen av det ärende där sådana föreskrifter övervägs.

Ansvaret för smittskyddsåtgärder torde också kunna framgå genom avtal, t.ex. mellan fastighetsägare och hyresgäst.

Det bör beaktas i tillsynen vilka praktiska möjligheter som verksamhetsutövaren har att begränsa besökares tillträde till verksamheten.

Reglering av öppettider och i sista hand stängning

Lagstiftningen har som tidigare konstaterats en tydlig beredskapskaraktär. Det kan inte uteslutas att det epidemiologiska läget, för ett framtida smittämne som uppfyller kriterierna för att lagen ska få tillämpas, kan komma att vara så allvarligt att det skulle vara en proportionerlig åtgärd att för viss tid besluta att fritids- och kulturverksamheter, handelsplatser eller serveringsställen ska hållas stängda. Regeringen bör mot denna bakgrund som en yttersta åtgärd få meddela föreskrifter om att sådana verksamheter, om det är

nödvändigt för att motverka spridning av den aktuella sjukdomen, ska hållas stängda. Det bör av lagtexten uttryckligen framgå att sådana föreskrifter endast får meddelas om andra smittskyddsåtgärder bedöms otillräckliga. En föreskrift om stängning innebär att verksamheten måste stänga för allmänheten, dvs. att besökare eller deltagare inte är tillåtna.

Av kravet på proportionalitet och att stängning ska vara en åtgärd som får meddelas enbart om andra smittskyddsåtgärder bedöms otillräckliga följer att även mindre långtgående begränsningar än stängning kan vara proportionerliga och införas före eventuella föreskrifter om stängning. Det bör därför även införas en möjlighet att begränsa öppettiderna.

Inför att föreskrifter om begränsning av öppettider eller stängning beslutas måste det noga övervägas om regleringen kan få följdeffekter som riskerar att förta effekten av föreskrifterna. Det kan t.ex. vara risken för att en gemensam stängningstid på samtliga serveringsställen medför större belastning i kollektivtrafiken än vad som annars gäller, eller att besökarna till den verksamhet som stängs eller begränsas vad gäller öppettider i stället söker sig till någon annan inomhusmiljö. Om det är geografiskt avgränsade föreskrifter som övervägs bör beaktas risken för att resande till närliggande geografiska områden, t.ex. grannkommuner, ökar till följd av föreskrifterna.

Det kan även finns skäl att tillåta att viss verksamhet hålls öppen. Det kan handla om livsmedelsbutiker, apotek och serveringsställen med avhämtning. Sådana särskilda hänsyn bör också tas för verksamheter som är belägna i t.ex. ett köpcentrum som stängs. I en sådan situation åligger det den som är verksamhetsansvarig för köpcentret att se till att allmänheten ges tillträde till de verksamheter som behöver vara öppna.

Mot denna bakgrund förbereddes under covid-19-pandemin med stöd av covid-19-lagen en förordning med föreskrifter som skulle gälla för det fall gallerior och varuhus behövde stängas. Genom föreskrifterna gjordes undantag för livsmedelsbutiker, apotek, hälso-, sjukvårds- och tandvårdsinrättningar, och särskilt samhällsviktig verksamhet som var belägna i gallerior och varuhus. Även Systembolaget undantogs med motiveringen att Systembolaget har ensamrätt på försäljning av alkoholhaltiga drycker i Sverige, vilket innebär att de i enlighet med svensk alkoholpolitik ska främja folkhälsan genom att minska alkoholens skadeverkningar. En stängning skulle

innebära en ökad risk för handel med smuggelsprit och annan olovlig försäljning i strid med alkohollagen.

Vad som avsågs med särskilt samhällsviktig verksamhet fick avgöras i det enskilda fallet och viss ledning kunde hämtas från Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) Vägledning för identifiering av samhällsviktig verksamhet.[115]

Det är utredningens mening att liknande överväganden behöver göras också vid tillämpningen av de bestämmelser om stängning av verksamheter som vi nu föreslår.

Regeringen bör få delegera viss föreskriftsrätt

Lagen kan komma att tillämpas på smittämnen som i dag är okända eller som är nya varianter av kända smittämnen. Det är i båda fallen troligt att det under en inte obetydlig tid kommer att saknas kunskap om smittämnet, spridningssätt, riskmiljöer, riskgrupper och så vidare för att i detalj kunna bedöma vilka smittskyddsåtgärder som kan vara verksamma. I takt med att kunskaperna om smittämnet ökar kan föreskrifterna behöva ändras med kort varsel. Detsamma gäller om det epidemiologiska läget snabbt förändras.

Den nya lagen bör ge utrymme för en träffsäker reglering som inte i onödan och inte under längre tid än nödvändigt begränsar de verksamheter som omfattas. Enligt utredningen framstår det därför som ändamålsenligt att föreskrifter om krav på smittskyddsåtgärder ska kunna meddelas även på lägre normnivå än lag. Utredningen anser därför att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela vissa ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärder som ska vidtas i fritids- och kulturverksamheter, på handelsplatser och på serveringsställen. Det ligger nära till hands att ge ett sådant bemyndigande till Folkhälsomyndigheten som är expertmyndighet inom smittskyddet och ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå. Förslaget ger även utrymme för regeringen att bemyndiga t.ex. länsstyrelserna att meddela föreskrifter om särskilda begränsningar på regional nivå.

[115] Socialdepartementet. Promemoria Särskilda begränsning för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963). 2020, s. 28.

Med hänsyn till att föreskrifter om stängning utgör mycket ingripande åtgärder bör sådana föreskrifter inte omfattas av möjligheten till subdelegation.

Begreppen besökare och deltagare

Med begreppen besökare och deltagare bör som angetts ovan i avsnitt 9.10 avses personer ur allmänheten som besöker eller deltar i en verksamhet.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

I sådana verksamheter som vi här har föreslagit ska kunna regleras kan det förekomma allmänna sammankomster och offentliga tillställningar enligt ordningslagen. Våra överväganden för vad som då ska gälla finns i avsnitt 9.12.5.

9.12.2 Religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten

Förslag: Regeringen får meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av trossamfund som bedriver en religiös verksamhet. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet besökare och deltagare,
2. minsta avstånd mellan besökare och deltagare, och
3. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Regeringen får delegera rätten att meddela sådana föreskrifter till den myndighet som regeringen bestämmer.

Bedömning: Det bör inte införas någon möjlighet att begränsa öppettider eller helt stänga religiösa verksamheter.

Behovet av föreskrifter

Konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan minskas om förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att sjukdomen sprids mellan människor minskas. Det kan ske om människor som normalt inte träffas inte kommer samman alls eller träffas på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende.

Vid sidan av de verksamheter som omfattas av förslagen i avsnitt 9.12.1 kan sådana riskfyllda kontakter förekomma även inom trossamfunds religiösa verksamhet till vilken allmänheten har tillträde. Den verksamhet som avses här kan dels bestå i att trossamfundets lokaler står öppna för besökare för t.ex. enskild bön, dels annan religiös verksamhet som utan att vara en allmän sammankomst (se nedan) är öppen för allmänheten. Sådan verksamhet var inte på motsvarande sätt reglerad i covid-19-lagen. Det finns enligt utredningens mening ett behov av att inkludera även sådan verksamhet i den beredskapslagstiftning som vi föreslår för att säkerställa att smittskyddsåtgärder vid behov vidtas i dessa miljöer.

Utredningen anser därför att föreskrifter ska få meddelas om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av trossamfund som bedriver en religiös verksamhet som är öppen för allmänheten. Det är således fråga om verksamheter främst i kyrkor, moskéer, synagogor och på andra religiösa platser.

Föreskrifter om skyldighet att vidta åtgärder behöver inte omfatta all verksamhet. Föreskrifterna kan, med beaktande av det epidemiologiska läget, inskränkas till vissa typer av sådana verksamheter som medför särskilt stora risker för smittspridning. I avsnitt 9.13.1 anger vi vilka faktorer som särskilt ska beaktas vad gäller risken för smittspridning.

Allmänna sammankomster för religionsutövning omfattas inte av bestämmelsen

Den föreslagna bestämmelsen innebär att det kan ställas krav på trossamfund att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i sin religiösa verksamhet. Ett stående inslag i religiös utövning hos trossamfunden är gudstjänster och liknande sammankomster. Även om en sådan sammankomst i dagligt tal kan kallas religiös verksamhet,

utgör den i juridisk mening en allmän sammankomst enligt ordningslagen och har som sådan en särskild ställning. Begreppet religiös verksamhet så som det används i den föreslagna lagen omfattar således inte sådana sammankomster. Detta framgår av den definition av religiösa verksamheter som vi föreslagit i avsnitt 9.10. Senare i detta kapitel redovisar vi våra överväganden och förslag kring vad som bör gälla för allmänna sammankomster (avsnitt 9.12.5).

Vidare bör framhållas att om verksamheten i t.ex. en kyrka i någon del består av handel eller servering kan föreskrifter som meddelats gällande handelsplatser eller serveringsställen bli tillämpliga.

Motsvarande åtgärder som för annan verksamhet bör få föreskrivas men inte begränsning av öppettider och stängning

Som vi konstaterar senare i det här kapitlet när vi redogör för våra överväganden om begränsningar av allmänna sammankomster kan begränsningar av allmänna sammankomster få betydelse för möjligheten för människor att genom möten t.ex. utöva sin religion och att noggranna överväganden därför behöver göras vid utformningen av sådana föreskrifter (avsnitt 9.12.6). Även när det gäller religiös verksamhet som inte utgör sådana allmänna sammankomster finns det skäl att göra noggranna överväganden i dessa avseenden.

Platser för religionsutövning fyller en viktig funktion i många människors liv, inte minst i tider av kris så som en pandemi eller annan omfattande smittspridning kan vara. Religionsfriheten så som den kommer till uttryck i 2 kap. 1 § första stycket sjätte punkten regeringsformen är absolut och innebär att var och en gentemot det allmänna är försäkrad frihet att ensam eller tillsammans med andra utöva sin religion. I samband med att bestämmelsen i regeringsformen om religionsfriheten fick sin nuvarande lydelse konstaterades att uppgiften att utforma grundlagsregler till skydd för religionsfriheten är förbunden med särskilda svårigheter, vilka har sin grund i att denna frihet innehåller betydande moment av andra fri- och rättigheter. Religionsfriheten anses t.ex. normalt innefatta inte bara en frihet att hysa viss religiös övertygelse och att enskilt utöva religion utan också frihet att sprida och ta del av religiös förkunnelse, att anordna och delta i gudstjänster samt att bilda och medverka i religiösa sammanslutningar. Det framhölls att samtidigt som det är angeläget att bereda dessa särskilda inslag i religionsfriheten ett till-

fredsställande skydd är det självklart att reglerna om religionsfriheten inte får hindra att de bestämmelser som i allmänhet gäller för begränsning av yttrande-, informations-, mötes-, demonstrations- och föreningsfriheterna är tillämpliga också när dessa friheter utövas i religiösa sammanhang. Som exempel nämndes att det är angeläget att under en epidemi kunna hindra sammankomster där smitta kan spridas, vare sig det är fråga om gudstjänster, teaterföreställningar eller politiska möten.[116]

Det fördes samtidigt en diskussion om även religionsfriheten därför borde göras begränsningsbar. Det ansågs exempelvis att det går att få en felaktig uppfattning om skyddets styrka och om religionsfriheten gjordes begränsningsbar skulle det ge en riktigare bild av rättsläget. Det framhölls dock också att de moment i religionsfriheten som inte hämtar inslag från övriga opinionsfriheter, främst friheten till enskild religionsutövning, inte bör kunna underkastas några särskilda begränsningar. Det ansågs inte heller finnas någon anledning att tillåta sådana begränsningar av religionsfriheten som utgörs av inskränkningar i rätten att yttra sig, ta del av yttranden, anordna och delta i möten eller att bilda sammanslutningar just i religiösa sammanhang.[117]

Det är utredningens bedömning att religionsfriheten inte i sig hindrar att trossamfund åläggs att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i form av att begränsa antalet som samtidigt får vistas i en lokal eller i en del av en lokal, att tillse att de som besöker lokalen eller på annat sätt deltar i verksamheten håller avstånd och att i den fysiska miljön t.ex. använda smittskyddsbarriärer när så är lämpligt. Föreskrifter med krav på trossamfund att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör dock inte omfatta begränsningar av öppettider eller innebära möjligheter att helt stänga sådana religiösa verksamheter.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att regeringen ska få meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av trossamfund som bedriver religiös verksamhet. Sådana föreskrifter ska få innebära krav på begränsning av antalet besökare och deltagare, minsta avstånd mellan besökare och deltagare, och andra åtgärder för att motverka smittspridning. Också när det gäller sådana åtgärder bör dock beaktas att åtgärderna aldrig får utfor-

[116] Prop. 1975/76:209 s. 114.
[117] Prop. 1975/76:209 s. 115.

mas på ett sådant sätt att religionsfriheten så som den kommer till uttryck i regeringsformen begränsas (se även kapitel 12).

Regeringen bör få delegera föreskriftsrätten

Av samma skäl som anges i avsnitt 9.12.1 bör regeringen ha möjlighet att delegera föreskriftsrätt till den myndighet som regeringen bestämmer.

Begreppen besökare och deltagare

Med begreppen besökare och deltagare bör som angetts ovan i avsnitt 9.10 avses personer ur allmänheten som besöker eller deltar i en verksamhet.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

I sådan religiös verksamhet som det föreslagna bemyndigandet omfattar kan det, som vi redan konstaterat, förekomma allmänna sammankomster för religionsutövning, men även andra allmänna sammankomster och offentliga tillställningar enligt ordningslagen. Våra överväganden för vad som ska gälla för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar finns i avsnitt 9.12.5.

9.12.3 Kollektivtrafik och inrikes flyg

Förslag: Regeringen får meddela föreskrifter om att den som bedriver eller organiserar verksamhet i form av kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik, ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet resenärer på färdmedel,
2. begränsning av antalet resenärer i lokaler eller på områden som är avsedda att användas av resenärer, och
3. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Regeringen får delegera rätten att meddela sådana föreskrifter till den myndighet som regeringen bestämmer.

Bedömning: Det bör inte införas någon möjlighet att förbjuda kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller att begränsa under vilka tider sådan trafik får bedrivas.

Behovet av föreskrifter

Konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan minskas om förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att sjukdomen sprids mellan människor minskas. Det kan ske om människor som normalt inte träffas inte kommer samman alls eller träffas på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende.

Kollektivtrafik är en sådan miljö där människor som normalt inte träffas kan komma i nära kontakt med varandra. På längre sträckor kan det bli tal om en mer långvarig samvaro vilket också kan öka risken för smittspridning för sådana smittämnen som vi bedömt kan komma i fråga för att omfattas av lagen. Det finns därför ett behov av att inkludera kollektivtrafik i den beredskapslagstiftning som vi här föreslår.

Kollektivtrafik och inrikes flyg omfattades av covid-19-lagen

Covid-19-lagen innehöll bemyndiganden att föreskriva om smittskyddsåtgärder avseende kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, liksom lokaler eller områden som var avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik. Begreppet kollektivtrafik som det definieras i lagen (2010:1065) om kollektivtrafik ansågs inte träffa alla former av kollektivtrafik som behövde regleras. Avsikten var i stället att ge begreppet kollektivtrafik i covid-19-lagen en så vidsträckt innebörd som möjligt. Begreppet omfattade som utgångspunkt trafik med allmänna färdmedel. Detta inkluderade enligt vad regeringen uttalade i propositionen

– regional kollektivtrafik som regioner och kommuner ansvarar för och som bedrivs med t.ex. buss, spårvagn, tunnelbana, pendeltåg och båt,
– kommersiell kollektivtrafik, t.ex. taxitrafik och långväga tågtrafik,
– färdtjänst, riksfärdtjänst, sjukresor och skolskjuts och
– färjetrafiken mellan Gotland och fastlandet.

Även kollektivtrafik över landsgränser omfattades. Vidare omfattade inrikes flygtrafik men däremot inte internationell flygtrafik. För lokaler eller områden som var avsedda att användas av resenärer gjordes dock inte motsvarande skillnad. Även sådana lokaler eller områden som utnyttjades av resenärer i internationell flygtrafik omfattades således.[118] Regleringen omfattade dock inte annan yrkesmässig persontrafik än kollektivtrafik och flygtrafik, t.ex. chartertrafik med buss.

Den nya lagen bör omfatta samma kollektivtrafik och flygtrafik som covid-19-lagen

Det ligger i sakens natur att det inte i detalj går att förutse hur en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning kan komma att drabba samhället. Som vi konstaterat tidigare är det för utredningen fråga om att ta fram en lagstiftning som stärker beredskapen inom smittskyddet. Samhället kan också, om och när det blir aktuellt att börja tillämpa den lag som vi föreslår, se ut på ett annat sätt än i dag. Det torde bland annat gälla sätten vi färdas på kollektivt.

Mot denna bakgrund anser utredningen att begreppet kollektivtrafik bör ges samma innebörd som i covid-19-lagen. Avsikten är alltså att ge begreppet kollektivtrafik en så vidsträckt innebörd som möjligt. Begreppet bör som utgångspunkt omfatta trafik med allmänna färdmedel. Detta inkluderar regional kollektivtrafik som regioner och kommuner ansvarar för och som bedrivs med t.ex. buss, spårvagn, tunnelbana, pendeltåg och båt, kommersiell kollektivtrafik, t.ex. taxitrafik och långväga tågtrafik, färdtjänst, riksfärdtjänst,

[118] Prop. 2020/21:79 s. 42 och 43.

sjukresor, skolskjuts och färjetrafik, t.ex. mellan Gotland och fastlandet. Även kollektivtrafik över landsgränser bör omfattas.

Även vad gäller flygtrafik är de överväganden som gjordes i samband med covid-19-lagen alltjämt relevanta. Det är förenat med betydande svårigheter att genom nationell reglering införa vissa typer av krav på smittskyddsåtgärder i internationell flygtrafik. Lagen bör därför begränsas till att enbart avse inrikes flygtrafik.

Även begreppen lokaler eller områden bör inkluderas i lagstiftningen och ges samma innebörd som i covid-19-lagen. Det avser således bl.a. perronger, vänthallar och stationshus.

Som framgår av avsnitt 9.10 bör begreppet verksamheter omfatta kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, inklusive lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik.

Beläggningen i kollektivtrafik och flygtrafik är beroende av många samspelande faktorer. Under covid-19-pandemin hade det ökade arbetet hemifrån och distansstudier stor påverkan på antalet resenärer. Även begränsning av t.ex. handelsplatser, serveringsställen, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar torde ha haft en betydande sammantagen inverkan på beläggningen i kollektivtrafiken. Beläggningen skiljer sig också mycket åt mellan olika trafikslag och mellan storstäder och glesbygd. För att åtgärderna ska vara proportionerliga är det viktigt att föreskrifter som avser kollektivtrafik eller inrikes flyg föregås av överväganden kring den regionala och lokala epidemiologiska situationen så att inte fler geografiska områden eller trafikslag än nödvändigt omfattas (se avsnitt 9.13.2 om geografiska inskränkningar), och att trafikslag inte i onödan begränsas.

Föreskrifter om skyldighet att vidta åtgärder behöver inte omfatta alla verksamheter som anges i bemyndigandet. Föreskrifterna kan, med beaktande av det epidemiologiska läget, inskränkas till vissa typer av sådana verksamheter som medför särskilt stora risker för smittspridning. I avsnitt 9.13.1 anger vi vilka faktorer som särskilt ska beaktas vad gäller risken för smittspridning.

Vilka åtgärder som bör få föreskrivas

Risk för spridning av de smittämnen som lagen kommer att kunna omfatta uppstår när människor är nära varandra. Även andra faktorer än avstånd har betydelse, t.ex. den tid under vilken exponeringen pågår. Smittspridning kan också ske t.ex. via förorenade ytor eller händer.

Kollektivtrafik och flygtrafik kan vara av olika slag och t.ex. variera i fråga om det är möjligt att platsboka biljetter eller inte. Vid flygtrafik och längre resor med tåg eller buss är platsbokning det vanligaste, medan motsatsen gäller i t.ex. stadsbussar, spårvagn och tunnelbana.

Föreskrifterna bör få innebära krav på att begränsa antalet resenärer på färdmedel. Motsvarande bör gälla i lokaler eller på områden som är avsedda att användas av resenärer. Det är dock angeläget att föreskrifter går att efterleva och bedriva tillsyn över. Möjligheterna att styra hur många som befinner sig ombord är större på sådana resor som huvudsakligen eller uteslutande har platsbokning. Inom flygtrafiken och den långväga kollektivtrafiken säljs typiskt sett biljetter i förväg genom olika former av planerings- och bokningssystem. Flygföretag och kollektivtrafikföretag verksamma på denna del av marknaden har därför bra möjlighet att i förväg påverka och kontrollera antalet resenärer i trafiken. Det är i flera andra former av kollektivtrafik förknippat med praktiska svårigheter att tillämpa föreskrifter som innebär fasta numerära gränser avseende ett visst färdmedel eller en viss vagn. Ett exempel är att det inte torde vara möjligt att räkna hur många som går av eller på ett tåg eller tunnelbanetåg vid ett uppehåll vid en station med mindre än att trafiken bakom stannar upp, orsakar förseningar i körschemat och möjligen orsakar större folksamlingar på annat håll. Många trafikoperatörer har därtill begränsat med eller ingen personal ombord. En beräkning av antalet tillåtna resenärer baserat på antalet tillgängliga sittplatser kan medföra följder som inte är ändamålsenliga ur ett smittskyddsperspektiv. Om antalet sittplatser varierar mellan färdmedel eller vagnar som i övrigt är lika stora och har i övrigt samma förutsättningar blir följden av sådana föreskrifter att utglesningen blir mindre i den del där möbleringen är tätare. Om bemyndigandet utnyttjas till att besluta föreskrifter som innebär att en numerär gräns ska räknas fram eller gälla så bör dessa inskränkas till sådana trafikslag eller lokaler

eller områden där det är praktiskt möjligt att efterleva bestämmelserna. I andra fall kan föreskrifter som är mer allmänt hållna vara att föredra.

Större knutpunkter har ett stort antal in- och utgångar som, för att en viss numerär ska kunna hållas, måste bevakas och stämmas av mot varandra. Det är inte heller är möjligt att på förhand veta hur många som går av vid en viss hållplats som är innesluten i en stationsbyggnad och därmed ökar antalet resenärer i lokalerna. Därtill har en aktör normalt ansvar för bedrivande av trafiken och en annan har rådighet över anslutande lokaler såsom perronger och vänthallar. En ytterligare faktor att beakta är att resenärer som går ombord sent på t.ex. en busslinje riskerar att drabbas hårdare av regleringen genom att t.ex. inte kunna ta sig till arbete eller annan sysselsättning eller göra nödvändiga inköp.

Vilka smittskyddsåtgärder som kan bli aktuella kan variera bl.a. i takt med att kunskapsläget om smittämnet i fråga förbättras. Därför bör det finnas utrymme att föreskriva om krav på andra åtgärder för att motverka smittspridning. Liksom för andra verksamheter som omfattas av lagen är det alltså inte fråga om en uttömmande uppräkning i bemyndigandet. Andra åtgärder kan t.ex. avse begränsningar i vänthallar där möbler kan behöva flyttas eller spärras av för att underlätta för resenärer att hålla avstånd. Det kan vidare handla om krav på markeringar i golvet och ommöbleringar. I de fall det inte är möjligt att föreskriva om en fast begränsning av antalet resenärer kan det i stället vara lämpligt att föreskriva om krav på skyltning som t.ex. uppmanar resenärer att resa på tider då beläggningen kan antas vara lägre än i rusningstid eller välja andra färdsätt. Ytterligare exempel på andra smittskyddsåtgärder är att ha särskilda rutiner för in- och utpassage. De sjukdomar som kommer att kunna omfattas av lagen kan även komma att smitta indirekt, t.ex. via förorenade ytor eller händer, även om det inte är troligt att sådan indirekt smittspridning kommer att vara drivande. Föreskrifterna bör därför även kunna innebära krav på åtgärder som minskar sådan smittspridning, t.ex. krav på rengöring av ytor eller erbjudande av handdesinfektion.

Särskilt om ekonomisk ersättning för upprätthållande av turtäthet

En särskild åtgärd som kan minska risken för smittspridning i kollektivtrafik och anslutande lokaler och områden handlar om trafiktätheten. Att köra trafik i en omfattning som inte egentligen är motiverad med hänsyn till resenärsunderlaget framstår under en pandemi som en möjligt effektiv åtgärd för att motverka risken för smittspridning. Även en sådan åtgärd kan dock vara förknippad med problem, t.ex. till följd av personalbrist eller genom att kapaciteten i trafiknätet redan är maximerad.

Under covid-19-pandemin beslutade regeringen förordningen (2020:713) om ersättning till regionala kollektivtrafikmyndigheter för minskade biljettintäkter under utbrottet av covid-19. Syftet med ersättningen enligt förordningen var att de regionala kollektivtrafikmyndigheterna skulle upprätthålla kollektivtrafiken i sådan omfattning att trängsel och därmed ökad smittspridning undveks. Trafikverket handlade ansökningarna och utbetalningarna av ersättningen. Förordningen beslutades med stöd av regeringens restkompetens i 8 kap. 7 § regeringsformen. Något särskilt bemyndigande i den nya lagen för att möjliggöra en motsvarande förordning i händelse av en framtida omfattande smittspridning eller pandemi bedöms därför inte vara nödvändigt.

Begreppet resenär

Med begreppet resenär bör avses personer ur allmänheten som reser med kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik. Det är normalt fråga om de personer som ombord behöver biljett för att resa. Begreppet bör också omfatta personer ur allmänheten som nyttjar lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik och flygtrafik.

Vem som bör vara ansvarig för att vidta åtgärder

I kollektivtrafik, inrikes flygtrafik och i anslutande lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer finns flera aktörer med olika uppdrag och ansvar. Redan av uttrycket bedriver eller

organiserar kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik följer att det kan bli fråga om olika aktörer. Det kan dels vara fråga om operatören av trafiken, dels den som ansvarar för trafiken och upphandlar sådana tjänster.

Föreskrifter kan också riktas mot den som ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik. Som ansvarig för att vida åtgärder bör den betraktas som i egenskap av ägare eller på någon annan grund disponerar över lokalen eller området och har möjlighet att vidta smittskyddsåtgärder. Det kan vara fråga om samma aktör som är ansvarig för att vidta smittskyddsåtgärder på färdmedlet, eller någon annan, t.ex. en fastighetsägare.

I sådana lokaler och områden kan det också finnas verksamheter som träffas av andra föreskrifter enligt den lag vi föreslår, t.ex. serveringsställen eller handelsplatser. Om sådana verksamheter är avgränsade eller på annat sätt tydligt går att separera från lokalen eller området i övrigt, bör de föreskrifter gälla som gäller för den verksamhet som bedrivs inom det område som är avgränsad eller separerad. Om t.ex. ett serveringsställe i stället är en integrerad del av lokalen eller området i övrigt, gäller föreskrifterna som gäller för lokalen eller området.

Frågan om vem föreskrifterna enligt det nu aktuella bemyndigandet bör riktas mot bör mot denna bakgrund vara beroende av vilka samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som aktualiseras och får prövas inom ramen för beredningen av det ärende där sådana föreskrifter övervägs.

Det bör inte införas någon möjlighet att begränsa den tid under vilken trafiken bedrivs eller att föreskriva om förbud

I covid-19-lagen fanns en möjlighet för regeringen, om andra smittskyddsåtgärder bedömdes otillräckliga, att meddela föreskrifter om att kollektivtrafik och inrikes flygtrafik inte fick bedrivas. Förbudet fick dock enligt uttalanden i propositionen inte vara undantagslöst. Regeringen anförde mot bakgrund av att kollektivtrafik kan vara samhällsviktig verksamhet att det, med hänsyn till kravet på proportionalitet, inte borde komma i fråga att införa ett generellt förbud som gäller under en längre tid. Det borde inte heller komma i fråga att införa förbud mot sådan trafik som tillgodoser rättigheter

som regleras i lag, t.ex. färdtjänst.[119] Möjligheten att föreskriva om förbud utnyttjades inte av regeringen.

Det kan inte uteslutas att en framtida pandemi blir än allvarligare än covid-19-pandemin. Som anförts tidigare bör man dock kunna räkna med att det med ökande allvarlighet följer en större individuell anpassning, särskilt initialt, vilket kan innebära att den som har möjlighet undviker miljöer där smittspridning kan förekomma. Kollektivtrafik och inrikes flygtrafik är vidare verksamheter som på flera sätt skiljer sig från andra företeelser som vi föreslår ska kunna regleras. Det är inte sällan fråga om samhällsviktig verksamhet och inte typiskt sett platser som nyttjas för förströelse. Utredningen bedömer att ytterligare undantag än för sådan trafik som tillgodoser rättigheter som regleras i lag skulle vara nödvändiga om en möjlighet till förbud av kollektivtrafik infördes. Det skulle t.ex. kunna behövas undantag för personal som arbetar inom samhällsviktig verksamhet såsom hälso- och sjukvård, transport, brottsbekämpning och räddningstjänst, undantag för vissa resor till vård som inte kan anstå och för resor som behöver företas i rena nödsituationer. Ett förbud skulle också medföra betydande praktiska problem för personer som är beroende av kollektivtrafik för att ta sig till sådan sysselsättning som inte kvalificeras som samhällsviktig men som inte kan bedrivas på distans. För tillsynens vidkommande skulle det krävas att det med kort varsel infördes ett system för att utfärda och kontrollera gällande undantag. Sammantaget anser utredningen att konsekvenserna av ett förbud, om än bara tillfälligt, mot kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik skulle kunna få negativa effekter som framstår som oöverblickbara. Det bör därför inte införas en sådan möjlighet i den nya lagen.

Som vi konstaterat ovan kan en effektiv smittskyddsåtgärd inom en verksamhet som kollektivtrafik vara att trafiken körs i normal kapacitet eller till och med i större omfattning än normalt. Vidare torde de övriga bemyndiganden som vi föreslår avseende t.ex. serveringsställen och allmänna sammankomster och offentliga tillställningar indirekt påverka antalet resenärer i kollektivtrafiken under vissa tider på dygnet. Mot denna bakgrund anser utredningen att det inte heller finns skäl att införa bemyndiganden att begränsa den tid under vilken kollektivtrafik får bedrivas.

[119] Prop. 2020/21:79 s. 100.

Regeringen får delegera föreskriftsrätt

Av samma skäl som anförts i avsnitt 9.12.1 gällande bl.a. serveringsställen anser utredningen att regeringen bör få bemyndiga en myndighet som regeringen bestämmer att meddela vissa ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärder som ska vidtas på platser för kollektivtrafik och inrikes flygtrafik.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

I kollektivtrafik eller i sådana lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer som vi här har föreslagit ska kunna regleras kan det förekomma allmänna sammankomster och offentliga tillställningar enligt ordningslagen. Våra överväganden för vad som då ska gälla finns i avsnitt 9.12.5.

9.12.4 Upplåtelser för privata sammankomster

Förslag: Regeringen får meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av den som yrkesmässigt använder eller, direkt eller indirekt, upplåter en lokal, ett område eller ett utrymme för en tillställning eller någon annan privat sammankomst. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare,
2. minsta avstånd mellan deltagare,
3. begränsning av tiden för sammankomsten, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Regeringen får delegera rätten att meddela sådana föreskrifter till den myndighet regeringen bestämmer.

Regeringen får föreskriva att den som omfattas av sådana föreskrifter på förhand ska anmäla sådana tillställningar och privata sammankomster till länsstyrelsen. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva om de övriga villkor som ska gälla för en sådan anmälan.

Om åtgärderna bedöms otillräckliga får regeringen meddela föreskrifter om förbud mot sådan användning och upplåtelse.

Behovet av föreskrifter

Konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan minskas om förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att sjukdomen sprids mellan människor minskas. Det kan ske om människor som normalt inte träffas inte kommer samman alls eller träffas på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende.

Fester och andra större tillställningar är företeelser som kan samla många deltagare och som därmed kan utgöra risk för spridning av den slags smittämne som vi bedömer kan få en omfattande smittspridning. Erfarenheterna från covid-19-pandemin bekräftar enligt utredningens uppfattning detta.

Tyngdpunkten för de förslag som vi i övrigt lämnar i detta kapitel avser verksamheter som är öppna för allmänheten, samt allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Enskildas hem och miljöer som inte typiskt sett är öppna för allmänheten, t.ex. arbetsplatser och skolor, hålls utanför denna reglering (se avsnitt 9.22). Starka smittskyddsskäl talar dock för att större privata fester och andra större privata tillställningar som äger rum i lokaler som hyrts eller lånats för ändamålet dock bör omfattas av det allmännas möjlighet att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Det bör mot den bakgrunden införas en möjlighet att meddela föreskrifter om smittskyddsåtgärder som omfattar tillställningar och privata sammankomster i sådana lokaler, områden eller utrymmen.

Uttrycket tillställningar eller någon annan liknande privat sammankomst i covid-19-lagen

Av propositionen till covid-19-lagen framgår att med tillställningar och andra privata sammankomster avsågs bl.a. middagar, fester med anledning av högtider eller födelsedagar och studentfester. Lagrådet ifrågasatte om en allmänspråklig tolkning av uttrycket kunde ges en så begränsad innebörd och tog upp exemplen föredrag och spelturneringar. Regeringen ansåg att spelturneringar i många fall kunde omfattas, medan ett föredrag inte typiskt sett kan anses omfattas. Regeringen betonade dock att även om en viss sammankomst föll utanför bestämmelsens tillämpningsområde innebar det inte att det från smittskyddssynpunkt var lämpligt att anordna eller delta i sam-

mankomsten, och hänvisade till de allmänna råden som då gällde om att begränsa nya nära kontakter genom att endast umgås med de personer som man normalt träffar, exempelvis de man bor tillsammans med eller några få vänner och närstående utanför hushållet.[120]

I samband med att bemyndigandet användes och föreskrifter infördes i begränsningsförordningen uttalades i promemorian som låg till grund för förordningen att med hänvisning till regeringens uttalande i propositionen var huvudsyftet med de sammankomster som omfattas det sociala umgänget. Det innebar att bröllopsfester och dopfester omfattas, men inte vigsel- eller dopceremonier och begravningar.[121] Det framkom senare att denna avgränsning gjorde tillämpningen av begränsningsförordningen otydlig, framför allt vad som gällde för borgliga begravningar. I samband med andra ändringar i den förordningen förtydligades det därför i förordningens bestämmelser om platser för privata sammankomster att med uttrycket tillställning eller någon annan liknande privat sammankomst avses inte en begravningsceremoni. Det framhölls dock i promemorian som låg till grund för ändringen att även begravningsceremonier som inte omfattas av bestämmelserna i begränsningsförordningen omfattas av de då gällande föreskrifter och allmänna råden från Folkhälsomyndigheten om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19.[122]

Uttrycket bör justeras för att omfatta något fler privata sammankomster

Följden av att utesluta begravningsceremonier från tillämpningsområdet för bemyndigandet om smittskyddsrestriktioner för privata sammankomster blev dock, så som covid-19-lagen var utformad, att religiösa begravningsceremonier kunde begränsas i och med att de är allmänna sammankomster, medan borgerliga begravningsceremonier inte kunde omfattas av restriktioner. Utredningen anser att detta inte är en rimlig följd att föra vidare till den författningsberedskap som vi nu föreslår.

[120] Prop. 2020/21:79 s. 47, 48 och 101.
[121] Socialdepartementet. Promemoria Särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963), s. 18.
[122] Socialdepartementet. Promemoria Ändringar i begränsningsförordningen (S2021/01524), 2021, s. 20 och 21.

Som framgår nedan i avsnitt 9.12.6 föreslår vi att det tydligt ska framgå av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder att särskilda överväganden ska göras när det är fråga om att begränsa allmänna sammankomster, bl.a. utifrån aspekten att sådana begränsningar kan innebära inskränkningar i rätten att mötas för att tillsammans utöva sin religion. Ett sätt att ytterligare undvika att begravningsceremonier, oavsett om de är av religiös eller borgerlig natur, begränsas eller helt förbjuds skulle kunna vara att undanta sådana allmänna sammankomster från bemyndigandena om att begränsa eller helt förbjuda allmänna sammankomster som vi föreslår i avsnitt 9.12.5. Något sådant undantag finns dock inte i ordningslagen i fråga om de möjligheter som i dag finns att i syfte att motverka epidemi begränsa och förbjuda allmänna sammankomster (2 kap. 15 § ordningslagen). Det kan inte heller uteslutas att karaktären på smittämnet som författningsberedskapen avser att omfatta kan innebära att en begravningsceremoni utgör en särskilt riskfylld sammankomst. Mot denna bakgrund och med beaktande av den reglering som vi i avsnitten nedan föreslår ska omgärda begränsningar och förbud mot allmänna sammankomster, anser utredningen att något sådant undantag inte bör införas.

För att möjligheterna att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bli enhetliga också i fråga om begravningsceremonier föreslår vi i stället att bemyndigandet om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för privata sammankomster också bör omfatta t.ex. begravningsceremonier. För att markera denna mer omfattande betydelse bör ”liknande” tas bort ur uttrycket jämfört med hur bestämmelsen i covid-19-lagen var utformad. Enligt vårt förslag ska bemyndigandet således omfatta den som yrkesmässigt använder eller, direkt eller indirekt, upplåter en lokal, ett område eller ett utrymme för ”en tillställning eller någon annan privat sammankomst”. Det bör dock här framhållas att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. En välavvägd proportionalitetsbedömning ska göras också när det är fråga om begränsningar av privata tillställningar och sammankomster.

Regleringen bör ta sikte på yrkesmässig användning och upplåtelse

Möjligheten att begränsa privata tillställningar och sammankomster bör som sagts ovan inte begränsas i större omfattning än nödvändigt. Precis som i covid-19-lagen bör det alltså vara fråga om sådana tillställningar och sammankomster som äger rum i lokaler som har hyrts eller lånats för ändamålet. Liksom i covid-19-lagen är således en lämplig avgränsning i detta avseende att användningen eller upplåtelsen görs inom ramen för en verksamhet som bedrivs yrkesmässigt. Ordet yrkesmässigt bör förstås på samma sätt som i 13 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229). Det innebär att verksamheten ska bedrivas regelbundet och varaktigt samt att den ska ha viss omfattning. Detta innebär att den föreslagna regleringen exempelvis omfattar verksamhet som bedrivs av aktiebolag, handelsbolag, enskilda näringsidkare, ekonomiska föreningar, ideella föreningar, stiftelser och trossamfund, under förutsättning att den verksamhet som bedrivs är att anse som yrkesmässig. Även verksamhet som bedrivs i offentlig regi är att betrakta som yrkesmässig. Däremot kommer rent privat verksamhet, t.ex. att en privatperson lånar ut sin bostad till en bekant, att falla utanför tillämpningsområdet. Helt privata fester, t.ex. en middagsbjudning i en privatpersons bostad, omfattas således inte heller av förslaget.[123]

Serveringsställen som när de är öppna för allmänheten kan omfattas av föreskrifter enligt det bemyndigande som beskrivs i avsnitt 9.12.1. Sådana ställen omfattas av det bemyndigandet även när de är abonnerade. Detta bör gälla oavsett om enbart lokalen på serveringsstället hyrs ut eller om det även ingår t.ex. mat eller personal i hyran.

Något krav på vinstsyfte bör inte ställas

Utredningen anser att det inte bör ställas krav på att verksamheten bedrivs med vinstsyfte. Kravet på att verksamheten bedrivs yrkesmässigt innebär inte att användningen eller upplåtelsen som sådan måste vara yrkesmässig. Även en lokal, plats eller utrymme som hyrs ut några enstaka tillfällen per år bör omfattas. Exempel på lokaler som mot denna bakgrund bör omfattas är festlokaler som hyrs ut

[123] Se prop. 2020/21:79 s. 48.

på kommersiell grund, gemensamhetslokaler i hyres- och bostadsrättsfastigheter, föreningslokaler samt lokaler som tillhör universitet, högskolor och studentkårer. Med utrymmen avse t.ex. en buss eller en båt. En förutsättning är dock att lokalen används eller upplåts för en sådan tillställning eller någon annan liknande privat sammankomst som avses i bestämmelsen.

Även indirekt upplåtelse bör omfattas

För att motverka risken att föreskrifterna kringgås genom att upplåtelsen sker i ett eller flera led till någon som inte anses bedriva verksamhet yrkesmässigt och som i sin tur upplåter lokalen, området eller utrymmet, bör även indirekta upplåtelser omfattas av bestämmelsen. Precis som i covid-19-lagen bör detta uttryckligen framgå av bestämmelsen.

Vilka åtgärder som bör få föreskrivas

För att reglerna så långt som möjligt ska kunna utformas konsekvent mellan olika verksamheter är det angeläget att verksamheter som sinsemellan är lika i relevanta avseenden kan regleras på likartat sätt. De platser, lokaler och utrymmen som det här kan bli fråga om liknar i många fall serveringsställen. Liksom för serveringsställen bör det därför införas möjligheter till begränsning av antalet besökare, minsta avstånd mellan besökare och andra åtgärder för att motverka smittspridning och begränsning av tiden för tillställningen eller sammankomsten. Vad andra åtgärder kan innefatta kan komma att variera (se avsnitt 9.12.1).

En särskild svårighet som kan uppstå när det handlar om privata tillställningar och sammankomster är dock tillställningens eller sammankomstens natur. Till skillnad från gästerna på ett serveringsställe kan en privat tillställning eller sammankomst till sin natur vara sådan att det inte är fråga om olika mindre sällskap som på ett naturligt sätt kan hålla avstånd till varandra. Syftet med en privat tillställning eller sammankomst är i många fall just att samtliga inbjudna ska komma samman och umgås med varandra. Detta bör tas hänsyn till vid utformningen av föreskrifter för sådana tillställningar och sammankomster.

En annan svårighet som uppmärksammades under pandemin var att i tillsynen identifiera vem som var ansvarig för en viss upplåtelse. Även detta bör tas hänsyn till vid utformningen av föreskrifterna.

Användning och upplåtelse för privata tillställningar och sammankomster bör också kunna förbjudas

Utredningen bedömer att det inte kan uteslutas att det epidemiologiska läget vid en framtida omfattande smittspridning tidvis kan komma att bli så allvarligt att det skulle vara en proportionerlig åtgärd att för viss tid förbjuda sådan användning eller upplåtelse av lokaler, områden och utrymmen för privata sammankomster som sker inom ramen för en yrkesmässig verksamhet. Lagen bör därför ge utrymme för en sådan åtgärd. Av detta följer att även mindre långtgående begränsningar kan vara en proportionerlig åtgärd. Lagen bör därför ge utrymme även för sådana föreskrifter. Regeringen bör mot denna bakgrund som en yttersta åtgärd få meddela föreskrifter om förbud mot att, inom ramen för en verksamhet som bedrivs yrkesmässigt, använda eller upplåta lokaler, områden eller utrymmen för tillställningar och andra liknande privata sammankomster.

Regeringen får delegera föreskriftsrätt som inte avser förbud

Av samma skäl som anförts ovan gällande bl.a. serveringsställen anser utredningen att regeringen bör få delegera rätten att meddela föreskrifter om smittskyddsåtgärder som ska vidtas av den som, inom ramen för en verksamhet som bedrivs yrkesmässigt, använder eller, direkt eller indirekt, upplåter en lokal, ett område eller ett utrymme för en tillställning eller någon annan liknande privat sammankomst.

Det ligger nära till hands att ge ett sådant bemyndigande till Folkhälsomyndigheten som är expertmyndighet inom smittskyddet och ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå. Förslaget ger även utrymme för regeringen att bemyndiga t.ex. länsstyrelserna att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder på regional nivå.

Med hänsyn till att föreskrifter om förbud utgör mycket ingripande åtgärder bör sådana föreskrifter inte omfattas av möjligheten till subdelegation.

En möjlighet till anmälningsförfarande bör införas

Erfarenheterna från pandemin indikerar att det finns ett behov att ge tillsynsmyndigheterna bättre möjligheter att få kännedom om när sådana platser, lokaler och utrymmen som omfattas av förslaget upplåts för en tillställning eller någon annan liknande privat sammankomst. Utredningen anser därför att det bör införas en möjlighet för regeringen att få föreskriva om att den som omfattas av en föreskrift om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder på platser för privata sammankomster enligt förslaget på förhand ska anmäla sådana sammankomster till länsstyrelsen i det län där sammankomsten ska hållas. Det som avses är en anmälan från upplåtaren och som innehåller information om den planerade sammankomsten som är tillräcklig för att länsstyrelsen ska kunna identifiera sammankomsten till datum, tid och plats och vem som är ansvarig för upplåtelsen.

Regeringen bör få föreskriva om de övriga villkor som ska gälla för en sådan anmälan. Sådana villkor kan t.ex. avse formerna för anmälan och tidpunkten för anmälan. Denna föreskriftsrätt bör regeringen få delegera till den myndighet som regeringen bestämmer.

9.12.5 Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

Förslag: Regeringen får meddela föreskrifter om att den som anordnar en allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare och besökare,
2. minsta avstånd mellan deltagare eller besökare,
3. begränsning av tiden för tillställningen, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Sådana föreskrifter får också avse lokaler, platser och utrymmen i anslutning till sammankomsten eller tillställningen och som anordnaren disponerar.

Regeringen får delegera rätten att meddela sådana föreskrifter.

Om åtgärderna bedöms otillräckliga får regeringen meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas.

Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar gäller också för en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls inom en verksamhet.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar ska regleras var för sig i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar regleras i ordningslagen

Med allmänna sammankomster avses i ordningslagen sammankomster som utgör demonstrationer eller som annars hålls för överläggning, opinionsyttring eller upplysning i allmän eller enskild angelägenhet, föreläsningar och föredrag som hålls för undervisning eller för att meddela allmän eller medborgerlig bildning, sammankomster som hålls för religionsutövning, teaterföreställningar, biografföreställningar, konserter och andra sammankomster för att framföra konstnärligt verk, samt andra sammankomster vid vilka mötesfriheten utövas (2 kap. 1 § första stycket ordningslagen). Cirkusföreställningar jämställs med allmänna sammankomster (2 kap. 2 § ordningslagen). För att en sammankomst ska anses som allmän krävs att den anordnas för allmänheten eller att allmänheten har tillträde till den eller att sammankomsten med hänsyn till de villkor som gäller för tillträde till den bör anses jämställd med en sådan sammankomst (2 kap. 1 § andra stycket ordningslagen). Att det vid en sammankomst förekommer mindre inslag av underhållning eller förströelse av annat slag än framförande av konstnärligt verk innebär inte att sammankomsten inte är att anse som en allmän sammankomst (2 kap. 1 § tredje stycket ordningslagen).

Med offentliga tillställningar avses tävlingar och uppvisningar i sport, idrott och flygning, danstillställningar, tivolinöjen och festtåg, marknader och mässor, samt andra tillställningar som inte är att anse som allmänna sammankomster eller cirkusföreställningar (2 kap. 3 § första stycket ordningslagen). För att en tillställning ska anses som offentlig krävs att den anordnas för allmänheten eller att allmänheten har tillträde till den. En tillställning till vilken tillträdet är begränsat genom krav på inbjudan, medlemskap i en viss förening eller annat villkor är dock att anse som en tillställning som allmänheten har tillträde till, om tillställningen uppenbarligen är en del av en rörelse vars verksamhet uteslutande eller väsentligen består i att anordna tillställningar av detta slag. Detsamma gäller om tillställningen med hänsyn till omfattningen av den krets som äger tillträde, de villkor som gäller för tillträdet eller andra liknande omständigheter är att jämställa med sådan tillställning (2 kap. 3 § andra och tredje styckena ordningslagen).

Enligt ordningslagen får regeringen meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas, om det är nödvändigt för att motverka epidemi (2 kap. 15 § ordningslagen). Som framgått tidigare i detta kapitel fyllde den möjligheten en viktig funktion under den inledande delen av pandemin och finns alltjämt kvar i ordningslagen.

Bemyndigandet i ordningslagen är inte ändamålsenligt

Även om ordningslagens bemyndigande om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas användes under pandemin konstaterades det att huvudsyftet med ordningslagen är att upprätthålla allmän ordning och säkerhet, inte att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Bemyndigandet utgår vidare från att de föreskrifter som får meddelas ska innebära ett förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Det ansågs därför lämpligt att i covid-19-lagen införa ett särskilt normgivningsbemyndigande som på ett tydligare sätt gav utrymme för att ställa krav på smittskyddsåtgärder. En annan brist som konstaterades var svårigheten att göra åtskillnad mellan olika typer av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar utifrån möjligheterna att bedriva en smittskyddssäker verksamhet. Ett närliggande

problem som uppmärksammades är att bemyndigandet i ordningslagen inte ger utrymme för mer detaljerade myndighetsföreskrifter om krav på smittskyddsåtgärder. Ordningslagen innehåller dessutom ett begränsat antal mekanismer för att upprätthålla åtgärder som avser allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, främst i form av tillståndskrav, polisiära befogenheter och straffrättsliga sanktioner. Det finns exempelvis inte några bestämmelser i ordningslagen om tillsyn eller vitesförelägganden.[124]

Det är utredningens bedömning att även i en sådan författningsberedskap som vi nu föreslår bör bemyndiganden om att meddela samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar vara utformade på ett annat sätt än bemyndigandet i ordningslagen. För en ändamålsenlig beredskap krävs enligt utredningens bedömning t.ex. att bemyndigandena för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar ger utrymme för att besluta om anpassade och ändamålsenliga åtgärder för att motverka smittspridning. Det är samtidigt viktigt att möjligheterna att begränsa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar tar hänsyn till särdragen hos dessa sammankomster och tillställningar, och på ett ändamålsenligt sätt ger utrymme för att så långt det är möjligt undvika att inskränka sådana grundläggande fri- och rättigheter som utövas i sammanband med dem.

I det följande kommer vi ytterligare beskriva särdragen hos allmänna sammankomster och offentliga tillställningar och redovisa vårt förslag till reglering av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vid dem. I avsnitt 9.20 föreslår vi vissa ändringar i ordningslagen, bl.a. att bemyndigandet om att förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka epidemi tas bort.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar skiljer sig på flera sätt från andra miljöer och verksamheter

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar skiljer sig på flera sätt från andra sammanhang där det kan uppstå ett behov av att förhindra folksamlingar av smittskyddsskäl. Det är fråga om ett brett spektrum av verksamheter som kan äga rum på många olika

[124] Prop. 2020/21:79 s. 30 och 31.

slags platser. Vidare är de inte sällan tillfälliga och kan därtill uppstå spontant.

Begränsningar av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar kan också påverka medborgarnas möjligheter att genom demonstrationer uttrycka sina åsikter, att genom möten utöva sin religion och att vid kulturevenemang använda sin yttrandefrihet. Sådana begränsningar får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och en begränsning får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar (2 kap. 1, 20, 21 och 24 §§ regeringsformen).

Begränsningar kan även påverka möjligheterna att bedriva näringsverksamhet och innebära ett ingrepp i egendomsskyddet och näringsfriheten. Sådana begränsningar får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag (2 kap. 17 § regeringsformen). Var och ens egendom är tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild genom expropriation eller något annat sådan förfogande eller tåla att det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen (2 kap. 15 § första stycket regeringsformen).

Erfarenheterna från covid-19-pandemin indikerar att de tillämpnings- och gränsdragningsproblem som uppstod i fråga om de trängselåtgärder som då vidtogs främst hade att göra med de allmänna sammankomsternas och offentliga tillställningarnas särdrag. Begränsningen av antalet deltagare, i den betydelse som begreppet har i ordningslagen, gav följder som inte alltid var konsekventa i smittskyddshänseende.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar kan vidare i vissa fall locka många människor och innebära stora folksamlingar och risk för smittspridning såväl på själva sammankomsten eller tillställningen som i anslutande utrymmen och t.ex. i kollektivtrafik. Särskilt hög är den risken i anslutning till allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar som äger rum inomhus och som förutsätter deltagarnas samtidiga närvaro vid ett givet tidsintervall, t.ex. konserter eller idrottsevenemang. Det är därför av vikt att det

finns möjlighet att anpassa smittskyddsåtgärder också till den typen av arrangemang.

Som anges närmare i såväl avsnitt 9.10 som i avsnitt 9.12.5 bör det understrykas att särskilda överväganden alltid behöver göras i fråga om proportionaliteten av begränsningar som begränsar grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Vid utformningen av föreskrifter för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar bör även särskilt beaktas att möjligheten till motion och idrott och en aktiv fritid är viktigt för folkhälsan, och särskilt viktig för barn. Åtgärderna som föreskrivs bör inte i onödan begränsa sådana aktiviteter som kan genomföras utan beaktansvärd risk för smittspridning.

Vilka åtgärder som bör få föreskrivas

Deltagar- och avståndsbegränsningar

Precis som vid de verksamheter som omfattas av den föreslagna lagen och som beskrivits tidigare i det här kapitlet uppstår risken för smittspridning när människor är nära varandra. Riskerna är större inomhus än utomhus och när människor vistas i varandras närhet under längre tid, jämfört med mer flyktiga kontakter. Smittspridning kan också ske t.ex. via förorenade ytor eller händer.

Föreskrifterna bör därför få innebära krav på att begränsa antalet deltagare och besökare som samtidigt får närvara vid den allmänna sammankomsten eller den offentliga tillställningen. Det kan vara fråga om en faktisk antalbegränsning som t.ex. beräknas i förhållande till storleken på den lokal eller det område där arrangemanget ska hållas. Antalsbegränsningen kan också ta hänsyn till yta som t.ex. en idrottstävling ska genomföras på. Det kan också vara fråga om ett generellt maximalt antal, som gäller oavsett storleken på lokalen, området eller ytan. Det kan också vara fråga om kombinationer av sådana föreskrifter, t.ex. ett antal som beräknas utifrån lokalernas storlek i kombination med ett visst tillåtet antal deltagare eller besökare.

Föreskrifterna bör också få omfatta krav på minsta avstånd mellan deltagarna eller besökarna, dvs. mellan personerna ur allmänheten som är närvarande vid sammankomsten eller tillställningen. Sådana föreskrifter kan vara lämpliga att använda i för vissa typer av sammankomster och tillställningar för en avgränsad del av en samman-

komst eller tillställning, t.ex. när det rör sig om evenemang med publik som tilldelas bestämda platser.

Deltagare och besökare

Med deltagare och besökare avses detsamma som i fråga om deltagare och besökare vid de verksamheter som omfattas av den föreslagna lagen och som beskrivs i avsnitt 9.12.1, dvs. personer ur allmänheten som inte är arbetstagare, uppdragstagare eller agerar i egenskap av någon annan typ av funktionär vid sammankomsten eller tillställningen. Vid exempelvis en teaterföreställning eller konsert räknas publiken som besökare men inte ensemblen eller de musiker som uppträder. Vid idrottstävlingar räknas idrottsutövare som deltagare när det gäller motionslopp, men inte när det gäller exempelvis fotbollsmatcher. Vilka som kan anses vara deltagare och besökare kan alltså variera beroende på vilken typ av allmän sammankomst eller offentlig tillställning det är fråga om och får avgöras vid tillämpningen av de bemyndiganden som föreslås. Som allmän utgångspunkt bör dock beaktas syftet med den föreslagna lagstiftningen, nämligen att begränsa smittspridning genom att minska riskfyllda kontakter mellan människor som normalt sett inte träffas.

Begränsningar i tiden och andra åtgärder

Det bör också vara möjligt att begränsa tiden för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Det kan t.ex. gälla hur lång tid en sådan sammankomst eller tillställning får pågå eller under vilka tider på dygnet den får hållas.

Det bör inte anges uttömmande vilka åtgärder som kan bli aktuella. Detta kan variera bl.a. i takt med att kunskapsläget om smittämnet i fråga förbättras. Därför bör det finnas utrymme att också få föreskriva om krav på andra åtgärder för att motverka smittspridning: Sådana åtgärder kan t.ex. avse skyltning, markeringar i golvet, ommöbleringar osv. Det kan vidare vara fråga om begränsningar av målsättningskaraktär, t.ex. med innebörden att verksamheten så långt som möjligt ska se till att antalet besökare hålls nere. Det kan vara aktuellt på platser som inte är tydligt avgränsade, där förhållandena gör att en fix antalsbegränsning inte är praktiskt möjlig att upprätt-

hålla eller riskerar att bli kontraproduktiv genom att mer trängsel uppstår till följd av åtgärderna att upprätthålla antalet. En annan åtgärd kan vara ett krav på ökad tillgänglighet eller kapacitet så att antalet vid varje tillfälle närvarande personer därigenom minskas. De sjukdomar som kommer att kunna omfattas av lagen kan även komma att smitta indirekt, t.ex. via förorenade ytor eller händer. Föreskrifterna bör därför även kunna innebära krav på åtgärder som minskar sådan smittspridning, t.ex. krav på rengöring av ytor eller erbjudande av handdesinficering eller annan möjlighet till skärpt handhygien. Det är inte troligt att en sådan indirekt smittspridning kommer att vara drivande i en framtida omfattande smittspridning. Det är alltså typiskt sett viktigare åtgärder att möjliggöra avstånd och att på olika sätt glesa ut mellan människor. Ytterligare exempel på andra smittskyddsåtgärder är att ha särskilda rutiner för in- och utpassage. Även andra åtgärder än de som nämns här kan bli aktuella.

Föreskrifterna kan också gälla lokaler, platser och utrymmen som anordnaren disponerar

Det bör även framgå tydligt av bemyndigandena att föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar också får avse lokaler, platser och utrymmen i anslutning till sammankomsten eller tillställningen som anordnaren disponerar.

Enhetlighet bör eftersträvas när en sammankomst eller tillställning äger rum i en annan verksamhet

För att minska risken för att en viss verksamhet, sammankomst eller tillställning omfattas av flera olika regler framstår det som en lämplig ordning att om allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar äger rum i en verksamhet för vilken det meddelats föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt någon annan bestämmelse enligt den nya lagen, bör föreskrifterna som gäller den allmänna sammankomsten eller den offentliga tillställningen ofta kunna motsvara vad som gäller för den verksamheten. I avsnitt 9.13.1 föreslår vi att det uttryckligen ska framgå av den föreslagna lagen att som huvudregel ska eftersträvas att för verk-

samheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som är likartade avseende risk för smittspridning ska föreskrifter utformas så enhetligt som möjligt.

För att det inte ska råda någon tvekan om vilken föreskrift som gäller för den allmänna sammankomsten eller den offentliga tillställningen som hålls inom en verksamhet som eventuellt omfattas av andra föreskrifter, eller som av en eller annan anledning inte omfattas av en sådan föreskrift, bör det anges i lagen att föreskrifter för allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar gäller också för en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning som hålls inom en verksamhet.

Vi föreslår också (avsnitt 9.12.6) att det vid utformningen av föreskrifter som gäller allmänna sammankomster särskilt ska beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet. Reglerna innebär att för det fall en allmän sammankomst äger rum inom en verksamhet, kan den allmänna sammankomsten, till följd av de särskilda överväganden som ska göras, omfattas av mindre långtgående föreskrifter än verksamheten där den äger rum. Det motsatta skulle också kunna bli fallet, om den allmänna sammankomsten, trots de särskilda hänsyn som ska tas vid utformningen av föreskrifterna, bedöms vara så avsevärt mer riskfylld ur smittskyddshänseende än den verksamhet som annars pågår där sammankomsten sker.

Den praktiska följden av denna ordning blir att verksamheter, sammankomster och tillställningar som är likartade ur smittskyddshänseende ofta kommer att omfattas av likartade föreskrifter, men att så inte alltid kommer att vara fallet. Att föreskrifter om allmänna sammankomster och offentliga tillställningar också får avse lokaler, platser eller utrymmen i anslutning till tillställningen och som anordnaren disponerar torde dock minska de praktiska svårigheter som annars kan uppstå. I den praktiska tillämpningen av föreskrifter som skiljer sig åt mellan en verksamhet och en sammankomst eller tillställning på samma plats, torde det dock kunna uppstå behov av att ta ställning till när sammankomsten eller tillställningen börjar och slutar. Den informationen framgår normalt av Polismyndighetens tillståndsbeslut när ett sådant finns.

Förbud i sista hand

Regeringen bör som en yttersta åtgärd få meddela föreskrifter om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Ett förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar är en mycket långtgående åtgärd och det bör, på motsvarande sätt som i covid-19-lagen, framgå av lagtexten att sådana föreskrifter får meddelas endast om andra smittskyddsåtgärder bedöms otillräckliga. Utgångspunkten bör alltså vara att de åtgärder som införs ska vara mindre långtgående än ett förbud.

Innan ett eventuellt beslut om stängning måste det noga övervägas vilka följderna blir för utövandet av enskildas grundläggande fri- och rättigheter och för andra aspekter för enskilda, näringslivet, föreningslivet och samhället i stort. Se vidare avsnitt 9.12.6 om särskilda överväganden som ska göras i fråga om mötes- och demonstrationsfriheten, avsnitt 9.19 i fråga om kompletterande åtgärder i vissa fall och kapitel 12 om förslagens överensstämmelse med Europakonventionen och regeringsformen.

Delegation av föreskriftsrätt

Av de skäl som anförs ovan i fråga om vissa platser dit allmänheten har tillträde bör regeringen få delegera föreskriftsrätten om att den som anordnar en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning ska vidta smittskyddsåtgärder.

Med hänsyn till att föreskrifter om förbud mot allmänna sammankomster och offentliga tillställningar utgör mycket ingripande åtgärder bör sådana föreskrifter inte omfattas av möjligheten till subdelegation. Se våra överväganden om detta också i avsnitt 9.20 om ändringar i ordningslagen.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar bör regleras var för sig

Som nämnts ovan och som beskrivs närmare i nästa avsnitt har allmänna sammankomster en särskild ställning bland de företeelser som föreslås omfattas av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. För att ytterligare understryka detta föreslås, till skillnad

från hur covid-19-lagen var utformad, att bestämmelser om allmänna sammankomster och offentliga tillställningar huvudsakligen hålls åtskilda i den föreslagna lagen.

9.12.6 Särskilda överväganden ska göras i fråga om mötes- och demonstrationsfriheten

Förslag: Trots vad som föreskrivs i den föreslagna lagen om att det ska eftersträvas att regleringen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska utformas så enhetligt som möjligt i verksamheter och vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som är likartade avseende risk för smittspridning, ska det vid utformningen av föreskrifter som avser allmänna sammankomster särskilt beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet.

Det bör framgå av lagen att särskilda överväganden ska göras vid begränsning av allmänna sammankomster

Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa. Smittskyddsåtgärderna ska alltså vara proportionerliga. I avsnitt 9.10 föreslår vi att detta bör komma till uttryck i den nya lagen, men konstaterar också att inom ramen för detta lagstiftningsärende kan endast anges allmänna riktlinjer för hur en proportionalitetsbedömning bör göras. Den konkreta avvägningen måste göras i samband med att den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder tillämpas och när föreskrifter och beslut tas fram med stöd av bemyndigandena i lagen.

Samtidigt tar regleringen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder fasta på att risken för smittspridning uppkommer när människor kommer i kontakt med varandra och att särskilt stora risker uppkommer om det samlas många människor under lång tid på en begränsad yta. Ett sammanhang där sådana situationer kan uppstå är vid sådana allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som omfattas av ordningslagen. Som framgår ovan föreslår vi att det ska vara möjligt att införa samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

för sådana sammankomster och tillställningar. Som också beskrivs där har allmänna sammankomster en särställning i detta sammanhang bland annat eftersom vid sådana sammankomster utövas mötes- och demonstrationsfriheterna. Det finns därför skäl att göra särskilda överväganden när det kommer till att begränsa allmänna sammankomster. Även om detta följer av bestämmelsen vi föreslår om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt, bör detta enligt vår mening komma till ett ytterligare tydligare uttryck i den föreslagna lagen.

Erfarenheter från covid-19-pandemin bör beaktas

Uttalanden i propositionen till covid-19-lagen

I covid-19-lagens proposition angav regeringen att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte ska kunna begränsas i större utsträckning än vad som är nödvändigt och proportionerligt. Regeringen konstaterade att även under en pandemi måste eventuella ingrepp i grundläggande fri- och rättigheter övervägas noga och att det bör beaktas att inskränkningar kan få betydelse för medborgarnas möjligheter att genom demonstrationer uttrycka sina åsikter, att genom möten utöva sin religion och att vid kulturevenemang använda sin yttrandefrihet.[125] Sådana överväganden gjordes vid tillämpningen av såväl ordningslagen som covid-19-lagen och i några avseenden kom detta också till särskilt uttryck i regleringen.

Sammankomster för religionsutövning med anledning av dödsfall

Ett exempel på sådana överväganden och hur de kom i uttryck i regleringen är när det epidemiologiska läget var sådant under hösten 2020 att regeringen med stöd av bemyndigandet i ordningslagen meddelade föreskrifter om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte fick hållas med fler än åtta deltagare, om inte deltagarna hade anvisade sittplatser med visst avstånd. Allmänna sammankomster för religionsutövning som hölls med anledning av dödsfall undantogs då från det förbudet och deltagarbegräns-

[125] Se prop. 2020/21:79 s. 31 och 32.

ningen för sådana sammankomster sattes i stället till 20 deltagare (upphävda 1 § andra stycket begränsningsförordningen).

I samband med att covid-19-lagen infördes i januari 2021 gjordes bedömningen att under vintern hade smittspridningen ökat drastiskt och att det innebar en risk för enskildas liv och hälsa. Det konstaterades att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar var riskfyllda från smittskyddssynpunkt, främst eftersom de kunde innebära att för varandra okända personer samlades och tillbringade en längre tid tillsammans i varandras fysiska närhet. För att läget inte skulle förvärras ansågs det viktigt att de fysiska kontakterna människor emellan fortsatt begränsades i hela landet. Det konstaterades dock att begränsningarna inte fick sträcka sig längre än vad som var absolut nödvändigt med hänsyn till de syften som bar upp begränsningen och att regleringen om ett högre deltagartak vid sammankomster för religionsutövning vid dödsfall, liksom vid sammankomster vid vilka deltagarna anvisades sittplatser med visst avstånd, därför skulle föras över till begränsningsförordningen.[126] Deltagarbegränsningarna bedömdes därmed alltjämt vara förenliga med regeringsformens bestämmelser om mötes- och demonstrationsfrihet. Samtidigt påbörjades förberedelserna med att ta fram föreskrifter för ett förbättrat smittläge.[127]

I samband med att en reglering för ett förbättrat smittläge togs fram gjordes löpande bedömningar om när en sådan reglering kunde införas. I promemorian Ändringar i begränsningsförordningen gjordes sådana överväganden och det konstaterades vid tidpunkten för när promemorian remitterades att det inte var aktuellt att göra en annan bedömning i fråga om behovet av att begränsa antalet tillåtna deltagare vid en allmän sammankomst eller offentlig tillställning än den som gjorts tidigare. Mot bakgrund av det då allvarliga smittläget bedömdes deltagarbegränsningarna inte gå utöver vad bestämmelserna ytterst syftade till, nämligen att skydda enskildas liv och hälsa. Det bedömdes inte heller vid den tidpunkten finnas något alternativt sätt att vidta mindre ingripande åtgärder som samtidigt skulle ge nödvändiga möjligheter att förhindra smittspridning. Deltagarbegränsningarna bedömdes därmed alltjämt vara förenliga med regeringsformens bestämmelser om mötes- och

[126] Socialdepartementet. Promemoria Särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963). 2020, s. 22 och 23.
[127] Socialdepartementet. Promemoria Särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963). 2020, s. 10.

demonstrationsfrihet. Det konstaterades dock också att ju längre tid som begränsningen var i kraft, desto starkare skäl krävdes för att inskränkningen skulle betraktas som proportionerlig. Det framhölls därför att det är viktigt att noggrant följa smittskyddsläget och löpande överväga alternativa åtgärder. Det betonades att den gällande bestämmelsen därför behövde omprövas kontinuerligt och upphävas eller ändras för att inte gälla längre eller omfatta annat än det som är nödvändigt.[128] Det konstaterades också att allmänna sammankomster innebär olika typer av arrangemang där vissa grundläggande fri- och rättigheter utövas, såsom rätten att demonstrera eller att i sällskap med andra utöva sin religion, och att regeringen skulle när smittläget tillät en justering av bestämmelserna särskilt beakta vikten av att kunna utöva grundläggande fri- och rättigheter.[129]

I samband med att det i begränsningsförordningen i juni 2021 gjordes ändringar som innebar högre och mer differentierade deltagartak, men samtidigt också krav på att antalet deltagare skulle begränsas om det var behövligt för att de skulle kunna hålla avstånd till varandra, infördes också en särskild reglering för religionsutövning med anledning av dödsfall. Den särskilda regleringen syftade till att säkerställa att allmänna sammankomster som hölls för religionsutövning med anledning av dödsfall alltid, trots krav på att antalet deltagare skulle begränsas så att deltagarna kunde hålla avstånd till varandra, kunde hållas med minst 20 deltagare (dåvarande 3 kap. 2 § fjärde stycket begränsningsförordningen).[130]

Ett särskilt deltagartak för demonstrationer

Tillsammans med att ytterligare lättnader i deltagarbegränsningarna infördes under sommaren 2021 och deltagartaken höjdes, infördes särskilda bestämmelser för att ytterligare möjliggöra allmänna sammankomster i form av demonstrationer som hölls utomhus (dåvarande 3 kap. 2 § fjärde stycket begränsningsförordningen).

[128] Socialdepartementet. Promemoria Ändringar i begränsningsförordningen (S2021/01524). 2021, s. 24.
[129] Socialdepartementet. Promemoria Ändringar i begränsningsförordningen (S2021/01524). 2021, s. 26.
[130] Socialdepartementet. Promemoria Ändringar i begränsningsförordningen(S2021/01524). 2021, s. 28.

Bakgrunden till dessa särskilda bestämmelser redovisades i promemorian Lättade deltagarbegränsningar för sammankomster och tillställningar, sektionering och särskilda bestämmelser för demonstrationer och mässor. Genom förslagen i promemorian infördes en reglering som innebar att deltagartaken för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar höjdes och det infördes även en möjlighet att öka antalet deltagare ytterligare genom att deltagarna delades upp i sektioner. En sådan sektionering förutsatte att lokalen, området eller utrymmet där sammankomsten eller tillställningen skulle hållas kunde disponeras på ett sådant sätt att deltagarna från olika sektioner inte kom i kontakt med varandra under eller i direkt anslutning till sammankomsten eller tillställningen, t.ex. genom att deltagarna kunde passera in och ut genom separata ingångar på olika tider och ha tillgång till separata servicefaciliteter.

Allmänna sammankomster vid vilka mötesfriheten utövas bedömdes ha förutsättningar att kunna hållas i sådana lokaler, områden eller utrymmen där sektionering kunde vara möjlig. Det konstaterades dock att demonstrationsfriheten innebär en frihet att anordna och delta i demonstrationer på allmän plats. Att åstadkomma en sektionering för att genomföra en demonstration på en sådan plats bedömdes normalt inte vara görligt.

Vidare lyftes fram att demonstrationsfriheten hade varit kraftigt begränsad sedan i mars 2020, dvs. i över ett år, då förbudsförordningen trädde i kraft. De negativa effekter som begränsningarna hade medfört hade dittills, mot bakgrund av det allvarliga smittläget som varit, återkommande bedömts inte gå utöver det som begränsningarna ytterst syftade till, nämligen att skydda enskildas liv och hälsa. Den epidemiologiska situationen hade bedömts som bekymmersam och även en mindre lättnad i de kraftiga begränsningar av sammankomster och tillställningar som gällt hade riskerat att leda till en ökad smittspridning. Bedömningen hade dittills varit att en ytterligare ökning hade kunnat få mycket allvarliga följdverkningar, t.ex. på hälso- och sjukvården och att sådana effekter inte hade gått att hantera enbart genom att återgå till de tidigare begränsningarna. Det hade inte heller funnits något alternativt sätt att vidta mindre ingripande åtgärder som samtidigt skulle ge nödvändiga möjligheter att förhindra smittspridning. Deltagarbegränsningarna hade därför ansetts vara förenliga med regeringsformens bestämmelser

om demonstrationsfrihet och med proportionalitetsprincipen i covid-19-lagen.

Smittläget bedömdes dock under en längre tid gått mot en lägre nivå i större delen av landet och att det förutspåddes att det epidemiologiska läget ytterligare skulle förbättras. Under sådana förhållanden, och mot bakgrund av att det var tveksamt om demonstrationer till skillnad från andra allmänna sammankomster och offentliga tillställningar skulle kunna tillämpa förslaget om sektionering, gjordes bedömningen att en särskild reglering borde införas som möjliggjorde något större demonstrationer.

Det bedömdes vidare att utan en sådan reglering fanns det risk för att demonstrationer i praktiken skulle bli en av de sammankomster som var mest begränsade i förhållande till hur många deltagare som normalt kan samlas vid en sådan. Med beaktande av det gynnsamma smittläget satt i relation till demonstrationsfrihetens betydelse för ett demokratiskt samhälle och den långa tid som den hade varit kraftigt begränsad, kunde det ifrågasättas om de negativa konsekvenser som den då gällande begränsningen förde med sig längre var proportionerlig.

Samtidigt bedömdes demonstrationer alltjämt vara riskfyllda från smittskyddssynpunkt eftersom de kunde innebära att för varandra okända personer samlades och tillbringade en längre tid tillsammans i varandras fysiska närhet. Det betonades att själva syftet med en demonstration också är att människor ska komma samman och delta tillsammans i demonstrationen under en bestämd tid på en viss plats, och att risken för smittspridning vid en sådan sammankomst är normalt sett högre inomhus än utomhus. Den särskilda regleringen för demonstrationer kom därför att gälla för demonstrationer som hålls utomhus och deltagartaket för sådana sammankomster sattes till 1 800 deltagare, vilket var tre gånger fler än vad som hade gällt utan den särskilda regleringen. En demonstration som hölls inomhus omfattades dock alltjämt av de deltagarbegränsningar som gällde för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som hålls inomhus.[131]

[131] Socialdepartementet. Promemoria Lättade deltagarbegränsningar för sammankomster och tillställningar, sektionering och särskilda bestämmelser för demonstrationer och mässor (S2021/05005). 2021, s. 27–30.

Överväganden om fri- och rättigheter i regeringens plan för avveckling av restriktioner 2021

Under våren 2021 tog regeringen fram en plan för hur och när de råd som under pandemin gavs till allmänheten och restriktionerna som infördes skulle anpassas och helt upphävas. Som beskrivs i avsnitt 9.8.3 baserades planen på Folkhälsomyndighetens rapport Vidareutveckling och konkretisering av nivåerna för den fortsatta anpassningen av smittskyddsåtgärder för covid-19, och på en dialog mellan regeringen och myndigheten.

I fråga om överväganden om grundläggande fri- och rättigheter angav regeringen i planen att mötes- och demonstrationsfriheten och religionsfriheten skulle värnas och EU-rättens bestämmelser om fri rörlighet beaktas. Begränsningarna skulle vara proportionerliga och fick aldrig gå utöver det som var nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Det skulle också beaktas att ju längre tid en begränsning varit i kraft, desto starkare skäl krävdes för att begränsningen skulle betraktas som proportionerlig. Generella utgångpunkter när restriktioner skulle anpassas var att grundlagsskyddade fri- och rättigheter samt barn och unga skulle prioriteras, därefter folkhälsan i stort, så att exempelvis idrotts- och fritidsverksamhet kunde genomföras i större utsträckning. Vidare skulle jämställdhet och jämlikhet beaktas.[132]

Mötes- och demonstrationsfriheten bör särskilt lyftas fram

Vikten av att vidast möjliga mötes- och demonstrationsfrihet upprätthålls

Som anges i utredningens direktiv har demonstrationer, opinionsbildande möten och religiösa sammankomster en särskild betydelse i ett demokratiskt samhälle. Av vår redogörelse ovan framgår att under pandemin gjordes löpande överväganden om möjligheten att utöva mötes- och demonstrationsfriheten, liksom möjligheten att mötas för att tillsammans utöva sin religion. Uttalanden om vikten av sådana överväganden återfinns i såväl förarbetena till covid-19-lagen som i t.ex. regeringens plan för avveckling av restriktioner.

[132] Socialdepartementet. Regeringens plan för avveckling av restriktioner (S2021/04663). 2021.

I en sådan författningsberedskap som vi nu föreslår för en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning, är det utredningens mening att det finns skäl att ytterligare uppmärksamma vikten av att sådana överväganden görs. Begränsningar av mötes- och demonstrationsfriheten får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett dem och inte heller sträcka sig så långt att de utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning (2 kap. 21 § regeringsformen).

Genom den författningsberedskap vi föreslår får det allmänna möjligheter att införa långtgående begränsningar av allmänna sammankomster. En allvarlig pandemi eller annan sådan omfattande smittspridning kan vara långvarig och samhällets hantering av smittspridningen genom bland annat samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan komma att pågå under en längre tid. I en demokratisk rättsordning är det under sådana förhållanden av särskilt vikt att det säkerställs att medborgare har kvar möjligheter att uttrycka och manifestera sina åsikter tillsammans i det offentliga rummet.

Ett sätt att göra det kan vara att, om det är möjligt, begränsa annan verksamhet framför sammankomster vid vilka grundläggande fri- och rättigheter utövas. Det ska dock framhållas att under en pandemi eller en annan omfattande smittspridning kan situationen vara så pass allvarlig att det ur ett smittskyddsperspektiv inte är ändamålsenligt att undanta allmänna sammankomster från begränsningar. När det epidemiologiska läget är sådant att det finns utrymme för att använda de föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna på det differentierade sätt som de är avsedda att kunna användas, bör dock sådana överväganden vara centrala. Exempelvis bör en smittskyddsåtgärd som kan kompenseras ekonomiskt övervägas framför en åtgärd som begränsar mötes- eller demonstrationsfriheten. På så sätt kan de fri- och rättigheter som har ett särskilt starkt skydd i regeringsformen skyddas. Vi återkommer till detta i avsnitt 9.19.5.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att det bör uttryckligen följa av lagen att när det gäller föreskrifter som rör allmänna sammankomster ska, trots vad som i övrigt sägs om att verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som är likvärda ur smittrisksynpunkt bör regleras enhetligt, vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet

beaktas. Bestämmelsen bör utformas med 2 kap. 23 § andra stycket regeringsformen som förebild.

Särskilt om religionsfriheten

Som vi beskrivit i avsnitt 9.12.2 om religiösa verksamheter får regeringsformen bestämmelser om religionsfriheten inte hindra att de bestämmelser som i allmänhet gäller för begränsning av yttrande-, informations-, mötes-, demonstrations- och föreningsfriheterna är tillämpliga också när dessa friheter utövas i religiösa sammanhang. Det är angeläget att under en epidemi kunna hindra sammankomster där smitta kan spridas även om det är frågan om en sammankomst för religionsutövning. På motsvarande sätt som gäller enligt ordningslagen och som gällde enligt covid-19-lagen finns enligt utredningens mening därför inget hinder för att det bemyndigande vi föreslår om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vid allmänna sammankomster också gäller allmänna sammankomster vid vilka mötesfriheten nyttjas för religionsutövning. Detsamma gäller bemyndigandet att förbjuda allmänna sammankomster. Som ovan beskrivs ska dock vid utformningen av föreskrifter som avser allmänna sammankomster särskilt beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet. Sådana överväganden kan, beroende på det epidemiologiska läget, leda till att sammankomster som hålls för religionsutövning helt undantas från föreskrifter. Det kan också innebära att, såsom var fallet under covid-19-pandemin, sammankomster som hålls för religiösa begravningsceremonier omfattas av mindre ingripande begränsningar (se även kapitel 12).

9.12.7 Förbud att samlas på en viss plats dit allmänheten har tillträde

Förslag: Regeringen eller den kommun som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förbud mot att vistas i en park, på en badplats eller på någon annan liknande särskilt angiven plats, om det på platsen finns en påtaglig risk för sådana kontakter mellan människor som kan innebära spridning av den samhällsfarliga sjukdomen.

Sådana föreskrifter får inte innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebär ett hinder mot att förflytta sig inom riket.

Innan en kommun meddelar föreskrifter ska Folkhälsomyndigheten ges tillfälle att yttra sig över kommunens förslag.

Den som bryter mot ett förbud mot att vistas på en viss särskilt angiven plats döms till penningböter.

Möjlighet till förbud mot att vistas på vissa platser bör införas

Covid-19-lagen innehöll ett bemyndigande till regeringen eller den kommun som regeringen bestämde att meddela föreskrifter om förbud mot att vistas i en park, på en badplats eller på någon annan liknande särskilt angiven plats, om det på platsen finns en påtaglig risk för trängsel. Sådana föreskrifter fick inte innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebar ett hinder mot att förflytta sig inom riket. Föreskrifterna fick inte heller i övrigt innebära obefogade inskränkningar i enskildas frihet. Innan en kommun meddelade föreskrifter skulle smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten ges tillfälle att yttra sig. Möjligheten utnyttjades i ett drygt tiotal fall under pandemin efter att regeringen i mars 2021 bemyndigade kommunerna att besluta sådana föreskrifter.

En liknande möjlighet bör enligt utredningen föras in i den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Ett förbud mot att vistas på en viss särskilt angiven plats bör endast kunna omfatta platser dit allmänheten typiskt sett har tillträde. Det bör alltså inte vara möjligt att förbjuda enskilda från att vistas i bostäder eller på arbetsplatser.

Syftet med förbudet så som det var formulerat i covid-19-lagen var att det skulle motverka trängsel. Med trängsel avsågs att människor befinner sig så nära varandra att det uppstår en beaktansvärd risk för spridning av sjukdomen covid-19. Som utredningen redovisat tidigare i detta kapitel bör syftet med samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vara att minska förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att en samhällsfarlig sjukdom sprids mellan människor. Förekomsten av sådana kontakter minskar om människor som normalt inte träffas inte kommer samman alls eller träffas på ett sätt som är säkrare ur smittskyddshänseende. Man kan tala om att

kontaktintensiteten i samhället minskar. Utredningen anser att i stället för att ange trängsel som ett rekvisit i bestämmelsen, bör bestämmelsen om förbud att vistas på en viss plats återknyta till syftet med lagstiftningen. En förutsättning för att meddela beslut om förbud mot att vistas på en viss plats bör i stället formuleras som ett krav på att det ska finnas en risk på den aktuella platser för sådana kontakter mellan människor som kan innebära spridning av den samhällsfarliga sjukdomen. För att regleringen inte ska bli onödigt långtgående bör det, på samma sätt som i covid-19-lagen, krävas att risken är påtaglig. En sådan risk kan t.ex. uppstå på badplatser, i parker eller på frusna vattendrag. Bedömningen av vad som utgör en påtaglig risk måste göras på förhand. Användningen av möjligheten under covid-19-pandemin avsåg platser och tidpunkter som var välkända för att attrahera folksamlingar, t.ex. Stadsparken i Lund under det traditionella valborgsfirandet. I det fallet var det alltså möjligt att på förhand förutse att det skulle kunna uppstå en folksamling och därmed risk för trängsel.

Vidare bör ett vistelseförbud inte kunna införas på platser som omfattas av andra bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, t.ex. köpcentrum eller bibliotek. En sådan avgränsning kan lämpligen göras genom att i lagtexten peka ut parker, badplatser, parkeringsplatser och andra liknande platser. Av uttrycket får anses framgå att det ska vara fråga om platser dit allmänheten har tillträde, och att inte är fråga om platser som används för att förflytta sig från en plats till en annan, t.ex. gågator och bilvägar. Det är fråga om befintliga platser och således är det inte avsikten att färdmedel ska omfattas. Gemensamt för dessa platser är också att det inte bedrivs näringsverksamhet eller offentlig verksamhet av mer betydande omfattning på dem. Det bör också vara möjligt att begränsa ett förbud mot att vistas på en viss särskilt angiven plats till att gälla under vissa tider på dygnet. Erfarenheterna från pandemin visar att exempelvis parkeringsplatser kan vara en plats som kan behöva regleras under de tider det inte pågår ordinarie verksamhet intill den. De platser som omfattas av ett sådant förbud bör anges noga, inte bara på platsen i form av skyltning och avspärrningar utan även i den enskilda föreskriften.

Eftersom det i praktiken främst kan bli fråga om platser utomhus bör det innan sådana föreskrifter beslutas noga beaktas att smittrisken generellt sett är mindre utomhus än inomhus, och att det

finns en risk att folksamlingar som annars skulle uppstå utomhus i stället flyttar inomhus, med högre risk för smittspridning.

Enligt regeringsformen är den som är svensk medborgare tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket. Rörelsefriheten får under vissa förutsättningar begränsas genom lag (2 kap. 8, 20 och 21 §§). Utredningens förslag innebär att det ska bli möjligt att genom föreskrifter på lägre normgivningsnivå än lag införa förbud mot att vistas på vissa platser. Av grundlagen följer att ett sådant förbud inte får omfatta områden av sådan omfattning att förbudet skulle innebära en inskränkning av rörelsefriheten. De avgränsningar som föreslås ovan bedöms vara tillräckliga för att säkerställa att en användning av normgivningsbemyndigandet inte riskerar att inskränka den grundlagsskyddade rörelsefriheten. Erfarenheterna från covid-19-pandemin talar inte heller för att någon risk för en sådan inskränkning var nära förestående. Det bör dock i den föreslagna bestämmelsen uttryckligen anges att föreskrifterna inte får innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebär ett hinder mot att förflytta sig inom riket. Det är en sammanlagda effekten av föreskrifterna som ska bedömas i förhållande till rörelsefriheten. Även förbud som var för sig framstår som väl avvägda kan alltså innebära en inskränkning i rörelsefriheten när de bedöms i ett sammanhang. Det är därför inte möjligt att allmänt uttala sig om huruvida ett förbud kan få betydelse för rörelsefriheten när det gäller en viss enskild plats.

Myndigheters personal i tjänsteutövning får vidta nödvändiga och trängande åtgärder på en plats som omfattas av ett vistelseförbud. Det gäller t.ex. polis, sjukvård och totalförsvar. Det finns enligt utredningens uppfattning inget behov av att särskilt ange det i lagen.

Om det blir aktuellt att meddela föreskrifter som innebär ett förbud mot att vistas på en viss plats kommer det inte att vara möjligt att hålla en allmän sammankomst eller offentlig tillställning på den plats som förbudet avser.

Det kommer att krävas lokalkännedom för att kunna avgöra var och när det finns en påtaglig risk för sådana kontakter människor emellan som kan innebära spridning av den aktuella sjukdomen och om risken verkligen kan undanröjas eller bara riskerar att flyttas någon annanstans. Sådana föreskrifter bör därför få meddelas av regeringen eller den kommun som regeringen bestämmer.

Enligt den bestämmelse som fanns i covid-19-lagen skulle både smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten yttra sig över kommunens förslag. Utredningen anser att en ordning med yttrande från expertis på smittskyddsområdet är lämplig, men att enbart en instans bör väljas. Den epidemiologiska information som kan läggas till grund för ett yttrande är i allt väsentligt densamma hos båda instanserna. Smittskyddsläkaren har normalt bättre lokalkännedom än Folkhälsomyndigheten. Tillräcklig information om de lokala förhållandena bör dock framgå av det underlag som kommunen skickar för yttrande. Att samla uppgiften på Folkhälsomyndigheten borgar vidare för att bedömningen i yttrandena är enhetliga över landet. Värdet av en sådan enhetlighet överväger enligt utredningens uppfattning den fördel som smittskyddsläkarens lokalkännedom kan ge. Det bör vara obligatoriskt att ge Folkhälsomyndigheten tillfälle till yttrande. Detta bör anges i bestämmelsen.

Överträdelse bör kunna straffas med penningböter

Överträdelser av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör kunna förknippas med någon slags sanktion. För sådana verksamheter som lagen i övrigt omfattar finns normalt någon som ansvarar för verksamheten. Så är däremot inte fallet för överträdelser av föreskrifter om förbud att vistas på en viss plats. Den sanktion som bör införas får därför i stället riktas mot de enskilda personer som bryter mot sådana föreskrifter. Utredningen anser att det ligger närmast till hands att införa en straffrättslig påföljd.

Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får endast vidtas om de är proportionerliga. Förbud att vistas på en viss plats utomhus förutsätter att den nya lagen har börjat tillämpas, att regeringen har bemyndigat kommunerna att meddela sådana vistelseförbud, och att en kommun därefter bedömt att det på en viss plats finns en påtaglig risk för sådana kontakter människor emellan som kan innebära risk för smittspridning så att förbudet kan motiveras. Eftersom det i praktiken enbart kan bli tal om platser utomhus torde det, mot bakgrund av vad som är känt om sådana smittämnen som vi har bedömt kan bli pandemiska, vara fråga om en mycket allvarlig situation som kan innebära risk för allvarliga konsekvenser om

överträdelser sker. Det får mot den bakgrunden anses motiverat att överträdelser av förbudet kriminaliseras.

Syftet med de samhällsinriktade åtgärderna är att på samhällsnivå på olika sätt minska riskfyllda kontakter mellan personer som normalt inte träffas. Vidare kan allvarligare fall där smitta har överförts eller hade kunnat spridas aktualisera tillämpning av straffbestämmelserna om vållande till sjukdom eller framkallande av fara för annan (3 kap. 8 och 9 §§ brottsbalken). Utredningen anser mot den bakgrunden att penningböter är en väl avvägd påföljd i det aktuella fallet. Förslaget innebär att ordningsbotsinstitutet kan användas om det skulle bedömas vara lämpligt. Penningböter ska enligt 25 kap. 3 § brottsbalken bestämmas till lägst 200 kronor och högst 4 000 kronor. Om ett lägre högsta belopp är särskilt föreskrivet, gäller dock detta. För att möjliggöra en nyanserad straffvärdesbedömning anser utredningen att det inte bör anges något högsta belopp i straffbestämmelsen i den nya lagen.

9.13 Utformning och tillämpning av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

9.13.1 Hänsyn ska tas till smittspridning i olika typer av verksamheter, sammankomster och tillställningar

Förslag: Vid utformningen av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska det eftersträvas att regleringen för verksamheter, sammankomster och tillställningar som är likartade avseende risk för smittspridning utformas så enhetligt som möjligt. Vid utformningen ska särskilt beaktas:

1. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum inomhus eller utomhus,
2. om besökare, deltagare eller resenärer har anvisade platser som kan minska risken för smittspridning,
3. om besökarnas, deltagarnas eller resenärernas samtidiga närvaro vid ett givet tidsintervall är en förutsättning för verksamheten, sammankomsten eller tillställningen,
4. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum på en avgränsad yta,

5. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen kan sektioneras på ett sådant sätt att risken för smittspridning kan minska, och
6. hur långvariga kontakter mellan besökare, deltagare eller resenärer som typiskt sett förekommer.

Kunskap om åtgärder mot influensa och covid-19 kan läggas till grund för föreskrifter

Hur stor risk för smittspridning som uppstår när människor samlas beror på en rad olika faktorer. Olika verksamheter, sammankomster eller tillställningar skiljer sig också åt i fråga om vilka smittskyddsåtgärder som är möjliga att vidta i ett visst sammanhang.

Det finns som vi konstaterat i kapitel 5 vetenskapligt stöd för att en kombination av det som där benämns trängselåtgärder har effekt mot spridning av covid-19 och influensa. Vi konstaterar också att sådana åtgärder kan förväntas ha effekt vid omfattande smittspridning även av andra luftburna smittämnen än influensavirus och SARS-CoV-2. Det finns därför skäl att utforma beredskapen för framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning i ljuset av vad som är känt om influensa och covid-19.

Enhetlighet i utformningen bör eftersträvas

För luftburna smittämnen och i synnerhet luftvägsvirus, som vi i kapitel 4 har bedömt utgör den största pandemirisken, minskar smittrisken med ökat avstånd. De viktigaste faktorerna torde därutöver vara tidsutdräkt för exponering och huruvida verksamheten pågår utomhus eller inomhus. Flera ytterligare faktorer kan samspela till den faktiska risken för smittspridning i varje given situation, bl.a. ventilation, luftvolym, aktivitet (sång, tal etc.), andel smittsamma personer, smittämnesnivå hos de smittsamma och immunitetsläge hos de osmittade. För flera av dessa faktorer finns det begränsat med exakt kunskap om deras betydelse för smittspridning. Det är därför inte möjligt eller lämpligt att närmare inbördes vikta vilken betydelse de olika faktorerna ska ges när regeringen eller myndigheter under regeringen beslutar om föreskrifter.

Utredningen anser att det bör anges i lagen att det vid utformningen av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör eftersträvas att regleringen för verksamheter som är likartade avseende risk för smittspridning utformas så enhetligt som möjligt. Om behov av smittskyddsåtgärder aktualiseras bör det alltid övervägas om vissa slags verksamheter helt kan undantas.

Vissa faktorer bör särskilt beaktas

Det är inte möjligt att i en reglering beakta samtliga faktorer som i teorin kan ha betydelse för smittspridningen. Därtill finns andra aspekter än hur smittspridningen kan ske som bör tillmätas betydelse. Det är till exempel betydelsefullt för följsamheten om föreskrifterna är begripliga för den som direkt eller indirekt omfattas av dem, och att föreskrifterna i möjligaste mån är förutsebara och kända på förhand. Vidare är det betydelsefullt att föreskrifterna är möjliga att bedriva tillsyn över. Utöver smittrisken på en viss plats kan det även vara motiverat att beakta risken för smittspridning i anslutande miljöer såsom kollektivtrafik.

Möjligheten att föreskriva om begränsning av antalet besökare, deltagare och resenärer samt minsta avstånd mellan dem föreslås framgå av de bemyndiganden som reglerar de verksamheter, sammankomster och tillställningar som omfattas av lagen. Det finns alltså utrymme för att t.ex. föreskriva om ett maximalt antal deltagare som får vistas samtidigt i en viss verksamhet, eller att ett visst avstånd ska hållas. Det bör därutöver i lagen ges ytterligare vägledning för hur regeringen eller den myndighet som regeringen i förekommande fall har bemyndigat ska utforma föreskrifterna. Detta bör baseras på gemensamma egenskaper för sådana smittämnen som kan bli aktuella att tillämpa regleringen på.

Mindre långtgående begränsningar bör, allt annat lika, vara påkallade för verksamheter som pågår utomhus än för verksamheter som pågår inomhus. För vissa smittämnen eller i vissa faser av smittspridningen kan det vara så att restriktioner endast undantagsvis är behövliga utomhus. Det bör i lagen uttryckas som att vid utformningen av föreskrifter ska särskild hänsyn tas till om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum inomhus eller utomhus.

Det är rimligt att det finns utrymme för att verksamheter, sammankomster eller tillställningar där personer ur allmänheten i huvudsak sitter ner på anvisade platser kan regleras på ett annat sätt än där de rör sig och på sätt befinner nära varandra. Det bör i lagen uttryckas som att vid utformningen av föreskrifter ska särskild hänsyn tas till om besökare, deltagare eller resenärer har anvisade platser som kan minska risken för smittspridning.

Vissa verksamheter, tillställningar eller sammankomster kan riskera att vara förknippade med risk för sådana kontakter som kan innebära smittspridning människor emellan i närliggande miljöer, t.ex. i kollektivtrafik eller vid olika former av köbildning. Det bör i lagen uttryckas som att vid utformningen av föreskrifter ska särskild hänsyn tas till om besökarnas, deltagarnas eller resenärernas samtidiga närvaro vid ett givet tidsintervall är en förutsättning för verksamheten, sammankomsten eller tillställningen. Exempel på företeelser som bör träffas är idrottsmatcher och konserter. Något som börjar eller slutar vid en viss tid men som inte förutsätter att samtliga besökare inställer sig från början och närvarar hela tiden, t.ex. en marknad eller en festival, får i detta avseende betraktas som något mindre riskfyllda. En flexibilitet i detta avseende kan också möjliggöra för vissa arrangemang att genom anpassningar delas upp så att en viss andel av deltagarna startar vid ett tillfälle och andra andelar vid senare tillfällen.

Vidare är det rimligt att anta att det har betydelse för risken för kontakter mellan människor som kan innebär smittspridning om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen kräver köbildning på väg in eller ut ur lokalerna eller området, eller om så inte är fallet. Detta kan tillmätas betydelse i lättande riktning för verksamheter som bedrivs utan någon tydlig fysisk avgränsning, vilket i praktiken främst torde vara fallet utomhus. Det bör i lagen uttryckas som att vid utformningen av föreskrifter ska särskild hänsyn tas till om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum på en avgränsad yta.

Möjligheten att vidta åtgärder som gör att verksamheten, sammankomsten eller tillställningen delas upp, och att de i varje del ingående personerna inte kommer i kontakt med varandra, kan minska risken för smittspridning. Det bör i lagen uttryckas som att vid utformningen av föreskrifter ska särskild hänsyn tas till om verksam-

heten, sammankomsten eller tillställningen kan sektioneras på ett sådant sätt att risken för smittspridning kan minska.

Det är slutligen rimligt att anta att verksamheter, sammankomster och tillställningar som framför allt har flyktiga kontakter utgör en mindre risk för smittspridning. Det bör i lagen uttryckas som att vid utformningen av föreskrifter ska särskild hänsyn tas till hur långvariga kontakter mellan besökare, deltagare eller resenärer som typiskt sett förekommer.

Även andra faktorer bör kunna beaktas

Framtida smittämnen kan variera med avseende på ovannämnda faktorer. Vidare är kunskapen om verksamma åtgärder även för vissa kända smittämnen, som framgått tidigare, i vissa delar begränsad. Att faktorerna som anges ovan ska beaktas vid beslut om föreskrifter betyder att det ska övervägas om det är möjligt att ha olika regleringar utifrån dem. Det innebär dock inte att det alltid faktiskt ska göras skillnad i föreskrifterna med anledning av ett sådant övervägande.

Utredningen har övervägt om fler faktorer särskilt borde beaktas. Nära till hands ligger ventilation, som enligt vad som är känt om spridningen av luftvägsvirus kan ha en viss betydelse. Ventilation har dock den nackdelen att den kan variera och att den inte är enkelt kontrollerbar i varje given stund. Som nämnts ovan bör regleringen vara praktiskt möjlig att bedriva tillsyn över. Det finns också ett betydande värde i att regleringen framstår som begriplig även för allmänheten och inte enbart för den som ansvarar för att vidta smittskyddsåtgärder. Detta talar emot att ventilation ska vara en faktor som särskilt ska beaktas. Det finns dock inget hinder mot att beakta ytterligare faktorer än de som anges i lagen.

Särskilt om alkoholservering

En ytterligare faktor som kan ha betydelse är förekomsten av alkoholservering. Erfarenheterna från covid-19-pandemin så som de uttryckts i utredningens samverkan är inte entydiga vad gäller eventuella effekter av förbudet mot alkoholservering som tidvis gällde under pandemin. Det finns inte heller i Statens beredning för medicinsk

och social utvärderings (SBU:s) kartläggning några systematiska översikter som avser effekterna på smittspridning av begränsning av alkoholservering. Det bör dock mot bakgrund av vad som är känt om alkoholens effekter på människors beteende, kunna antas att det på platser med alkoholservering i högre utsträckning förekommer att människor inte respekterar sådana anvisningar än där alkoholservering inte förekommer.[133]

I alkohollagen finns som tidigare nämnts ett särskilt bemyndigande som under pandemin användes för att reglera alkoholservering. Vidare finns i alkohollagen bestämmelser som avser ordning och nykterhet vid försäljning och servering till vilka det kopplats sanktioner (se 3 kap. 5 §, 8 kap. 20 § och 9 kap. 19 § alkohollagen). Det framstår därför inte som lämpligt att även i denna lagstiftning föreskriva om att förekomsten av alkoholservering särskilt ska beaktas. Detta innebär dock inte att det inte får beaktas om det blir aktuellt att besluta föreskrifter.

9.13.2 Föreskrifterna får inskränkas geografiskt

Förslag: Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område.

Ett smittämnes förmåga att spridas i en befolkning och möjligheterna att begränsa spridningen påverkas av en rad faktorer. Introduktionen av smittämnet kan vara avgränsad till ett visst geografiskt område, och spridningen kan komma att vara ojämnt fördelad mellan olika delar av landet.

Möjligheter till geografisk inskränkning av föreskrifter fanns i den reglering som gällde under covid-19-pandemin. Av genomgången i avsnitt 9.4.1 framgår att det den 29 mars 2020 i förbudsförordningen infördes en möjlighet för länsstyrelsen att föreskriva om ett lägre tillåtet deltagarantal vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar än vad som annars gällde. Bestämmelsen fanns kvar tills förordningen upphävdes. Motsvarande möjlighet

[133] Se t.ex. Andreasson S., Chikritzhs T., Dangardt F., Holder H., Naimi T., Sherk A., Stockwell T. (2021). Alkohol och Coronapandemin: om människor, samhälle och politik. Alkoholen och samhället 2021. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, SFAM, Svensk förening för Beroendemedicin, SAFF, CERA, SIGHT & IOGT-NTO.

infördes i serveringslagen samtidigt som covid-19-lagen trädde i kraft i januari 2021. De särskilda begränsningar som fick föreskrivas enligt covid-19-lagen fick begränsas geografiskt. Möjligheterna att föreskriva om geografiska inskränkningar utnyttjades av länsstyrelserna i fråga om deltagartak för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar enligt förbudsförordningen och senare begränsningsförordningen mellan november 2020 och 31 maj 2021, se tabell 9.2 ovan. I ett tiotal kommuner föreskrevs om tillfälliga vistelseförbud på vissa platser enligt covid-19-lagen. I övrigt begränsades inte föreskrifter enligt covid-19-lagen eller serveringslagen geografiskt. Förordningen om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta byggde på lokala beslut av huvudmännen. I 3 § lagen om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid finns möjlighet till regionala eller kommunala stängningar, vilket motiverats av proportionalitetsskäl.[134]

En framtida smittspridning som aktualiserar samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan ha ett annat förlopp än vad covid-19 hade i Sverige, bl.a. i hur snabbt utbredningen sker. Smittspridningen kan vidare komma att skilja sig åt mellan olika delar av landet. Lokala utbrott kan komma att vara begränsade till ett visst län, en viss kommun eller till och med en viss stadsdel. Särskilt vid ett långsammare förlopp gör sig behovet av möjligheter till geografiska inskränkningar gällande. Vidare är tidpunkten för beslut om en viss åtgärd viktig för att åtgärden ska vara proportionerlig. Det kan därför sägas vara angeläget både av epidemiologiska skäl och av proportionalitetsskäl att det finns en flexibilitet i regleringen som en möjlighet till lokala geografiska inskränkningar medför. Det bör mot denna bakgrund finnas en möjlighet att inskränka föreskrifter som får meddelas med stöd av den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder till att gälla inom ett visst geografiskt område. Det innebär att inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter kan begränsas till att avse enbart de platser där sådana inskränkningar bedöms nödvändiga. Avgränsningen kan till exempel gälla ett visst län eller en viss kommun.

Smittämnen som kan leda till att den nya lagen aktualiseras sprids dock normalt så snabbt att det finns en risk för att de olika skillnaderna i reglering snabbt blir överspelade. Detta bör beaktas inför

[134] 2019/20:UbU25 s. 9.

beslut om geografiska inskränkningar. Vidare bör det noga övervägas vilka risker det finns för att människor i stället söker sig till t.ex. grannkommuner för att ta del av den service som är stängd i det geografiskt avgränsade området. Erfarenheterna från covid-19-pandemin talar för att det finns en sådan risk när åtgärderna skiljer sig åt mellan närliggande geografiska områden. Det finns också ett värde i att de som omfattas av regleringen vet vad som gäller och att regleringen i möjligaste mån är förutsebar. Alltför omfattande geografiska skillnader i gällande regler riskerar att skapa otydlighet och risk för minskad följsamhet. I storstadsregioner med täta förbindelser mellan olika kommuner torde det inte bli aktuellt att föreskriva om olika bestämmelser för olika kommuner inom samma storstadsregion. Det kan också finnas en risk för ökad förekomst av folksamlingar i tiden mellan att beslutet aviseras och att det träder i kraft.

Det finns som vi bedömt i 9.8.1 inget hinder mot att föreskriva om begränsningar med stöd av den nya lagen innan det konstaterats fall i Sverige, om övriga villkor för lagens tillämpning är uppfyllda. Motsvarande gäller om det inte finns konstaterade fall i en viss landsdel men däremot i en annan.

9.13.3 Föreskrifterna bör vara tidsbegränsade

Förslag: Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt den nya lagen ska gälla för en viss tid.

Det anges i direktiven att utredaren ska analysera hur det kan säkerställas att giltighetstiden för begränsande åtgärder omprövas kontinuerligt.

I avsnitt 9.8.4 föreslår vi att regeringens aktiveringsföreskrift om att lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska få tillämpas ska underställas riksdagens prövning inom två veckor. Riksdagen kan, om den inte godkänner regeringens föreskrift, upphäva den genom lag. Om detta inträffar har lagen kunnat tillämpas, och föreskrifter kunnat meddelas med stöd av den, under den tid aktiveringsföreskriften var i kraft.

Om riksdagen däremot godkänner den underställda aktiveringsföreskriften kan de föreskrifter om samhällsinriktade smittskydds-

åtgärder som därefter beslutas av regeringen bli mer långvariga och få långtgående effekter på dem som berörs. Det är angeläget att åtgärderna lättas eller upphör så snart de inte längre är behövliga. Som yttersta gräns för föreskrifternas giltighetstid är dock aktiveringsföreskriftens giltighetstid som har en gräns på tolv månader enligt vårt förslag. Aktiveringsföreskriftens giltighetstid kan dock vid behov förlängas (se avsnitt 9.8.3).

Det kommer att framgå av lagens allmänna utgångspunkter att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bl.a. ska vara proportionerliga och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet för att få vidtas (se avsnitt 9.9). Utredningen anser att föreskrifter som meddelas med stöd av de aktiverade bemyndigandena i lagen därutöver ska vara tidsbegränsade. Detta understryker att det är fråga om en undantagsreglering. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar dock att smittspridningen snabbt kan öka eller minska på sätt som inte är förväntade. Det kan därför vara vanskligt att på förhand avgöra hur länge smittspridningen kommer att vara sådan att föreskrifterna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder behövs. Någon maximal tidsgräns för föreskrifterna, utöver den tidsgräns som aktiveringsföreskriftens giltighetstid innebär, bör därför inte införas. Något hinder att vid behov besluta om förlängning av en föreskrift när tiden går ut bör av samma skäl inte finnas.

Tidsbegränsningen innebär att redan inför att en föreskrift beslutas bör det övervägas under vilken tid kraven på att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna bör gälla. De aktuella föreskrifterna kan dock av naturliga skäl inte gälla längre än regeringens aktiveringsföreskrift.

9.13.4 Underställning till riksdagen bör inte krävas

Bedömning: Det bör inte ställas något krav på att regeringens föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska underställas riksdagens prövning.

I avsnitt 9.8 föreslår vi en särskild ordning som innebär att det är regeringen som beslutar om när bestämmelserna om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna kan börja att tillämpas. Den särskilda ordningen innebär att regeringen meddelar en föreskrift om

att hela eller delar av bestämmelserna ska börja att tillämpas en viss dag, dvs. en slags aktiveringsföreskrift. Den föreskriften ska underställas riksdagens prövning. Riksdagen får på detta sätt inflytande över tillämpligheten av lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Utredningen har övervägt om också de föreskrifter som regeringen beslutar med stöd av de bemyndiganden om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som blir tillämpliga genom regeringens aktiveringsbeslut ska underställas riksdagens prövning. Vid de tillfälliga bemyndigandena som infördes i smittskyddslagen för att hantera covid-19-pandemin och som var i kraft under våren 2020 fanns ett krav på underställning (se numera upphävda 9 kap. 6 c § SmL). Även I covid-19-lagen fanns ett krav på underställning av föreskrifter om förbud att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, om att stänga platser för fritids- eller kulturverksamheter och handelsplatser, om förbud mot att bedriva kollektivtrafik och förbud mot att samlas i ett sällskap av en viss storlek (15 §). Något krav på att också regeringens föreskrifter om att den som bedriver eller ansvarar för en verksamhet ska vidta mindre ingripande smittskyddsåtgärder med stöd av covid-19-lagens bestämmelser fanns dock inte. I jämförelse med de tillfälliga bemyndigandena i smittskyddslagen ansågs bemyndigandena i covid-19-lagen mer detaljerade och avgränsade. Riksdagen bedömdes därför ha bättre möjligheter att förutse och bedöma de åtgärder som kunde komma att vidtas med stöd av lagen. Lagrådet anförde vid sin granskning att det kunde diskuteras om underställningen borde omfatta flera situationer, t.ex. föreskrifter med särskilt långtgående krav på antalet personer och öppettider. Det var enligt Lagrådet emellertid vanskligt att avgöra var gränsen i så fall borde dras och att det beroende på utvecklingen av pandemin behövde finnas utrymme för snabba och flexibla åtgärder. Lagrådet fann att den gjorda avgränsningen beträffande vilka föreskrifter som ska underställas riksdagen kunde accepteras.[135]

De bemyndiganden om att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår motsvarar i mångt och mycket de bemyndiganden som fanns i covid-19-lagen i fråga om utformning och detaljnivå, även om vi gjort anpassningar för att regelverket ska kunna fungera som beredskap för en i dag okänd framtida pandemi eller

[135] Prop. 2020/21:79 s. 59 och 60, 137 och 138.

annan omfattande smittspridning. Det är vår bedömning att inte heller våra bemyndiganden i denna del bör vara underkastade krav på underställning.

När det gäller de bemyndiganden som vi föreslår som innebär att regeringen kan meddela förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar och att stänga sådana verksamheter som omfattas av lagen, talar visserligen likheterna med covid-19-lagen för att föreskrifter som fattas med stöd av dessa bör underställas riksdagens prövning. Mot det talar dock att enligt vårt förslag ska regeringens aktiveringsföreskrift underställas. Som vi beskrivit tidigare ska en sådan underställning föregås av en bedömning av vilka bestämmelser och bemyndiganden som ska omfattas av aktiveringsföreskriften och föreskriften ska motiveras i en proposition. Redan i samband med aktiveringsföreskriften har regeringen och riksdagen alltså att ta ställning om bemyndigandena om att helt förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar och stänga verksamheter ska få tillämpas eller inte. Det är utredningens bedömning att detta förfarande ge de rättssäkerhetsgarantier som krävs, tillsammans med den flexibilitet som behöver eftersträvas i beredskapen.

Utredningen noterar också att nu gällande bemyndigande i ordningslagen om att regeringen i syfte att motverka en farsot får meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inte innehåller något krav på att föreskrifterna ska underställas.

Vår bedömning är mot denna bakgrund att det inte bör ställas något krav på att regeringens föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska underställas riksdagens prövning.

9.14 Beslut om begränsningar i enskilda fall

Förslag: Länsstyrelsen ska få besluta om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall. Inför ett sådant beslut ska länsstyrelsen vid behov samråda med smittskyddsläkaren.

Vid länsstyrelsens beslut ska hänsyn tas till smittspridning i olika typer av verksamheter på motsvarande sätt som när föreskrifter enligt den föreslagna lagen utformas.

Det finns ett behov av att kunna besluta om smittskyddsåtgärder i enskilda fall

De förslag som presenteras i avsnitt 9.12 innebär att olika slags verksamheter genom föreskrifter ska kunna åläggas att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter kan dock inte användas för att införa samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser en enskild verksamhet. På motsvarande sätt som covid-19-lagen är syftet med den föreslagna lagen att möjliggöra träffsäkra åtgärder och som innebär att verksamheter trots en omfattande smittspridning i samhället ska kunna hålla öppet i så stor utsträckning som möjligt. På samma sätt som i covid-19-lagen bör det därför finnas utrymme att ålägga enskilda verksamheter genom förvaltningsbeslut, dvs. beslut i enskilda fall. En sådan möjlighet skulle kunna användas t.ex. om det konstateras att det förekommer en omfattande smittspridning som kan kopplas till en viss verksamhet eller om det på goda grunder kan förutses att ett visst planerat evenemang kommer att medföra stora risker för smittspridning.[136]

Möjligheten att besluta om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall bör omfatta alla verksamheter som regleras i den föreslagna lagen och där det finns en aktör att rikta beslutet mot (dvs sådana verksamheter, sammankomster och tillställningar som framgår av avsnitt 9.12.1–9.12.5). Utgångspunkten bör vara att det i ett sådant beslut om smittskyddsåtgärder i ett enskilt fall ställs krav på smittskyddsåtgärder som innebär att verksamheten fortsatt kan bedrivas på ett sätt som gör att risken för smittspridning av den aktuella sjukdomen kan motverkas. I de fall som en viss verksamhet inte kan anpassas på ett sätt som minskar risken för smittspridning i tillräcklig grad, bör ett beslut som en yttersta åtgärd få innebära att verksamheten förbjuds eller ska hållas stängd. Av lagbestämmelsen bör det därför framgå att beslut i enskilda fall får avse sådana smittskyddsåtgärder som avses i de normgivningsbemyndiganden som behandlas i avsnitt 9.12, dvs. såväl krav på smittskyddsåtgärder som förbud och nedstängningar.

[136] Prop. 2020/21:79 s. 63.

Länsstyrelsen bör få fatta de enskilda besluten och vid behov samråda med smittskyddsläkaren

I avsnitt 9.15 nedan föreslås länsstyrelserna ha tillsynsansvar över den föreslagna lagen. På motsvarande sätt som i covid-19-lagen bör det därför också vara länsstyrelserna som ska vara behöriga att fatta beslut om smittskyddsåtgärder i enskilda fall.[137]

För att säkerställa ett fullgott beslutsunderlag bör det i lagtexten anges att länsstyrelsen vid behov ska samråda med smittskyddsläkaren. Även en sådan ordning motsvarar vad som gällde enligt covid-19-lagen. De uttalanden som gjordes i anslutning till den bestämmelsen har relevans också för den reglering vi nu föreslår. Därför bör ett samråd kunna anses vara onödigt om länsstyrelsen nyligen har samrått med smittskyddsläkaren i en likartad fråga. I de fall som smittskyddsläkarens kompetens behövs framstår det inte som lämpligt att avstå från samråd på den grunden att beslutet är brådskande. Det finns också av samma skäl anledning att nämna att i smittskyddsläkarens uppgifter enlig 6 kap. 2 § SmL att se till att förebyggande åtgärder vidtas, vilket innebär att smittskyddsläkaren har ett ansvar att inleda ett ärende hos länsstyrelsen om smittskyddsåtgärder i ett enskilt fall om smittskyddsläkaren anser att det är påkallat. På motsvarande sätt som var fallet med covid-19-lagen kommer i de flesta fall ett beslut om smittskyddsåtgärder i ett enskilt fall att avse en viss fysisk plats. I de fall som en verksamhetsutövare bedriver verksamhet på platser i flera olika län bör det ankomma på länsstyrelsen i respektive län att besluta i fråga om den plats som är belägen i det aktuella länet. I vissa fall kan det dock vara fråga om länsöverskridande verksamhet, t.ex. när det gäller kollektivtrafik. Frågan om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör i en sådan situation prövas av länsstyrelsen i det län till vilken verksamheten har starkast koppling.[138]

Samma hänsyn ska tas vid beslut som vid föreskrifter

För att säkerställa enhetlighet vad gäller kraven på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av den föreslagna lagen bör länsstyrelsen vid sina beslut ta samma hänsyn som regeringen eller myndigheter under regeringen ska ta vid utformningen av föreskrifter (se

[137] Prop. 2019/20:155 s. 19 och prop. 2020/21:79 s. 64.
[138] Prop. 2020/21:79 s. 65.

9.12.6 och 9.13.1). Det bör tas in en bestämmelse i lagen som anger detta.

9.15 Tillsyn och befogenheter

9.15.1 Länsstyrelsen bör ha tillsynsansvaret

Förslag: Länsstyrelsen utövar tillsyn över att lagen och de föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, samt de beslut i enskilda fall som fattas med stöd av lagen följs.

På begäran av länsstyrelsen ska den som står under tillsyn enligt lagen lämna de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen.

Länsstyrelsen har rätt att få tillträde till lokaler, områden och utrymmen där verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs. Polismyndigheten ska på begäran lämna länsstyrelsen den hjälp som behövs.

En begäran om hjälp från Polismyndigheten får göras endast om

1. det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan vidtas utan att en polismans särskilda befogenheter enligt 10 § polislagen behöver tillgripas, eller
2. det annars finns synnerliga skäl.

Länsstyrelsen får besluta de förelägganden som behövs för tillsynen och för att lagen och de föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, samt de beslut som fattas i enskilda fall ska följas.

Länsstyrelsen ska vid behov samråda med smittskyddsläkaren.

Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Sekretess ska i fråga om länsstyrelsens tillsyn gälla för en enskilds affärs- och driftförhållanden om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgifterna röjs. Sekretess ska också gälla för uppgift om andra ekonomiska eller personliga förhållanden för den som har trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för tillsynen. Sekretess ska inte gälla för beslut om tillsyn.

Val av tillsynsmyndighet

För att säkerställa att de föreskrifter och beslut enligt den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder följs bör det finnas någon myndighet som har tillsynsansvar.

Tillsyn enligt serveringslagen utövades av den kommunala nämnd som ansvarar för miljö- och hälsoskyddsområdet. Tillsyn enligt covid-19-lagen utövades av landets 21 länsstyrelser. Vidare har Polismyndigheten ansvar för att för att pröva ansökningar om tillstånd att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, samt har befogenhet att under vissa förutsättningar ställa in eller upplösa sådana sammankomster och tillställningar. Polismyndigheten bör ha kvar dessa uppgifter när det gäller föreskrifter och beslut enligt den nya lagen, se avsnitt 9.15.3. Några ytterligare tillsynsuppgifter bör Polismyndigheten inte få.

En poäng med att dela upp tillsynsansvaret mellan mer än en ansvarig myndighet vore att minska sårbarheten och risken för att annan tillsyn blir lidande. Erfarenheterna från covid-19-pandemin ger vid handen att svårigheter med personalförsörjning och undanträngningseffekter för annan tillsyn förekom. Fördelen med att välja enbart en instans är att möjliga gränsdragnings- och samordningsproblem lättare undviks.

Den nya lagen omfattar verksamheter, sammankomster och tillställningar av skiftande slag. Syftet är dock detsamma, nämligen att motverka spridning av en viss samhällsfarlig sjukdom. Föreskrifterna kommer därmed att ha många gemensamma drag. Utredningen anser därför att det mest ändamålsenliga är att utse endast en myndighet som ska utöva tillsyn.

Länsstyrelserna har stor erfarenhet av tillsyn. De erfarenheter som myndigheterna gjorde under covid-19-pandemin bör kunna vara värdefulla och tas tillvara vid en eventuell framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. Utredningen anser mot den bakgrunden att det mest ändamålsenliga är att utse länsstyrelserna att ansvara för tillsynen enligt den nya lagen.

Rätt till upplysningar och tillträde och polishandräckning

För att länsstyrelsen ska kunna utöva tillsyn har den behov av information. Utredningen föreslår därför att länsstyrelsen ska ha rätt att på begäran få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen av den som bedriver eller ansvarar för verksamheten, sammankomsten eller tillställningen. För att kunna utöva tillsyn bör länsstyrelsen dessutom ha rätt att få tillträde till lokaler, områden och utrymmen där verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs.

I vissa fall kan länsstyrelsen behöva få hjälp av Polismyndigheten för att kunna utöva tillsyn. Länsstyrelsen bör därför kunna begära att Polismyndigheten lämnar länsstyrelsen den hjälp som behövs vid tillträde till den lokal, eller det område eller utrymme som tillsynen avser. Avsikten är dock inte att Polismyndighetens hjälp ska begäras rutinmässigt. En sådan begäran bör få göras endast om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan utföras utan att en polismans särskilda befogenheter enligt 10 § polislagen behöver tillgripas eller det annars finns synnerliga skäl. En bestämmelse med en liknande utformning finns i 9 kap. 9 § alkohollagen.

Tillsynsåtgärder

Länsstyrelserna bör få besluta de förelägganden som behövs för tillsynen och för att föreskrifter och beslut enligt den nya lagen ska följas. Ett beslut om föreläggande kan innebära en skyldighet för mottagaren att göra något, t.ex. att vidta en viss smittskyddsåtgärd, eller att mottagaren ska avstå från att göra något. Ett föreläggande kan således som en yttersta åtgärd innebära ett förbud mot att bedriva en viss verksamhet.

Föreskrifter och beslut enligt den nya lagen, liksom länsstyrelsens beslut inom ramen för tillsynen, ska syfta till att motverka smittspridning. För att säkerställa att besluten i sak är de lämpligaste från smittskyddssynpunkt bör det i lagen anges att länsstyrelsen, om det behövs, ska samråda med smittskyddsläkaren. Det innebär inte att smittskyddsläkaren måste rådfrågas inför varje beslut. Det bör vara länsstyrelsen som i det enskilda fallet avgör om smittskyddsläkarens kompetens behövs.

Länsstyrelsens beslut om förelägganden bör kunna förenas med vite. Mot bakgrund av att lagstiftningen kan komma att användas vid en mycket allvarlig smittspridning är det utredningens bedömning att vite är ett lämpligt och effektivt påtryckningsmedel för att få en verksamhetsutövare att följa föreskrifter och beslut enligt den nya lagen.

Vid tillsynen bör det beaktas vilka praktiska möjligheter mottagaren av föreläggande eller vite haft att förhindra eller begränsa den situation som föranlett att föreläggande eller vite övervägs.

Sekretess i tillsynen

Av 30 kap. 23 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) följer att sekretess gäller, i den utsträckning regeringen föreskriver det, i statlig myndighets verksamhet som består i bl.a. tillsyn för uppgift som rör enskilds affärs- och driftsförhållanden, uppfinningar eller forskningsresultat, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs, och för uppgift om andra ekonomiska eller personliga förhållanden för den som har trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för myndighetens verksamhet. Av 9 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) följer att sådan sekretess gäller i den utsträckning som anges i bilagan till förordningen.

Denna ordning gällde för tillsynen enligt covid-19-lagen. Det är utredningens mening att den bör gälla också för de uppgifter som länsstyrelsen får del av i sin tillsynsverksamhet enligt den nu föreslagna lagen. Utredningen föreslår därför att en bestämmelse om tillsyn enligt den föreslagna covid-19-lagen förs in i bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen. Sekretessen bör inte gälla för beslut i ärenden.

9.15.2 Nationell tillsynsvägledning och tillsynssamordning

Förslag: Folkhälsomyndigheten ska ge nationell tillsynsvägledning för den tillsyn som länsstyrelsen ska utöva enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Länsstyrelsen i Dalarnas län ska samordna länsstyrelsernas tillsynsarbete.

För att tillsynen ska kunna utövas så enhetligt och effektivt som möjligt bör det finnas någon som ansvarar dels för tillsynsvägledning, dels för samordning av tillsynsmyndigheterna.

Folkhälsomyndigheten svarade för nationell tillsynsvägledning enligt serveringslagen och covid-19-lagen samt de författningar som meddelats med stöd av dessa. Myndigheten svarar även för tillsynsvägledning på andra områden, t.ex. i frågor som gäller hälsoskydd enligt 2, 5, 6 och 9 kap. miljöbalken. Folkhälsomyndigheten ska enligt sin instruktion samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå. Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas med stöd av den föreslagna lagen kan gälla i hela landet och omfatta ett stort antal verksamheter, sammankomster och tillställningar av skiftande slag. I tillsynen kan det även uppstå behov av smittskyddskompetens. Det finns därför behov av nationell tillsynsvägledning som kan fungera som stöd för länsstyrelserna och som kan bidra till en enhetlig rättstillämpning.

Det behövs även en samordning mellan länsstyrelserna för att tillsynsarbetet ska kunna bedrivas effektivt och enhetligt över landet. Länsstyrelsen i Dalarnas län samordnade länsstyrelsernas tillsynsarbete enligt covid-19-lagen och de författningar som meddelades med stöd av den.

Som framgår av avsnitt 3.3.1 har det genomförts en strukturreform av krisberedskap och civilt försvar. Bland annat har civilområden som leds av en civilområdesansvarig länsstyrelse inrättats. De civilområdesansvariga länsstyrelserna ska inom civilområdet verka för länsöverskridande samordning av länsstyrelsernas planering och förberedelser för fredstida krissituationer. Vid fredstida krissituationer som berör flera län inom civilområdet ska den civilområdesansvariga länsstyrelsen ha förmåga att utgöra en gemensam funktion för stöd till länsstyrelsernas hantering av krisen. Utredningen har övervägt om det skulle kunna anses tillräckligt, ur samordningssynpunkt, med den gemensamma funktion som varje civilområdesansvariga länsstyrelserna ska ha. Det finns dock sex civilområdesansvariga länsstyrelser. För att säkerställa en så enhetlig tillämpning som möjligt anser utredningen att enbart en länsstyrelse bör få samordningsansvar för tillsynen. En sådan ordning främjar även en ändamålsenlig samverkan mellan den tillsynsvägledande myndigheten och de myndigheter som bedriver tillsynen, dvs. Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna.

Folkhälsomyndigheten och Länsstyrelsen i Dalarnas län har erfarenhet av nationell tillsynsvägledning respektive samordningsansvar och har också haft förutsättningar att dra lärdomar av sina erfarenheter av dessa uppdrag från covid-19-pandemin. Med anledning av detta anser utredningen att det mest ändamålsenliga är att utse Folkhälsomyndigheten till att ansvara för nationell tillsynsvägledning samt att utse Länsstyrelsen i Dalarnas län till att samordna länsstyrelsernas tillsynsarbete.

Det är utredningens uppfattning att dessa ansvar av beredskapsskäl bör vara reglerade i förväg. Det ger berörda aktörer möjlighet att på förhand vidta åtgärder såsom att t.ex. fördela ansvar, ta fram nödvändiga processer och rutiner och planera för bemanning.

Utredningen bedömer att Folkhälsomyndighetens ansvar för tillsynsvägledningen och Länsstyrelsen i Dalarnas läns samordningsansvar bör regleras på förordningsnivå i respektive myndighetsinstruktion med stöd av regeringens normgivningskompetens i 8 kap. 7 § regeringsformen.

In- och utlåning av personal mellan länsstyrelser

I begränsningsförordningen fanns det särskilda regler rörande en länsstyrelses möjlighet att efter överenskommelse och mot ersättning ställa någon av sina anställda under en annan länsstyrelses förfogande. Det fanns redan en viss möjlighet för länsstyrelserna med stöd av 25 § förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion att göra sådana överenskommelser och den möjligheten användes inom länsstyrelsens olika verksamhetsområden. Regeringen bedömde dock att det var lämpligt att vidga möjligheterna för länsstyrelserna att kunna ställa anställda till förfogande. Anledningen var att arbetet med tillsynsuppgifter enligt covid-19-regelverket kunde komma att bli ojämnt fördelat mellan länen och att länsstyrelsernas behov av att kunna avlasta varandras tillsynsuppgifter bedömdes öka.[139]

I en utvärdering av länsstyrelsernas tillsyn enligt covid-19-regelverket som Länsstyrelsen i Dalarnas län genomfört konstateras att bemanningen av tillsynsorganisationerna runt om i landet var en utmaning för de flesta länsstyrelser. Det framgår även att det, på

[139] Socialdepartementet. Promemoria Särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963), 2020, s. 25.

grund av att tillsynsobjekten ofta var ovana vid tillsyn, var viktigt med personal som hade erfarenhet av att arbeta med tillsyn. För att komma igång snabbt med tillsynen underlättade det att ha personal som kände till länsstyrelsens uppdrag, organisation och system.[140]

Den 1 april 2023 upphävdes den lydelse av 25 § förordningen som gällde att ställa personal till förfogande mellan länsstyrelserna.

I oktober 2021 fick en sakkunnig i uppdrag att kartlägga förutsättningarna för in- och utlån av personal mellan myndigheter under regeringen och föreslå åtgärder som förbättrar förutsättningarna för sådana in- och utlån. Bakgrunden till uppdraget var bl.a. att den globala spridningen av covid-19 hade påverkat verksamheten hos många statliga myndigheter och flera av dessa hade tagit hjälp av varandra genom olika former för in- och utlån av personal. Uppdraget slutredovisades i departementspromemorian En hjälpande hand – ökade möjligheter till in- och utlån av personal mellan myndigheter (Ds 2022:26). I promemorian behandlas både personallån under fredstida kris och under normala omständigheter tillsammans eftersom de frågor som uppkommer ofta är av samma slag.

I promemorian görs bedömningen att myndigheters deltagande i personallån kan utgöra ett sådant samarbete som regleras i 6 § andra stycket myndighetsförordningen (2007:515). Vidare konstateras det att personallån kan vara en del i att uppfylla kraven avseende myndigheternas arbetsgivarpolitik i 8 § första och tredje punkterna samma förordning. Det framgår även att personallån kan ses som ett stöd enligt 9 § förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap.

Förutsättningarna för lån presenteras i promemorian genom att det anges vilka lämplighetsöverväganden samt juridiska och praktiska aspekter som myndigheterna bör beakta i samband med lån. Inget av detta bedömdes dock medföra något principiellt hinder för lån av personal mellan myndigheter. Utredningen bedömde att den reglering som finns ger goda möjligheter att låna personal av varandra, både under normala omständigheter och under fredstida kris. Det konstaterades dock att många myndigheter saknar rutiner för personallån och att det behövs en tydligare struktur som inte bygger på personliga kontakter. För att förbättra förutsättningarna för

[140] Länsstyrelsen i Dalarnas län. En enad insats mot smittan – länsstyrelsernas pandemitillsyn enligt den tillfälliga covid-19-lagen. 2022. Rapport 2022:13, s. 5 och 37.

in- och utlån bedömde utredningen bl.a. att myndigheterna själva borde förbereda sig för att kunna hantera en lånesituation.[141]

I promemorian konstateras angående 25 § förordningen med länsstyrelseinstruktion att utredningen inte kunnat utröna bakgrunden till bestämmelsen men att den, enligt utredningens mening, inte kunde tolkas som att lån av personal skulle vara förbjuden i andra situationer än de som angavs i bestämmelsen.[142]

Med anledning av vad som nu anförts bedömer utredningen att någon bestämmelse som möjliggör personallån mellan länsstyrelserna inte behövs. I likhet med vad som anförs i promemorian anser dock utredningen att det är viktigt att länsstyrelserna själva förberett sig och har välfungerande processer och rutiner för att kunna hantera en lånesituation.

9.15.3 Innehållet i ansökan eller anmälan enligt ordningslagen

Förslag: I ansökan eller anmälan enligt ordningslagen ska anordnaren av en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning uppge de åtgärder som anordnaren avser att vidta i enlighet med föreskrifter som har meddelats i anslutning till den föreslagna lagen. Detsamma ska gälla avseende de beslut i enskilda fall som fattats med stöd av samma lag.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar får som huvudregel inte anordnas på offentliga platser utan tillstånd. Ansökan om tillstånd görs i de flesta fall till Polismyndigheten. I vissa fall krävs enbart anmälan (2 kap. 4 och 6 §§ ordningslagen). I 2 kap. 7 § ordningslagen anges vad ansökan ska innehålla. Det handlar om uppgifter om anordnaren, tiden för sammankomsten eller tillställningen, dennas art och huvudsakliga utformning samt de åtgärder i fråga om ordning och säkerhet som anordnaren avser att vidta.

Polismyndigheten bör enligt utredningens mening ha kvar sina nuvarande uppgifter när det gäller tillståndsprövningen enligt ordningslagen även i händelse av att lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder aktiveras. Tillstånd till allmänna sammankomster får vägras endast på de grunder som anges i 2 kap. 10 § ordnings-

[141] Ds 2022:26, s. 3–5, 55, 56, 122, 123 och 167–173.
[142] Ds 2022:26, s. 32.

lagen. En av grunderna är att det är nödvändigt för att motverka epidemi. Vid offentliga tillställningar saknas ett grundlagsskydd som svarar mot vad som gäller vid allmänna sammankomster. Därför har inte uttömmande angetts vilka hänsyn som får beaktas vid tillståndsprövningen i fråga om offentliga tillställningar. Det är dock i allt väsentligt fråga om samma hänsyn som gäller för allmänna sammankomster. Bestämmelsen i 2 kap. 10 § bestämmelsen kan även fortsättningsvis tillämpas i syfte att förhindra spridning av de sjukdomar som lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan bli tillämplig på.

Genom våra förslag kan anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar komma att åläggas ansvar för att vidta smittskyddsåtgärder i samband med en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning. För att Polismyndigheten ska kunna bedöma om den allmänna sammankomsten eller offentliga tillställningen kan hållas i enlighet med de krav som ställs i fråga om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder behöver anordnaren därför lämna fler uppgifter än de som följer av 2 kap. 7 § ordningslagen. En kompletterande bestämmelse om en sådan skyldighet att uppge de smittskyddsåtgärder som avses att vidtas bör föras in i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Det handlar om åtgärder i enlighet med föreskrifter som meddelats med stöd av lagen och beslut i enskilda fall som fattats med stöd av lagen.

Den information som lämnas bör vara tillräcklig för att Polismyndigheten ska kunna bedöma om den allmänna sammankomsten eller offentliga tillställningen kan hållas i enlighet med de krav som ställs i fråga om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Vad ansökan eller anmälan närmare ska innehålla är således beroende av vilka föreskrifter som meddelats i anslutning till lagen och vilka enskilda beslut som har fattats. Det kan t.ex. röra sig om att anordnaren har vidtagit åtgärder för att följa föreskrifter om ett visst tillåtet antal personer eller att anordnaren vidtagit åtgärder för att uppfylla krav som ställts i ett beslut som länsstyrelsen fattat.

9.15.4 Befogenheter i samband med allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

Förslag: Polismyndigheten får ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med en föreskrift som har meddelats med stöd av lagen eller ett beslut enligt lagen.

En allmän sammankomst eller offentlig tillställning får upplösas endast om mindre ingripande åtgärder har visat sig vara otillräckliga för att hindra fortsatta överträdelser av föreskriften eller beslutet.

Om Polismyndigheten har beslutat att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning, får en polisman avvisa eller avlägsna deltagare och åskådare, om det behövs för att syftet med beslutet ska uppnås.

Polismyndigheten får också, om det är nödvändigt för att syftet med beslutet ska uppnås, förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme.

Enligt ordningslagen får allmänna sammankomster och offentliga tillställningar förbjudas genom föreskrifter om det är nödvändigt för att motverka epidemi. Polismyndigheten får upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med en sådan föreskrift. En sådan sammankomst eller tillställning får emellertid upplösas endast om mindre ingripande åtgärder har visat sig vara otillräckliga för att hindra fortsatta överträdelser av föreskriften eller beslutet (2 kap. 15, 22 och 24 §§). Har Polismyndigheten beslutat att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning, får en polisman avvisa eller avlägsna deltagare och åskådare, om det behövs för att syftet med beslutet ska uppnås (13 b § polislagen).

Polismyndighetens befogenheter bygger på att en allmän sammankomst eller offentlig tillställning har begränsats med stöd av ordningslagen. Utredningen anser att det är angeläget att Polismyndigheten har samma befogenheter om en allmän sammankomst eller offentlig tillställning blir föremål för smittskyddsåtgärder enligt den föreslagna lagen. Detta bör åstadkommas genom att det införs särskilda bestämmelser i den föreslagna lagen. Dessa bestämmelser bör avse Polismyndighetens och polismäns befogenheter med motsvarande

innehåll som nuvarande bestämmelser i ordningslagen och polislagen. En allmän sammankomst eller offentlig tillställning bör alltså, på samma sätt som enigt ordningslagen, få upplösas endast om mindre ingripande åtgärder har visat sig vara otillräckliga för att hindra fortsatta överträdelser av en föreskrift eller ett beslutet enligt den föreslagna lagen. Vilka mindre ingripande åtgärder som kan komma i fråga får bedömas från fall till fall och är även beroende av hur de aktuella föreskrifterna eller besluten är utformade. Det kan t.ex. vara fråga om att uppmana anordnaren att begränsa tillträde till eller be deltagare lämna sammankomsten eller tillställningen. Polismyndigheten kan härvid samarbeta med länsstyrelsen för att förmå anordnaren att vidta adekvata åtgärder. I valet mellan att ställa in och upplösa torde inställande vara den minst ingripande åtgärden.[143]

Om Polismyndigheten har beslutat att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med en föreskrift som meddelats med stöd av lagen eller ett beslut enligt lagen, får en polisman avvisa eller avlägsna deltagare och åskådare, om det behövs för att syftet med beslutet ska uppnås.

Avlägsnande av personer kan vara tidskrävande och även innebära ökade smittrisker, t.ex. om transport från platsen sker i buss. Syftet med föreskrifter och beslut enligt lagen är att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Det framstår mot den bakgrunden som att möjligheterna att avlägsna deltagare och åskådare inte är tillräckliga åtgärder. Utredningen anser därför att även en möjlighet att förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme bör införas i lagen. En liknande bestämmelse som avser allvarliga störningar av den allmänna ordningen eller säkerheten finns i 24 § polislagen. Ett sådant förbud kan t.ex. vara ett användbart verktyg för att se till att ett beslutet om upplösande av en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning kan verkställas. Den föreslagna bestämmelsen kan också tillämpas om det t.ex. finns anledning att befara att det till en viss plats kommer människor som avser att delta i en viss sammankomst eller tillställning, trots att det fattats ett beslut om att ställa in sammankomsten eller tillställningen som skulle hållits där.[144]

[143] Jfr Åberg, K. Ordningslagen. Kommentarer och rättspraxis. (Version 4B, JUNO), kommentaren till 2 kap. 22 §.
[144] Jfr prop. 1996/97:175 s. 82.

I avsnitt 9.20 föreslår utredningen vissa förändringar i ordningslagen.

9.15.5 Befogenheter i kollektivtrafik och inrikes flygtrafik

Förslag: Om det behövs för att en föreskrift eller ett beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik ska kunna följas, får tillträde vägras till färdmedel i kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik och till lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik.

Den som bedriver kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik får ge resenärer och andra personer de anvisningar och tillsägelser som behövs för att föreskrifterna och besluten ska kunna följas. Den som inte följer en anvisning eller tillsägelse är skyldig att på uppmaning lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område.

Om den som har vägrats tillträde eller uppmanats att lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område inte gör som han eller hon blir tillsagd, får en polisman, en ordningsvakt eller en befattningshavare i säkerhets- eller ordningstjänst hos en infrastrukturförvaltare eller ett järnvägsföretag avvisa eller avlägsna honom eller henne.

Enligt ordningslagen får en trafiktjänsteman ge trafikanter och andra anvisningar eller tillsägelser som behövs för att ordningen eller säkerheten i kollektivtrafiken ska upprätthållas. Den som underlåter att följa en anvisning eller tillsägelse är skyldig att på uppmaning av en trafiktjänsteman lämna trafikföretagets område eller färdmedel, om underlåtelsen har väsentlig betydelse för ordningen eller säkerheten i trafiken. Tillträde till ett trafikföretags område eller färdmedel får vägras bl.a. den som uppträder på ett sådant sätt att det finns anledning att befara att han kommer att störa ordningen eller äventyra säkerheten i trafiken. Om den som har vägrats tillträde eller uppmanats att lämna trafikföretagets område eller färdmedel inte gör som han blir tillsagd, får en polisman eller ordningsvakt avvisa eller avlägsna honom (4 kap. 3 och 7–9 §§).

I covid-19-lagen fanns motsvarande befogenheter i fråga om efterlevnaden av föreskrifter och beslut enligt den lagen. Regleringen omfattade färdmedel i kollektivtrafik och inrikes flygtrafik samt lokaler och områden som var avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik. Det är utredningens uppfattning att motsvarande reglering bör tas in i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

I fråga om att den som inte följer en anvisning eller tillsägelse bör vara skyldig att på uppmaning lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område, utformades regleringen något annorlunda i covid-19-lagen jämfört med i ordningslagen. En förutsättning enligt ordningslagen är att underlåtelsen har väsentlig betydelse för ordningen eller säkerheten i trafiken. I samband med att covid-19-lagen infördes bedömdes dock att det inte fanns behov av att införa någon motsvarande bestämmelse i den lagen, eftersom det i praktiken inte är möjligt att bedöma vilka risker för smittspridning som uppstår på grund av att en enskild resenär underlåter att följa en anvisning eller tillsägelse. Det konstaterades i stället att en resenär bör avvisas endast om det är en proportionerlig åtgärd.

En befattningshavare i säkerhets- eller ordningstjänst hos en infrastrukturförvaltare eller ett järnvägsföretag får enligt 5 kap. 3 § järnvägssäkerhetslagen (2022:367) från järnvägsinfrastrukturen eller ett fordon avlägsna den som uppträder berusad eller stör ordningen och den som genom sitt uppträdande utgör en risk för säkerheten i järnvägsdriften. Även en sådan motsvarande befogenhet fanns i covid-19-lagen i fråga om att avlägsna en person som vägrats tillträde eller uppmanats att lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område och som inte gör som han eller hon blivit tillsagd. Även en sådan reglering bör tas in i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

9.15.6 Förhållandet mellan länsstyrelsens och Polismyndighetens uppgifter

Polismyndigheten har enligt ordningslagen i uppgift att pröva ansökningar om tillstånd att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Denna ordning kvarstår även för det fall lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder aktiveras. Polismyndigheten kan då behöva förhålla sig till dels föreskrifter om samhällsinriktade

smittskyddsåtgärder som avser av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, dels länsstyrelsens beslut i enskilda fall som avser sådana sammankomster eller tillställningar.

Polismyndigheten har även befogenhet att under vissa förutsättningar ställa in eller upplösa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Utredningen gör ovan bedömningen att Polismyndigheten ska ges motsvarande uppgifter när det gäller föreskrifter och beslut enligt den nya lagen. Enligt utredningens förslag ska länsstyrelsen i ett enskilt fall få besluta att en allmän sammankomst eller offentlig tillställning inte får hållas. Länsstyrelsen ska inom ramen för sin tillsyn enligt lagen även få besluta förelägganden om att en allmän sammankomst eller offentlig tillställning inte får hållas.

En skillnad mellan Polismyndighetens och länsstyrelsens beslutsbefogenheter är att länsstyrelsens beslut om förelägganden inte kan verkställas av polis med användning av våld (jfr 10 § polislagen). För att en polisman enligt lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska ha rätt att avlägsna en deltagare vid en allmän sammankomst eller offentlig tillställning krävs alltså att Polismyndigheten har beslutat att ställa in eller upplösa sammankomsten eller tillställningen. En annan skillnad är att enligt förslaget får enbart länsstyrelsens beslut förenas med vite. Polismyndigheten och länsstyrelsen kommer att få dubbla tillsynsroller i det avseendet att båda myndigheterna i praktiken får besluta att en allmän sammankomst eller offentlig tillställning inte får hållas. Samtidigt innebär regleringen skillnader på så sätt att myndigheternas arbete med att se till att föreskrifterna och besluten följs kommer att ha delvis olika inriktning.

Den föreslagna ordningen liknar till stor del det som gällde enligt covid-19-lagen. Det har i utredningen inte framkommit något som talar för att föreslå någon annan ordning. Liksom covid-19-lagen ställer utredningens förslag krav på samverkan och samarbete mellan myndigheterna.

En följd av den föreslagna ordningen, som också covid-19-lagen medförde, är att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som bryter mot föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan bli föremål för ingripanden från såväl länsstyrelsen som Polismyndigheten, till skillnad från andra verksamheter som omfattas av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt den föreslagna lagen. Detta kan uppfattas som en särreglering av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som inte är behövlig

ut smittskyddsskäl. Det är också utredningens uppfattning att en närmast dubbel tillsyn av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte motiveras av smittskyddsskäl. Utredningen har därför övervägt om en annan ordning vid vilken Polismyndigheten inte ska kunna ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning med anledning av att sammankomsten eller tillställningen inte följer föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Det är dock utredningens mening att den föreslagna ordningen är en logisk följd av att Polismyndigheten är den myndighet som ger tillstånd till allmänna sammankomster och offentliga tillställningar och även utövar tillsyn över dessa utifrån bl.a. ordningsskäl. Utredningen har också övervägt om en ordning skulle kunna införas där bara vissa typer av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar ska omfattas av Polismyndighetens befogenheter. Exempelvis skulle återkommande sammankomster och tillställningar i form av biofilmsvisning och teaterföreställningar kunna vara undantagna befogenheterna. Det är dock utredningens uppfattning att en sådan lagreglering skulle kräva en detaljnivå som inte är eftersträvansvärd för att undvika gränsdragningsproblem. Det är därför utredningens mening att den dubbla tillsynen över allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som föreslaget medför bör hanteras genom samordning och dialog mellan Polismyndigheten och länsstyrelserna. Samordning och samråd är således av största betydelse för att en arrangör inte ska riskera att få olika beslut från myndigheterna kring samma arrangemang. På motsvarande sätt hanterades frågan vid tillämpning av covid-19-lagen.[145]

Utredningen har också övervägt om Polismyndigheten bör få befogenhet att upplösa annan verksamhet som omfattas av den föreslagna lagen med som inte utgör allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Utredningen gör dock bedömningen att den tillsyn som vi föreslår ska gälla verksamhetsutövare och som innebär att länsstyrelsen genom tillsyn med handräckning från Polismyndigheten och genom förelägganden och viten kan ålägga en verksamhet att stänga verksamheten är tillräcklig och ändamålsenlig.

[145] Prop. 2020/21:79 s. 72 och 73.

9.16 När beslut får verkställas

Förslag: Länsstyrelsens beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall och om förbud och förelägganden inom ramen för sin tillsyn gäller genast, om inte något annat anges i beslutet.

Detsamma gäller Polismyndighetens beslut att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning eller att förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme.

Länsstyrelsen ska enligt vårt förslag få rätt att besluta om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall i sådana verksamheter, tillställningar och sammankomster som kan komma att omfattas av föreskrifter enligt lagen (avsnitt 9.14). Vidare föreslås att länsstyrelsen ska få besluta om förelägganden inom ramen för sin tillsyn enligt lagen (avsnitt 9.15.1). Polismyndigheten föreslås få rätt att besluta att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med en föreskrift som har meddelats med stöd av lagen eller ett beslut enligt lagen, eller förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme (avsnitt 9.15.4). Länsstyrelsens och Polismyndighetens beslut ska få överklagas (avsnitt 9.17).

Enligt 35 § förvaltningslagen får ett beslut som får överklagas inom en viss tid verkställas när överklagandetiden har gått ut, om beslutet inte har överklagats. Ett beslut får alltid verkställas omedelbart bl.a. om beslutet gäller endast tillfälligt. En myndighet får även verkställa ett beslut omedelbart om ett väsentligt allmänt eller enskilt intresse kräver det. Myndigheten ska dock först noga överväga om det finns skäl att avvakta med att verkställa beslutet på grund av att beslutet medför mycket ingripande verkningar för någon enskild, att verkställigheten inte kan återgå om ett överklagande av beslutet leder till att det upphävs eller någon annan omständighet.

Länsstyrelsens och Polismyndighetens beslut enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder syftar till att förhindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Enligt utredningens mening står det klart att verkställigheten av ett sådant beslut endast i mycket speciella undantagsfall kommer att kunna skjutas upp i avvaktan på att beslutet ska få laga kraft. Samtidigt kommer besluten i vissa fall att medföra mycket ingripande verkningar för enskilda. För att det inte ska råda någon oklarhet i denna fråga bör

det finnas en presumtion för att länsstyrelsens och Polismyndighetens beslut får verkställas genast. I lagen bör det därför uttryckligen anges att ett sådant beslut gäller genast, om inte något annat anges i beslutet.

9.17 Överklagande

Förslag: Följande beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol:

- Länsstyrelsens beslut om smittskyddsåtgärder i enskilda fall och om förbud och förelägganden inom ramen för sin tillsyn.
- Polismyndighetens beslut att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning eller att förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme.

Andra beslut enligt lagen får inte överklagas.
Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Förvaltningsbeslut bör vara överklagbara

Förvaltningsbeslut enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan ha betydande påverkan på enskilda. Det bör på motsvarande sätt som enligt covid-19-lagen finnas möjlighet att överklaga sådana beslut. De beslut som bör kunna överklagas är dels länsstyrelsens beslut om smittskyddsåtgärder i enskilda fall, dels de beslut om förbud och andra förelägganden som länsstyrelsen kan besluta om inom ramen för sin tillsyn enligt lagen. Vidare bör, i linje med regleringen i ordningslagen, Polismyndighetens beslut att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning få överklagas. Detsamma bör gälla Polismyndighetens beslut att förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme. Andra beslut enligt lagen bör inte få överklagas.

Överklagande bör göras till allmän förvaltningsdomstol. På motsvarande sätt som enligt covid-19-lagen bör det krävas prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

Förbud att vistas på viss plats är inte förvaltningsbeslut

En kommuns föreskrifter om förbud mot att vistas på en viss särskilt angiven plats och som presenteras i avsnitt 9.12.7 kan angripas genom laglighetsprövning enligt bestämmelserna i 13 kap. kommunallagen. Någon särskild reglering för detta behöver således inte tas in i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

En dom eller ett beslut varigenom någon döms till ansvar enligt förslaget som presenteras i avsnitt 9.12.7 om att den som bryter mot ett sådant beslut döms till penningböter är inte ett straffrättsligt avgörande och inte ett beslut enligt den föreslagna lagen. Möjligheterna att överklaga ett straffrättsligt avgörande påverkas alltså inte av de föreslagna bestämmelserna. Någon särskild reglering om detta behöver alltså inte tas in i den föreslagna lagen.

Särskilt om normbeslut

Med normbeslut avses vanligen beslut om föreskrifter enligt 8 kap. regeringsformen. Utmärkande för sådana beslut är att de har utformats på ett allmängiltigt sätt så att de formellt får verkningar för en obestämd krets av adressater. Enligt svensk rättstradition är sådana beslut som huvudregel inte överklagbara. Det sammanhänger bl.a. med att sådana beslut till sin karaktär avviker från det individorienterade system som utmärker förvaltningsförfarandet.[146] På motsvarande sätt som gjordes angående covid-19-lagens föreskrifter anser utredningen att det inte finns skäl att frångå denna huvudregel när det gäller föreskrifter som regeringen och förvaltningsmyndigheter får meddela med stöd av den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Gränsdragningen mellan normbeslut och förvaltningsbeslut är dock inte alltid självklar.[147] Exempelvis kan regeringen med stöd av bemyndigandena i den föreslagna lagen i sin tur bemyndiga en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter som har kort giltighetstid och som kan inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område och som då i praktiken riktar sig till en mindre krets. Utredningen anser dock att det inte är ändamålsenligt att på förhand dra upp en gräns för när sådana föreskrifter bör anses vara ett förvalt-

[146] Prop. 2016/17:180 s. 257.
[147] Se t.ex. RÅ 1986 ref. 108 och HFD 2016 ref. 59.

ningsbeslut. Frågan om ett visst beslut enligt lagen ska anses vara ett normbeslut eller ett förvaltningsbeslut får i stället avgöras i rättstillämpningen.

9.18 Information till allmänheten om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Förslag: Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas i anslutning till den nya lagen, samt om beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som fattats med stöd av lagen. Informationen ska vara lättillgänglig och behovsanpassad.

Länsstyrelser som fattar beslut med stöd av lagen och kommuner som meddelar föreskrifter med stöd av lagen ska hålla Folkhälsomyndigheten informerad om dessa.

Vid en samhällskris som en omfattande smittspridning eller en pandemi innebär kan det uppstå ett långvarigt och omfattande informationsbehov från allmänheten gentemot ansvariga myndigheter inom smittskyddet. Allmänheten kan efterfråga vägledning för hur man bäst skyddar sig själva och andra på ett individuellt plan. En del av det informationsbehovet är allmänhetens efterfrågan och behov av information om vad som gäller enligt de föreskrifter och beslut som meddelats enligt gällande smittskyddsreglering. Det är som redovisats ovan utredningens uppfattning att smittskyddets utgångspunkt i frivillighet och eget ansvar för enskilda inte bör förändras. Vi föreslår i enlighet därmed i detta betänkande inga ingripande åtgärder mot enskilda som ska gälla enbart i händelse av omfattande smittspridning eller pandemi. För att enskilda ska ha möjlighet att medverka till att begränsa smittspridningen genom att i olika situationer ta sitt individuella ansvar framstår det som en lämplig ordning att i den nya lagen särskilt ange ett ansvar för det allmänna att informera om föreskrifter och beslut i enskilda fall som meddelats med stöd av den nya lagen. Att föreskrifterna kan komma att ändras vid upprepade tillfällen och ibland med kort varsel för att anpassas i förhållande till förändringar av det epidemiologiska läget understryker detta behov.

Enligt smittskyddslagen är det regionen och dess smittskyddsläkare som ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 § SmL). I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar (6 kap. 2 § första punkten SmL). Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd (1 kap. 7 § SmL). Folkhälsomyndigheten ska också enligt sin instruktion inom sitt verksamhetsområde sprida kunskap till allmänheten och samhället i stort (1 kap. 4 § andra meningen förordning [2021:248] med instruktion för Folkhälsomyndigheten).

MSB har enligt 7 § första stycket andra punkten sin instruktion[148] ansvar för att ska stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder vid en kris. Myndigheten ska se till att berörda aktörer under sådana förhållanden, när det gäller krishantering och civilt försvar, får tillfälle att samordna information till allmänhet och medier. Länsstyrelsen ska enligt 5 § tredje punkten sin instruktion[149] vid en kris verka för att information till allmänheten och företrädare för massmedia samordnas.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar enligt utredningens uppfattning att det är en fördel om information om sådant som gäller generellt i landet eller kan beröra människor över länsgränserna så långt det möjligt är sammanhållen. Det framstår därför som naturligt att det är Folkhälsomyndigheten som bör ges i uppdrag att informera allmänheten om föreskrifter och beslut i enskilda fall som meddelats med stöd av den nya lagen.[150] I Folkhälsomyndighetens samordningsansvar enligt smittskyddslagen ingår i praktiken en nära kontakt med landets smittskyddsläkare. Under covid-19-pandemin var den samverkan intensiv. Utredningen bedömer att avgränsningen i förslaget till föreskrifter och beslut med stöd av lagen innebär att

[148] Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
[149] Förordning (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter inför och vid höjd beredskap.
[150] Under covid-19-pandemin hade Folkhälsomyndigheten regeringens uppdrag att föra en förteckning över föreskrifter som har meddelats med stöd av covid-19-lagen och lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen. Regeringens dnr S2021/02147.

det inte bör medföra några särskilda samordningsproblem gentemot regionernas och smittskyddsläkarens ansvar enligt smittskyddslagen.

Genom Folkhälsomyndighetens instruktionsenliga ansvar att kommunicera till allmänheten är ansvaret för kommunikation till allmänheten inom smittskyddsområdet redan i någon mån delat. Det är inte avsikten med förslaget att regionernas och smittskyddsläkarens regionala ansvar enligt smittskyddslagen ska inskränkas. Detsamma gäller i relation till MSB:s och länsstyrelsernas ovannämnda instruktionsenliga uppdrag vid kris. Det är en annan sak att information som ges på nationell nivå kan tillgodose behov av information som uppstår hos regioninvånare och att det i praktiken kan bli så att informationsbehovet för regionernas och smittskyddsläkarna minskar i en pandemi genom den kommunikation som Folkhälsomyndigheten svarar för, inklusive sådan kommunikation som enligt förslaget gäller föreskrifter och beslut enligt den nya lagen.

Ansvaret för informationen bör avse såväl föreskrifter som meddelats med direkt eller indirekt stöd av lagen som föreskrifter som meddelats med stöd av regeringens restkompetens eller rätten att meddela verkställighetsföreskrifter enligt 8 kap. regeringsformen. Ansvaret bör även avse länsstyrelsens beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för viss verksamhet.

Vidare bör informationen vara relevant och samlad. Det innebär att gällande föreskrifter och beslut ska framgå på ett överskådligt sätt. Det kan även vara relevant att informera om tidigare meddelade föreskrifter och beslut under en pågående omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Informationen bör även vara lättillgänglig och behovsanpassad. Med lättillgänglig menas att det ska vara enkelt för enskilda och verksamhetsutövare att ta del av informationen, t.ex. genom att den finns tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats. För att informationen ska vara lättillgänglig bör den dock också finnas tillgänglig på annat sätt än digitalt. Med att informationen bör vara behovsanpassad avses att den ska vara utformad utifrån målgruppens förutsättningar att tillgodogöra sig den. Det kan innebära att informationen t.ex. behöver översättas, utformas på lätt svenska och barnanpassas. Det kan också innebära att den t.ex. kan behöva anpassas så att berörda verksamheter får relevant information.

För att Folkhälsomyndigheten ska kunna förse allmänheten med uppdaterad och fullständig information bör det i den nya lagen också

införas en skyldighet för länsstyrelser och kommuner att rapportera sina föreskrifter och beslut till Folkhälsomyndigheten.

9.19 Kompletterande åtgärder för den som berörs av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

9.19.1 Åtgärderna innebär kostnader och inkomstbortfall för de verksamheter som berörs

Den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder innebär att verksamheter som vänder sig till allmänheten i vissa situationer kan åläggas att vidta åtgärder för att minska kontakter människor emellan och att även på andra sätt motverka smittspridning i verksamheten. Åtgärderna kan innebära kostnader och inkomstbortfall för de verksamheter som berörs.

Under covid-19-pandemin vidtogs åtgärder för att ekonomiskt stötta verksamheter inom de branscher som drabbades av de restriktioner och de beteendeförändringar som pandemin gav upphov till. Enligt regeringens sammanställning sköts under 2020–2022 sammanlagt 165 miljarder kronor till i olika former av krisstöd till företag och till aktörer inom kultur- och idrottssektorn. Av den totala summan utgjorde 45 miljarder kronor stöd vid korttidspermittering, 33 miljarder kronor sänkta arbetsgivar- och egenavgifter, 26 miljarder kronor omställnings- och omsättningsstöd och liknande, 44 miljarder kronor sjuklöneansvar, hyresstöd och liknande och 17 miljarder kronor stöd till idrott, kultur och mediestöd.[151]

Utredningen har i uppdrag att analysera och ta ställning till om det bör införas bestämmelser om rätt till ersättning till verksamheter som träffas av sådana begränsningar som de samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår i detta kapitel medför. Det ingår alltså inte i vårt uppdrag att utreda rätten till ersättning till verksamheter som drabbas av andra följder av en omfattande smittspridning, exempelvis människors förändrade beteende under en pandemi. Uppdraget är också begränsat till att just omfatta en reglering av rätten till ersättning till verksamheterna. Hur enskilda individer kan drabbas ekonomiskt och bör ha rätt till ersättning under en pandemi eller annan omfattande smittspridning ligger alltså utanför vårt uppdrag.

[151] Prop. 2021/22:100 s. 19, tabell 2.2.

Vi har inte heller i uppdrag att närmare analysera hur mycket av t.ex. intäktsbortfallet under covid-19-pandemin som kan hänföras till effekter av själva pandemin, inkluderat människors förändrade beteende, respektive vad som kan hänföras till effekter av regleringen.

Utredningen har inte heller i uppdrag att kartlägga och utvärdera de många olika stödformerna under covid-19-pandemin. För en sådan genomgång och analys hänvisar vi till Coronakommissionens slutbetänkande Sverige under pandemin – Samhällets, företagens och enskildas ekonomi (SOU 2022:10, volym 1), regeringens skrivelse 2021/22:283, Riksrevisionens rapport om statens krisstöd till idrott och kultur under coronapandemin och Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analysers (Tillväxtanalys) promemoria Företagsstöd under pandemin – Lärdomar inför framtida kriser (PM 2023:01).

9.19.2 Åtgärderna kan innebära inskränkningar i egendomsskyddet och närings- och yrkesfriheten

Bedömning: De samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som utredningen föreslår kan innebära inskränkningar i rätten till egendom genom rådighetsinskränkningar av användningen av mark eller byggnader. Åtgärderna kan också innebära inskränkningar i närings- och yrkesfriheten.

De inskränkningar som de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna kan innebära krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen.

Regeringsformens bestämmelser om egendomsskydd och närings- och yrkesfrihet

För att närma oss frågan om rätten till ersättning tar vi avstamp i regeringsformens bestämmelser om egendomsskydd och närings- och yrkesfrihet.

Enligt 2 kap. 15 § första stycket regeringsformen är vars och ens egendom tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild genom expropriation eller något annat sådant förfogande eller tåla att det allmänna inskränker

användningen av mark eller byggnad utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen.

När det gäller närings- och yrkesfrihet anges i 2 kap. 17 § första stycket regeringsformen att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Rätten till egendom skyddas av Europakonventionen

Rätten till egendom skyddas också av Europakonventionen. Varje fysisk eller juridisk person ska ha rätt till respekt för sin egendom. Ingen får berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse och under förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser. Dessa bestämmelser inskränker dock inte en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten finner nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse (artikel 1 i det första tilläggsprotokollet till Europakonventionen).

Begreppet egendom har i konventionen en autonom och vidsträckt innebörd, dvs. en allmängiltig innebörd som är oberoende av de skillnader som föreligger mellan olika nationella rättssystem. Med egendom avses i konventionen således inte bara fast och lös egendom utan också begränsade sakrätter samt fordringar och immateriella rättigheter. Även ekonomiska intressen och förväntningar avseende utövande av näringsverksamhet omfattas av skyddet. Av Europadomstolens praxis framgår att exempelvis förlust av klientel kan vara en begränsning av den rätt till skydd för egendom som följer av artikeln (se bl.a. Europadomstolens dom i målet Könyv-Tár Kft m.fl. mot Ungern, nr 21623/13, meddelad den 16 oktober 2018).

Enligt Europadomstolens praxis finns det också ett krav på att ett ingrepp i egendomsskyddet ska vara proportionerligt. Även om det finns ett allmänt intresse som kan motivera ingreppet måste det göras en avvägning mellan det allmännas och den enskildes intresse och åtgärden måste genomföras på ett sådant sätt att den inte innebär en oskälig börda för den enskilde. Kravet på proportionalitet följer också av 2 kap. 15 § regeringsformen (NJA 2018 s. 753).[152]

[152] Prop. 2020/21:79 s. 83 och 84.

Bestämmelsen om egendomsskydd har utformats i enlighet med Europakonventionen

Egendomsskyddet utvidgades till att omfatta rådighetsinskränkningar

Bestämmelserna i 2 kap. 15 § första stycket regeringsformen om egendomsskyddet (dåvarande 2 kap. 18 § första stycket regeringsformen) fick sin utformning när Europakonventionen inkorporerades i svensk rätt. Dessförinnan stadgades i fråga om egendomsskyddet endast att den vars egendom tas i anspråk genom expropriation eller annat sådant förfogande ska vara tillförsäkrad ersättning för förlusten enligt grunder som bestäms i lag.

Den äldre bestämmelsen tog alltså endast sikte på rätten till ersättning för ingrepp genom expropriation eller annat sådant förfogande, dvs. tvångsvisa överföringar av egendom från den enskilde.

I förarbetena till grundlagsändringarna konstaterades att stadgandet alltså inte omfattade begränsningar i den enskildes möjligheter att utnyttja främst sin fasta egendom som följer av bestämmelser i t.ex. plan- och naturvårdslagstiftningen och det ansågs motiverat att utöka grundlagsskyddet till att omfatta också rådighetsinskränkningar genom lagstiftning och myndighetsbeslut avseende mark och byggnader. Det konstaterades att på så sätt gavs ett mer uttryckligt och starkare grundlagsskydd för den enskildes rätt till viktig egendom.

Det bedömdes att genom att skydda såväl tvångsöverföringar och rådighetsinskränkningar skulle de grundläggande åtagandena som följde av Europakonventionen tydliggöras och preciseras i grundlagen. Vidare anfördes att inskränkningar i enskildas användning av sin egendom förekommer i stor utsträckning och är speciellt vanligt vad gäller fast egendom och att det därför var särskilt motiverat att i grundlagen införa ett uttryckligt skydd mot rådighetsinskränkningar i mark och byggnader. Det saknades dock underlag för att överväga något ytterligare längre skydd för egendom och det konstaterades att genom att Europakonventionen införlivas med svensk rätt kommer den att ingå i det skydd för den enskildes egendom som finns i vanlig lag. Det ansågs därför inte motiverat att, så som vissa remissinstanser hade förordat, låta all såväl fast som lös egendom omfattas av grundlagens egendomsskydd.[153]

[153] Prop. 1993/94:117 s. 14–16.

Att var och ens egendom är tryggad har ingen självständig betydelse

I förarbetena till grundlagsbestämmelsen om egendomsskydd förklaras vidare att paragrafens inledning om att vars och ens (då uttryckt som ”varje medborgares”) egendom är tryggad, inte har någon självständig rättslig betydelse. Den anger endast det övergripande syftet med bestämmelsen såsom det kommer till uttryck i dess fortsatta lydelse. Syftet är alltså inte att ge ett heltäckande skydd för all egendom utan i stället att slå fast att hela rättsordningen ska ge ett betryggande skydd för den enskildes egendom.[154] Med uttrycket ”var och en” avses såväl fysiska som juridiska personer och såväl svenska medborgare som andra som vistas här.[155]

I förarbetena betonas att den enskildes egendom inte kan tryggas ovillkorligen av det allmänna. Samhällets behov av mark för naturvårds- och miljöintressen, totalförsvarsändamål och för bostadsbyggande, trafikleder, rekreation och andra liknande ändamål måste kunna tillgodoses. För sådana särskilt angelägna ändamål måste som en sista utväg finnas möjlighet att tvångsvis ta i anspråk annans egendom eller begränsa möjligheterna att fritt använda sin egendom. Det måste även vara möjligt att kunna vidta sådana åtgärder till förmån för enskild för att t.ex. anordna lämplig utfartsväg eller förhindra olämplig eller störande bebyggelse i grannskapet. Ingrepp får dock endast ske när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen. Ett angeläget allmänt intresse ska således finnas för att ett ingrepp genom lagstiftning eller myndighetsbeslut överhuvudtaget ska få ske.

Uttrycket ”angelägna allmänna intressen”

Vidare anges att den närmare innebörden av uttrycket ”angelägna allmänna intressen” inte är möjligt att i detalj beskriva, men att det är sådana ingrepp som är motiverade med hänsyn till intresset av att kunna tillgodose allmänhetens berättigade krav på en god miljö och möjligheterna att kunna bevara och skydda områden som är av särskild betydelse för naturvårdssynpunkt som i första hand åsyftas, liksom intresset av att kunna ge allmänheten tillgång till naturen för rekreation och friluftsliv. Även samhällets behov av mark för

[154] Prop. 1993/94:117 s. 48.
[155] Prop. 1993/94:117 s. 48 och prop. 2009/10:80 s. 253.

anläggande av vägar och andra kommunikationersleder m.m. måste kunna tillgodoses. Vad som är ett angeläget allmänt intresse måste till slut i viss mån bli föremål för en politisk värdering där hänsyn då även måste tas till vad som är godtagbart från rättssäkerhetssynpunkt i ett modernt och demokratiskt samhälle.[156]

Uttrycket ”expropriation och annat sådant förfogande”

Med ”expropriation eller annat sådant förfogade” avses att en äganderätt eller annan rätt med ett ekonomiskt värde – t.ex. nyttjanderätt, servitut eller vägrätt – tvångsvis överförs eller tas i anspråk. I förarbetena till bestämmelsen uttalas att lagstiftning som möjliggör sådana ingrepp finns i expropriationslagen (1972:719) men även i annan lagstiftning så som exempelvis plan- och bygglagen (numera 2010:900), och att utanför bestämmelsens tillämpningsområde faller ingrepp som innebär att egendom förstörs t.ex. på grund av risk för smitta. Inte heller skatt, böter, viten och exekutiva åtgärder omfattas av bestämmelsen. Som exempel på förfoganden som är likställda med expropriation har nämnts nationalisering och socialisering av egendom.

Rådighetsinskränkningar av användningen av mark och byggnader

Den andra huvudtypen av ingrepp är rådighetsinskränkningar, dvs. sådana åtgärder som innebär att det allmänna inskränker användningen av mark och byggnader. Rådighetsinskränkningar omfattar sådant som byggnadsförbud, användningsförbud och beslut om naturreservat. Även den som omfattas av nyttjanderätt till mark eller byggnad omfattas av skyddet. Inskränkningar i rätten att använda lös egendom faller däremot utanför bestämmelsens tillämpningsområde.[157]

[156] Prop. 1993/94:117 s. 48.
[157] Prop. 1993/94:117 s. 49 och prop. 2009/10:80 s. 163 och 164.

Skyddet för närings- och yrkesfriheten tillkom vid inkorporeringen av Europakonventionen

Vid grundlagsändringarna som gjordes i samband med att Europakonventionen inkorporerades i svensk rätt konstaterades att näringsfriheten har en lång tradition i Sverige. Lagstiftningen på näringsområdet utgår från att det i princip ska råda full frihet för svenska medborgare att här i landet driva näring och utöva yrke. Det konstaterades dock också att det sedan lång tid finns en omfattande reglering med begränsningar i olika hänseenden, t.ex. på grund av hänsyn till säkerhets-, hälsovårds-, arbetsskydds- och ordningssynpunkt eller för att tillgodose krav på särskilda kvalifikationer som ställs upp för många yrken.

Utifrån att det är av grundläggande betydelse för det moderna samhället att enskilda så långt det är möjligt ska garanteras närings- och yrkesfrihet, gavs närings- och yrkesfriheten ett skydd i regeringsformen.

Samtidigt konstaterades att behovet av inskränkningar i närings- och yrkesfriheten kunde göra det svårt att ge bestämmelsen ett reellt innehåll och att grundlagsregleringen inte handlade om att reglera rättsligt bindande rättigheter. Utgångspunkten för regleringen var i stället den s.k. likhetsprincipen som innebär att alla ska ha möjlighet att konkurrera på lika villkor under förutsättning att de i övrigt uppfyller de krav som kan ställas på t.ex. kompetens.

Det betonades vidare att likhetsprincipen som utgångspunkt för grundlagsregleringen inte får hindra att det införs generella inskränkningar i närings- och yrkesfriheten för att tillgodose intressen som från allmänna utgångspunkter bedömdes som angelägna. Det togs därför fasta på likhetsprincipens ekonomiska sida och regleringen utformades så att det framgår att syftet med en begränsning av närings- och yrkesfriheten inte får vara enbart att ekonomiskt gynna vissa näringsidkare eller yrkesutövare framför andra. För att en begränsning ska få införas krävs i stället att syftet är att skydda någon utifrån samhällets synpunkt skyddsvärt intresse.[158]

Inskränkningar på näringsområdet har tillkommit för att tillgodose främst säkerhets-, hälsovårds- och arbetarskyddsintressen, men även bestämmelser i fråga om kompetens eller för att ställa vissa krav för att en person ska få utöva ett visst yrke samt för att bedöma

[158] Prop. 1993/94:117 s. 20–22.

näringsidkares ekonomiska förhållanden för att utröna viljan och förmågan att fullgöra skyldigheter gentemot det allmänna.[159]

De föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna kan innebära inskränkningar i rätten till egendom och i närings- och yrkesfriheten

Det är utredningens bedömning att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan innebära inskränkningar i rätten till egendom genom rådighetsinskränkningar av mark eller byggnader och i närings- och yrkesfriheten, men att inskränkningarna krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen. Utredningens analys om den föreslagna lagens förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen redovisas närmare i kapitel 12.

I regeringsformens bestämmelser om egendomsskydd finns också bestämmelser om rätt till ersättning vid inskränkningar. I följande avsnitt behandlas dessa bestämmelser och deras betydelse för frågan om huruvida en rätt till ersättning till de verksamheter som drabbas av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör regleras.

9.19.3 Den grundlagsskyddade rätten till ersättning

Bestämmelser i regeringsformen om rätten till ersättning

Rätt till ersättning enligt 2 kap. 15 § andra stycket regeringsformen

I 2 kap. 15 § andra stycket regeringsformen anges att den som genom expropriation eller något annat sådant förfogande tvingas avstå sin egendom ska vara tillförsäkrad full ersättning för förlusten. Ersättning ska också vara tillförsäkrad den för vilken det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad på sådant sätt att pågående markanvändning inom berörd del av fastigheten avsevärt försvåras eller att skada uppkommer som är betydande i förhållande till värdet på denna del av fastigheten. Ersättningen ska bestämmas enligt grunder som anges i lag.

Enligt första meningen i bestämmelsen finns alltså en rätt till ersättning vid tvångsavhändelse genom expropriation eller annat sådant

[159] Prop. 1993/94:117 s. 51.

förfogande. Som beskrivs ovan har den funnits i regeringsformen under lång tid.

I samband med att Europakonventionen inkorporerades i svensk rätt tillkom bestämmelsen i andra meningen. Genom den utvidgades rätten till ersättning också att gälla rådighetsinskränkningar som försvårar användningen av mark eller byggnad eller som innebär att skada uppkommer som är betydande i förhållande till värdet på den berörda delen av en fastighet. Ersättningsrätten utformades i enlighet med vad som gällde enligt vanlig lag vid sådana rådighetsinskränkningar.[160]

Inskränkning av hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl enligt 2 kap. 15 § tredje stycket regeringsformen

Efter det att bestämmelsen om ersättning vid rådighetsinskränkningar infördes uppstod en osäkerhet om hur den skulle tolkas. I fokus för diskussionen var frågan om den bestämmelsen innebar att ersättning skulle utgå vid rådighetsinskränkningar som skedde av hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl. Det hävdades å ena sidan att en bokstavstolkning av bestämmelsen innebar att den grundlagsfästa ersättningsrätten omfattade även dessa typer av rådighetsinskränkningar. Å andra sidan hävdades det att för det fall bestämmelsen tolkades i enlighet med tidigare förarbetsuttalanden omfattades inte sådana rådighetsinskränkningar av den grundlagsfästa ersättningsrätten.[161]

I samband med 2010 års grundlagsreform togs denna fråga upp. I grundlagsreformens proposition framgår att andra stycket utgår från en huvudregel om att ersättning ges när det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad på ett sådant sätt att pågående markanvändning inom berörd del av fastigheten avsevärt försvåras eller skada uppkommer som är betydande i förhållande till denna del av fastigheten. Som exempel på fall där ersättningsrätt enligt denna huvudregel föreligger nämns inskränkningar till följd av beslut enligt miljöbalken om nationalparker, naturreservat, kulturreservat och biotopskyddsområden.

Ersättningsrätt föreligger dock inte för den förlust som kan bestå i att förväntningar om ändring i markens användningsområde inte

[160] Prop. 1993/94:117 s. 50.
[161] Prop. 2009/10:80 s. 168.

infrias till följd av dispositionsinskränkningar. Ersättning lämnas således exempelvis inte för ingrepp i form av strandsskyddsförordnande eller vid vägrad strandskyddsdispens.

Vidare anges att trots denna utgångspunkt gäller principen i svensk rätt att ingripanden från det allmänna som har sin grund i hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl inte medför rätt till ersättning. Den principen hade legat till grund för bestämmelser i miljöbalken, men, konstaterades det, hade inte kommit till uttryck i regeringsformen. I propositionen hänvisas även till principen om förorenarens betalningsansvar (Polluter Pays Principle) som innebär att den som orsakar eller kan orsaka skada eller annan olägenhet ska betala kostnaden för att förebygga eller avhjälpa skadan eller olägenheten.[162]

Det framhålls i propositionen också att det finns situationer där det inte framstår som rimligt att den enskilde ensam får bära hela den ekonomiska bördan vid rådighetsinskränkningar som sker av hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl. Den frågan aktualiseras vid ingripanden som beror på omständigheter helt utanför den enskildes kontroll och som drabbar den enskilde mycket hårt. Det framhålls att i sådana situationer skulle en avvägning mellan de allmänna och enskilda intressena kunna leda till bedömningen att den enskilde bör få ersättning. En detaljreglering av vilka typer av situationer en sådan rätt till ersättning bör finnas ansågs dock inte lämpa sig för grundlag. En utredning tillsattes därför för att närmare utreda frågan om ersättningsrätten vid rådighetsinskränkningar som sker av hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl (se mer om denna utredning nedan).

I ett tredje stycke i 2 kap. 15 § regeringsformen togs mot denna bakgrund in en undantagsregel för att klargöra att för inskränkningar i användningen av mark eller byggnad som sker av hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl gäller inte vad som sägs i andra stycket. I stället gäller vad som anges i lag i fråga om rätten till ersättning. I förarbetena framhålls att undantagsregeln omfattar t.ex. bestämmelser i miljöbalken och bestämmelser som djurskyddshänsyn.[163]

[162] Prop. 2009/10:80 s. 168 och 169.
[163] Prop. 2009/10:80 s. 170.

9.19.4 Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder omfattas inte av den grundlagsreglerade rätten till ersättning

Bedömning: De samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som föreslås omfattas inte av den grundlagsskyddade rätten till ersättning vid inskränkningar i egendomsskyddet.

Utredningen om ersättning vid rådighetsinskränkningar

Det finns rådighetsinskränkningar som helt faller utanför grundlagsskyddet

För att utröna om en rätt till ersättning till verksamheter som berörs av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör regleras, behöver en bedömning göras av om sådana åtgärder ligger inom ramen för den grundlagsreglerade rätten till ersättning. En sådan bedömning kan ta sin utgångspunkt i vad som har sagts om rätten till ersättning i fråga om annan lagstiftning på smittskyddsområdet.

Som nämns ovan tillsattes i samband med 2010 års grundlagsreform en utredning för att klargöra vilka rådighetsinskränkningar som omfattas av undantagsbestämmelsen i 2 kap. 15 § tredje stycket regeringsformen om hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl.

Utredningen gjorde bedömningen att det finns inskränkningar av användningen av mark och byggnader som helt och hållet faller utanför grundlagsskyddet i 2 kap. 15 § regeringsformen. Hit hör ingrepp som innebär att egendom förstörs t.ex. på grund av risk för smitta enligt epizootilagen och zoonoslagen. Inte heller skatt, böter, viten, exekutiva åtgärder eller andra åtgärder som har sin grund i missförhållanden på den enskildes sida omfattas av bestämmelsen. Utanför bestämmelsens tillämpningsområde bör enligt den utredningen också falla sådana rådighetsinskränkningar där den enskilde hindras att rättsligen förfoga över sin egendom, t.ex. att fritt överlåta eller upplåta egendom eftersom ordet ”användningen” bara tar sikte på inskränkningar i det fysiska nyttjandet. För att utgöra en rådighetsinskränkning i grundlagens mening bör det enligt den utredningen vidare krävas en viss grad av kvalifikation på ingreppet, så att rent bagatellartade åtgärder faller utanför definitionen. Den omständigheten att en markägare eller verksamhetsutövare måste lämna tillsynsmyndigheter tillträde för kontroll och provtagning

m.m. utgör inte ett tillräckligt intrång för att man ska kunna tala om en rådighetsinskränkning. Inte heller visst tillträde enligt plan- och bygglagen bör ses som en rådighetsinskränkning så länge åtgärden inte inskränker förfogandemöjligheterna utan endast tillåter andra att utföra vissa arbeten. Måste verksamheten avbrytas eller ett område spärras av för att tillsynen ska kunna genomföras är det däremot fråga om en rådighetsinskränkning.[164]

Utredningens bedömning av epizooti- och zoonoslagarnas bestämmelser

Utredningen om ersättning vid rådighetsinskränkningar gick igenom ett representativt urval av lagar som innehåller bestämmelser som medger rådighetsinskränkningar av hälsoskydds-, miljöskydds- och säkerhetsskäl.

Här kan nämnas att i fråga om zoonoslagen ansåg utredningen att den möjliggör rådighetsinskränkningar av hälsoskydds- och miljöskyddskäl genom det bemyndigande som finns i 5 § som innebär att föreskrifter och beslut i det enskilda fallet kan meddelas för att förebygga eller bekämpa zoonoser. Likaså ansåg utredningen att epizootilagen möjliggör rådighetsinskränkningar av hälsoskäl genom bestämmelserna som innebär att verksamheten inskränks eller försvåras t.ex. genom spärr- och smittförklaring, tillträdesförbud eller genom saneringsåtgärder enligt 4–5 och 8 §§. Utredningen ansåg således att dessa lagar innehöll bestämmelser som faller inom tillämpningsområdet för 2 kap. 15 § tredje stycket regeringsformen, dvs. att för sådana rådighetsinskränkningar gäller vad som följer av vanlig lag i fråga om eventuell rätt till ersättning.[165] Förstörelse av egendom enligt de lagstiftningarna faller dock, så som beskrivits ovan, helt utanför tillämpningsområdet för det grundlagsskyddande området i 2 kap. 15 § regeringsformen.

[164] SOU 2013:59 s. 40 och 41. I fråga om epizooti- och zoonoslagarna se också prop. 1993/94:117 s. 49 och prop. 1998/99:88 s. 29.
[165] SOU 2013:59 s. 59 och bilaga 2.

Utredningens bedömning av smittskyddslagens bestämmelser

När det gäller smittskyddslagen ansåg utredningen att den lagens bestämmelser möjliggör begränsningar av personers rörelsefrihet och alltså inte inskränkningar i användningen av mark eller byggnad. Utredningen uttalade att även sådana avspärrningar som avses i 3 kap. 10 § SmL tar sikte på att begränsa vissa personers möjligheter att röra sig till och från ett visst område. Det tar alltså inte sikte på användningen av mark eller byggnad.[166] Såvitt vi förstår den utredningen faller således smittskyddslagens bestämmelser utanför den grundlagsskyddade rätten att få ersättning enligt 2 kap. 15 § andra stycket regeringsformen.

Förarbetsuttalanden i fråga om de extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen

En liknande inställning till den grundlagsreglerade ersättningsrätten synes man ha intagit vid tillkomsten av bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärrning i smittskyddslagen, även om någon uttrycklig bedömning i fråga om regeringsformens dåvarande ersättningsbestämmelser inte redovisas.

Såväl i det betänkande som låg till grund för införandet av de extraordinära smittskyddsåtgärderna som i propositionen som föregick lagändringen ansågs det finnas skäl för det allmänna att ta på sig ett ekonomiskt ansvar för dem som på grund av beslut om karantän tvingas avstå från att förvärvsarbeta. En rätt till ersättning för dessa personer på motsvarande sätt som för smittbärare infördes därför. Någon rätt till ersättning, eller några skäl för att införa en sådan rätt, vare sig för verksamheter som drabbades av beslut om avspärrning eller för andra kategorier drabbade, ansågs dock inte föreligga.[167]

[166] SOU 2013:59 bilaga 2.
[167] SOU 2003:83 s. 125–129 och prop. 2003/04:158 s. 89–93.

Förarbetsuttalanden i fråga om serveringslagen och om lagen om omställningsstöd

Under remissbehandlingen av den tillfälliga serveringslag som gällde under covid-19-pandemin och som innebar att den som drev ett serveringsställe skulle vidta vissa smittskyddsåtgärder, fördes fram synpunkter om att företagen bör får kompensation för intäktsförluster till följd av restriktioner och myndighetsbeslut. I propositionen som föregick införandet av serveringslagen uttalade regeringen dock att en rad åtgärder för att mildra de negativa konsekvenserna av virusutbrottet för svenska företag hade vidtagits. Regeringen framhöll exempelvis att arbetsgivaravgifterna hade sänkts och sjuklöneansvaret slopats och hänvisade också till den då kommande lagstiftningen om omställningsstöd för företag som fått minskad omsättning som en följd av utbrottet av covid-19.[168] Någon uttrycklig rätt till ersättning för de verksamheter som drabbades diskuterades inte.

I propositionen till lagen (2020:548) om omställningsstöd uttalade regeringen att föreskrifter om statligt stöd till företag tillhör regeringens restkompetens enligt 8 kap. 7 § första stycket andra punkten regeringsformen och att det därför inte var nödvändigt av konstitutionella skäl att införa bestämmelserna om stödet i lag.[169]

Utredningen drar av detta slutsatsen att regeringen inte ansåg att det fanns en grundlagsreglerad rätt till den aktuella ersättningen.

Uttalanden i fråga om bemyndigandelagen

I april 2020 infördes tillfälliga bemyndiganden i smittskyddslagen (bemyndigandelagen) för att möjliggöra nedstängningar av verksamheter där allmänheten möts och för att möjliggöra att andra åtgärder kunde vidtas för att minska risken för smittspridning till följd av att många personer vistas på samma plats vid samma tillfälle. Vid remissbehandlingen efterfrågades ekonomisk kompensation till näringsidkare för de åtgärder som ledde till stora negativa konsekvenser för den näringsverksamhet som berördes.

I propositionen som föregick lagstiftningen uttalade regeringen att frågan om sådana kompensatoriska åtgärder skulle övervägas i

[168] Prop. 2019/20:172 s. 40.
[169] Prop. 2019/20:181 s. 27.

samband med att eventuella föreskrifter med stöd av bemyndigandena togs fram. Regeringen anförde vidare att regeringen, i nära dialog med partierna i riksdagen, hade vidtagit en rad åtgärder för att mildra de negativa konsekvenserna av virusutbrottet för svenska företag och var beredd att vidta ytterligare åtgärder när det behövdes.[170]

Uttalanden i fråga om covid-19-lagen

I covid-19-lagens proposition konstaterade regeringen att de föreskrifter som fick meddelas med stöd av covid-19-lagen och beslut som kunde fattas med stöd av den lagen kunde ha negativa ekonomiska konsekvenser för företag och andra som bedriver sådana verksamheter som omfattades av lagen. Regeringen konstaterade dock att redan de befintliga lagarna som gav det allmänna rätt att införa begränsningar av smittskyddsskäl – exempelvis ordningslagen, smittskyddslagen och serveringsslagen – innebar att negativa ekonomiska konsekvenser kunde uppstå. Ingen av dessa lagar eller anslutande förordningar, med undantag av ersättningsförordningen kopplad till smittskyddslagen, innehöll några bestämmelser om ekonomisk kompensation för aktörer som omfattades av de restriktioner som de kunde medföra.

Regeringen hänvisade vidare till de ovan redovisade uttalandena i propositionen om de tillfälliga bemyndigandena i smittskyddslagen och konstaterade att regeringen genom den propositionen hade förbundit sig att överväga frågan om olika kompensatoriska ekonomiska åtgärder när eventuella föreskrifter om smittskyddsåtgärder skulle tas fram.

Regeringen konstaterade också att covid-19-lagens bemyndiganden omfattade ett flertal områden såsom allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, fritids- och kulturverksamhet, handelsplatser och kollektivtrafik. Inom varje område förekom verksamheter av olika slag och de åtgärder som bemyndigandena gav möjlighet till var mycket differentierade. De innehöll allt från att en viss typ av verksamhet skulle hållas stängd till mindre ingripande åtgärder som t.ex. ett krav på att tillhandahålla handdesinfektion. Det innebar enligt regeringen att det inte lät sig göras att i ett särskilt ersättningssystem reglera frågan om, och i så fall vilket mån, ersättning

[170] Prop. 2019/20:155 s. 18.

skulle lämnas till dem som omfattades av en föreskrift som meddelades med stöd av covid-19-lagen eller av ett beslut enligt den lagen.

Regeringen bedömde mot denna bakgrund att det inte var möjligt att införa bestämmelser om ersättning i covid-19-lagen, men uttalade att de föreskrifter som kunde komma att beslutas med stöd av lagen kunde få betydande negativa ekonomiska konsekvenser för de som drabbades och att det därför fanns ett behov av att vidta kompenserande åtgärder i de fall som föreskrifter meddelades, för att lindra de ekonomiska skadeverkningarna av spridningen av covid-19 för företag, löntagare och andra aktörer i Sverige.

Regeringen konstaterade att för de förordningar som enligt covid-19-lagen skulle underställas riksdagens prövning, skulle regeringen redovisa en bedömning av de underställda förordningarnas ekonomiska konsekvenser för företag, löntagare och andra aktörer och att det pågick ett arbete i Regeringskansliet med att analysera hur olika ersättning kunde utformas. Regeringen avsåg därför att återkomma med förslag om sådan ersättning inom ramen för de rutiner som gäller för budgetprocessen. Regeringen konstaterade slutligen att en sådan ordning stämde väl överens med vad som gällde enligt ordningslagen, smittskyddslagen och serveringslagen.[171] Regeringen följde sina uttalanden bl.a. genom att under 2021 lägga fram åtta extra propositioner med förslag på ändringar i statens budget med anledning av covid-19.[172]

Uttalanden i fråga om begränsningsförordningen

I enlighet med uttalandena i propositionen till covid-19-lagen gjordes återkommande överväganden om ekonomisk kompensation i samband med att de föreskrifter som meddelades med stöd av covid-19-lagen bereddes.

I exempelvis promemorian som låg till grund för begränsningsförordningen bedömdes bestämmelserna i den förordningen kunna medföra betydande konsekvenser för berörda företag och verksamhetsutövare, samtidigt som det konstaterades att det fanns ett stort behov av att stärka förutsättningarna att vidta förebyggande åtgär-

[171] Prop. 2020/21:79 s. 86–88.
[172] Se bl.a. SOU 2022:10 s. 76.

der för att minska ytterligare smittspridning under pandemin. Det konstaterades att för många företag kunde ytterligare restriktioner försämra ett redan ansträngt läge, men nyttan av åtgärderna bedömdes uppväga sådana konsekvenser. Frågan om ekonomisk ersättning med anledning av bl.a. begränsningsförordningen skulle övervägas inom ramen för det löpande arbete som bedrevs för att lindra de ekonomiska skadeverkningarna av covid-19 för företag, löntagare och andra aktörer i Sverige.

I promemorian räknades vidare verksamheter upp som kunde omfattas av föreskrifterna. Uppräkningen var dock inte uttömmande och det konstaterades att även verksamheter som levererar varor eller tjänster till de direkt berörda verksamheterna kunde påverkas genom förändringar i efterfrågan. Vidare konstaterades att inte bara verksamhet i privat regi omfattades utan även verksamheter som drevs i offentlig regi eller på uppdrag av det offentliga. Vilka och hur omfattande konsekvenser kunde bli skilde sig vidare såväl inom som mellan branscher beroende på deras olika förutsättningar. Det bedömdes därför vara svårt att ge en samlad bild av effekterna, men förutom intäktsbortfall ansågs det rimligt att anta att tvingande krav skulle medföra ökade kostnader för smittskyddsåtgärder för många verksamheter och ställa höga krav på skyddsansvarigas arbetsmiljöarbete. Vidare kunde åtgärder för att anpassa lokaler, inklusive möblering och besöksflöden, innebära såväl kostnader som minskad produktivitet. Åtgärder för att säkerställa att eventuella persongränser efterlevdes kunde innebära merkostnader då exempelvis personal kan behöva avsättas för att övervaka att det tillåtna antalet kunder eller besökare inte överskreds.

Det konstaterades också att konsekvenserna givetvis också berodde på hur länge särskilda begränsningar eller tillfälliga stängningar skulle vara i kraft.[173]

Exempel på uttalanden vid ändringar i begränsningsförordningen

Ytterligare exempel på överväganden om ersättning som gjordes i samband med att covid-19-lagen tillämpades är de som gjordes i promemorian Ändringar i begränsningsförordningen.

[173] Socialdepartementet. Promemoria Särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963). 2020, s. 31 och 32.

Genom de i promemorian föreslagna ändringarna infördes bl.a. en mer träffsäker reglering där hänsyn togs till att risken för smittspridning varierade bl.a. beroende på om verksamheten bedrevs inomhus eller utomhus, antalet deltagare i förhållande till lokalens storlek och om deltagare hade anvisade sittplatser eller inte. Regleringen bedömdes också kunna medföra att föreskrifterna kunde utformas på ett sätt som var neutralt från konkurrenssynpunkt.

Det konstaterades att kraven på den som ansvarade för en verksamhet att vidta lämpliga åtgärder för att förhindra smittspridning, bedriva verksamheten på ett sätt så att trängsel undveks och så att människor kunde hålla ett från smittskyddssynpunkt säkert avstånd från varandra, kunde leda till minskade intäkter eller ökade kostnader för företag och andra verksamhetsutövare. Det konstaterades dock också att dessa följder var beroende av utformningen av de konkreta krav som skulle komma att anges i myndighetsföreskrifter.

Vidare bedömdes att förslagen innebar en viss utökad möjlighet för personer att samlas och verksamheter som hade varit stängda kunde öppna igen med ett begränsat antal besökare. Förslagen bedömdes kunna väntas leda till ökade intäkter för företagen.[174]

De föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna omfattas inte av den grundlagsskyddade rätten till ersättning

Med beaktande av vad som redovisats ovan konstaterar utredningen att den grundlagsreglerade rätten till ersättning vid inskränkningar i egendomsskyddet omfattar tvångsvisa förfoganden av mark och byggnader, och rådighetsinskränkningar i användningen av mark och byggnader som sker av andra skäl än av sådana hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl som avses i 2 kap. 15 § tredje stycket regeringsformen.

Utredningen bedömer att bestämmelserna i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte ger utrymme för några tvångsvisa förfoganden av mark och byggnader.

I den mån bestämmelserna ger upphov till rådighetsinskränkningar av användningen av mark eller byggnad utgör de inskränkningar som görs av hälsoskyddsskäl och som därmed omfattas av undantagsbestämmelsen i 2 kap. 15 § tredje stycket regeringsformen.

[174] Socialdepartementet. Promemoria Ändringar i begränsningsförordningen (S2021/01524). 2021, s. 44 och 45.

Någon grundlagsskyddad rätt till ersättning finns därför inte för de föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna.

Detta innebär dock inte att lagstiftaren är förhindrad att införa en rätt till ersättning. Lagstiftaren är i stället fri att avgöra om ersättning ska lämnas och vilka förutsättningar som då ska vara uppfyllda.

9.19.5 En utfästelse om att överväga kompletterande åtgärder bör framgå av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Förslag: Av den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska framgå att när regeringen meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska regeringen överväga kompletterande åtgärder för de verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som drabbas av kostnader och förluster med anledning av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förutsättningarna för sådana kompletterande åtgärder.

Bedömning: Vid överväganden om kompletterande åtgärder bör tidigare erfarenheter av sådana åtgärder tas tillvara.

Utgångspunkter för ersättning vid rådighetsinskränkningar av hälsoskyddsskäl

Utredningen om ersättning vid rådighetsinskränkningar kartlade vilka grundläggande utgångspunkter som lagstiftaren har beaktat i fråga om rätten till ersättning vid rådighetsinskränkningar av hälsoskydds-, miljöskydds- och säkerhetsskäl i tidigare lagstiftningssammanhang. Sammanfattningsvis redogjorde den utredningen för följande utgångspunkter.[175]

[175] SOU 2013:59 s. 103–105.

I de överväganden som lagstiftaren har gjort i fråga om rätten till ersättning vid införandet av bestämmelser som möjliggör rådighetsinskränkningar av hälsoskydds-, miljöskydds- och säkerhetsskäl är följande av betydelse.

– Proportionalitetsprincipen.

– Kravet på förutsebarhet och den enskildes legitima förväntningar.

– Principen om att förorenaren betalar och försiktighetsprincipen.

– Lagenlighetsprincipen.

– Kravet på viss kvalifikation på ingreppet.

– Skadeståndsrättsliga principer om adekvat kausalitet, medelbar skada m.m.

– De EU-rättsliga reglerna om olagligt statsstöd.

I praktiken är det alltid fråga om att göra en proportionalitetsbedömning vid vilken de intressen som ställs mot varandra tillmäts olika betydelse beroende på vilka principer som i det enskilda fallet är aktuella. Exakt vilka hänsyn och vilka principer som påverkar proportionalitetsbedömningen och vilken vikt som läggs vid dessa hänsyn och principer varierar från fall till fall.

Uppfattningen om vad som från tid till annan får anses vara skäligt i den ena eller andra situationen och vilken vikt som ska läggas vid de olika principerna påverkas av politiska uppfattningar och värderingar. Den vikt som har lagts vid de olika principerna och övriga hänsyn har därför varierat över tid.

Möjligheten till ersättning vid rådighetsinskränkningar av hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl är större i följande fall.

– Vid åtgärder av bevarandekaraktär, dvs. som inte i första hand syftar till att avvärja en allvarlig risk från en viss verksamhet.

– Då den verksamhet som bedrivs typiskt sett är ofarlig eller samhällsnyttig.

Möjligheten till ersättning vid rådighetsinskränkningar av hälsoskydds-, miljöskydds- eller säkerhetsskäl är mindre i följande fall.

– Då åtgärden syftar till att avvärja en allvarlig risk.

– Då verksamheten som berörs orsakar den risk som åtgärden syftar till att avvärja.

– Då de samhällsintressen som ska skyddas är av särskilt viktig art.

Andra aspekter som kan påverka rätten till ersättning i en viss situation är bl.a. följande.

– Valet av det för den enskilde minst ingripande alternativet.

– Möjligheten att begränsa skadan på annat sätt, som införandet av en rätt till dispens eller meddelandet av övergångsbestämmelser.

– Samhällsekonomiska aspekter, som statens ekonomiska möjligheter att betala ut ersättning eller den ekonomiska vinst en viss åtgärd medför för samhället i stort.

– Åtgärdens effektiva genomförande.

– Andra möjligheter till kompensation för den enskilde.

– EU-rättsliga regler, t.ex. reglerna om olagligt statsstöd.

Den slutgiltiga bedömningen av vilken vikt som i varje enskilt fall ska läggas vid de olika principer och hänsyn som påverkar proportionalitetsbedömningen måste lämnas till lagstiftaren, meddelaren av föreskrifter eller den myndighet eller domstol som har att bedöma en rådighetsinskränkning.

Vid lagstiftning eller meddelandet av generella föreskrifter kommer proportionalitetsbedömningen inte att avse *varje enskilt fall* som kan komma att träffas av bestämmelserna. Det blir i stället fråga om att värdera de motstående intressena huvudsakligen efter hur tungt de *typiskt sett* väger i de fall som avses med regleringen.

Utredningens överväganden om en lagreglering om ersättning vid samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Att den föreslagna lagen är av beredskapskaraktär talar mot en reglering

Den lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår är av beredskapskaraktär. Det innebär att tillämpningen av lagen inte fullt ut går att förutse. Det är för oss i dag t.ex. okänt när i tiden den kommer att behöva tillämpas, vilka verksamheter, sammankomster och tillställningar som kommer att beröras av smittskyddsåtgärderna vid tillämpningen av lagen och hur långtgående inskränkningarna som följer av åtgärderna då blir. Att så avgörande omständigheter är okända talar mot en reglerad rätt till ersättning.

Avgörande överväganden som t.ex. påverkar proportionalitetsbedömningen och vilken vikt som i den bör läggas vid olika intressen går under sådana förhållanden inte att fullt ut avgöra på förhand.

Uppfattningen om vad som från tid till annan får anses vara skäligt i den ena eller andra situationen och vilken vikt som ska läggas vid de olika principerna påverkas, så som anförts ovan, också av då rådande politiska uppfattningar och värderingar.

Det är även fråga om inskränkningar för att avvärja en allvarlig risk som drabbar hela samhället, vilket enligt kartläggningen ovan kan tala för att utrymmet för ersättning är mindre.

Det finns dock också omständigheter som talar för att bestämmelser om en rätt till ersättning i någon form bör framgå av lagen. Vid överväganden om en sådan reglering kan följande uttalanden som gjorts i samband med tidigare lagstiftning på smittskyddsområdet också vara av intresse att lyfta fram.

Uttalanden om skälighet i samband med ersättningsförordningen

Som nämnts tidigare reglerar ersättningsförordningen en möjlighet för staten att betala ut ersättning i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. En förutsättning är att ingripandet skett enligt smittskyddslagen, 9 kap. 15 § miljöbalken eller livsmedelslagen. Ersättningsförordningen är främst inriktad på att ersätta kostnader och förluster för företagare. Den skapar dock inte en *rätt* till ersättning utan öppnar en *möjlighet* till ersättning i vissa fall. En ansökan om ersättning ställs till länsstyrelsen och prövas av Kammarkollegiet. En grundläggande förutsättning för att ersättning ska kunna ges med stöd av förordningen är att kostnaden eller förlusten förorsakats av ett myndighetsingripande och som regel kan endast kostnader eller förluster som är en direkt följd av myndighetens åtgärd ersättas. Ersättningsbeloppen är i viss utsträckning maximerade, bl.a. genom beloppsgränser.

Till stöd för att det skulle införas möjligheter för staten att utge ersättning anfördes vid förordningens tillkomst bl.a. att det många gånger kunde te sig obilligt att företagaren skulle få bära hela förlusten.[176]

Av såväl propositionsuttalanden som av vägledande avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen framgår att syftet inte är att ersättning ska ges med stöd av förordningen med anledning av de åtgärder myndigheterna vidtar i sin regelmässiga kontrollerande

[176] Prop. nr. 126 år 1956, s. 25.

verksamhet, utan vad det kan bli fråga om är att ersätta förluster som uppkommer vid extraordinära ingripanden.[177]

Enligt uppgifter som utredningen har fått från Kammarkollegiet har antalet ärenden om ersättning enligt förordningen som myndigheten har handlagt under 2000-talet varit högst begränsat. Under de senaste åren har myndigheten inte prövat någon ansökan förutom under 2020 då myndigheten prövade 28 ansökningar, varav 27 av dem rörde smittskyddslagen och covid-19. Samtliga ansökningar avslogs.

Uttalanden om nytta för allmänheten och företagsrisker i samband med epizootilagen och zoonoslagen

Med stöd av epizootilagen kan Jordbruksverket för att förebygga eller bekämpa djursjukdomar fatta beslut om slakt av djur och om smittrening m.m. Den som till följd av ett sådant beslut drabbas av viss förlust eller kostnad har enligt lagen rätt till ersättning av staten. Huvudregeln är att full ersättning ska betalas utom när det gäller produktionsbortfall där ersättningsnivån i princip motsvarar 50 procent av förlusten (15 §). Ersättningsfrågor prövas av Jordbruksverket. Vid tillkomsten av lagen anfördes att det är rimligt att sjukdomsbekämpningen till stor del finansieras med skattemedel eftersom konsumenterna har nytta av att Sverige har ett gott djurhälsoläge och därmed en hög kvalitet på livsmedlen.[178]

Även enligt zoonoslagen kan Jordbruksverket eller länsstyrelserna fatta vissa beslut för att förebygga eller bekämpa vissa djursjukdomar. Besluten kan avse slakt av djur, smittrening, djurhållning m.m. Den som drabbas av kostnad eller förlust på grund av ett sådant beslut kan få ersättning enligt zoonosförordningen. Ersättning lämnas i princip med högst 50 procent av kostnaden eller förlusten (11 a §). Även här prövas ersättningsfrågor av Jordbruksverket. Avsikten med reglerna är enligt ett förarbetsuttalande endast att i skälig omfattning mildra ekonomiska konsekvenser för de enskilda djurägarna.[179] Att zoonoslagstiftningen inte fullt ut motsvarar den i epizootilagen beror bl.a. på att regleringen utgick från sjukdomen salmonella och att den sjukdomen, till skillnad från de sjukdomar

[177] Prop. nr 126 är 1956 s. 32 och RÅ 2002 ref. 45.
[178] Prop. 1998/99:88 s. 24.
[179] Prop. 1982/83:172 s. 8.

som regleras i epizootilagen, är något som den enskilde djurägaren måste ta hänsyn till som en beaktansvärd risk som ingår i företagarrisken, eftersom salmonella alltid finns i den omgivande miljön.[180]

Regleringen i zoonoslagen fick sin utformning 2014 efter uttalanden av Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) i ett avgörande om ersättning enligt dåvarande växtskyddslagen (1972:318) om att ersättningsbestämmelserna i den tillhörande förordningen inte hade stöd i lag eftersom det saknades ett bemyndigande för bestämmelserna.[181] Härvid utgick HFD från att kravet på att föreskrifter som gäller ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden ska regleras i lag också gäller en föreskrift som i något avseende begränsar omfattningen av ett tidigare föreskrivet ingrepp och därför kan sägas gå i berättigande riktning. Avgörandet ansågs ha relevans också för bl.a. zoonoslagstiftningen. Genom lagändringen infördes nuvarande bestämmelser i 11 a § zoonoslagen och som anger att för kostnader eller förluster som uppkommit på grund av beslut enligt lagen eller på grund av föreskrifter som meddelats med stöd av lagen kan ersättning lämnas av statsmedel. Vidare anges att frågor om ersättning prövas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Ett bemyndigande togs också in om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förutsättningarna för att ersättning ska kunna lämnas och om de kostnader eller förluster som ska kunna ersättas.[182]

Uttalanden om följsamhet av beslut i samband med karantän enligt smittskyddslagen

När frågan om rätt till ersättning av allmänna medel för dem som drabbats av en tvångsåtgärd i form av de extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen övervägdes, uttalade regeringen i propositionen att när det gäller beslut om karantän var det tydligt att en sådan åtgärd i första hand meddelas i det allmännas intresse. Redan mot den bakgrunden, konstaterade regeringen, kunde det framstå som skäligt att det allmänna skulle ikläda sig ett ansvar för eventuella förluster för den enskilde. Det beaktades också att smittbärare hade rätt till ersättning om de på grund av vissa myndighets-

[180] Prop. 1998/99:88 s. 40.
[181] HFD 2013 ref. 37.
[182] Prop. 2013/14:182, bet. 2013/14:MJU23, rskr. 2013/14:266.

beslut behövde avstå från förvärvsarbete. De skäl som föranlett den ordningen ansågs kunna åberopas även för en ersättningsrätt för personer som måste avstå från förvärvsarbete på grund av ett beslut om karantän.

Regeringen konstaterade också att det torde kunna underlätta för smittskyddsläkaren att agera kraftfullt och konsekvent om han eller hon vet att den enskilde har rätt till ersättning. Dessutom bedömdes den enskildes vilja att respektera beslutet påverkas positivt av en rätt till ersättning.

Bestämmelser om att den som hållits i karantän skulle ha samma rätt till ersättning som en smittbärare infördes därför, vilket innebar att ersättningsrätten kom att hänga samman med om den enskilde på grund av karantänsbeslutet tvingades avstå från förvärvsarbete.[183] Motsvarande bestämmelser återfinns nu i socialförsäkringsbalken.

Det konstaterades vidare att den enskilde sannolikt i en del fall skulle kunna drabbas också av andra kostnader än sådana som beror på att han eller hon avstått från förvärvsarbete, men sådana kostnader skulle dock inte bäras av det allmänna. Det bedömdes att de i regel torde bli av mindre betydelse för den enskilde och en rätt till sådan ersättning skulle sannolikt komplicera handläggningen av ersättningsfrågorna.[184]

I propositionen lyftes även fram att ett beslut om karantän som drabbar en anställd i ett företag skulle kunna vålla olägenhet för företaget genom att den anställde uteblir från sin arbetsplats under karantänstiden. Enligt regeringens mening kunde emellertid de ekonomiska konsekvenserna av ett sådant beslut inte bli så betungande för företaget att ersättning på den grunden bör kunna komma i fråga.[185]

Uttalanden om att tåla större ingrepp vid en epidemi i samband med avspärrning enligt smittskyddslagen

I fråga om beslut om avspärrning bedömde regeringen att även ett sådant beslut skulle kunna leda till att personer som berörs av beslutet måste avstå från förvärvsarbete och därför, eller av någon annan anledning, drabbas av ekonomiska skada. Det kunde röra sig

[183] Prop. 2003/04:158 s. 91 och 92.
[184] Prop. 2003/04:158 s. 91 och 92.
[185] Prop. 2003/04:158 s. 93.

om personer som har bostad inom det avspärrade området och arbetsplats utanför men också om personer som bor utanför men har sin arbetsplats inom området.

Regeringen ansåg det dock långt ifrån självklart att staten skulle vara strikt ersättningsansvarig för skador som uppkom på det sättet. Det bedömdes att ett beslut om avspärrning till skillnad från ett beslut om karantän inte är riktat mot särskilt angivna personer och leder inte till samma kraftiga begränsning i den individuella rörelsefriheten. Tillräckliga starka skäl ansågs därför inte föreligga för att föreslå en rätt till ersättning för enskilda personer som drabbas av olägenheter på grund av beslut om avspärrning.[186]

Det uppmärksammades också att beslut om avspärrning även hade behandlats av Kommittén för översyn av det allmännas skadeståndsansvar (SOU 1993:55). Kommitténs övervägande tog framför allt sikte på avspärrningar som beslutats med stöd av polislagen. I betänkandet anfördes bl.a. att det inte torde föresväva någon att ersätta skador som träffar alla möjliga personer som på ena eller andra sättet blir lidande av avspärrningen, t.ex. kunder till en bank vars lokaler avstängts på grund av ett begånget bankrån. En regel om kompensation till en sådan obegränsad krets skulle ha svåröverskådliga konsekvenser och strida mot kommitténs inställning till den allmänna frågan om vilken personkrets som bör vara berättigad till ersättning på grund av myndighetsingrepp. Vad som enligt kommittén kunde övervägas var däremot att ersättning skulle utgå till ägare eller innehavare av den egendom som avspärrats.

Det uttalades dock att det fanns invändningar mot att man på detta sätt skulle särbehandla en del av ersättningsfrågorna vid lagliga rådighetsinskränkningar. Till detta lades också den omständigheten att det förutom avspärrningar som har samband med utredning om brott förekommer att polisen och även andra myndigheter spärrar av t.ex. en viss gata, vilket komplicerar en tänkt regel. Något strikt ersättningsansvar vid avspärrningar förespråkades därför inte. Utgångspunkten skulle i stället vara att en rätt till ersättning skulle kunna komma i fråga endast om det kunde motiveras av särskilda skäl.

Vidare bedömdes att ett beslut om avspärrning med stöd av smittskyddslagen fattas först i ett senare skede av en epidemi och då enbart i situationer då samhället inte med andra medel kan kon-

[186] Prop. 2003/04:158 s. 92.

trollera spridningen av sjukdomen. Det konstaterades att en sådan situation närmast var att jämställa med förhållanden i ofred och enskilda får därmed räkna med att tåla betydlig större ingrepp än vid mer normala förhållanden. Sammantaget ansågs omständigheterna inte sådana att det fanns skäl att införa en särskild rätt till ersättning för avspärrningar.

Det ansågs dock inte innebära att ersättning aldrig skulle kunna komma i fråga. Den generella bestämmelsen i skadeståndslagen (1972:207) om det allmännas skadeståndsansvar för skador som vållas genom fel eller försummelse vid myndighetsutövning framhölls.[187]

Även frågan om att en avspärrning skulle kunna leda till att ett företags kontakter med kunder försvåras eller förhindras togs upp. Det framhölls dock att avspärrningsbesluten inte har någon individuell adressat. De drabbar en obestämd krets av personer och företag. Såvitt gäller företagen ansågs det kunna hävdas att sådana beslut utgör en företagarrisk bland andra. På grund av det anförda ansåg regeringen inte att tillräckliga skäl för en rätt till ersättning förelåg.[188]

Uttalanden om en företagsrisk bland andra i samband med hälsokontroll enligt smittskyddslagen

När det gällde hälsokontroll konstaterade regeringen att ett beslut om hälsokontroll möjligen någon gång skulle kunna vålla ekonomisk förlust för den som omfattas av ett sådant beslut. Det kunde emellertid antas att förlusten i så fall inte skulle bli större än att den skäligen kunde bäras av den enskilde. Vidare lyftes vid remissbehandlingen att genomförandet av hälsokontroller på flygplatser också skulle kunna leda till avsevärda kostnadsökningar för flygbolag och flygplatser. Även i detta sammanhang beaktade regeringen dock att besluten om hälsokontroll drabbar en obestämd krets av företag och att det därför kan betraktas som en företagarrisk bland andra. Mot denna bakgrund ansåg regeringen att inte heller beträffande hälsokontroll vid inresa fanns tillräckliga skäl för en rätt till ersättning för företag.[189]

[187] Prop. 2003/04:158 s. 92 och 93.
[188] Prop. 2003/04:158 s. 93.
[189] Prop. 2003/04:158 s. 93.

Uttalanden om utfästelse om kompensation i samband med covid-19-lagen

Som redogjorts för ovan uttalade regeringen i covid-19-lagens proposition att regeringen hade, genom uttalanden i propositionen som föregick de tillfälliga bemyndigandena i smittskyddslagen, förbundit sig att överväga frågan om olika kompensatoriska ekonomiska åtgärder i samband med att eventuella föreskrifter om smittskyddsåtgärder skulle tas fram. Det framgick vidare att regeringens arbete med att vidta ekonomiska kompensatoriska åtgärder skedde i nära dialog med partierna i riksdagen.

Det fanns således en utfästelse från regeringens sida om kompensatoriska åtgärder, även om utfästelsen inte var reglerad genom någon bestämmelse om rätt till ersättning för de verksamheter som ålades restriktioner.

En lagreglerad rätt till ersättning bör inte införas

En pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom som drabbar landet är en extraordinär händelse. I likhet med vad som uttalades i samband med att avspärrning infördes som en extraordinär smittskyddsåtgärd kan det krävas att var och en då får tåla att följa långtgående rekommendationer och underkasta sig smittskyddsåtgärder för att förebygga och förhindra smittspridning. Att varje sådan inskränkning ska kompenseras är därför enligt utredningens mening inte rimligt.

Att smittsamma sjukdomar sprids människor emellan och att omfattande utbrott kan påverka samhället emellanåt är också, så som uttalats i samband med såväl epizooti- och zoonoslagstiftningen som hälsokontroller enligt smittskyddslagen, något som får anses ingå i vad som behöver beaktas som en företagarrisk.

Erfarenheten visar vidare att en pandemi eller annan omfattande smittspridning ofta är unik till sin natur då samhällsstrukturer och beredskap kan ha förändrats sedan landet drabbades förra gången. Smittämnets egenskaper påverkar hur snabbt och på vilket sätt sjukdomen sprids. Smittsamma sjukdomar kan variera i allvarlighetsgrad, liksom vilka grupper av människor som löper störst risk för att dö eller bli allvarligt sjuka i sjukdomen. Som också beskrivs ovan är det därför mycket som är okänt om hur en framtida pandemi eller

annan omfattande smittspridning slår mot samhället. Vad en rätt till ersättning skulle få för konsekvenser för samhället går under sådana förhållanden därför inte att förutse.

Det är utredningens bedömning att någon lagreglerad rätt till ersättning bör mot denna bakgrund inte införas i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

En lagreglerad utfästelse om att överväga kompletterande åtgärder bör införas

Även om en rätt till ersättning inte bör införas bör det enligt utredningens mening också tas fasta på att det kan uppfattas som oskäligt att drabbade ska stå för hela risken och kostnaden under extraordinära förhållanden. Som uttalades i samband med att karantän infördes som en extraordinär smittskyddsåtgärd kan vetskapen om att man får en viss kompensation göra att viljan till att följa ett åliggande ökar.

Vad som slutligen är avgörande för utredningens bedömning av om någon form av reglering om ersättning ska införas är hur ersättningsfrågan hanterades under covid-19-pandemin. Som vi tidigare har beskrivit ingår det inte i vårt uppdrag att kartlägga och utvärdera de många olika stödformerna under covid-19-pandemin. Men vi kan ändå konstatera att stöd och andra åtgärder till drabbade företag och andra verksamheter inom näringslivet kan bidra till viktiga samhällsekonomiska effekter genom att mildra följderna av en ekonomisk nedgång och t.ex. förhindra konkurser för annars livskraftiga företag och motverka arbetslöshet i drabbade branscher.[190]

Någon generell reglering av rätt till ersättning för de verksamheter som drabbades av de föreskrifter och beslut som fattades med stöd av covid-19-lagen infördes inte. Däremot fanns, så som ovan beskrivits, utfästelser genom uttalanden från regeringen att överväga frågan om olika kompensatoriska ekonomiska åtgärder när föreskrifter om smittskyddsåtgärder med stöd av covid-19-lagen togs fram. Utfästelserna gjordes i nära dialog med partierna i riksdagen.

Eftersom den lagstiftning vi nu föreslår är av beredskapskaraktär och det i dag är okänt om och när den kommer att tillämpas, är det av naturliga skäl inte görligt för regering och riksdag att nu i förväg

[190] Se t.ex. prop. 2021/22 :100 och Tillväxtanalys. Promemoria Företagsstöd under pandemin – lärdomar inför framtida kriser. 2023. PM 2023:01.

göra en utfästelse på det sätt som gjordes under covid-19-pandemin. Däremot bör en motsvarande utfästelse kunna göras i lagform.

Utredningen föreslår därför att det i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder tas in en bestämmelse om att regeringen när den meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska överväga kompletterande åtgärder för verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som drabbas av kostnader och förluster med anledning av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna.

Att regeringen ska överväga frågan innebär att regeringen förbinds att överväga frågan om kompensatoriska ekonomiska åtgärder eller andra kompletterande åtgärder för de verksamheter som kommer att omfattas av föreskrifter och beslut som meddelas med stöd av lagen. Dessa bestämmelser lagfäster således vad som ska gälla i fråga om ersättning (jfr 2 kap. 15 § tredje stycket regeringsformen). Att regeringen ska överväga frågan i samband med att regeringen meddelar föreskrifter med stöd av lagen innebär att regeringen både ska överväga frågan när regeringen meddelar föreskrifter om att bestämmelser i lagen ska aktiveras och i samband med att regeringen meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av lagen. Överväganden i samband med att bestämmelser i lagen aktiveras görs lämpligen i den proposition som ska lämnas till riksdagen vid underställningen.

Ytterligare föreskrifter om åtgärder kan meddelas på förordningsnivå

Någon närmare utfästelse om i vilken omfattning och i vilken form sådana åtgärder ska vidtas bör dock enligt utredningens mening inte göras i lagen. Osäkerheten kring när och under vilka förhållanden lagen kommer att tillämpas är för detta för stor. Den materiella regleringen av sådana åtgärder kan vidare komma att vara komplex och det kan krävas en flexibilitet att snabbt anpassa deras utformning till ändrade förutsättningar.[191]

Utredningen föreslår därför ett bemyndigande om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förutsättningarna för kompletterande åtgärder.

[191] Jfr prop. 2019/20:181 s. 27.

I zoonoslagen finns en bestämmelse som anger att frågor om ersättning prövas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Någon motsvarande bestämmelse bör enligt utredningens bedömning inte föreslås i fråga om den nu aktuella regleringen. Det bör i stället stå regeringen fritt att avgöra på vilket sätt eventuell ersättning bör ges. Som exempel kan nämnas nedsättningen av arbetsgivaravgifter och slopandet av sjuklön som regeringen fattade beslut om under covid-19-pandemin. Bedömer regeringen att kompletterande åtgärder ska vidtas genom att ekonomiskt stöd ska ges till verksamheter genom ett ansökningsförfarande och en prövning av regeringen eller av en förvaltningsmyndighet kan regeringen föreskriva om ett sådant förfarande inom ramen för möjligheten att meddela verkställighetsföreskrifter.

Den föreslagna regleringen hindrar inte annan ersättning och stöd

Utredningen vill i detta sammanhang också betona att den reglering som nu föreslås endast tar sikte på eventuella åtgärder som kompensation för sådana smittskyddsåtgärder som kan komma att meddelas med stöd av den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Det står givetvis regeringen fritt att överväga och besluta om andra åtgärder t.ex. i form av ekonomiskt stöd för att möta de följder som en pandemi eller annan omfattande smittspridning kan medföra. Den föreslagna regleringen ska alltså inte utgöra något hinder för detta.

Kompletterande åtgärder för rådighetsinskränkningar kan gynna också andra fri- och rättigheter

I utredningens direktiv betonas att demonstrationer, opinionsbildande möten och religiösa sammankomster har särskild betydelse i ett demokratiskt samhälle och har ett särskilt skydd i regeringsformen. Det framhålls i direktiven att när införande av begränsningar av allmänna sammankomster övervägs, bör det beaktas om motsvarande effekt kan uppnås genom att smittskyddsåtgärder i stället införs för andra verksamheter.

Vi återkommer i kapitel 12 med vår analys och avvägningar om våra förslags lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Vi vill dock här framhålla att de rådighetsinskränkningar i användningen av mark och byggnader som det kan bli fråga om på grund av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna i många fall är av sådan natur att en kompensatorisk åtgärd kan vara en ekonomisk ersättning. När det gäller samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som innebär inskränkningar i opinionsfriheter, t.ex. begränsningar i möjligheten att genomföra eller delta i demonstrationer, opinionsbildande möten eller religiösa sammankomster kan en sådan begränsning av naturliga skäl inte kompenseras med en ekonomisk åtgärd.

Är det epidemiologiska läget sådant att det finns utrymme för att använda de föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna på det differentierade sätt som de är avsedda att kunna användas, bör således en åtgärd som innebär en rådighetsinskränkning i användningen av mark eller byggnad och som kan kompenseras med kompletterande åtgärder i form av t.ex. en ekonomisk ersättning, kunna övervägas framför en åtgärd som begränsar möjligheten att genomföra eller delta i demonstrationer, opinionsbildande möten och religiösa sammankomster. På så sätt kan de fri- och rättigheter som har ett särskilt starkt skydd i regeringsformen skyddas.

Vid överväganden om kompletterande åtgärder bör tidigare erfarenheter tas tillvara

Varje situation är unik men värdefull erfarenhet finns

Som upprepats vid några tillfällen i detta avsnitt låter det sig svårligen göras att fullt ut beskriva vilka överväganden i fråga om kompletterande åtgärder som behöver göras i samband med en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. I denna fråga nöjer sig utredningen med att lyfta fram vad som sagts här ovan och att det finns goda skäl att beakta erfarenheter av tidigare överväganden i liknande situationer, även om omständigheterna kan skilja sig åt. Här kan enligt utredningens mening tas tillvara erfarenheter från de branschspecifika stöden under covid-19-pandemin. Viss vägledning kan vidare tas från den sammanställning som Utredningen om ersättning vid rådighetsinskränkningar gjorde i sitt betänkande och som

nämns ovan, samt från det regeringsuppdrag Tillväxtanalys har haft att följa upp och utvärdera de statliga företagsstöd som gavs under covid-19-pandemin.

Sammanfattade erfarenheter från Utredningen om ersättning vid rådighetsinskränkningar

Sammanfattningsvis bör utifrån Utredningen om ersättning vid rådighetsinskränkningars sammanställning proportionalitetsprincipen och kravet på förutsebarhet och den enskildes legitima förväntningar beaktas, liksom t.ex. principen om att förorenaren betalar. Vidare bör de allmänna krav som ställs i smittskyddslagstiftningen om att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar beaktas (se 2 kap. 1 § SmL och även den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder). Även sådant som lagenlighetsprincipen, krav på viss kvalifikation på ingreppet, skadeståndsrättsliga principer och förenlighet med det EU-rättsliga regelverket om olagligt statsstöd bör beaktas.

Policyrekommendationer från Tillväxtanalys

I sin redovisning av regeringsuppdraget att följa upp och utvärdera de statliga företagsstöden under covid-19-pandemin lämnar Tillväxtanalys sju policyrekommendationer inför framtida liknande kriser.[192] Rekommendationerna är anpassade till pandemins svårigheter med en snabb och djup ekonomisk nedgång som påverkades av andra faktorer än inhemska.

Myndighetens rekommendationer syftar till att ge beslutsfattare faktabaserade underlag vid utformning av framtida stöd som syftar till att stötta livskraftiga företag och minska antalet förlorade arbetstillfällen och ska betraktas som en del i en läroprocess.

Myndigheten betonar i sin redovisning att rekommendationerna inte syftar till att ställa beslutsfattare och myndigheter till svars för historiska beslut och åtgärder. Myndigheten lyfter i stället att företagsstöden var tvungna att tas fram och sjösättas på både kort tid och under genuin osäkerhet kring den framtida ekonomiska utveck-

[192] Tillväxtanalys, 2023, s. 82–86.

lingen. Det var också under de här omständigheterna som handläggande myndigheter byggde upp sina processer för handläggning och administration av stöden. Många av stöden var nya vilket ställde myndigheterna inför juridiska tolkningsfrågor. Dessa behövde göras snabbt och utan vägledning av tidigare uppbyggd juridisk praxis.

Utredningen har inte som ambition att redogöra för Tillväxtanalys rekommendationer och överväganden in extenso. För detta hänvisar vi till Tillväxtanalys promemoria. Utredningen har inte heller kompetens att värdera rekommendationernas bärighet men bedömer att de sammanfattar erfarenheter och följder av de stöd som gavs till företag under covid-19-pandemin. Även Tillväxtanalys understryker i sin promemoria att det finns all anledning att vara ödmjuk inför de exceptionella omständigheter som omgärdar pandemin och att myndighetens förhoppning är att rekommendationerna ska komplettera det lärande som såväl beslutsfattare som myndigheter redan har gjort längs vägen.

De sju policyrekommendationerna som Tillväxtanalys lyfter fram kan sammanfattningsvis på följande sätt.

- Korttidsstöd bör i möjligaste mån begränsas till ekonomiska krisers nedgångsfaser. Stödet kan annars ha negativa sysselsättningseffekter under återhämtningsfasen.
- Undvik generell nedsättning av arbetsgivaravgifter om det huvudsakliga syftet med stödet är att bromsa nedgången på arbetsmarknaden. Fördelen med de tillfälligt nedsatta arbetsgivaravgifterna var dock att de snabbt kunde införas i krisens inledning. I kombination med att det kan ha bidragit till att rädda företag kan det också ha varit en viktig signal till företag om att staten kommer att bidra med stöd under krisen. Det är därför inte uppenbart att åtgärden, under de exceptionella omständigheter som rådde våren 2020, i sig var fel.
- Om politiken vill prioritera likvärdig stödtillgång behöver flera av stöden en reviderad utformning. I den mån man vid framtida kriser önskar mer likvärdiga stöd, ser Tillväxtanalys behov av stödåtgärder som är mer tydligt riktade eller reserverade för de hårdast drabbade branscherna men samtidigt har färre övriga villkor och restriktioner, exempelvis genom schablonbelopp.

– Låt framtida eventuella nya stödformer administreras av resursstarka och erfarna myndigheter. En grundstruktur av erfarenhet och redan uppbyggd kompetens kring storskalig handläggning och företagskontakter minskar risken för långa handläggningstider.
– Begränsa antalet stödformer. Många och överlappande stöd gör det svårare för företag att navigera och ökar risken att de i ett senare skede blir återbetalningsskyldiga på grund av att de har erhållit överlappande stöd. Ett begränsat antal stödformer underlättar också en utvärdering i efterhand.
– Beakta från början att olika företagsformer behöver olika stödformer. Enskilda näringsidkare och handelsbolag har sällan anställda och hamnade därför mellan stolarna när stöden initialt utformades för aktiebolag med anställda.
– Överväg framtida snabbspår för stödutbetalningar. Långa handläggningstider och krångliga administrationsprocesser kan leda till att företag inte nås av stöden.

9.20 Ändringar i ordningslagen

9.20.1 Bemyndiganden om förbud vid epidemier bör tas bort

Förslag: Bemyndigandena i ordningslagen om att regeringen, och efter regeringens bemyndigande en länsstyrelse, får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område, om förbudet är nödvändigt för att motverka epidemi tas bort. Detsamma gäller det anslutande bemyndigandet till länsstyrelserna i förordningen med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617).

En upplysningsbestämmelse tas in i ordningslagen om att det i den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bemyndiganden om att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Ordningslagen och den föreslagna lagen överlappar varandra

Som vi beskriver tidigare i detta kapitel får regeringen enligt 2 kap. 15 § ordningslagen föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område om det är nödvändigt för att motverka en epidemi. Under samma förutsättningar följer av 3 § förordningen med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) att en länsstyrelse i fråga om länet eller en del av det får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas. Båda dessa bemyndiganden tillämpades under covid-19-pandemin innan covid-19-lagen trädde i kraft, se avsnitt 9.4.1. För att göra regleringen sammanhållen, enhetlig och överskådlig togs motsvarande bemyndiganden då in i den lagen. Eftersom den lagen endast kunde tillämpas på covid-19 togs dock inte bemyndigandena i ordningslagen och den nämnda förordningen bort, eftersom de kunde behöva användas om det skulle uppkomma en annan epidemi. Covid-19-lagens bestämmelser om att begränsa eller helt förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka sjukdomen covid-19 gällde därför utöver ordningslagens bestämmelser.[193]

Till skillnad från covid-19-lagen föreslås den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte gälla för en särskilt angiven sjukdom. Det är således, precis som de aktuella bestämmelserna i ordningslagen, fråga om en generisk lagstiftning. Även i fråga om vilka allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som omfattas av bestämmelserna i den nya lagen överensstämmer förslaget med ordningslagen. Föreskrifter om att begränsa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar kan vidare såväl med stöd av de nuvarande bemyndigandena som de som föreslås i den nya lagen omfatta hela landet eller avgränsade geografiska områden. I dessa avseenden är därmed de två regelverken helt överlappande.

Att begränsa eller helt förbjuda en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning kan innebära betydande ingrepp i grundläggande fri- och rättigheter och kan även i övrigt ha en stor betydelse för privatpersoner, civilsamhälle och företag. Det är enligt utredningens mening därför viktigt att tillämpningsområdet för sådana begränsningar och förbud är tydligt och inte föremål för dubbelreglering.

[193] Prop. 2020/21:79 s. 24.

Utrymmet för att begränsa allmänna sammankomster ska inte vara större än nödvändigt

Som framgår tidigare i detta kapitel omfattar nuvarande bemyndiganden i ordningslagen och förordningen med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) alla de sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen utom de veneriska, medan den föreslagna lagen är begränsad till att gälla sådana sjukdomar som smittskyddslagens bestämmelser om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga på. De senare sjukdomarna är per definition sådana att de kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner.

Det är utredningens mening att en sådan författningsberedskap som såväl nuvarande bemyndiganden i ordningslagen som den föreslagna lagen utgör, bör vara begränsad till de sjukdomar som kan ge de mest allvarliga följderna för samhället och som befaras kunna spridas på ett sådant sätt i samhället att smittspridningen inte går att hantera enbart med hjälp av de individinriktade och de extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen. Det bör vidare understrykas att när långtgående åtgärder vidtas för att begränsa eller förbjuda folksamlingar eller på annat sätt minska kontaktintensiteten mellan människor för att motverka smittspridning, bör det särskilt övervägas om det går att göra på ett sådant sätt att medborgares möjligheter att genom demonstrationer uttrycka sina åsikter, att genom möten utöva sin religion och att vid kulturevenemang använda sin yttrandefrihet kvarstår. I den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder har vi föreslagit en bestämmelse som uppmärksammar vikten av sådana överväganden, se avsnitt 9.12.6.

Mot denna bakgrund och med beaktande av det som framhålls i våra direktiv om att utrymmet för begränsningar av allmänna sammankomster inte ska vara större än vad som är absolut nödvändigt, föreslår utredningen att bemyndigandena i ordningslagen och i 3 § förordningen med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) tas bort. Möjligheten att begränsa eller helt förbjuda sådana sammankomster och tillställningar bör i stället uteslutande regleras genom den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

En upplysningsbestämmelse om den föreslagna lagens bestämmelser bör tas in i ordningslagen.

9.20.2 Polismyndighetens befogenheter bör anpassas till den nya lagen

Förslag: Bestämmelsen i ordningslagen som innebär att Polismyndigheten får vägra tillstånd till en allmän sammankomst för att motverka epidemi ändras till att myndigheten får vägra tillstånd till en sådan sammankomst för att motverka spridning av en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga.

Upplysningsbestämmelser om att det i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bestämmelser om innehållet i en ansökan och anmälan om en allmän sammankomst eller offentlig tillställning och om Polismyndighetens rätt att ställa in eller upplösa en sådan sammankomst eller tillställning, tas in i ordningslagen.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar får som huvudregel inte anordnas på offentliga platser utan tillstånd. Ansökan om tillstånd görs i de flesta fall till Polismyndigheten (2 kap. 4 och 6 §§ ordningslagen). Av 2 kap. 10 § ordningslagen framgår att Polismyndigheten får vägra tillstånd till en allmän sammankomst för att motverka epidemi. Det finns inget hinder mot att Polismyndigheten på samma grund vägrar tillstånd till en offentlig tillställning (jfr prop. 1992/93:210 s. 249). Med begreppet epidemi avses så som beskrivs i avsnitt 9.4.1 de anmälningspliktiga sjukdomarna i smittskyddslagen med undantag av de veneriska sjukdomarna.

I avsnitt 9.20.1 ovan föreslår vi att bemyndigandena som innebär att regeringen och länsstyrelserna kan meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte ska hållas för att motverka epidemi ska tas bort och ersättas av bemyndigandena i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Bemyndigandena i den lagen är begränsade till åtgärder som avser sådana sjukdomar som smittskyddslagens bestämmelser om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga på. Det är utredningens uppfattning att även Polismyndighetens befogenhet att vägra tillstånd

till en allmän sammankomst för att motverka smittspridning människor emellan därför bör begränsas till dessa sjukdomar.

Utredningen har övervägt om ytterligare ett krav bör vara att den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vara aktiverad för att Polismyndigheten ska få vägra ett tillstånd för att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Utredningen bedömer dock att något sådant krav inte bör ställas upp. Det är utredningens bedömning att situationen kan vara sådan att det finns risk för att en samhällsfarlig sjukdom kan spridas vid en allmän sammankomst utan att det är fråga om en omfattande smittspridning som kräver samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

I lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder föreslår utredningen bestämmelser som innebär att när bemyndigandena som berör allmänna sammankomster och offentliga tillställningar tillämpas, ska en ansökan eller anmälan om en sådan sammankomst eller tillställning innehålla uppgifter om de åtgärder som anordnaren avser att vidta med anledning av detta. Likaså föreslår utredningen i den lagen bestämmelser som innebär att Polismyndigheten får ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av lagen (se avsnitt 9.15.3 och 9.15.4) I ordningslagen bör bestämmelser föras in som upplyser om detta.

9.21 Regionala reserestriktioner

Bedömning: Det bör inte införas en möjlighet till regionala reserestriktioner inom landet för att vid omfattande smittspridning förhindra resor till eller från olika områden. Det kan dock finnas ett behov av att tillfälligt begränsa viss rörlighet vid andra scenarier än omfattande smittspridning. Eventuella förslag därom lämnas i slutbetänkandet.

I utredningens ursprungliga direktiv ingår att analysera och ta ställning till om det vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska finnas möjlighet att besluta om regionala reserestriktioner inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta eller till och från områden som är smittfria eller har begrän-

sad smittspridning. Utredningen ska också analysera och ta ställning till om det ska införas andra extraordinära smittskyddsåtgärder.

I utredningens tilläggsdirektiv ingår att analysera och ta ställning till vilka smittskyddsåtgärder som ska kunna vidtas vid misstanke om smittsam sjukdom som inte har identifierats eller klassificerats. Vid smittspridning som riskerar att bli allvarlig eller omfattande är det enligt direktiven en viktig del i beredskapen inför framtida hälsohot att ha möjlighet att kunna agera snabbt. Innan ett smittämne har identifierats saknas möjlighet att exempelvis kunna spärra av ett område eller vidta andra åtgärder enligt smittskyddslagen. Denna del av uppdraget ska redovisas i slutbetänkandet.

Den bestämmelse i nuvarande smittskyddslag som ligger närmast det som beskrivs i de ursprungliga direktiven och tilläggsdirektiven är avspärrning (3 kap. 10 §). Enligt den bestämmelsen gäller att om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Folkhälsomyndigheten besluta att ett visst område ska vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Undantag från förbudet får medges i det enskilda fallet.

Av propositionen framgår bl.a. följande gällande behovet av avspärrning.

> Regler som gör det möjligt att spärra av ett visst område syftar till att förhindra dels att personer som kan vara smittade lämnar området och sprider smittan utanför detta, dels att personer utifrån kommer in i området och löper risk att bli smittade. En sådan ordning kan vara av värde t.ex. i det fallet att en eller flera personer som insjuknat i en livshotande sjukdom påträffas inom ett begränsat område utan att man lyckas fullständigt utreda av vem och när de smittats. I ett sådant fall finns givetvis en risk att ytterligare smittade personer finns inom området. […] Av praktiska skäl bör endast begränsade områden kunna bli föremål för avspärrning. När det gäller större städer bör i regel endast något eller några bostadskvarter kunna komma i fråga. En avspärrning bör t.o.m. kunna begränsas till att avse enstaka större byggnader. Någon tidsgräns för hur länge åtgärden får bestå bör inte gälla. Det är emellertid givet att avspärrningen bör upphöra så snart som den risk för smittspridning som föranlett beslutet inte längre kan anses föreligga. Vid bedömningen av denna risk är uppenbarligen sjukdomens inkubationstid en viktig faktor. Om en tid som motsvarar inkubationstiden har förflutit efter det att den som senast insjuknat tagits om hand och isolerats och inget nytt fall har blivit känt bör i regel smittrisken anses ha

> upphört. […] Som redan sagts kan ett beslut om avspärrning vara en mycket ingripande åtgärd. Ett sådant beslut kan drabba många människor både på det personliga planet och ekonomiskt. Innan ett sådant beslut fattas måste därför mycket noga övervägas om värdet av åtgärden för smittskyddet är tillräckligt stort. Det förefaller inte troligt att förutsättningar för att meddela beslut om avspärrning kommer att föreligga i något större antal fall. I en del fall, främst om flera sjuka skulle påträffas inom ett begränsat område, kan det emellertid finnas starka skäl för att spärra av området.[194]

Gällande de undantag som kan bli aktuella framgår bl.a. följande.

> Undantagen kan avse främst personer som ombesörjer särskilt viktig service för dem som vistas i området, t.ex. sjukvårdspersonal och personer som sköter livsmedelsförsörjningen eller renhållningen. Bestämmelserna möjliggör också undantag på andra grunder, t.ex. när starka personliga skäl kan åberopas. Ett beslut om avspärrning utgör naturligtvis inte hinder för samhällets räddningstjänst, sjuktransporter, polisstyrkor och liknande utryckningsstyrkor att utföra akuta insatser inom det avspärrade området när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse.[195]

Avspärrning kan beskrivas som en utredningsåtgärd (se också rubriken till 3 kap.) som begränsas i tid och geografisk omfattning av de enskilda fall av samhällsfarlig sjukdom som föranlett beslutet. Hur omfattande och långvarig avspärrningen blir är beroende av utredningen av smittspridningen och när risken för fortsatt smittspridning har undanröjts eller upphört. Så länge utredningen pågår innebär avspärrningen en begränsning av resor in i och ut ur det avspärrade området.

En reglering som inte utgår från att utreda ett eller flera enskilda fall av samhällsfarlig sjukdom kan utformas mer generellt än nuvarande bestämmelse om avspärrning. En sådan reglering skulle t.ex. kunna innebära en mer långvarig begränsning om tillämpningen inte görs beroende av den längst kända inkubationstiden, och kunna avse större geografiska områden.

Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarföreningen bedömer att en generell tvingande begränsning av resor vid omfattande smittspridning, som t.ex. en pandemi, inte har någon betydande effekt jämfört med vad som kan uppnås på andra sätt, till exempel via rekommendationer. Till grund för den ståndpunkten ligger bl.a.

[194] Prop. 2003/04:158 s. 72 och 73.
[195] Prop. 2003/04:158 s. 106 och 107.

erfarenheterna från covid-19-pandemin, där individers förändrade beteende och följsamhet till rekommendationer fick en påtaglig effekt på resandet. Vid sidan av rekommendationer om bl.a. hemarbete och undvikande av resor påverkade även restriktioner gällande bl.a. större evenemang och utrikesresor rörligheten i samhället.

En annan faktor är den förändring som människor självmant vidtar. Coronakommissionen pekade i sitt andra delbetänkande på betydelsen av hur människor och företag på eget initiativ anpassar sina beteenden för att minska smittorisken, även i avsaknad av offentliga åtgärder. Att resorna i början av mars 2020 till och från Stockholm gick ner betydligt mer än resorna till och från Västra Götaland respektive Skåne gav enligt Coronakommissionen stöd för hypotesen att rörligheten till en viktig del speglar människors vilja att skydda sig från smitta, i det att smittspridningen under den första vågen var betydligt större i Stockholm än i de andra storstadsregionerna. Data från förflyttningar av mobiltelefoner visade enligt Coronakommissionen att det man benämnde intra-kommunal, inter-kommunal och inter-regional rörlighet avtog högst väsentligt redan vid mitten av mars 2020, innan Folkhälsomyndigheten utfärdat de första rekommendationerna om minskad rörlighet.[196]

Utredningen delar Folkhälsomyndighetens och Smittskyddsläkarföreningens uppfattning att tvingande resebegränsningar vid en omfattande smittspridning, t.ex. en pandemi, inte har någon betydande effekt jämfört med vad som kan uppnås på andra sätt. Flera faktorer torde spela in för vilken följsamhet som kan uppnås genom rekommendationer, bl.a. hur allvarligheten i hotet uppfattas på individnivå och kommuniceras från ansvariga myndigheter.

Vidare skulle en generell reglering av inrikes resor, som t.ex. syftar till att isolera ett län eller en storstadsregion, med nödvändighet behöva förenas med en rad undantag. Sådana undantag skulle t.ex. kunna gälla

– personal inom samhällsviktig verksamhet, t.ex. hälso- och sjukvård, brottsbekämpning, räddningstjänst, vissa godstransporter, och personer som i förekommande fall transporteras tillsammans med sådan personal,

[196] SOU 2021:89 s. 88–95.

– personer som pendlar till arbete, studier eller annan sysselsättning som inte kan bedrivas på distans, eller som passerar gränsen som ett led i näringsverksamheten, t.ex. vid utövandet av renskötsel,
– personer med trängande familjeskäl, t.ex. barn med vårdnadshavare på respektive sida om gränsen eller personer som behöver besöka svårt sjuka anhöriga eller besöka begravningar,
– personer som är i behov av internationellt skydd eller som har andra humanitära skäl, och
– personer som ska ges vård, t.ex. en operation, som inte kan anstå.

Betydande resurser skulle därtill behövas för att upprätthålla avgränsningarna.

Utredningens bedömning är därför att det inte bör införas en möjlighet till regionala reserestriktioner inom landet för att vid omfattande smittspridning förhindra resor till eller från olika områden.

Situationen kan däremot vara annorlunda vid en annan typ av smittspridning. Ett exempel är en antagonistisk spridning av en viss smittsam sjukdom som börjar i ett avgränsat område inom landet. Detta kan enligt Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarföreningen inte uteslutas, även om det är osannolikt. Denna farhåga fanns även i kölvattnet av terrorattackerna i USA den 11 september 2001. Som skäl för att införa de nuvarande extraordinära smittskyddsåtgärderna angavs bl.a. risken för avsiktlig spridning av biologisk smitta och risken för utbrott av smittkoppor.[197] Vid en sådan spridning är ett scenario att många människor samtidigt försöker lämna exempelvis en stad, med följden att smittan inte snabbt kan avgränsas och fler drabbas. Det som i en sådan situation skulle kunna behövas är en tidig åtgärd av tillfällig art som skulle syfta till att utreda sjukdomsfall och undvika smittspridning till i första hand närliggande städer och kommuner. Behovet som avses är snarast en utvidgad möjlighet till nuvarande bestämmelse om avspärrning och inte en mer generellt gällande reglering av inrikes resor.

Det möjliga behov av beredskap för antagonistisk spridning som beskrivits ovan ligger således närmare det uppdrag som finns i tilläggsdirektiven än det som finns i de ursprungliga direktiven om

[197] Prop. 2003/04:158 s. 49 och 72.

regionala reserestriktioner. Uppdraget som avser åtgärder innan smittämnet identifierats eller klassificerats kommer utredningen att redovisa i slutbetänkandet. Att lämna ett förslag på en justering av bestämmelsen om avspärrning i delbetänkandet vore att föregå utredningens fortsatta överväganden.

9.22 Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder på arbetsplatser och utbildningsområdet

Bedömning: Lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör inte innefatta arbetsmiljöregler. Begreppet verksamheter i lagen bör inte omfatta arbetsplatser eller verksamheter på skolområdet eller utbildningsområdet i övrigt dit allmänheten inte har tillträde.

Utredningen har i uppdrag att analysera och föreslå nya bestämmelser för att motverka trängsel. Utredningens direktiv utgår från platser dit allmänheten har tillträde, men utesluter inte att förslag gällande en sådan reglering lämnas även avseende platser dit allmänheten inte har tillträde. Det innebär att lagen t.ex. skulle kunna omfatta arbetsplatser, skolor, lärosäten eller andra vuxenutbildningar. Utredningen har dock inte i uppdrag att i övrigt utreda några frågor som specifikt rör arbetsplatser, skolor eller arbetsmiljö i händelse av en pandemi, t.ex. frågor om skyddsutrustning, förutsättningar för att bedriva distansarbete eller möjligheter till fjärr- eller distansundervisning.

Ett syfte med den lag vi föreslagit i föregående avsnitt är att minska förekomsten av kontakter som kan innebära smittspridning. Det kan uppnås om personer ur allmänheten vid en omfattande smittspridning träffas i mindre utsträckning eller på ett sätt som minskar sådana kontakter. Förslagen bygger på det behov av reglering som vi har identifierat i avsnitt 9.6.

Många verksamheter som kan komma att omfattas av våra förslag utgör samtidigt arbetsplatser. Så var det också enligt den tillfälliga reglering som gällde under covid-19-pandemin. Pandemin innebar bl.a. förändrade eller nya arbetsuppgifter för vissa arbetstagare som var hänförliga till krav enligt den tillfälliga regleringen. Det kunde t.ex. vara fråga om att se till att antalet besökare höll ett visst avstånd mellan varandra, kontrollera inpassering eller ge besök-

are muntliga anvisningar. I utredningens samverkan har bl.a. framkommit att vissa verksamheter anställde personal enbart i syfte att säkerställa efterlevnaden av det tillfälliga regelverket. Det har också framkommit att det förekom hot mot personal som föranleddes av upprätthållandet av bestämmelserna. Inför beslut om föreskrifter enligt bemyndigandena i den lag som vi nu föreslår kan därför arbetsmiljöperspektivet och nämnda erfarenheter behöva beaktas.

Många arbetsplatser förutsätter att arbetstagarna är på plats och innefattar moment som kan innebära spridning av ett smittämne som är pandemiskt. För arbetstagare gäller i dessa situationer i första hand arbetsmiljölagen och anslutande föreskrifter. En reglering av trängsel som omfattar arbetsplatser i sig, dvs. enbart genom att de är arbetsplatser, skulle behöva utformas på ett sätt som tar hänsyn till befintlig reglering på arbetsmiljöområdet. Regleringen av trängsel skulle med andra ord behöva få en arbetsmiljörättslig karaktär. Det ansvar som arbetsgivare har att skydda arbetstagare från smitta, vare sig det är från personer som arbetstagaren kommer i kontakt med i tjänsten eller sådana som är anställda på samma arbetsplats, tillgodoses enligt utredningens mening lämpligast genom den reglering som gäller på det området. Av systematiska skäl framstår det därför inte som lämpligt att föra in bestämmelser om arbetsmiljö i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Som nämnts ovan är utredningens direktiv begränsade till frågan om trängsel. Vi har inga uttalade uppdrag som gäller arbetsmiljö. Den samverkan som utredningen har genomfört med Arbetsmiljöverket har inte gett vid handen att det skulle finnas något behov av lagändringar som specifikt avser undvikande av trängsel för att stärka beredskapen på arbetsmiljöområdet inför framtida pandemier.

Det finns mot denna bakgrund inte heller skäl att begreppet verksamheter enligt lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder bör innefatta arbetsplatser i sig, dvs. att lagen skulle inkludera arbetsplatser dit allmänheten inte har tillträde.

Även verksamhet inom skolväsendet, vid lärosäten och vid annan utbildning för vuxna bedrivs som regel på platser dit allmänheten inte har tillträde och som omfattas av arbetsmiljölagstiftningen. På skolområdet fanns under pandemin möjlighet att minska risken för trängsel i skollokalerna genom att helt eller delvis bedriva fjärr- eller distansundervisning. En utredning lämnade under 2024 förslag för att stärka krisregleringen på skolområdet, bl.a. genom en ny förord-

ning som möjliggör fjärr- eller distansundervisning när en fredstida krissituation råder.[198] Det finns enligt vår utrednings mening därför inte skäl att utvidga begreppet verksamheter i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder till att omfatta verksamheter på skolområdet eller utbildningsområdet i övrigt dit allmänheten inte har tillträde.

Det kan i sammanhanget tilläggas att smittskyddslagen gäller i hela samhället. Det innebär bl.a. att den så kallade skyddsplikten och informationsplikten i 2 kap. 1 och 2 §§ SmL även gäller de som studerar eller arbetar på skolor, lärosäten och andra arbetsplatser. Förhållningsregler som den behandlande läkaren ska meddela den som är smittad eller misstänks vara smittad av en allmänfarlig sjukdom får bl.a. gälla inskränkningar som gäller arbete och skolgång (4 kap. 2 § första punkten SmL).[199]

9.23 Hur föreskrifter med stöd av lagen kan utformas

Det kommer att ankomma på regeringen och den eller de myndigheter som regeringen bestämmer att närmare föreskriva om smittskyddsåtgärder enligt den nya lagen. Utredningen anger här några riktlinjer för hur en reglering på lägre normnivå kan utformas och vad som då bör beaktas.

Regleringen har betydande likheter med den tillfälliga lagstiftning som gällde under pandemin. Den har dock även viktiga skillnader. Att underlätta för människor att hålla avstånd i och undvika trängsel är fortfarande ett bärande inslag i våra förslag, men fokus har flyttats till att även andra faktorer bör kunna få betydande genomslag i regleringen. En annan skillnad är att lagens syfte inte ensidigt inriktas på att begränsa smittspridning.

[198] Utbildningsdepartementet. Promemoria. En modern krisreglering för verksamheter på skolområdet (U2024/02201). 2024.
[199] Vad särskilt gäller smittspridning i förskolan har Folkhälsomyndigheten i juli 2024 inom ramen för ett regeringsuppdrag publicerat en uppdaterad version av kunskapsöversikten Smitta i förskolan, som är avsedd som vägledning till personal och huvudmän i förskolan för att förebygga och hantera smitta.

9.23.1 Syftet bör vara vägledande

Syftet med den föreslagna lagen består av två led: dels att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom, dels att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder. Detta syfte bör vara vägledande i samband med beslut om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Förekomsten av kontakter som kan innebära smittspridning bör vara utgångspunkten för vilka verksamheter som alls regleras och hur långtgående regleringen är i förhållande till andra verksamheter. Ett viktigt mål med föreskrifterna är att verksamheter som är lika i smittspridningshänseende så långt som möjligt regleras lika. Att en viss verksamhet bedöms ha en hög kontaktintensitet bör därför kunna medföra att den ges en mer långtgående begränsning än en verksamhet som bedöms ha lägre kontaktintensitet. Det kan dels handla om att regleringen införs i en tidigare eller upphävs i en senare fas av smittspridningen, och dels att begränsningarna i sig är mer långtgående. Kontaktintensiteten bedöms som utgångspunkt enligt faktorerna som anges i avsnitt 9.13.1, se förslagets 6 kap. 1 §.

Samtidigt ska fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i skyddas i enlighet med det andra ledet av lagens syfte. Detta kommer till särskilt till uttryck i lagen. Trots vad som sägs om enhetligt utformade föreskrifter vid likartad risk för smittspridning, ska vid utformningen av föreskrifter som avser allmänna sammankomster särskilt beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet, se avsnitt 9.12.6 och förslagets 6 kap. 2 §.

Det krävs således att inför beslut om föreskrifter noga väga behovet av att minska risken för smittspridning mot de särskilda hänsyn som gäller för allmänna sammankomster.

Prövningen kan lämpligen göras i den följd som anges i lagen, dvs. först beaktas de faktorer som anges i 6 kap. 1 § och därefter det som sägs i 6 kap. 2 §.

Det finns exempel på allmänna sammankomster som utgör en hög risk för smittspridning, t.ex. genom att de uppfyller flera av de faktorer som anges i 6 kap. 1 §. Även långtgående inskränkningar av sådana sammankomster kan under vissa omständigheter komma

att anses proportionerliga. Avsikten med 6 kap. 2 § är med andra ord inte att sådana allmänna sammankomster helt ska undantas från reglering. Så kan dock bli fallet, beroende på de närmare omständigheterna och det epidemiologiska läget.

Det bör i detta sammanhang också uppmärksammas att hänsyn, i samband med beslut om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, även kan behöva tas till bestämmelser i annan lagstiftning, t.ex. bibliotekslagen och museilagen.

9.23.2 De särskilda faktorer som ska beaktas

Syftet med faktorerna i förslagets 6 kap. 1 § är att göra regelverket som helhet mer rättvist, och att verksamheter som är lika med avseende på risk för smittspridning om möjligt ska regleras lika. Avsikten är också att det ska finnas utrymme för att genom anpassningar möjliggöra för verksamheter att kunna ta emot t.ex. fler besökare. Det kan exempelvis handla om att övergå till sittplatser i en verksamhet som annars består i att besökarna är i rörelse, eller att bedriva verksamheten utomhus i stället för inomhus. Sådana anpassningar bör kunna få genomslag på det sättet att verksamheten då kan omfattas av en annan, mindre inskränkande, reglering. Sådana anpassningar kommer inte att vara möjliga för alla verksamheter som kan omfattas av föreskrifter enligt lagen. Denna strävan är dock i linje med utredningens förhållningssätt att samhället så långt som möjligt ska hållas öppet även under en pandemi (se avsnitt 2.1.3).

Som nämnts tidigare minskar smittrisken med ökat avstånd. De viktigaste faktorerna torde därutöver vara tidsutdräkt för exponering och huruvida verksamheten pågår utomhus eller inomhus. Detta bör ges genomslag i föreskrifterna. Det är i övrigt inte möjligt att säga något generellt om hur faktorer för risk av spridning av framtida pandemiska smittämnen bör viktas.

9.23.3 Enkla och inte allt för detaljerade föreskrifter bör eftersträvas

Det regelverk vi föreslår kommer att kunna omfatta vitt skilda typer av verksamheter. Erfarenheterna från pandemin visar enligt utredningens mening att det kan vara svårt att under sådana förutsätt-

ningar besluta regler som upplevs som konsekventa med avseende på risken för smittspridning mellan olika typer av verksamheter, sammankomster eller tillställningar.

Det bör eftersträvas att föreskrifterna är enkla att förstå för verksamhetsutövare och enskilda samt lätta att tillämpa för tillsynsmyndigheten. Föreskrifterna bör därför om möjligt inte vara allt för detaljerade.

Det är också mot den bakgrunden som vi föreslagit bestämmelserna om riskhantering i verksamheter och vid sammankomster och tillställningar. Som framgått tidigare i kapitlet bör bestämmelsen kunna tillämpas som en självständig samhällsinriktad smittskyddsåtgärd såväl som tillsammans med andra åtgärder enligt den nya lagen. Det kan tänkas uppstå en situation där det är motiverat att vissa verksamheter som omfattas av lagen begränsas genom bestämmelsen, medan andra verksamheter också begränsas med mer långtgående föreskrifter. Det kan också tänkas uppstå faser i en pandemi där bestämmelserna om riskhantering bedöms vara de enda nödvändiga.

9.23.4 Förordningsmotiv kan underlätta tillämpningen

I samband med konstitutionsutskottets granskning av den del av regeringens hantering av pandemin som rörde införandet av distansundervisning inom skolväsendet och som vi redogjort för i avsnitt 9.4.1, uppmärksammade utskottet den korta beredningstiden och den knappa tid som gick mellan kungörande och ikraftträdande av regeringens föreskrifter. Utskottet ansåg dock samtidigt att den korta tiden hade kompenserats av regeringens publicering av förordningsmotiv och av Utbildningsdepartementets förhållandevis omfattande arbete med informationsspridning i samband med de aktuella regeringsbesluten.

Även om den författningsberedskap som vi nu föreslår i fråga om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder syftar till att underlätta för det allmänna att agera snabbt och adekvat vid en ny pandemi eller omfattande smittspridning, kan det som vi påtalat tidigare inte uteslutas att hantering måste ske under brådskande former. De kompensatoriska åtgärder i form av förordningsmotiv till regeringens föreskrifter, men även de omfattande informationsinsatser som vidtogs

på skolområdet, bör enligt utredningens bedömning tas fasta på i en sådan situation.

9.23.5 Bestämmelser som indirekt avser hur besökare och deltagare ska bete sig

I många verksamheter som kan komma att omfattas av föreskrifter med stöd av lagen finns ingen rättslig eller praktisk möjlighet att ingripa mot personer ur allmänheten som inte följer anvisningar om vad som gäller. Det framstår av det skälet inte som lämpligt att alltför detaljerat besluta föreskrifter som styr hur t.ex. besökare ska bete sig i en viss verksamhet.

För att regleringen ändå ska vara ändamålsenlig är sådana föreskrifter möjliga att besluta. Det kan t.ex. vara fråga om vilket avstånd som ska hållas mellan besökare eller att enbart sittande gäster eller publik är tillåtna. Regleringen kan på det sättet användas för att begränsa ett annars ur smittskyddssynpunkt riskfyllt beteende. Att denna möjlighet finns är i linje med de önskemål som framförts till utredningen om att så långt som möjligt hålla samhället öppet, även om det innebär att verksamheten inskränks eller tvingas ställa om.

Alltför detaljerade bestämmelser av detta slag kan dock riskera att försvåra för verksamhetsutövare och tillsynsmyndigheter.

En annan sak är att personer som inte följer anvisningar skulle kunna betraktas som en ordningsstörning och föranleda ingripande av t.ex. ordningsvakter av det skälet.

9.23.6 Olika typer av begränsningar

Under pandemin förekom i förordningar och myndighetsföreskrifter flera typer av begränsningar för att minska trängsel eller folksamlingar. Här sammanfattar vi dessa.

– Regler om maxantal. Det förekom bestämmelser om ett maximalt tillåtet antal deltagare, oavsett förutsättningarna i övrigt. Erfarenheterna från pandemin visar att ett sådana begränsningar kan ge oönskade följder och upplevas som inkonsekventa för verksamheter som i övrigt är olika. Det skulle dock kunna vara en lämplig begränsning att föreskriva om i kombination med

andra begränsningar om det handlar om evenemang som uppfyller flera av de särskilda bedömningsfaktorer som ska beaktas.

– Densitetsregler. Med densitetsregler menar vi bestämmelser där det följde av t.ex. lokalstorleken hur många personer som fick vistas där samtidigt. En sådan begränsning kan i verksamheter som normalt sett har många besökare eller deltagare i förhållande till lokalernas storlek innebära att stora förändringar behöver göras. I verksamheter som normalt sett har glesare bland besökare eller deltagare behöver samma regel inte få några praktiska följder. För att inte innebära en onödig administrativ börda för verksamheter som i praktiken ändå inte påverkas av en densitetsregel som övervägs, bör det beaktas om en viss typ av verksamhet eller del av verksamhet helt kan undantas. Det kan t.ex. vara fråga om idrottsanläggningar, där det kan anses befogat att regleringen omfattar omklädningsrummen men inte verksamhetslokalerna i övrigt.
– Kapacitetsbegränsningar. Det som kan betecknas som kapacitetsbegränsningar var bestämmelser som angav att en viss andel av de tillgängliga platserna fick nyttjas. Det finns problem med sådana kapacitetsbegränsningar till följd av att skälen till att en viss plats eller en viss lokal har en viss kapacitet kan variera. Kapaciteten har sällan bestämts utifrån risken för smittspridning. Exempelvis kan möblering således variera mellan lokaler som i övrigt har lika förutsättningar för att ta in människor. En sådan utgångspunkt kan därför ge ur smittskyddssynpunkt oönskade följder.
– Avståndsbegränsningar. Avståndsbegränsningar fanns i bestämmelser som angav ett visst minsta tillåtna avstånd mellan t.ex. gäster eller sällskap. Det finns fördelar med konkreta avståndsmått, bl.a. att det är lätt för verksamhetsutövare och tillsynsmyndighet att kontrollera. I utredningens samverkan har det framförts både argument för och emot en avståndsbegränsning. Verksamheter med fast inredning, t.ex. biosalonger, kunde till följd av möbleringen behöva ha större avstånd än vad som egentligen krävdes, vilket upplevdes som en orättvis följd av reglerna. Det finns också farhågor att avståndsbegränsningen kan skapa en falsk trygghet. Samspelet mellan olika faktorer som kan påverka risken för smittspridning är komplext. Att hålla avstånd är

normalt sett betydelsefullt men är inte heller en garanti för att smittspridning inte kan ske.

– Sällskapsstorleksbegränsningar. Vidare fanns bestämmelser som reglerade maximalt tillåtna storlek på sällskap, t.ex. hur många som fick sitta tillsammans på ett serveringsställe. Om ett sådant mått övervägs vid framtagande av föreskrifter torde det vara viktigt att syftet tydligt kommuniceras och att de mått som används så långt som möjligt är desamma i olika typer av verksamheter som i övrigt är lika. Undantag kan också behövas för t.ex. barn eller personer med behov av stöd.

Det är tänkbart att även en kommande pandemi aktualiserar behovet av att använda flera av dessa begränsningar. Det är dock utredningens uppfattning att det finns ett värde i att det samlade regelverket inte är svåröverskådligt eller att det uppfattas som att de grundläggande principerna för att begränsa smittspridning varierar.

Oavsett vilken slags begränsning som väljs är det ändamålsenligt att föreskriva att begränsningen ska gälla för varje enskild lokal eller rum inom en viss verksamhet. Det finns annars risk att så kallade flaskhalsar uppstår i trånga utrymmen med risk för smittspridning som följd.

9.23.7 Samma plats kan omfattas av olika föreskrifter

Det finns inget hinder mot att föreskrifterna innebär olika regler för samma plats beroende på vilken verksamhet som platsen utnyttjas för. Om det t.ex. är fråga om en idrottshall som upplåtes för en marknad kan det gälla andra föreskrifter än om samma hall upplåtes för en idrottsmatch inför publik. Även om den fysiska miljön i lokalerna är oförändrad kan de särskilda faktorer som ska beaktas leda till föreskrifter med olika begränsningar för olika verksamheter.

9.23.8 Föreskrifter om stängning bör så långt som möjligt undvikas

Det är utredningens grundläggande inställning att föreskrifter om förbud mot att bedriva en viss verksamhet så långt som möjligt bör undvikas. I sista hand finns det dock, för flera av de verksamheter

som lagen omfattar, möjligheter till förbud genom föreskrifter av regeringen. Hänsyn måste då tas till bl.a. samhällsviktig verksamhet och lagstiftade krav på tillgänglighet. För viss typ av service, t.ex. apotek och livsmedelsbutiker, torde det aldrig komma i fråga att föreskriva om stängning.

9.23.9 Framtida kunskap om covid-19-pandemins långsiktiga effekter behöver beaktas

För föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder föreslås allmänna utgångpunkter i avsnitt 9.9. Där anges i vilket syfte sådana åtgärder får vidtas. Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidare vara proportionerliga, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, bygga och respekt för människor lika värde och integritet. Det som bedöms vara barnets bästa ska särskilt beaktas när sådana åtgärder eller beslut rör verksamheter, sammankomster eller tillställningar som riktar sig till barn.

Vad som är en proportionerlig reglering eller åtgärd i det enskilda fallet bygger på en bedömning av vad som kan förväntas uppnås i relation till vad som riskeras i form av negativa effekter på kort och lång sikt. Utredningen vill i detta sammanhang på nytt betona att den reglering som infördes i vårt land under covid-19-pandemin saknar historisk motsvarighet. Mycket kunskap från covid-19-pandemin återstår ännu att vinna. Det gäller bl.a. olika icke-medicinska smittskyddsåtgärders effekt som vi närmare beskrivit i kapitel 4. Det gäller också pandemins effekter vad gäller barns långsiktiga utveckling och skolresultat, långsiktigt ökad sjuklighet i befolkningen och långsiktiga effekter på folkhälsan i stort. Sådan framtida kunskap om långsiktiga effekter kan behöva beaktas i samband med avvägningar om olika smittskyddsåtgärder.

9.23.10 Scenarier kan läggas till grund för planering för föreskrifter

Den lag vi föreslår består till stor del av bemyndiganden att meddela föreskrifter. Fördelen med en sådan utformning är bland annat att det ger flexibilitet. Utformningen innebär dock att det kommer att ankomma på regeringen eller myndigheter under regeringen att

ta fram närmare föreskrifter, ett arbete som kan bli mycket omfattande. För att stärka beredskapen att ta fram sådana föreskrifter är ett möjligt förslag att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att beskriva olika scenarier av omfattande smittspridning och att koppla scenarierna till de föreskrifter som kan komma att beslutas enligt den lag vi här föreslår.

Resultatet av ett sådant uppdrag skulle kunna ge de verksamhetsutövare som berörs av en eventuell framtida reglering ett värdefullt underlag för planering. Detta skulle vara i linje med synpunkter om framförhållning och möjlighet att planera som uttryckts i utredningens samverkan med aktörer som berördes av regleringen under pandemin.

Ett sådant uppdrag bör lämpligen delas ut först när lagen antagits i riksdagen och fått sin slutliga utformning. Vi lämnar därför här inget förslag om ett sådant uppdrag. Ett sådant uppdrag skulle också kunna integreras i den slags övningar utifrån scenarier som vi beskriver i avsnitt 10.8.4.

10 Underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier

Utredningen har i uppdrag att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, med tvärsektoriell utgångspunkt i relevanta regelverk inom EU, Nato och globalt, men med tydlig nationell inriktning. I uppdraget ingår också att:

- analysera och beskriva de utmaningar kring ansvarsfördelning som kan finnas mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer i pandemins olika skeden,
- föreslå hur sådana utmaningar bör hanteras inom ramen för en nationell strategi, och
- vid behov lämna förslag på åtgärder, t.ex. författningsändringar, som är nödvändiga för att genomföra en sådan strategi.

Vidare framgår i direktiven att det är viktigt att det finns en nationell strategi för att bemöta och hantera framtida hälsohot, framför allt med sikte på omfattande epidemier och pandemier. En sådan strategi bör beakta alla relevanta sektorers del i pandemiberedskapen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer. Strategin bör uppfylla de krav som ställs i relevanta regelverk inom EU och globalt. En sådan strategi bör beslutas av regeringen.

Kapitlet inleds med en övergripande redogörelse för nationella strategier som styrmedel (avsnitt 10.1) följt av en beskrivning av vissa krav som ställs för hälsohot och pandemiberedskap enligt regelverk på bl.a. global och EU-nivå (avsnitt 10.2), och som beskrivits mer utförligt i kapitel 3. Sektorsövergripande samverkansgrupper inom smittskydd samt pandemi- och zoonosberedskap beskrivs i avsnitt 10.3.

Vi beskriver och analyserar identifierade utmaningar i fredstida kriser, i huvudsak hanteringen av covid-19-pandemin (avsnitt 10.4). Vidare redogör vi för några övergripande utgångspunkter och avgränsningar för en nationell strategi (avsnitt 10.5 och 10.6) följt av bedömningar och förslag på struktur och innehåll för en nationell strategi för hantering av pandemier: ett övergripande syfte och mål (avsnitt 10.7). Därefter redovisas ett antal fokusområden som utredningen har identifierat som centrala för det fortsatta arbetet. Fokusområdena är indelade i två delar som avser pandemiberedskap och pandemihantering (avsnitt 10.8 och 10.9). Den första delen avser interpandemisk fas och innefattar planering och åtgärder för att effektivt kunna hantera en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. Den andra delen innehåller åtgärder för att hantera en pandemis samtliga faser, dvs. aktiveringsfas, pandemisk fas och övergångsfas. Slutligen lämnar vi några förslag på åtgärder utifrån underlaget till en nationell strategi (avsnitt 10.10).

Medicinska smittskyddsåtgärder såsom vaccination och antimikrobiell behandling är grundläggande för pandemiberedskap och pandemihantering. Utredningens uppdrag har varit att ta fram förslag på författningsberedskap vid omfattande spridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom som omfattar t.ex. möjlighet att vidta vissa samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. En utgångspunkt vid uppdragets genomförande har också varit att gå igenom kunskapsläget för olika smittskyddsåtgärder som var aktuella under covid-19-pandemin, vilket vi har tolkat i första hand som en genomgång av icke-medicinska åtgärder. Däremot bedömer vi att medicinska smittskyddsåtgärder är centrala att inkludera i den del av direktiven som avser att ta fram ett underlag för en nationell strategi.

Bedömningarna och förslagen för ett underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier grundar sig framför allt på erfarenheter från tidigare kriser, i huvudsak covid-19-pandemin, men även till viss del på identifierade utmaningar med nationella strategier överlag. Det innebär att de identifierade fokusområdena är tematiskt indelade. De bedömningar och förslag vi lämnar tar också sin utgångspunkt i de regler som gäller på EU-nivå och globalt för hälsohot med pandemisk potential och pandemiberedskap. Vi anser att strategin bör vara tillämpbar vid en situation med omfattande smittspridning även om Världshälsoorganisationen (WHO) inte har karaktäriserat utbrottet som en pandemi.

10.1 Strategier som styrmedel

Nationella strategier eller handlingsplaner är övergripande planer som regeringen eller en nationell myndighet har tagit fram för att hantera specifika långsiktiga mål och utmaningar. I avsnittet redogör vi för hur nationella strategier beskrivs som statliga styrmedel. Vi har valt att utgå ifrån Statskontorets rapport ”Strategier och handlingsplaner – Ett sätt för regeringen att styra?” samt några statliga utredningars betänkanden. Sist i avsnittet beskrivs Finlands och Danmarks styrande dokument för pandemiberedskap. Finland tog fram en nationell plan för pandemiberedskap 2024. Finland hade, liksom Sverige och övriga nordiska länder, ingen framtagen nationell strategi för beredskap inför och hantering av pandemier i början av covid-19-pandemin, men påbörjade arbetet under pandemin. Danmark publicerade i december 2024 en nationell strategi för hantering av epidemier. Den ersätter den tidigare publikationen om beredskap för pandemisk influensa från 2013.

10.1.1 Statskontorets rapport

Statskontoret har undersökt hur regeringen använder strategier och handlingsplaner i sin styrning och hur dessa samverkar med andra former av styrning.[1] Närmare 60 styrdokument från 2010 till 2016 undersöktes. Statskontoret konstaterade bl.a. följande:

- strategierna har en stor variation i såväl form som innehåll,
- formen har betydelse eftersom en strategi i sig inte är något formellt styrinstrument,
- strategierna är ofta tvärsektoriella,
- strategier används inom nästan alla politikområden men näringslivsfrågor och sociala frågor dominerar där aktörer utanför den statliga förvaltningen i många fall har en stor betydelse för utvecklingen på området.

Det finns flera olika motiv till att ta fram en strategi även om de sällan anges. Exempel på vanliga motiv är att:

[1] Statskontoret. Strategier och handlingsplaner – Ett sätt för regeringen att styra? 2018.

– utforma och utveckla politiken,
– göra politiken tydlig, skapa överblick och sammanhang,
– kommunicera, övertyga och förankra,
– markera långsiktighet,
– höja statusen för ett område.

Alla strategier har någon form av mål men de är av olika karaktär. På vissa områden är det svårt att formulera precisa mål. De vanligaste styråtgärderna i strategierna är att avisera nya uppdrag till myndigheter eller hänvisa till tidigare uppdrag. Det går sällan att peka på några mätbara resultat eller effekter av själva strategin. Den kan dock bidra till att öka uppmärksamheten på ett område och i vissa fall är det viktigaste resultatet ofta att processen med att ta fram strategin har bidragit till att förankra frågan i riksdagen, som ofta förutsätter att strategin finns i en skrivelse eller en proposition, eller hos de aktörer som berörs. Strategier kan också användas för att kommunicera, följa upp och utveckla politiken samt fungera som underlag när Regeringskansliet ska samordna åtgärder inom olika områden.

Statskontoret identifierade tre sammanhang där strategier kan ha en särskild roll:

– En beskrivning av en förändring som regeringen önskar genomföra och vilka aktörer som ska vara involverade i det arbetet, en s.k. reformberättelse.[2] En strategi kan då beskriva ett samhällsproblem i ett större sammanhang och öka förståelsen och legitimiteten för mål och åtgärder inom ett område.
– Vid horisontell styrning, dvs. när ett problem skär över flera politikområden kan strategin användas för att styra och samordna åtgärder, resurser och aktörer från olika sektorer.
– Inom områden där staten saknar direkt inflytande och det krävs samverkan. Då fungerar en strategi som utgångspunkt för förhandlingar och överenskommelser, t.ex. om hur ansvar ska fördelas och åtgärder finansieras.

[2] Statskontoret. Förvaltningspolitik i förändring – långsiktiga utvecklingstendenser och strategiska utvecklingsbehov. 2019, s. 42.

10.1.2 Flera utredningar behandlar strategi som begrepp och styrmedel

Enligt ett betänkande av Materielförsörjningsutredningen finns det inte någon allmänt vedertagen definition av begreppet strategi. Strategi inom krigsvetenskapen och statsvetenskapen beskrivs ofta som läran om hur olika maktinstrument kan användas för att uppnå politiska målsättningar. En strategi kan avse övergripande metoder för att uppnå vissa målsättningar under till del osäkra förhållanden även inom andra områden.[3] Vidare framgår att för att en strategi ska bli framgångsrik måste den realiseras, vilket kan åstadkommas genom stöd till de aktörer som ska tillämpa strategin. En strategi behöver också följas upp och utvärderas. Förändringar i såväl yttre som inre förutsättningar kan innebära att strategin inte längre är ändamålsenlig och därför behöver revideras, men det innebär inte att det måste ske ständiga omformuleringar.[4]

Enligt Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn är nationella strategier eller handlingsplaner ett sätt för staten att få genomslag för de mål och åtgärder som uttrycks hos framför allt kommuner och regioner. Men enligt den utredningen är det inte förenligt med den kommunala självstyrelsen att styra kommuner och regioner genom nationella strategier. Strategier kan därför behöva kompletteras med andra åtgärder som kan nämnas i strategierna. Därför kan processen för att ta fram strategier och handlingsplaner vara lika viktig som själva slutprodukten, eftersom en dialog kan få aktörerna att samverka och kraftsamla kring en fråga i termer av roller, ansvarsfördelning och behov av samordning. Arbetet med en nationell strategi kan då vara ett lämpligt sätt att skapa samsyn om mål och prioriteringar, särskilt då arbetet med framtagandet kan ge förankring, motivation och legitimitet. För ett fortsatt arbete enligt en strategi kan olika samverkansmetoder användas. Det bör framgå av strategin vilken tidsperiod den omfattar, vilka som förväntas delta vid genomförandet och vilka mål som ska utvärderas.[5]

[3] SOU 2022:24 s. 55.
[4] SOU 2022:24 s. 58.
[5] SOU 2024:43 s. 24.

10.1.3 Nationella strategier är vanliga inom hälso- och sjukvården och ofta med otraditionella styrmedel

Nationella strategier är vanliga inom hälso- och sjukvårdsområdet, och ofta i samband med s.k. otraditionella styrmedel såsom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) eller att regeringen har tillsatt en nationell samordnare. Ett exempel på en sådan kombination finns inom psykiatriområdet där regeringen 2020 gav Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett underlag för en ny nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.[6] Ett stort antal myndigheter fick i uppdrag att medverka i strategiarbetet, samtidigt som kunskaper och erfarenheter från olika aktörer, däribland kommuner och regioner, skulle beaktas. Myndigheternas slutrapport från 2023 innehöll förslag på en tioårig strategi för området med såväl övergripande mål som olika delmål samt ett uppföljningssystem utifrån strategins målstruktur. Uppföljningen föreslogs ske bl.a. genom samråd och dialog. Myndigheterna föreslog också att en myndighetsgemensam handlingsplan skulle tas fram och uppdateras vart tredje år. Andra aktörer, och särskilt regioner och kommuner, bedömdes ha en central roll i arbetet med att genomföra strategin.[7]

Andra exempel på strategier inom hälso- och sjukvårdsområdet är regeringens vaccinstrategi för covid-19 som presenterades i maj 2020. Strategin bestod av tre delar: regeringens fortsatta arbete internationellt (EU, Norden och WHO), en nationell samordnare[8] och ett uppdrag till Folkhälsomyndigheten att ta fram en nationell plan för vaccination mot covid-19.[9] Nationella strategier finns också inom bl.a. läkemedelsområdet och för arbetet mot antibiotikaresistens, vilka båda uppdaterades 2024.[10,11] Strategierna har varit en del av de överenskommelser som har slutits mellan staten och SKR.

[6] Regeringsbeslut S2020/06171/FS (delvis).
[7] Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. 2023.
[8] Dir. 2020:59.
[9] Regeringsbeslut S2020/04550/FS.
[10] Regeringskansliet. Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2024–2025. 2024.
[11] Regeringskansliet. Nationell läkemedelsstrategi 2024–2026. 2024.

10.1.4 Regeringens nationella säkerhetsstrategi

Regeringen beslutade om en nationell säkerhetsstrategi i juli 2024. I den anges en långsiktig inriktning av regeringens arbete med nationell säkerhet, och den är samtidigt vägledande för arbetet med nationell säkerhet på lokal, regional, nationell och internationell nivå. Strategin beskriver bl.a. prioriteringar och vägledande principer som ligger till grund för det fortsatta arbetet. Epidemier och pandemier beskrivs i strategin som ett exempel på ett icke-aktörsdrivet hot. Ett sådant hot kan ha långtgående konsekvenser för samhället och i värsta fall påverka den nationella säkerheten. Sverige bedöms med största sannolikhet drabbas av nya epidemier och pandemier utifrån de risker som finns på global nivå såsom ökad urbanisering, befolkningstillväxt, spridning av kemikalier, förlust av ekosystem och klimatförändringar. Vidare framgår att nya epidemier eller pandemier kan få än mer allvarligare och omfattande konsekvenser för människors och djurs hälsa, och därmed för samhällets funktionalitet, än vad covid 19-pandemin hade. Sådana kriser kan därmed påverka samhället i grunden och få stora konsekvenser för den nationella säkerheten, vilket i sin tur kan utnyttjas av fientliga aktörer. Internationellt samarbete är en förutsättning för att effektivt hantera omfattande epidemier och pandemier.[12]

Strategin innehåller fem vägledande principer för arbetet med nationell säkerhet:

– Skyndsamhet och pragmatism. Det rådande säkerhetsläget gör att det brådskar att höja förmågan på många områden. Det är därför särskilt viktigt att arbetet bedrivs skyndsamt och pragmatiskt. Om regelverk och processer hindrar detta ska de identifieras och i möjligaste mån effektiviseras. Nya lösningar, arbetssätt och ny teknik ska utnyttjas för att bidra till effektivisering.

– Handlingskraft och förmåga till beslut under osäkerhet. I många lägen, särskilt vid extraordinära händelser, kan obeslutsamhet och bristande handlingskraft få allvarligare följder än mindre lämpliga val av medel. När det krävs ska beslut därför kunna fattas också under stor osäkerhet och på grundval av bristfällig information. Regelverk och arbetssätt ska utformas så att oklara ansvarsförhållanden undviks. Otydligheter ska uppmärksammas så snart

[12] Skr. 2023/24:163 s. 14, bet. 2024/25:UU6, rskr. 2024/25:64.

de identifieras, så att nödvändiga åtgärder kan vidtas för att reda ut dem.

– Robusthet och anpassningsförmåga. Vilka påfrestningar samhället kommer att utsättas för går inte att i detalj förutsäga, men erfarenheten säger att sådana kommer att inträffa. Denna oförutsägbarhet innebär att det krävs robusthet och redundans, men också anpassningsförmåga. Totalförsvarsförberedelser och krisberedskap ska samordnas så nära som möjligt, och planering måste kompletteras med utbildning och övningar.
– Involvering av hela samhället. Hot och risker påverkar flera samhällssektorer och spänner över både geografiska gränser och verksamhetsgränser. Därför måste hela samhället involveras i ett tvärsektoriellt arbete med strategin. Offentliga aktörer bör samverka och samarbeta såsom myndigheter, regioner och kommuner, men också med näringsliv, arbetsmarknadens parter, trossamfund och civilsamhället.
– Internationellt samarbete. Svensk säkerhetspolitik bygger på att hot mot säkerheten så långt som möjligt ska mötas i samverkan med andra länder och organisationer. Samarbetet inom Nato och EU är av särskild betydelse, och aktörer med uppgifter kopplade till nationell säkerhet ska, när så är lämpligt, upprätthålla nära samarbeten med relevanta internationella partner.[13]

I den nationella säkerhetsstrategin anges tre fokusområden. Det första området, ett säkert Sverige, omfattar det som traditionellt har betraktats som yttre säkerhet. Det andra området, ett tryggt, öppet och sammanhållet Sverige, innefattar i första hand inre säkerhet, men går bortom denna och inkluderar också långsiktiga åtgärder för att stärka sammanhållningen i det svenska samhället. Det tredje området, ett motstånds- och konkurrenskraftigt Sverige, handlar om åtgärder för att stärka samhällets motståndskraft, men också ekonomisk säkerhet och långsiktiga åtgärder för att skydda Sveriges välstånd, eftersom det utgör den materiella basen för den nationella säkerheten. Inom det tredje fokusområdet redovisas åtta målområden varav ett avser ledningsförmåga. Målbilden är att den nationella ledningsförmågan vid krissituationer ska stärkas. Regeringen anser att

[13] Skr. 2023/24:163 s. 15 och 16.

effektiv ledning kräver tydlighet om vem som har mandat och skyldighet att agera vid kris, något som i utvärderingar av hanteringen av tidigare kriser identifierats som ett problem. Vidare framgår att regler, ansvar och principer, t.ex. ansvarsprincipen, ska utformas så att risken för passivitet undanröjs. Regeringen har tagit initiativ för att se över hur ansvarsprincipen fungerat vid kriser.[14]

10.1.5 Nationella strategier eller planer för hantering av pandemier – Finland

Utredningen skickade i februari 2024 ut ett antal öppna enkätfrågor till Finlands, Danmarks och Norges motsvarigheter till Socialdepartementet samt till deras expertmyndigheter inom smittskydd. Frågorna handlade bl.a. om vilka styrande nationella dokument som finns för beredskap och hantering av pandemier, t.ex. en framtagen nationell strategi eller plan. Efter ytterligare kontakter med departement och myndigheter i Danmark och Norge har de efter några påminnelser avböjt att svara.

Av allmän tillgänglig information framgår att det för Norges del pågår ett arbete att utarbeta en ny plan som ska ersätta såväl den nuvarande nationella beredskapsplanen för pandemisk influensa som den nationella beredskapsplanen för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar, vilka är från 2014 respektive 2019.[15] Under dessa förhållanden avstår vi här från att redogöra för innehållet i dessa planer.

Sundhetsstyrelsen i Danmark publicerade i december 2024 en ny nationell strategi för hantering av epidemier.[16] Epidemistrategin ersätter den tidigare planen från 2013 om beredskap för pandemisk influensa. Den danska strategin redovisas i avsnitt 10.1.6.

Utifrån de uppgifter vi fått från Finland redovisar vi Finlands arbete med en nationell plan i det följande.

[14] Skr. 2023/24:163 s. 16, 26 och 27.
[15] Regjeringen.no. Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Hämtat 2025-03-10 från https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/.
[16] Sundhedsstyrelsen. National strategi for håndtering af epidemier. 2024.

Finland hade en äldre nationell beredskapsplan i början av covid-19-pandemin

Finland hade, liksom Sverige och övriga nordiska länder, ingen framtagen nationell strategi för pandemiberedskap i början av covid-19-pandemin utan utgick ifrån en äldre nationell beredskapsplan för en influensapandemi från 2012. Det fanns även en rapport från 2013 i syfte att utreda behovet av materiell pandemiberedskap. De två underlagen användes bara delvis, eftersom de baserades på hantering av influensapandemier. Covid-19-pandemin bidrog till ett förändrat synsätt i fråga om vilka målgrupper som skulle omfattas av vissa smittskyddsåtgärder jämfört med de två underlagen. Ett exempel är behovet av andningsskydd och munskydd.[17] Enligt de äldre planerna var målgruppen hälso- och sjukvårdspersonal och inte andra verksamheter, och framför allt inte allmänheten.

Principbeslut om en plan för en hybridstrategi fattades i början av covid-19-pandemin

Finlands regering (statsrådet) fattade i maj 2020 ett principbeslut om en plan för en s.k. hybridstrategi som styrde hanteringen av covid-19-pandemin. Målet enligt hybridstrategin var att förhindra spridningen av viruset i samhället, trygga hälso- och sjukvårdens bärkraft och särskilt skydda personer som tillhör en riskgrupp. Samtidigt var målet att bromsa pandemin på ett effektivt sätt så att det i så liten grad som möjligt hade negativ påverkan på människor, företag, samhället och grundläggande fri- och rättigheter. Det centrala i genomförandet av strategin var att följa principen om testning, spårning, isolering och vård (se även avsnitt 8.3.1). Enligt principen riktades åtgärder i första hand till misstänkt smittade individer och exponerade närkontakter. Målet var att bryta smittkedjor och förhindra mer omfattande spridning av viruset bland befolkningen. Hybridstrategin för hantering av pandemin baserades på kontinuerlig uppföljning och användning av insamlade forskningsdata.[18]

[17] I Finlands svar på utredningens frågor nämndes endast andningsskydd. Vi tolkar det som att det är i första hand munskydd som avses.
[18] Valtioneuvosto. Statsrådets beslut VNK/2020/57. Statsrådet fattade ett principbeslut om en plan för en hybridstrategi för hantering av coronakrisen. Hämtat 2024-08-08 från https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f806a9de2.

Handlingsplan för hybridstrategin togs fram och uppdaterades under pandemin

Finlands social- och hälsovårdsministerium tog fram en handlingsplan för hybridstrategin hösten 2020. Planen uppdaterades under pandemin.[19] Planen har varit styrande för myndigheter som ansvarar för att genomföra smittskyddslagstiftningen inför beslut om rekommendationer och restriktioner. Det var Finlands expertmyndighet för smittskyddsfrågor, Institutet för hälsa och välfärd (THL), som tog fram rekommendationer och restriktioner som underlag för det politiska beslutsfattandet. THL följde också upp handlingsplanen för hybridstrategin varje vecka under pandemin genom en lägesbedömningsrapport. Rapporterna behandlades också i en tillsatt grupp vid social- och hälsovårdsministeriet, gruppen för lägesbilder och modeller. Gruppens uppgift var att upprätthålla den epidemiologiska och medicinska lägesbilden genom att följa centrala indikatorer, och genom att utarbeta och uppdatera prognoser och modeller för pandemiförloppet.[20]

I en sammanfattande rapport som avsåg att beskriva genomförandet av de uppdaterade riktlinjerna i hybridstrategin 2022[21] framkom att målet för hybridstrategin var att stabilisera samhället så att det kan hållas så öppet som möjligt, att stödja smittskyddsåtgärder och återuppbyggnaden efter pandemin, men också att samhället på ett ändamålsenligt sätt förbereder sig för att pandemin fortsätter. Med stöd till åtgärder avsågs bl.a. lägesanalyser och konsekvensbedömningar av smittskyddsåtgärder. På så sätt tillgodosågs både individens rättigheter och återhämtning i samhället. Vidare framgår att vaccinationer, ökad användning av självtester och information till allmänheten bidrog till att människor på eget initiativ försöker förhindra smittspridning. I beslutsfattandet beaktades principen om prioritering av barnets bästa. De reviderade riktlinjerna i hybrid-

[19] Social- och hälsovårdsministeriet. Handlingsplan för genomförandet av hybridstrategin för hanteringen av covid-19-epidemin 2021–22. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2021:34. 2021.
[20] Institutet för hälsa och välfärd. Hybridstrategins uppföljningsrapport. Hämtat 2024-11-25 från https://thl.fi/sv/teman/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/aktuellt/aktuellt-om-coronaviruset-covid-19/lagesoversikt-om-coronaviruset/uppfoljning-av-coronaviruslaget.
[21] Social- och hälsovårdsministeriet. Riktlinjerna i hybridstrategin för hantering av covid-19-epidemin 2022. 2022. Hämtat 2024-11-25 från https://stm.fi/documents/1271139/63723956/Riktlinjerna+i+hybridstrategin+f%C3%B6r+hantering+av+covid-19-epidemin+2022.pdf/8a86e06b-8e19-f168-3f38-70b52dc3d159/Riktlinjerna+i+hybridstrategin+f%C3%B6r+hantering+av+covid-19-epidemin+2022.pdf?t=1645433215053.

strategin innebar att pandemihanteringen i första hand gick ut på att människor på eget initiativ agerar på ett hälsosäkert och förebyggande sätt, främst genom vaccinationer.[22]

Finland tog fram en nationell plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården 2024

Under covid-19-pandemin inledde Finland sitt arbete med att ta fram en nationell plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården, vilket i svenska förhållanden motsvarar hälso- och sjukvården och omsorgen. Planen publicerades 2024 och ersatte den äldre nationella beredskapsplanen för en influensapandemi och reviderades utifrån gällande nationella och internationella regelverk och utifrån erfarenheterna av covid-19-pandemin.[23] Anvisningar och rekommendationer från WHO och den europeiska smittskyddsmyndigheten European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) beaktades i planen.

Den nationella planen för pandemiberedskap togs fram av social- och hälsovårdsministeriet 2024 och är styrande för Finlands planering inför, hantering av och återhämtning efter en pandemi. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för styrningen och genomförandet av planen och vid behov för uppdatering. I planen beskrivs olika aktörers uppgifter inom olika delområden för pandemiberedskap, och på både nationell och regional nivå. Delområdena som behandlas är finansiering, ledning, koordinering och samarbete, lägesbild och riskbedömning, intensifierad kommunikation, materiell beredskap, mikrobiologisk diagnostik, icke-medicinska smittskyddsåtgärder, läkemedel och vaccin samt personalresurser och vård- och omsorgsverksamheters kapacitet, i form av ”tryggandet av bärförmågan”[24].

[22] Social- och hälsovårdsministeriet. Genomförandet av de uppdaterade riktlinjerna i hybridstrategin. 2022. Hämtat 2022-11-25 från https://stm.fi/documents/1271139/104717833/17022022_Genomf%C3%B6randet+av+de+uppdaterade+riktlinjerna+i+hybridstrategin.pdf/b7fd6324-092f-b656-8742-a9dfa5ea2d34/17022022_Genomf%C3%B6randet+av+de+uppdaterade+riktlinjerna+i+hybridstrategin.pdf/17022022_Genom.

[23] Social- och hälsovårdsministeriet. Riksomfattande plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2024:22. 2024.

[24] Med bärförmåga avses vårdens och omsorgens maximala förmåga att tillhandahålla vård- och omsorgstjänster effektivt och genom optimal användning av resurser. Förenklat kan verksamheternas bärförmåga betraktas som antalet patienter och omsorgstagare som kan behandlas samtidigt. Ett överskridande av bärförmågan innebär att lagstadgade vård- och

Övergripande teman i pandemiberedskapsplanen är pandemifaser, beaktande av grupper med särskilda behov, One Health-konceptet[25], samlad lägesbild och åtgärders nytta, bl.a. kostnadseffektivitet, vilket uttrycks i strategin som genomslagskraft.

Den nationella planen för pandemiberedskap är ett komplement till en säkerhetsstrategi från 2017

Den nationella planen för pandemiberedskap är ett komplement till den mer övergripande säkerhetsstrategin för samhället som Finland tog fram 2017.[26] En pandemi är en av de risker som identifierades inom ramen för den nationella riskbedömningen som gjordes 2015 och låg till grund för säkerhetsstrategin och som berörda verksamheter i form av förvaltningsområden[27] och andra aktörer måste förbereda sig på att kunna hantera. Det innebär att pandemiberedskapen fokuserar på social- och hälsovården, men förutsätter också insatser hos andra verksamheter och aktörer.

Planen ses som ett planeringsstöd som uppdateras vid behov och bör beakta både gällande lagstiftning, mål för pandemihantering och tillgängliga resurser. Finland ser för närvarande över sin författningsberedskap på pandemiområdet, vilket innebär att författningsändringar beaktas i planen för pandemiberedskap.

I den aktuella planen anges bl.a. att nödvändiga och proportionerliga åtgärder för pandemihantering bör bedömas i relation till informationen om lägesbilden för den aktuella pandemin. Med lägesbild avses en dynamisk helhet bestående av olika informationstyper som beskriver ett aktuellt fenomen, såsom en pandemi. Vidare

omsorgstjänster inte kan erbjudas alla som behöver dem och ytterst leda till att grundläggande rättigheter avseende liv och hälsa åsidosätts (källa: Social- och hälsovårdsministeriet, 2024, s. 104).

[25] Konceptet One Health (OH) har tagits fram av WHO och avser samspelet mellan människor, djur och miljö, där tvärsektoriellt samarbete mellan beslutsfattare och myndigheter lyfts fram för att optimera hälsan i alla sektorer och för att identifiera globala hälsohot såsom covid-19-pandemin (källa: World Health Organization. One Health. Hämtat 2024-09-03 från https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health).

[26] Turvallisuuskomitea (Säkerhetskommittén). Säkerhetsstrategi för samhället. Statsrådets principbeslut. 2017. Hämtat 2024-09-03 från https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/04/YTS_2017_svenska.pdf.

[27] Varje ministerium (motsvarar departement) ansvarar för sitt förvaltningsområde. Med social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde avses social- och hälsovården och smittskyddet samt beredskapen i dessa delar (källa: Social- och hälsovårdsministeriet. Riksomfattande plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2024:22. 2024, s. 42).

förutsätts att en samlad lägesbild tas fram och delas mellan olika aktörer och olika förvaltningsområden för att åstadkomma en samordnad och effektiv pandemihantering. Tillgång till lägesbilder bidrar till att befolkningen har tillit till myndigheterna och uppvisar god följsamhet i fråga om smittskyddsåtgärder.[28]

10.1.6 Nationell strategi för hantering av pandemier – Danmark

Sundhedsstyrelsen publicerade i december 2024 en nationell strategi för hantering av epidemier.[29] Den ersätter den tidigare publikationen om beredskap för pandemisk influensa från 2013 (pandemiplanen). Strategin beskriver beredskapen för att hantera allvarliga sjukdomsutbrott, epidemier och pandemier i Danmark. Strategin bygger på erfarenheter från i första hand covid-19-pandemin, men även andra sjukdomsutbrott beaktas såsom mers, ebola, zika och mpox. Strategin avser att både stödja hanteringen av omfattande sprittspridning och att bidra till enskilda myndigheters beredskapsplanering så att de är väl förberedda för att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar. Det kan handla om större epidemier eller pandemier, men också situationer där det finns enstaka eller sporadiska fall av infektionssjukdomar – eller bara misstänkta fall – av allvarlig eller ovanlig karaktär. En viktig princip i arbetet med strategin har varit att den ska vara generell och flexibel. En annan utgångspunkt har varit att insatser måste initieras snabbt och med en snabb involvering av relevanta aktörer.

En ytterligare central del i den danska strategin är samordningen av förebyggande åtgärder för att förhindra att människor blir sjuka och måste läggas in på sjukhus, samt att förbereda hälso- och sjukvården så att det finns en uppbyggd organisation och resurser för att hantera ett högt patientinflöde. Vidare lyfts behovet av en bred och nära samverkan mellan myndigheter och hälso- och sjukvården, och vikten av tydliga roller och ansvar, vilket strategin särskilt ska stödja. Enligt strategin är det viktigare att i förväg bestämma vem som ska fatta beslut och hur, snarare än vad som konkret måste beslutas.

[28] Social- och hälsovårdsministeriet. Riksomfattande plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2024:22. 2024, s. 12, 14 och 16.
[29] Sundhedsstyrelsen. National strategi for håndtering af epidemier. 2024.

Strategin beskriver ansvarsområden och samverkan mellan myndigheter samt centrala principer för hantering av ett sjukdomsutbrott. Strategin innehåller inte en detaljerad plan för att hantera en epidemi i alla faser utan den redogör för centrala aktörers roll- och ansvarsfördelning och huvudsakliga samarbetsstrukturer. De centrala och principiella överväganden som lyfts fram särskilt bör läggas till grund för strategin och för åtgärder för att hantera en epidemi. De är inte uttömmande och beror på den specifika situationen, men kombinationen av olika överväganden ska bidra till att kunna stödja beslutsfattandet i den specifika situationen. En lämplig avvägning bör eftersträvas mellan specifika överväganden såsom konsekvenser av smittspridning såsom allvarlighetsgrad, smittsamhet, smittvägar och riskgrupper, och t.ex. etiska överväganden och proportionalitetshänsyn. Val av strategi och åtgärder ska även ta hänsyn till hälso- och sjukvårdens resurser, däribland möjligheter att prioritera resurser inom hälso- och sjukvården samt berörda myndigheter, t.ex. vid omfördelning av personal och vårdkapacitet. Hänsyn måste också tas till tillgången till läkemedel, personlig skyddsutrustning och medicinsk utrustning, eftersom förbrukningen av dessa varor ökar snabbt vid en pandemi samtidigt som lagertillgången och varuförsörjningen påverkas.

I sammanhanget nämns en s.k. försiktighetsprincip. En sådan princip innebär att en högre nivå av smittförebyggande åtgärder vidtas än det nödvändigtvis finns ett dokumenterat behov av, t.ex. i de tidiga faserna. Det kan vara i en situation där det råder osäkerhet om smittorisken vid en ny sjukdom, eller där konsekvenserna kan bli särskilt stora. Principen får inte tillämpas per automatik i varje situation där det råder osäkerhet om, t.ex. en sjukdoms allvarlighetsgrad och smittsamhet, men den måste alltid vägas upp mot vad som kan vara av känd kunskap och i förhållande till övriga överväganden och principer som nämns i strategin.

Försiktighetsprincipen kopplas till en handlingsprincip, som utgör en av sju principer inom det danska krisberedskapssystemet, dvs. principen gäller inte enbart för pandemihantering. Handlingsprincipen innebär att det i en situation med oklar eller ofullständig information är lämpligare att fastställa en något för hög beredskap än en något för låg sådan. Samtidigt ska det vara möjligt att snabbt dra ner på beredskapen för att undvika onödiga kostnader. Myndigheterna ska agera om de bedömer att de kan bidra i en kris. Kravet

på att agera gäller även i en situation som ännu inte har lett till en händelse men där förberedelser kan tillföra ett mervärde vid en eventuell händelse.

Enligt strategin bör åtgärder i kriser styras utifrån några övergripande syften. I en specifik kris behöver åtgärderna anpassas och operationaliseras utifrån den specifika krisen. För åtgärder vid sjukdomsutbrott, epidemier och pandemier avses följande:

- övervaka förekomsten av sjukdomar nationellt och internationellt,
- minimera smittspridning genom förebyggande, smittspårning, behandling och isolering av smittade personer och deras kontakter utifrån specifika riskbedömningar,
- få tidig kunskap om t.ex. smittvägar, inkubationstid, symtom och behandling för riktade förebyggande åtgärder,
- minska sjuklighet och dödlighet genom förebyggande åtgärder,
- behandla och vårda sjuka personer inklusive användning av läkemedel och medicinsk utrustning,
- upprätthålla en fungerande hälso- och sjukvård och samhället i stort,
- informera och kommunicera kontinuerligt till beslutsfattare, hälso- och sjukvården och allmänhet, och
- vägleda myndigheter i fråga om relevanta åtgärder.

I strategin redovisas myndigheternas kriskommunikation, däribland ansvarsfördelning i fråga om kommunikation, och konkreta rekommendationer för innehåll, målgrupper och kanaler. Vidare beskrivs ramarna för den danska beredskapen för smittsamma sjukdomar, däribland berörda aktörer, gällande rätt och krav i fråga om hälso- och sjukvårdens beredskapsplanering. Ramarna för beredskapen för smittsamma sjukdomar är en del av den övergripande krisberedskapen i Danmark, som också beskrivs i strategin. Två kapitel samlar centrala frågor som beskrivs i flera olika författningar, riktlinjer och andra publikationer, för att ge en samlad beskrivning av ramverket för att hantera sjukdomsutbrott.

Strategin har tagits fram av Sundhedsstyrelsen med bidrag från Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Lægemiddelstyrelsen, Statens Serum Institut och Styrelsen for Patientsikkerhed, samt i en bred samverkan med bl.a. ministerier och myndigheter, regioner samt övriga offentliga aktörer och relevanta organisationer från civilsamhället och professionsföreningar.[30]

10.2 Övergripande om hälsohot och pandemiberedskap i en nationell strategi

Utredningen har i denna del av direktiven att förhålla sig till regelverk inom WHO, EU och Nato och globalt. I direktiven framgår bl.a. följande:

> I enlighet med det internationella hälsoreglementet (IHR) ska varje medlemsstat i Världshälsoorganisationen anta en beredskapsplan för hälsohot. Denna beredskapsplan bör med fördel vara tvärsektoriell. I november 2022 antog Europaparlamentet och rådet en ny förordning om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa (EU) 2022/2371. I syfte att skapa ett gemensamt ramverk för krisberedskap och respons ska enligt förordningen bl.a. en EU-plan för hälsokriser och pandemier tas fram. Medlemsländerna ska också ta fram nationella planer som kompletterar EU-planen.

Relevanta regelverk för hälsohot och pandemiberedskap på europeisk och global nivå har översiktligt beskrivits i kapitel 3 (avsnitt 3.4). I detta avsnitt redogör vi bl.a. för de regler som gäller för nationella planer för medlemsstaterna enligt hälsohotsförordningen och WHO:s internationella hälsoreglemente, IHR 2005. Även en revidering av IHR 2005 från juni 2024 redogörs för i korthet, samt övriga styrdokument från WHO, Natos civila beredskapsarbete samt övergripande beredskapsuppgifter för Folkhälsomyndigheten, smiddskyddsläkaren och Socialstyrelsen.

10.2.1 Unionsplan och nationell plan enligt hälsohotsförordningen

Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2022/2371 av den 23 november 2022 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 1082/213/EU (hälso-

[30] Sundhedsstyrelsen. National strategi for håndtering af epidemier. 2024, s. 5, 8–11, 13–15, 46–47.

hotsförordningen) innehåller bl.a. regler om unionsplaner och nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser.

Europeiska kommissionen ska i samarbete med medlemsstaterna och relevanta unionsbyråer och unionsorgan upprätta en unionsplan för hälsokriser och pandemier (se artikel 5). Unionsplanen avser förebyggande åtgärder, beredskap och insatser och ska komplettera de nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser som upprättas i enlighet med artikel 6. Vidare framgår i artikel 5 att unionsplanen ska främja ändamålsenliga synergier mellan medlemsstaterna, kommissionen, ECDC och andra relevanta unionsbyråer eller unionsorgan. Unionsplanen ska enligt artikel 5.3 särskilt innehålla bestämmelser om gemensamma arrangemang för styrning, kapacitet och resurser för bl.a. samarbete i lämplig tid mellan kommissionen, rådet, medlemsstaterna, hälsosäkerhetskommittén (Health Security Committee, förkortad HSC) och relevanta unionsbyråer eller unionsorgan, epidemiologisk övervakning och monitorering, risk- och kriskommunikation till bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal och allmänhet, utarbetande av en översikt över produktionskapaciteten för relevanta kritiska medicinska smittskyddsåtgärder i unionen som helhet och krisforskning och innovationer i kristider.

Enligt artikel 6 ska medlemsstaterna samverka med varandra vid utarbetandet av nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser, och samordna med kommissionen. Samverkan ska ske inom ramen för HSC. Syftet är att eftersträva största möjliga samstämmighet med unionsplanen. Samordningen inom ramen för HSC syftar enligt artikel 10 bl.a. till att utbyta bästa praxis och erfarenheter i fråga om planering av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser. Medlemsstaterna ska utan dröjsmål informera kommissionen och HSC om varje betydande revidering av en nationell plan.

I skäl 11 till hälsohotsförordningen anges att en unionsplan för hälsokriser och pandemier bör kombineras med uppdateringar av medlemsstaternas planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser för att säkerställa att de är förenliga med strukturer på regional nivå. Vidare framgår att det är viktigt att unionsplanen och de nationella planerna tar sikte på gränsöverskridande regioner för att förbättra deras samarbete på hälso- och sjukvårdsområdet. När så är lämpligt bör regionala myndigheter kunna delta i utarbetandet av sådana nationella planer.

Att medlemsstaterna ska utarbeta nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser i enlighet med artikel 6 i hälsohotsförordningen och rapportera om planering av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser och genomförande på nationell nivå i enlighet med artikel 7 hälsohotsförordningen (se nedan) framgår av artikel 4 d i Europaparlamentet och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC-förordningen).

Genomförande av nationella planer bedöms av ECDC

Enligt artikel 7 ska medlemsstaterna vart tredje år förse kommissionen och relevanta unionsbyråer och unionsorgan med en uppdaterad rapport om planering av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser och genomförandet på nationell nivå. Rapporten ska ge en översikt över de åtgärder som genomförts i medlemsstaterna och omfattar i första hand en kartläggning och uppdatering i fråga om genomförandet av de kapacitetsstandarder för planering av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser som fastställts för hälso- och sjukvården på framför allt nationell nivå (artikel 7a). Vidare framgår följande:

> b) Vid behov en uppdatering av inslagen i planeringen av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser under kriser, i synnerhet följande:
>
> i) Styrning: inklusive nationell och, om så är lämpligt, regional politik och lagstiftning som integrerar kris- och beredskapsåtgärder; planer för förebyggande åtgärder, beredskap, insatser och återhämtning vid kriser; samordningsmekanismer, inbegripet, i relevanta fall, mellan nationella, regionala eller lokala administrativa nivåer och i form av sektorsövergripande samarbete.
>
> ii) Kapacitet: inklusive riskbedömningar och kapaciteten att fastställa prioriteringar för krisberedskap; övervakning och tidig varning, informationshantering; åtgärder och arrangemang för driftskontinuitet som syftar till att säkerställa kontinuerlig tillgång till diagnostjänster, verktyg och läkemedel i krissituationer, om sådana finns tillgängliga; grundläggande och säkra hälso- och räddningstjänster som beaktar jämställdhetsaspekter; en översikt över konsekvenserna av allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa för tillhandahållandet av och kontinuiteten i hälso- och sjukvårdstjänster för andra sjukdomar och tillstånd under hot mot folkhälsan; riskkommunikation; utveckling

och utvärderingar av forskning som ska ligga till grund för och påskynda uppnåendet av krisberedskap.

iii) Resurser: inklusive finansiella resurser för krisberedskap och beredskapsfinansiering för insatser; grundläggande förnödenheter för hälso- och sjukvård; logistikmekanismer, inbegripet för lagring av medicinska motåtgärder[31]; särskilt avdelad, utbildad och utrustad personal för nödsituationer.

c) Genomförandet av nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser, i relevanta fall inbegripet genomförande på regional och, när så är lämpligt, lokal nivå, som omfattar insatser mot epidemier; antimikrobiell resistens, vårdrelaterade infektioner och de andra allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa som avses i artikel 2.

d) I tillämpliga fall, samråd med relevanta partner om riskbedömning och nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser.

e) Åtgärder som vidtagits för att förbättra brister som konstaterats vid genomförandet av nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser.

Rapporten överlappar till viss del en årlig rapportering som medlemsländerna är skyldiga att göra till WHO i enlighet med artikel 54 IHR 2005.

Rapporten enligt artikel 7 ligger till grund för ECDC:s bedömning som regleras i artikel 8.

ECDC ska enligt artikel 8 vart tredje år bedöma läget avseende genomförandet i medlemsstaterna av de nationella planerna och hur de förhåller sig till unionsplanen. Bedömningen ska bygga på en uppsättning överenskomna indikatorer och syfta till att bedöma planeringen på nationell nivå av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser med avseende på den information som rapporterats enligt artikel 7.1.

Efter att bedömningen genomförts ska ECDC i tillämpliga fall lägga fram rekommendationer på grundval av sina bedömningar. Detta görs i form av en rapport. ECDC får bl.a. föreslå regleringsåtgärder. Medlemsstaterna ska inom nio månader från mottagandet av rapporten lägga fram en handlingsplan som tar upp de föreslagna

[31] Begreppet medicinska motåtgärder (countermeasures) är synonymt med medicinska smittskyddsåtgärder. Se t.ex. World Health Organization. Strengthening health emergency prevention, preparedness, response and resilience. 2023, s. 25.

rekommendationerna i bedömningen, tillsammans med motsvarande rekommenderade åtgärder och delmål. Om en medlemsstat beslutar att inte följa en rekommendation ska den ange skälen för sitt beslut (artikel 8.2–3).

Det praktiska genomförandet av ECDC:s bedömning enligt artikel 8 består i granskning av bl.a. regelverk, handlingar och styrdokument och ett veckolångt besök i det granskade medlemslandet. ECDC:s arbete genomförs tillsammans med andra myndigheter eller företrädare inom EU beroende på vilka fördjupningsområden som har valts ut, såsom t.ex. Health Emergency Preparedness and Response (Hera) som organisatoriskt är en del av Europeiska kommissionen i uppgift att samordna åtgärder för att motverka hälsokriser, samt WHO Europa med en representant från ett annat medlemsland.

ECDC:s granskning av Sveriges beredskapsplanering

I oktober 2024 genomförde ECDC sin första granskning av Sveriges beredskapsplanering i fråga om allvarliga hälsohot. Granskningen har sammanställts i en rapport i mars 2025.[32] Den utgick från de kapacitetsområden som beskrivs på en övergripande nivå i artikel 7 i hälsohotsförordningen (se ovan). Utvärderingen gjordes initialt genom ett självskattningsformulär och följande fem områden valdes ut för en närmare granskning: laboratorier, övervakning, hantering av hälsohot, platser för inresa och hälsokontroller samt antimikrobiell resistens och vårdrelaterade infektioner.

Den övergripande slutsatsen är att Sverige har ett välfungerande decentraliserat system för beredskap och hantering av hälsohot. De problem som fanns under covid-19-pandemin bedöms ha åtgärdats eller kommer att hanteras för att förbättra beredskapen och insatser för hantering. De svårigheter som beskrivs explicit i rapporten avser framför allt förmågan att snabbt skala upp den storskaliga testningen, vilket bl.a. berodde på att it-systemen inte var interoperabla, att det rådde osäkerhet om finansiering och ersättning av kostnader för storskalig testning samt att det gjordes olika tolkningar av de nationella vägledningarna i fråga om testning.

[32] ECDC. Country report: ECDC Public Health Emergency Preparedness Assessment for Sweden, 2024 – Under Article 8 of the Regulation (EU) 2022/2371. Stockholm: ECDC, 2025.

I rapporten framgår vidare att ECDC i sin bedömning har övervägt, med anledning av den decentraliserade strukturen, behovet av en stärkt övervakning och nationell tillsyn över regioners kapacitet för att ytterligare förbättra beredskapen och insatserna för hantering av allvarliga hälsohot.

Rapporten innehåller rekommendationer för att förbättra beredskapen och hanteringen av hälsohot. Enligt ECDC bör Folkhälsomyndigheten överföra rekommendationerna till en handlingsplan. Rapporten innehåller rekommendationer för samtliga 16 kapacitetsområden eller förmågor. Nedan följer ett urval rekommendationer för de fyra kapacitetsområden som granskades närmare.[33] Utredningen har valt att utelämna rekommendationer för antimikrobiell resistens och vårdrelaterade infektioner, eftersom det är områden som vi inte behandlar i detta kapitel, se avsnitt 10.6.2.

Vår övergripande bedömning är att det finns flera likheter mellan ECDC:s analys och rekommendationer och de förslag vi lämnar i fråga om laboratorieberedskapen i kapitel 8. När det gäller laboratorier lämnar ECDC följande rekommendationer.

– Stärka den nationella laboratorieberedskapen genom att inrätta en tydligare roll på nationell nivå för att vägleda och samordna laboratorieberedskapen och hanteringen, vilket också gäller vid bl.a. uppskalning. Det nationella stödet kan bestå av att utveckla kriterier eller scenarier, stödja regional planering och att utöva tillsyn över laboratorieberedskapsplaner. Vidare bör det övervägas att genomföra en simuleringsövning för att stresstesta sådana planer och att förbättra interoperabiliteten i regionernas it-system. Folkhälsomyndigheten kan ytterligare förbättra förmågan och kapaciteten att snabbt skala upp.
– Inkludera testningsprodukter (förbrukningsvaror och reagenser) i lagerhållningen för att stödja nationella och regionala laboratorier under en kris.

I fråga om övervakning rekommenderas att

– Upprätthålla digitaliserad övervakning och utföra rutinmässiga utvärderingar för att identifiera möjliga förbättringsområden, t.ex. fullständiga data och aktualitet i rapporteringen.

[33] ECDC. Country report: ECDC Public Health Emergency Preparedness Assessment for Sweden, 2024 – Under Article 8 of the Regulation (EU) 2022/2371. Stockholm: ECDC, 2025, s. 1–3, 7, 9, 12 och 14.

- Granska och utvärdera befintliga metoder för dataanalys och rapportering för olika smittsamma sjukdomar på nationell nivå, för att identifiera vilka delar i processen som kan automatiseras.
- Stärka samarbetet med myndigheter inom andra sektorer, aktörer på regional nivå och med akademin, för snabb datainsamling och analys av olika indikatorer.
- Fortsätta att effektivisera övervakningsprocesser mellan berörda myndigheter för att säkerställa och förbättra integration och harmonisering av data för löpande kommunikation och riskbedömningar till allmänheten.
- Utvärdera hur snabbt övervakningssystem kan skalas upp i fråga om databehov, datainsamling, analys och rapportering vid olika scenarier av omfattande smittspridning. Inkludera aktörer som samlar in olika indikatorer för bedömning av hälsohot på både nationell, regional och lokal nivå.

I fråga om hantering av hälsohot rekommenderas att

- Etablera ett mer formellt tvärvetenskapligt och tvärsektoriellt arbetssätt för att utforma, implementera och utvärdera smittskyddsåtgärder kopplade till pandemiberedskapsplanering.
- Stärka samarbetet med och mellan regioner för att få en heltäckande bild av god praxis och eventuella luckor i fråga om beredskap och hantering.
- Bedöma eventuellt behov av utbildning för slutenvård och primärvård i syfte att hantera hälsohot.
- Fortsätta att använda risk- och sårbarhetsanalyser för att säkerställa en prioriterad hantering av hälsohot. Utveckla närmare samarbete med regioner och länsstyrelser för gemensamma åtgärder för att stärka beredskapen i samhället.
- Inkludera listan över kritiska sjukvårdsprodukter (läkemedel och medicinsk utrustning) i en rättsakt, på basis av resultatet från regeringsuppdraget (för en närmare redovisning av regeringsuppdraget, se avsnitt 8.7.5 och 8.8.5).

– Överväga att möjliggöra fördelning av läkemedel mellan regioner vid behov.[34]
– Etablera en tydlig ansvarsfördelning mellan aktörer på nationell och regional nivå i fråga om lager.
– Inrätta ett system för inventering av läkemedel (inklusive lokala lager och kvantifiering av läkemedel) på nationell nivå.

I fråga om platser för inresa och hälsokontroller rekommenderas att

– Inrätta ett särskilt moment för att samråda med HSC om planerade gränsåtgärder.
– Bedöma antalet och det geografiska området för utsedda platser för inresa (karantänsflygplatser och -hamnar) baserat på folkhälsobehov.
– Regionerna stärker möjligheterna att dela information för lägesuppfattning och samordning när fler än en region berörs av en regional händelse.

10.2.2 Nationell plan enligt IHR 2005

Enligt IHR 2005 ska det på riksplanet finnas kapacitet och resurser att ta fram en nationell plan för att hantera händelser som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning enligt WHO. Detta framgår i bilaga 1A, punkten 6 (g):

> Bilaga 1A. Huvudsaklig kapacitet för övervakning och åtgärder
>
> […]
>
> 6. På riksplanet för hälsoåtgärder skall det finnas kapacitet och resurser: […]
>
> Med avseende på folkhälsoåtgärder […]
>
> g) För att upprätta, tillämpa och underhålla en nationell handlingsplan för brådskande motåtgärder, däribland att sätta upp multidisciplinära, sektorsöverskridande grupper för att vidta motåtgärder mot händelser

[34] Kommuner och regioner får på begäran lämna hjälp till andra kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid (enligt 4 kap. 1 § lagen [2006:544] om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, förkortad LEH). Lagstiftningen har setts över i en statlig utredning och bereds för närvarande i Regeringskansliet, se avsnitt 8.7.9.

som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning.[35]

Förslaget på en revidering av IHR 2005 antogs med samsyn i juni 2024 och bereds för närvarande hos medlemsstaterna.[36] Formuleringen i fråga om nationell plan är oförändrad i den reviderade versionen men finns nu i bilaga 1A, punkten 3 (m). Däremot betonas medlemsstaternas ansvar för att utveckla, förstärka och upprätthålla de angivna förmågorna.

Annex 1A Core Capacities Requirements for Prevention, Surveillance, Preparedness and Response

[…]

3. At the national level […]

Public health prevention, preparedness and response. Each State Party shall develop, strengthen and maintain the core capacities for: […]

(m) establishing, operating and maintaining a national public health emergency response plan, including the creation of multidisciplinary/multisectoral teams to respond to events that may constitute a public health emergency of international concern

Sverige har ingen reglerad nationell plan för hantering av hälsohot

Enligt förarbetena till lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, förkortad IHR-lagen, fanns inga skäl till att rättsligt reglera en nationell plan för att hantera hälsohot. Det var Socialstyrelsen som vid den tidpunkten ansvarade för samordningen av smittskyddet på nationell nivå, och regeringen bedömde att det var tillräckligt med den framtagna planen som fanns i fråga om sjukdomsutbrott som kan få allvarliga samhällskonsekvenser:[37]

Socialstyrelsen, som ansvarar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå, har fått i uppdrag, i enlighet med vad som beskrivits i propositionen 2003/04:158 Extraordinära smittskyddsåtgärder sid. 98–99, att i samverkan med berörda nationella myndigheter och

[35] Prop. 2005/06:215 bilaga 2 s. 195.
[36] Regeringskansliet. Ett globalt pandemifördrag och internationella hälsoreglemente. 2024. Hämtat 2024-07-03 från https://www.regeringen.se/artiklar/2024/02/whos-pandemifordrag-och-internationella-halsoreglemente/.
[37] Prop. 2005/06:215 s. 52

> smittskyddsläkarna utarbeta en nationell plan för hur sjukdomsutbrott som kan få allvarliga samhällskonsekvenser och där extraordinära smittskyddsåtgärder kan behöva vidtas skall hanteras. Det krav som anges i bilaga 1 A, punkten 6 (g) i IHR 2005 om att det på nationell nivå skall finnas en plan för hur internationella hot mot människors hälsa skall hanteras är därmed uppfyllt och behöver inte regleras särskilt.

Den nationella planen som åsyftas i propositionen till IHR-lagen och som Socialstyrelsen hade tagit fram gällde för smittkoppor och inte andra allvarliga smittutbrott. Myndigheten skulle i stället via samverkan med berörda nationella myndigheter och smittskyddsläkarna se till att det fanns en nationell planering för allvarliga smittutbrott:

> I händelse av utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar som har en spridningsbenägenhet som medför att de kan leda till allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner finns det enligt regeringens bedömning ett särskilt behov av att det finns en planering på nationell nivå. I fråga om smittkoppor har Socialstyrelsen redan tagit initiativ till att i samarbete med berörda myndigheter och smittskyddsläkarna utarbeta en nationell plan. Emellertid saknas i nuläget nationella planer för andra allvarliga smittutbrott, t.ex. en influensapandemi. Ett ansvar för att en sådan planering kommer till stånd ligger redan i Socialstyrelsens ansvar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå. Regeringen anser emellertid att det är ytterst angeläget att en sådan nationell planering kommer till stånd. Följaktligen avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med berörda nationella myndigheter och smittskyddsläkarna säkerställa att det finns nödvändig nationell planering för att kunna förebygga och kontrollera epidemier som kan få allvarliga samhällskonsekvenser. Denna planering bör naturligtvis inriktas på sådana utbrott där extraordinära smittskyddsåtgärder kan behöva vidtas. Planeringen bör emellertid även avse andra utbrott som kan få allvarliga samhällskonsekvenser men för vilka extraordinära smittskyddsåtgärder inte är fullt lika verkningsfulla, t.ex. influensapandemier.
>
> På motsvarande sätt ligger det i smittskyddsläkarens samlade ansvar för smittskyddet inom landstingsområdet att se till att det finns en planering på regional nivå för denna typ av händelser samt att verka för att nödvändig utbildning och övning kommer till stånd.[38]

10.2.3 WHO:s pandemifördrag

I december 2021 beslutade WHO:s generalförsamlings specialsession att tillsätta ett mellanstatligt förhandlingsorgan för att förbereda ett fördrag om beredskapen inför och hanteringen av pandemier. Bak-

[38] Prop. 2003/04:158 s. 98 och 99.

grunden var att WHO:s medlemsländer bedömde att det internationella regelverket för beredskap inför pandemier och andra hälsohot behöver stärkas. Arbetet med pandemifördraget syftar således till att stärka det förebyggande arbetet, beredskapen inför och hanteringen av pandemihot.

De mellanstatliga avtalsförhandlingarna inleddes i februari 2022. Sverige deltog i förhandlingarna som en del av Europeiska unionen som tar fram gemensamma ståndpunkter för förhandlingarna. Vid WHO:s generalförsamlings 77:e möte den 1 juni 2024 enades medlemsstaterna om att fortsätta förhandlingarna om ett pandemifördrag med målet att nå samsyn till Världshälsoförsamlingens 78:e möte 2025, eller tidigare genom en särskild session som sammankallas. [39]

10.2.4 Övriga styrdokument från WHO

WHO:s strategi och handlingsplan för Europas medlemsstater

WHO har tagit fram en gemensam strategi och handlingsplan för 2024–2029 för de europeiska medlemsländerna, som syftar till att förbättra beredskapen för hälsohot.[40] I strategin ingår också hantering, återhämtning och resiliens, eller motståndskraft, mot hälsokriser. Planen bygger på ett ramverk som organisationen tog fram 2023 för beredskap, hantering och resiliens, Health Emergency Preparedness, Response and Resilience, förkortad HEPR)[41], och utgår från fem strategiska kärnområden för hälsonödlägen: samverkan vid övervakning, samhällets motståndskraft och skydd, säker och skalbar hälso- och sjukvård, tillgång till motåtgärder samt krissamordning. Strategin innehåller de ändringar av IHR 2005 som medlemsländerna enades om i maj 2024.

De fem strategiska kärnområdena har följande mål kopplade till sig:

[39] Regeringskansliet. Ett globalt pandemifördrag och internationella hälsoreglemente. Hämtat 2024-11-15 från https://www.regeringen.se/artiklar/2024/02/whos-pandemifordrag-och-internationella-halsoreglemente.
[40] World Health Organization. Health emergency preparedness, response and resilience in the WHO European Region 2024–2029. A new regional strategy and action plan (Preparedness 2.0). 2024.
[41] World Health Organization. Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience. Geneva: World Health Organization. 2023.

1. Samverkan vid övervakning: Målet är att stödja och säkerställa en aktuell, gemensam och datadriven riskbedömning och beslutsfattande genom sammanlänkade och interoperabla datasystem. Detta för att underlätta tillgången till en sådan information för beslutsfattare och strukturerad kommunikation för dataanvändare.
2. Samhällets motståndskraft och skydd: Målet är att upprätta rättvisa hälso- och sjukvårdssystem som är adekvata och hållbart finansierade, och som bygger på förebyggande hälsofrämjande arbete och samverkan mellan regering och samhälle, och som baseras på bl.a. tillit och delat ansvarsutkrävande.
3. Säkert och skalbart hälso- och sjukvårdssystem: Målet är att etablera och upprätthåll ett robust, holistiskt, säkert och anpassat nationellt hälso- och sjukvårdssystem som kan fungera både i normalläge och i kris, och som är adekvat och hållbart finansierat och baserat på jämlikhet och vetenskap. Hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna skalas upp och ned för att tillhandahålla en snabb, flexibel, skalbar, kontinuerlig och effektiv hantering av ett hälsonödläge, samtidigt som kontinuiteten för centrala tjänster säkerställs för att begränsa negativa hälsokonsekvenser och rädda liv. Hälso- och sjukvårdssystemet ska också kunna bidra till att generera underlag för att styra beslut och planering för en framtida beredskapskapacitet.
4. Tillgång till motåtgärder: Målet är bygga en nationell motståndskraft i fråga om motåtgärder inom nationella system, vilket också avser ett förbättrat internationellt samarbete. Med motåtgärder menas planering, utveckling, produktion eller tillverkning, reglering, upphandling, leverans, distribution och gemensamt godkännande av medicinska produkter och andra relevanta nödhjälpsprodukter. Nya internationella samarbetsformer kan underlätta för nya kunskaper om motåtgärder, praxis och produkter inom den europeiska regionen.
5. Krissamordning: Målet är att se till att medlemsstaterna har rättsliga, ansvarsutkrävande och etiska ramar, samordningsmekanismer, finansiering, strategisk information och planering på plats för att stödja en effektiv krisberedskap och hantering. Detta inkluderar mekanismer för att begära, stödja och samordna nationella och internationella stödinsatser och för att möjliggöra

beslutsfattande för internationellt samarbete inom beredskap, hantering, motståndskraft och återhämtning. I målet ingår också att ta fram tvärsektoriella handlingsplaner för att stärka beredskapen och insatsförmågan, och vidare att använda lämpliga krisinformationssystem för snabbt beslutsfattande, myndighetssamverkan samt att säkerställa resursfördelning.[42]

WHO:s checklista för beredskapsplanering inför pandemier orsakade av luftvägspatogener

WHO har tagit fram en checklista för beredskapsplanering inför pandemier orsakade av luftvägspatogener,[43] dvs. smittämnen som smittar via luften (se bl.a. avsnitt 4.3.2). Listan är ett operativt verktyg för att hjälpa nationella myndigheter att utveckla eller revidera nationella beredskapsplaner avseende luftvägspatogener som en del i det ramverk som finns för beredskap och motståndskraft inför nya hälsohot enligt de initiativ som har tagits inom organisationen, som benämns Preparedness and Resilience for Emerging Threats, (PRET)[44]. Checklistan bygger på WHO:s lista från 2018 som avser uppbyggd kapacitet för pandemihantering och utifrån de listor som fanns för hanteringen av covid-19-pandemin. Tanken är att en liknande uppbyggd kapacitet ska kunna användas för luftvägspatogener med pandemisk potential för att effektivisera beredskapsplaneringen inför pandemier.

Checklistan beskriver den kapacitet som länder behöver för att kunna hantera en luftsvägspatogen i ett förebyggande och förberedande syfte. Beredskapsplaneringen bör vara operativ och checklistan innehåller därför förslag på åtgärder som länder kan vidta för att vara bättre förberedda inför en pandemi. Vissa åtgärder, som inte redan genomförs rutinmässigt, bör integreras i befintliga system eftersom de utgör grunden för pandemiberedskap och -hantering. Andra åtgärder är specifika planeringsåtgärder som bör genomföras i ett beredskapsläge, t.ex. lagerhållning av läkemedel och kontinuitets-

[42] World Health Organization. Health emergency preparedness, response and resilience in the WHO European Region 2024–2029. A new regional strategy and action plan (Preparedness 2.0). 2024.
[43] World Health Organization. A checklist for respiratory pathogen pandemic preparedness planning. Geneva: World Health Organization. 2023.
[44] World Health Organization. Preparedness and Resilience for Emerging Threats (PRET). Hämtat 2024-11-15 från https://www.who.int/initiatives/preparedness-and-resilience-for-emerging-threats.

planering. Åtgärderna som finns med i listan har en tvärsektoriell ansats och har ett brett samhällsperspektiv.

Flertalet av de grundläggande förmågor som behövs för att hantera en pandemi såsom t.ex. akutsamordning, samarbete vid övervakning, samhällsskydd, klinisk vård och tillgång till motåtgärder för hälsonödlägen generellt, behandlas i regelverk såsom IHR 2005, och i ramverk för beredskap, hantering och resiliens i fråga om hälsonödlägen (Health Emergency Preparedness, Response and Resilience, förkortat HEPR)[45] samt beredskap för pandemisk influensa[46]. En plan bör vara heltäckande, tvärsektoriell och stödjas av global samordning, t.ex. för medicinska förnödenheter, inklusive vaccinproduktion och distribution.

10.2.5 Natos civila beredskapsarbete

Försvarsalliansen Nato och dess medlemsstater har i uppgift att stärka totalförsvaret och krisberedskapen, vilket framgår i artikel 3 i Nordatlantiska fördraget. Natosamarbetet har vi tidigare beskrivit i avsnitt 3.4.2.

Det civila beredskapsarbetet inom Nato syftar till att stärka alliansens resiliens, dvs. förmågan att stå emot och återhämta sig från större störningar och kriser. Inom Natos civila beredskapsarbete pekas tre grundförmågor (core functions) ut som särskilt viktiga för att samhället ska fungera. Det handlar om förmåga att säkerställa politiskt beslutsfattande och centrala ledningsfunktioner, viktiga samhällsfunktioner samt civilt stöd till militära verksamheter. Utifrån dessa tre grundförmågor har Nato formulerat sju civila förmågekrav (Baseline Requirements for National Resilience). Dessa utgör grunden för Natos arbete med att stärka den civila motståndskraften.

Den civila beredskapen är central för alliansens resiliens och har under senare år vuxit i betydelse inom Nato, vars primära roll är att stödja medlemsstaterna i det arbetet. Under Resilienskommittén, vilken är Natos högsta organ för civila beredskapsfrågor, finns sex tematiska planeringsgrupper, för en närmare redovisning se avsnitt 3.4.2. Samarbetet i grupperna syftar till att erbjuda ett ömse-

[45] World Health Organization. Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience. 2023.
[46] World Health Organization. Pandemic Influenza Preparedness Framework Partnership Contribution. High-Level Implementation Plan III 2024–2030. 2023.

sidigt erfarenhetsutbyte av hur medlemsländerna arbetar för att stärka den samhälleliga motståndskraften i förhållande till Natos civila förmågekrav. Sverige som medlemsstat representeras av ett tiotal myndigheter i planeringsgrupperna.[47]

I raminstruktionen (Fö 2023/01701) redogörs för Sveriges riktlinjer för arbetet i Natos kommittéer och arbetsgrupper som medlem i Nato. Enligt instruktionen ska de myndigheter som deltar i Natos civila beredskapsarbete tillvarata Nato och de allierade ländernas erfarenheter av att arbeta med Natos sju civila förmågekrav för att utveckla Sveriges krisberedskap och civilt försvar. Enligt samma instruktion har Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ett ansvar att sprida relevant Nato-information till myndigheter som har behov av det inom sin verksamhet. Därtill har MSB uppgiften att löpande informera Regeringskansliet om MSB:s samordningsarbete med fokus på tvärsektoriella aspekter av arbetet i planeringsgrupperna.

Natos roll vid framtida pandemier

I en rapport från 2022 behandlas bl.a. vilken roll Nato bör ha vid en framtida pandemi. Enligt rapporten finns ett behov av att förtydliga och definiera Natos roll i framtida krissituationer såsom pandemier. Fokus för Nato under covid-19-pandemin har varit att förhindra att hälsokrisen blir en bredare säkerhetskris. Rapporten undersökte bredden av aktiviteter som genomfördes för att bidra till en global och nationell respons på covid-19-pandemin. Enligt den fanns fyra områden som bedömdes kunna ge ett mervärde för Nato utan att organisationen behöver frångå sina kärnuppgifter eller riskera att ”översäkra” en krissituation. De identifierade områdena avsåg att i) upprätthålla militär förmåga, ii) skydda hälsa och tillhandahålla hälsovård för väpnade styrkor (och andra förmånstagare av militära hälso- och sjukvårdssystem), iii) stödja den civila responsen samt att iv) utöka den civila hälso- och sjukvården och omsorgen med militära förstärkningar.[48]

[47] MSB. Sveriges civila beredskapsarbete i Nato. Hämtat 2024-11-04 från https://www.msb.se/sv/om-msb/internationella-samarbeten/nato-samarbete/sveriges-civila-beredskapsarbete-i-nato.
[48] Lucarelli S., Marrone A. och Moro F.N. Pandemics and International Security: The Outlook for NATO. 2022, s. 86.

Regelverk som möjliggör för internationellt hälso- och sjukvårdsarbete i Sverige

En utredare fick i september 2023 i uppdrag att analysera och lämna förslag på hur relevanta regelverk på hälso- och sjukvårdsområdet kan anpassas för att möjliggöra för internationellt samarbete i Sverige under normalläge och fredstida kris samt vid höjd beredskap och då ytterst krig. Syftet var att säkerställa att den svenska lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet uppfyller de behov som finns med anledning av Sveriges internationella samarbeten på det säkerhets- och försvarspolitiska området.[49] I en departementspromemoria föreslås att utländska vårdgivare och deras personal, i vissa fall, får tillämpa utländska bestämmelser. Det innebär att svenska smittskyddsbestämmelser som tillämpas direkt i hälso- och sjukvården inte gäller för dem.[50] En närmare redovisning av den utredningens förslag finns i avsnitt 3.4.2.

10.2.6 Folkhälsomyndighetens uppgifter inom smittskydds- och pandemiberedskap

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd, samt ska följa och vidareutveckla smittskyddet. Vidare ska myndigheten följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt, se 1 kap. 7 § smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL. När det gäller beredskapen ska Folkhälsomyndigheten enligt sin instruktion övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap och inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap (25 § första stycket förordningen [2021:248] med instruktion för Folkhälsomyndigheten, se även 1 kap. 7 § SmL).

Folkhälsomyndigheten ska samordna en beredskap mot allvarliga hälsohot och är nationell kontaktpunkt mot WHO (5 § IHR-lagen). Myndigheten är också nationell kontaktpunkt för det europeiska varningssystemet, Early Warning and Response System (EWRS) för att meddela EU:s medlemsstater, ECDC och Europeiska kom-

[49] Uppdrag att möjliggöra för internationellt samarbete på hälso- och sjukvårdsområdet (Bilaga till regeringskanslibeslut 2023-09-25 § 431, S 2023/02719).
[50] Ds 2024:33 s. 164–166.

missionen om utbrott av smittsamma sjukdomar, i enlighet med hälsohotsförordningen. Folkhälsomyndigheten utgör således en länk mellan smittskyddsarbetet på lokal, regional och internationell nivå.

Nationella lager av beredskapsläkemedel och tillgång till vaccin

Folkhälsomyndigheten har samordningsansvaret för smittskyddet och för smittskyddets beredskap på nationell nivå. Som en del av denna beredskap har myndigheten i uppdrag att hålla nationella beredskapslager av antivirala läkemedel och antibiotika, samt att säkerställa tillgång till vaccin. Vid en pandemi ska Folkhälsomyndigheten tillgängliggöra beredskapslagrade läkemedel för beställning och distribuera läkemedlen till en överenskommen plats i respektive region. Regionerna ansvarar bl.a. för att planera och förbereda för beställning av läkemedel, fortsatt distribution och hantering inom regionen och att utföra vaccinationer. Staten finansierar beredskapslagringen och regionerna betalar kostnaderna för beställda antivirala läkemedel och antibiotika samt övriga omkostnader i samband med leveranser. Däremot tillhandahålls vaccin utan kostnad för regionerna.[51]

Socialstyrelsen har ett nationellt ansvar för att säkerställa tillgång till två vacciner och vissa antidoter (motgifter) för smittsamma sjukdomar. Ansvaret utgår från ett regeringsuppdrag till myndigheten 2008.[52,53]

Folkhälsomyndigheten en av ett 60-tal beredskapsmyndigheter inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap

Folkhälsomyndigheten är beredskapsmyndighet inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap enligt förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap (18 § samt bilaga 1), förkortad beredskapsförordningen. Bakgrunden till förordningen är att regeringen beslutade om en reviderad myndighetsstruktur för krisberedskap och civilt försvar.

[51] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning. 2019, s. 7.
[52] Regeringsbeslut S2008/10330/HS, S2009/04768/HS och S2009/09095/HS.
[53] Socialstyrelsen. Underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap. Slutredovisning av regeringsuppdrag. 2024, s. 35.

Förutom Folkhälsomyndigheten så är ett 60-tal statliga myndigheter, inklusive länsstyrelserna, beredskapsmyndigheter med ansvar inom en eller flera viktiga samhällsfunktioner och vars verksamhet har särskild betydelse för samhällets krisberedskap och totalförsvaret. Vissa beredskapsmyndigheter ska ingå i beredskapssektorer, och i varje sektor finns en utsedd sektorsansvarig myndighet. Övriga beredskapsmyndigheter i sektorn ska delta i arbetet.

Socialstyrelsen är sektorsansvarig beredskapsmyndighet i sektorn Hälsa, vård och omsorg (2 § första och andra styckena beredskapsförordningen). Övriga beredskapsmyndigheter som ingår i sektorn är Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Läkemedelsverket. Se även avsnitt 3.3 för en närmare redovisning av det civila beredskapssystemet och avsnitt 6.1 om principerna för krisberedskapen.

Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd för pandemiberedskap

Folkhälsomyndigheten ger stöd till planeringen av pandemiberedskapen på regional och lokal nivå, där det operativa beredskapsarbetet bedrivs. Myndigheten tog 2019 fram tre planeringsstöd för pandemiberedskap, influensapandemier och för pandemier orsakade av andra virus:

- Pandemiberedskap – Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering.[54]
- Pandemiberedskap – Hur vi kommunicerar – nationellt kunskapsunderlag. Planeringsstödet riktar sig framför allt till regionernas smittskydd, kommunikationschefer och kommunikatörer vid de nationella, regionala och lokala myndigheter som har ett ansvar för att kommunicera i samband med en pandemi. Enligt stödet behöver hela samhället information under hela händelseförloppet. Det gäller både allmänheten och olika yrkesgrupper och verksamheter. Det övergripande målet för kommunikationen är att stödja de övergripande nationella målen för hanteringen av pandemin.[55]

[54] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2019.
[55] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur vi kommunicerar – nationellt kunskapsunderlag. 2019.

– Pandemiberedskap – Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning. Vägledningen ger information om de beredskapsläkemedel som finns inför en influensapandemi, hur de tillgängliggörs och hur de ska användas. Vägledningen stödjer regionernas planering av hur de kan hantera och genomföra medicinska motåtgärder samt beskriver de berörda nationella myndigheternas roller och ansvar. Målgruppen är framför allt smittskyddsläkare och regionernas beredskapssamordnare, som ska planera och organisera sin verksamhet för vaccination och när de ska rekvirera antiviraler och antibiotika vid en pandemi.[56]

Planeringsstöden för pandemiplanering och kommunikation uppdaterades 2023

Kunskapsstödet för beredskapsplanering – planeringsstödet – uppdaterades 2023[57] och syftar till att stödja planeringen för en pandemi. Målgrupperna är nationella myndigheter, regionernas smittskyddsläkare, beredskapschefer, beredskapssamordnare, samt för övriga verksamhets- och planeringsansvariga inom regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård och omsorg. Stödet kan även användas av andra verksamheter för att ta fram en egen beredskapsplan för en pandemi.

Enligt planeringsstödet ska det finnas tydliga planer, ett säkerställt samarbete, och kommunikation i hälso- och sjukvårdssystemet för att effektivt kunna hantera pandemier. I korthet avses följande delar:

– Beredskap och planering: Det betonas vikten av att ha en beredskapsplan som är uppdaterad och anpassad efter aktuella risker och hotbilder. Detta inkluderar att identifiera resurser och roller inom hälso- och sjukvården.
– Övervakning och tidig upptäckt: System för övervakning av smittsamma sjukdomar ska finnas på plats för att snabbt kunna upptäcka och reagera på nya utbrott.

[56] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning. 2019.
[57] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023.

– Kommunikation och information: Effektiv riskkommunikation är avgörande för att informera allmänheten och hälso- och sjukvårdspersonal om åtgärder och rekommendationer under en pandemi.
– Utbildning och övningar: Utbildning av personal och genomförande av övningar för att testa beredskapsplanerna är viktiga delar för att säkerställa att alla vet hur de ska agera i en krissituation.
– Samarbete och samordning: Betydelsen av samarbete mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvård, samt med andra sektorer, framhålls för att säkerställa en sammanhållen respons.
– Resurshantering: Planering för hantering av resurser, inklusive personal, medicinsk utrustning och läkemedel, är nödvändig för att kunna upprätthålla ett effektivt svar under en pandemi.
– Utvärdering och lärande: Efter en pandemi bör det genomföras en utvärdering för att dra lärdomar och förbättra beredskapsarbetet inför framtida situationer av pandemisk karaktär.

Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd för kommunikation vid pandemier uppdaterades 2023 och innehåller en checklista med åtgärder som behöver genomföras av aktörer för att stödja planering, genomförande och uppföljning av kommunikationen vid pandemier. Där beskrivs de områden som behöver kommuniceras samt finns några specifika budskap vid pandemins start, om vaccination och om olika informationskällor för allmänheten. Stödet riktar sig till kommunikationschefer och kommunikatörer vid nationella, regionala och lokala myndigheter som har ett ansvar för att kommunicera med befolkningen vid samhällskriser såsom en pandemi, men också till beredskapsplanerare, utredare och experter som behöver kunskap om kommunikationsberedskap.[58] Tre huvudsakliga budskap som behöver kommuniceras är följande:

– En pandemi innebär att ett nytt smittämne sprids över hela världen och många kan smittas och bli sjuka. Hur allvarlig situationen kan bli vet ingen i början, men man bör följa nyheterna och lyssna till myndigheternas bedömning av situationen.

[58] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur vi kommunicerar – nationellt kunskapsunderlag. 2023.

– Vid smittspridning i samhället behöver allmänheten känna till hur man undviker att smittas eller smitta andra, samt vad man gör om man själv eller någon närstående blir sjuk.
– Vaccination är den mest effektiva åtgärden för att minska sjuklighet och dödlighet i befolkningen samt motverka smittspridning. Det kan dock dröja innan ett vaccin finns tillgängligt.

10.2.7 Smittskyddsläkarens förebyggande uppgifter

Smittskyddsläkaren ska enligt smittskyddslagens bestämmelser planera, organisera och leda smittskyddet samt verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 § SmL). När det gäller det förebyggande arbetet ska smittskyddsläkaren bl.a. se till att förebyggande åtgärder vidtas såsom vaccinationer och upprättande av epidemiplaner samt fortlöpande följa smittskyddsläget i regionen.[59]

Det är inte reglerat i smittskyddslagen att smittskyddsläkaren eller regionen ska ta fram en epidemi- och pandemiplan. Alla regioner har dock tagit fram sådana planer, vilket beskrivs närmare i avsnitt 7.1.

I fråga om information och samråd kring smittskyddsåtgärder som bl.a. rör djur ska smittskyddsläkaren skyndsamt underrätta de myndigheter eller den kommun som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur, som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom, om iakttagelser som är av betydelse för det objektinriktade smittskyddet (6 kap. 7 § SmL).

Smittskyddsläkaren ska också, enligt samma bestämmelse i lagen, på begäran få fortlöpande information om de beslut som fattas och de andra åtgärder som vidtas eller planeras med stöd av miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) eller zoonoslagen (1999:658) när det är av betydelse för smittskyddet för människor.

Smittskyddsläkaren, andra berörda myndigheter och kommunen har rätt till samråd med anledning av den information som lämnas.

På motsvarande sätt som smittskyddsläkaren har en underrättelseskyldighet i fråga om iakttagelser som är av betydelse för det objektinriktade smittskyddet, ska en veterinär utan dröjsmål underrätta

[59] Prop. 2003/04:30 s. 156 och 165.

smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet (2 kap. 7a § SmL).

10.3 Sektorsövergripande samverkan inom smittskydd, pandemi- och zoonosberedskap

Det finns flera nationella sektorsövergripande samverkansgrupper inom smittskydd och pandemiberedskap, vilka redovisas i detta avsnitt. Vi redogör också för samverkan inom angränsande beredskap i fråga om zoonoser, zoonotisk spridning, spridning via livsmedel och avsiktlig användning av smittämnen.

10.3.1 Samverkansgrupper inom smittskydd och pandemiberedskap

Folkhälsomyndigheten har ett samordningsansvar för det nationella smittskyddet och beredskapen mot allvarliga gränsöverskridande hälsohot och samverkar med andra nationella, regionala och lokala aktörer för att förebygga och hantera smittsamma sjukdomar. Myndigheten samordnar även pandemiberedskapen på nationell nivå och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå, där det operativa arbetet bedrivs.

Beroende på vilken typ av hälsohot som behöver hanteras samverkar Folkhälsomyndigheten med olika aktörer. Vid en allvarlig kris ska Folkhälsomyndigheten snabbt kunna upprätta en ledningsfunktion om krisen berör det egna ansvarsområdet eller medför behov av stöd till och samverkan med andra aktörer inom sektorn. Några av de större samverkansgrupperna inkluderar följande aktörer:

– Smittskyddsläkaren ansvarar för smittskyddet på regional nivå och samverkar med aktörer inom flera sektorer och med beredskapsansvariga inom regioner, kommuner och länsstyrelser. I normalläge träffas Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren i varje region varje vecka. Under covid-19-pandemin ägde mötena rum två gånger per vecka, i fråga om bl.a. lägesuppdatering, smittskyddsåtgärder, provtagningsindikationer och prioriteringar.

- Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig myndighet med uppgifter inför och vid höjd beredskap och den högsta civila totalförsvarsmyndigheten inom länet. Tillsammans med de sex civilområdesansvariga länsstyrelserna ansvarar de för samverkan med regionen och kommunerna inom länet och det geografiska området de ansvarar för.
- Kommuner har ansvar för att ta fram beredskapsplaner och vidta åtgärder under en pandemi. Kommuner samverkar med både regionala och lokala aktörer. Det gäller särskilt aktörer som bedriver samhällsviktig verksamhet inom kommunens geografiska område, som kommunen ansvarar för.
- Som framgått i avsnitt 10.2.6 är Socialstyrelsen ansvarig beredskapsmyndighet för sektorn Hälsa, vård och omsorg enligt beredskapsförordningen. Övriga myndigheter som ingår i sektorn är Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Läkemedelsverket, och ska tillsammans arbeta för att övriga statliga myndigheter, kommuner, regioner och andra aktörer utvecklar sin beredskap. Socialstyrelsen har som sektorsansvarig myndighet ett särskilt ansvar för att utveckla arbetet inom sektorn, stödja andra myndigheter och se till att samordning sker med andra aktörer. I det arbetet ingår också samverkan med Försvarsmakten i fråga om behov av stöd till det militära försvaret.[60] Se även avsnitt 3.2.13.
- MSB stödjer nationell samordning av åtgärder och information och kan bistå med förstärkningsresurser inom olika områden. Myndigheten ansvarar även för webbplatsen Krisinformation.se, som är en samlad ingång för allmänheten till information vid kriser.
- Andra myndigheter, utöver ovan nämnda, som kan vara aktuella för samverkan under en pandemi är bl.a. Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA), Jordbruksverket, Livsmedelsverket, Skolverket, Polismyndigheten, Transportstyrelsen, Tullverket, Försvarsmakten och Arbetsmiljöverket.[61]

[60] Socialstyrelsen. Beredskap. Hämtat 2024-12-01 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap.
[61] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 20–24.

Nationella pandemigruppen

En övergripande samverkansstruktur för att hantera pandemier är den nationella pandemigruppen (NPG). Gruppen består av företrädare för Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, MSB, Läkemedelsverket, Arbetsmiljöverket, SKR samt länsstyrelserna. Folkhälsomyndigheten är sammankallande och gruppens uppgift är att främja samordning av åtgärder som planeras och genomförs för att hantera en pandemi och som kan komma att påverka alla samhällssektorer.

NPG bildades med anledning av utbrottet av fågelinfluensa 2005. Enligt de uppgifter utredningen har inhämtat hade gruppen täta sammanträden, ett till två tillfällen per månad under den s.k. svininfluensapandemin 2009. Under covid-19-pandemin var antalet möten betydligt färre, sammanlagt sex stycken. Det pågår för närvarande en översyn av gruppens funktion och sammansättning, dels med anledning av erfarenheterna från covid-19 pandemin, dels i förhållande till den nya strukturen med beredskapsmyndigheter (se även avsnitt 10.5.6 och 3.3.1).

10.3.2 Samverkansgrupper inom zoonosberedskap

Zoonosrådet

Zoonosrådet är ett forum för strategiska frågor på zoonosområdet och med syftet att skapa en ömsesidig förståelse för rollfördelning och myndighetsutövning. Rådet ska inom ramen för myndigheternas uppdrag verka för att samhället uppmärksammas på aktuella zoonosfrågor, att relevant information når ut till berörda intressenter, att viktiga forskningsområden avseende zoonoser identifieras och att samordning av insatser inom zoonosområdet mellan berörda aktörer underlättas.

Deltagande myndigheter är Arbetsmiljöverket, Folkhälsomyndigheten, Jordbruksverket, Livsmedelsverket, SVA, Smittskyddsläkarföreningen, länsstyrelserna, Försvarsmakten och SKR. Socialstyrelsen deltog i rådet från starten 1997 till och med 2014, då myndighetens uppgifter inom smittskydd övergick till Folkhälsomyndigheten. Enligt uppgift som utredningen tagit del av kommer Socialstyrelsen att återuppta deltagande i rådet under 2025, utifrån rollen som sektorsansvarig myndighet för beredskapsområdet Hälsa, vård och omsorg.

Zoonossamverkansgruppen

Zoonossamverkansgruppen (ZSG) är inte en permanent grupp. Den sammankallas vid behov eller i samband med utbrott eller zoonoshändelser där det finns behov av konkreta åtgärder, samordnad information, samlad lägesbild eller samråd mellan myndigheter som ingår i gruppen.

ZSG består av chefer, sakkunniga och kommunikatörer från Arbetsmiljöverket, Folkhälsomyndigheten, Jordbruksverket, Livsmedelsverket och SVA. En ordinarie myndighet i ZSG kan sammankalla till möte, och vid behov kan myndigheterna be Folkhälsomyndigheten att sammankalla gruppen. Folkhälsomyndigheten har, i samverkan med de myndigheter som är ordinarie deltagare, tagit fram arbetsrutiner som beskriver när och hur samverkan sker i samverkansgruppen. Folkhälsomyndigheten ansvarar för att tillhandahålla och uppdatera arbetsrutinen vid behov.[62]

Övriga samverkansgrupper inom zoonosområdet

Utöver Zoonosrådet och ZSG så finns även följande samverkansgrupper inom zoonosområdet:

- Samverkan för utredning och bevakning av utbrott (SUBU) sker genom regelbundna digitala möten varannan vecka där information om utbrott och händelser delas. Deltagande myndigheter är SVA, Livsmedelsverket, Jordbruksverket och Folkhälsomyndigheten.
- Nationella övervakningsplanen (NÖP) är en årligt återkommande samverkan mellan SVA, Folkhälsomyndigheten och Jordbruksverket. En hotbildsanalys utförs årligen, prioritering av övervakningsinsatser diskuteras och den nationella övervakningsplanen fastställs slutligen av Jordbruksverket.
- SVA:s expertgrupp för utbrott av listade sjukdomar är en extern samverkansgrupp bestående av experter som involveras beroende på vilken sjukdom som utbrottet gäller. Även experter från humansidan kan ingå. Gruppen aktiveras vid behov, och senast vid utbrottet av afrikansk svinpest hösten 2023.

[62] Folkhälsomyndigheten. Arbetsrutin för zoonossamverkansgruppen. 2017.

Nya samverkansgrupper och nätverk

Det pågår för närvarande ett arbete med en ny samverkansgrupp som avser en myndighetsövergripande riskvärderingsgrupp och består av företrädare för SVA, Livsmedelsverket och Folkhälsomyndigheten.

Berörda myndigheter i Zoonosrådet arbetar även med att återaktivera ett nordiskt zoonosnätverk som fanns före covid-19-pandemin.

Exempel på samverkansgrupp kopplat till en specifik sjukdom

Sedan april 2019 har Jordbruksverket på regelbunden basis anordnat digitala samverkanskonferenser om förebyggande och förberedande arbete kopplat till afrikansk svinpest i Sverige. Syftet är att delge information om pågående förebyggande och förberedande aktiviteter i fråga om afrikansk svinpest för att ta fram en samlad lägesbild och komma överens om gemensamma prioriteringar. Syftet är också att bjuda in branschföreträdare i det förebyggande arbetet mot sjukdomen, och det förberedande arbetet inför ytterligare utbrott i Sverige. Vid höjd krisledning kan de regelbundna samverkanskonferenserna behöva ställas in och i förekommande fall ersättas med händelsestyrda konferenser.

Vid ett konstaterat utbrott av afrikansk svinpest, såsom var fallet hösten 2023, använder Jordbruksverket initialt samma samverkansgrupp men andra berörda aktörer kan vara aktuella utifrån behov. Ett stort antal aktörer deltar: både myndigheter, branschföreträdare och företrädare för kommuner och regioner.[63]

10.4 Utmaningar i fredstida kriser

Enligt direktiven ska utredningen analysera och beskriva de utmaningar kring ansvar och beslutsfattande som kan finnas mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer i pandemins

[63] Deltagande aktörer är myndigheter (Landsbygds- och infrastrukturdepartementet, Jordbruksverket, SVA, Trafikverket, Tullverket, Länsstyrelsen, Naturvårdsverket, Skogsstyrelsen, SLU och Livsmedelsverket), en rad olika branschföreträdare (Avfall Sverige, Ekologiska Lantbrukarna, Föreningen Foder och Spannmål, Föreningen Sveriges Jägare, Försvarsmakten, Gård & Djurhälsan och Svenska Djurbönders Smittskyddskontroll, Jägarnas riksförbund, Konvex AB och Svensk Lantbrukstjänst, KRAV, LRF, Lundens Djurhälsovård AB, Skogsentreprenörerna, Svenska Jägareförbundet, Svenska Köttföretagen, Sveriges Grisföretagare, Sveriges Jordägareförbund och Viltmästareförbundet) samt SKR.

olika skeden. Vidare ska utredningen föreslå hur sådana utmaningar bör hanteras inom ramen för en nationell strategi.

Vi har i detta avsnitt valt att behandla flera områden med identifierade brister utöver frågan om ansvar, och som delvis också härrör från tidigare fredstida kriser och som aktualiserades under covid-19-pandemin. Utredningen bedömer att områdena är relevanta för både beredskap inför och hantering av pandemier, och därmed också för ett underlag till en nationell strategi.

De rapporter som utredningen redogör för visar att det finns flera återkommande utmaningar vid kriser. Det gäller brister i fråga om ansvar och beslutsfattande, vilket ofta leder till otydlig styrning när en kris väl uppstår och måste hanteras. Andra återkommande brister avser samverkan mellan myndigheter och aktörer, processen med att få fram nationella lägesbilder, kriskommunikation och hur lärdomar från kriser tas tillvara.

10.4.1 Otydligt ansvar vid hanteringen av covid-19-pandemin och vid tidigare fredstida kriser

Hur ansvaret fungerar vid kriser har lyfts i flera rapporter som har utvärderat olika fredstida kriser i Sverige. Det handlar främst om ett otydligt ansvar och oklara roller och därmed en otydlig styrning och ledning i en krissituation. Detta bedömdes också ha varit fallet under covid-19-pandemin enligt Coronakommissionens slutbetänkande, vilket redovisas i det följande.

Coronakommissionens synpunkter på ansvaret inom smittskyddet under covid-19-pandemin

Coronakommissionen ansåg att regeringens ledarskap inom smittskyddet var otydligt

Enligt Coronakommissionens slutbetänkande var regeringens ledarskap inom smittskyddet otydligt. I den strategi som publicerades på regeringens webbplats den 7 april 2020 angavs vad som vägledde regeringen i dess arbete, inte vad regeringen ansåg borde prägla en sammanhållen nationell krishantering. Strategin var heller inte beslutad av regeringen, vilket hade krävts om regeringen hade avsett

att strategin skulle styra andra aktörers arbete. Vidare bedömde kommissionen att regeringen omgående borde ha tagit ledningen i alla delar av krishanteringen, och bättre ha kunnat bemästra de hinder som fanns för ett tydligt nationellt ledarskap. I viss mån handlade det om självständiga myndigheter, regioner och kommuner med självstyrelse och Regeringskansliets normala beredningsrutiner. Regeringen borde även ha tagit på sig ett tydligare ledarskap när det gäller den samlade kommunikationen till allmänheten. Kommissionen menade att regeringen var alltför ensidigt beroende av Folkhälsomyndighetens bedömningar, vilket inte bedömdes vara en tillräckligt bra ordning för beslut under en allvarlig samhällskris.[64]

Den rådande ansvarsfördelningen på smittskyddsområdet bedömdes enligt kommissionen leda till otydlig styrning i en kris

Coronakommissionen ansåg att organiseringen av smittskyddet har gett upphov till en rad problem i fråga om pandemihanteringen. I huvudsak handlade kritiken om ett otydligt ansvar för hanteringen av pandemin. Enligt kommissionen har många aktörer anknytning till smittskydd, pandemiberedskap och pandemihantering och verkar på olika förvaltningsnivåer. Folkhälsomyndigheten har ett samordnande ansvar för smittskyddet på nationell nivå medan regioner och kommuner har det operativa ansvaret, vilket skapar sammantaget ett decentraliserat men också fragmenterat system och leder till att ansvaret blir utspätt och otydligt.[65]

Coronakommissionen menade att den rådande ansvarsfördelningen mellan de olika statliga myndigheterna på smittskyddsområdet inte ger någon av dem uppgiften att leda andra myndigheter vid en omfattande kris. Det var därför inte givet på förhand hur hanteringen skulle komma att organiseras under pandemin. Enligt kommissionens uppfattning fanns det tydliga risker med att låta en myndighet göra svåra avvägningar mellan smittskydd och andra samhälleliga värden under en sådan omfattande och utdragen samhällskris som pandemin. Det kunde också vara problematiskt att en och samma myndighet får ansvar för att bedöma både risker (riskvärdering) och möjliga åtgärder (krishantering).[66]

[64] SOU 2022:10 volym 1 s. 28 och volym 2 s. 639.
[65] SOU 2021:89 volym 1 s. 43.
[66] SOU 2021:89 volym 1 s. 44.

I slutbetänkandet redovisades ett antal slutomdömen varav några hade bäring på ansvarsfördelningen. Enligt kommissionen borde regeringen omgående ha tagit ledningen i alla delar av krishanteringen, genom att bemästra de hinder som fanns för ett tydligt nationellt ledarskap. Hindren var enligt kommissionen i viss mån självständiga myndigheter, regioner och kommuner med självstyrelse och Regeringskansliets normala beredningsrutiner. Regeringen borde även ha tagit på sig ett tydligare ledarskap i fråga om den samlade kommunikationen till allmänheten. Vidare ansåg kommissionen att regeringen var alltför ensidigt beroende av Folkhälsomyndighetens bedömningar, vilket inte bedömdes vara en tillräckligt bra ordning för beslut under en allvarlig samhällskris.[67]

Coronakommissionen ansåg att det fanns flera utmaningar med ansvarsprincipen

Coronakommissionen redogjorde också för hur den svenska krisberedskapen har utvecklats och fungerat vid olika kriser de senaste 20 åren. Deras slutsats utifrån olika utredningar, utvärderingar och granskningar efter inträffade händelser var att även om hanteringen under kriser delvis har förbättrats sedan Tsunamikatastrofen 2004, bl.a. genom att kansliet för krishantering i Regeringskansliet etablerades år 2008, kvarstår fortfarande brister.

Utvärderingar som genomförts efter hanteringen av kriser såsom tsunamikatastrofen 2004 och skogsbranden i Västmanland 2014 pekar på att det finns flera utmaningar med ansvarsprincipen som sådan, men även i relation till det geografiska områdesansvaret (för en övergripande redovisning av de grundläggande principerna vid en kris, se avsnitt 6.1. Kommissionen menade att ansvarsprincipen anger en grundläggande riktning för hur krisen ska hanteras, men samordning och samverkan är två grundläggande komponenter när det gäller att hantera en omfattande och utdragen kris som covid-19-pandemin.[68] Bl.a. uppstod inledningsvis frågor om ansvarsfördelningen mellan Folkhälsomyndigheten och MSB, som i det inledande skedet av pandemin bedrev ett proaktivt krishanteringsarbete. MSB uppfattade dock att Folkhälsomyndigheten inte ville skapa oro i onödan genom att tidigt hantera frågor kopplade till utbrottet av

[67] SOU 2022:10 volym 2 s. 639.
[68] SOU 2022:10 volym 2 s. 327.

SARS-CoV-2 inom ramen för krishanteringssystemets strukturer. MSB:s ansvar och roll som samordnande myndighet har uppfattats som otydligt i utvärderingar som har gjorts av tidigare inträffade kriser, och även under covid-19-pandemin.[69] Vidare bedömde kommissionen att Regeringskansliets arbete med att ta fram och vidareförmedla lägesbilder till samtliga departement kom i gång sent under våren 2020. Enligt Coronakommissionen har det inte gått att utvärdera avgörande beslut för olika åtgärder och vägval i Regeringskansliet på grund av bristen på underlag, i första hand mötesprotokoll, som rörde hanteringen av covid-19-pandemin. Trots att kansliet för krishantering etablerades 2008 med anledning av tsunamikatastrofen 2004 och hade i uppgift att sammanställa en samlad lägesbild för hela Regeringskansliet vid en kris, menade kommissionen att kansliet inte till fullo fick lägesinformation från departementen.

Vidare konstaterades att det förhållandet att ansvarsprincipen ligger till grund för krishanteringen även inom Regeringskansliet kunde enligt kommissionen ha försvårat informationsspridningen i Regeringskansliet.[70]

MSB föreslog att ansvar, roller och regler skulle förtydligas i fråga om krisberedskap

Hur ansvarsfördelningen fungerar vid kriser är en återkommande fråga för diskussion. I samband med utvärderingen av skogbranden i Västmanlands län 2014 lyftes ansvaret som en återkommande utmaning i kriser. I en rapport om branden föreslog MSB att roller, ansvar och regler skulle förtydligas i fråga om krisberedskap, bl.a. genom att myndigheten utvecklade vägledningar och tillsyn inom myndighetens ansvarsområde, verkade för att inträffade kriser regelmässigt skulle utredas samt arbetade för att fler aktörer aktivt skulle delta i krisberedskapsarbetet. Vidare konstaterades i rapporten att arbetet med att hantera en samhällskris kräver medverkan från alla delar av samhället, den offentliga sektorn, den privata sektorn, civilsamhället och enskilda individer. Regelverk som styr området lägger dock tydligast fokus på kommuner, regioner och statliga myndig-

[69] Danielsson E., Alirani G., Oscarsson O., Große C., Olausson P.M., Jacobsson J. och Öhman S. Att ta ledartröjan i krisen. Utvärdering av MSB:s samordningsuppdrag under Coronapandemin. Risk and Crisis Research Centre, RCR. Mittuniversitetet. 2023, s. 81 och 82.
[70] SOU 2022:10 volym 2 s. 425–427.

heter. Samtidigt visade skogsbranden i Västmanland tydligt att såväl privata företag som frivilligorganisationer och enskilda gjorde stora insatser. MSB menade att det var viktigt att involvera privata och frivilliga aktörer i arbetet med olyckor, kriser och samhällsstörningar bl.a. i den pågående utvecklingen av samverkansområdena och i arbetet med nationell övningssamordning. För att samverkan vid en insats ska fungera väl krävs att alla aktörer medverkar i bl.a. förberedelsearbete och övningar.[71]

10.4.2 Återkommande brister i samverkan vid kriser

I detta avsnitt redogör vi för några rapporter som enligt vår analys pekar på återkommande problem i fråga om samverkan vid kriser. Sammanfattningsvis har det enligt rapporterna återkommande funnits brister i samverkan mellan myndigheter och aktörer vid kriser. Myndigheter prioriterar ofta sitt kärnuppdrag i stället för att samverka med andra aktörer. Det har medfört att kommunikationen mellan olika aktörer har brustit och otydligheter om ansvarsförhållanden har uppstått.

Som framgår i flera avsnitt i detta betänkande, och som utvecklas närmare i avsnitt 10.8.1, trädde en myndighetsreform för civilt försvar och krisberedskap i kraft i oktober 2022. Vad gäller samverkan vid kriser har det pågått och pågår fortsatt mycket utvecklingsarbete.

Flyktingsituationen hösten 2015

Ett exempel på brister i samverkan vid kriser är hanteringen av flyktingsituationen hösten 2015. I en statlig utredning om flyktingsituationen framgick att myndigheter inte var tränade för att samverka med varandra i en sådan stor och komplex händelse som flyktingsituationen utgjorde. För att förbereda sig för sådana utmaningar poängterades ofta vikten av gemensamma samverkansövningar. Vidare fungerade kommunernas samverkan med olika myndigheter

[71] MSB. Ansvar, samverkan, handling. Åtgärder för stärkt krisberedskap utifrån erfarenheterna från skogsbranden i Västmanland 2014 (Ju2015/1400/SSK), s. 62 och 64.

bristfälligt, och en av orsakerna var att olika regelverk var svåra att tolka eller kolliderade med varandra.[72]

Enligt Riksrevisionens granskning av regeringens och ansvariga myndigheters beredskap för och hantering av flyktingsituationen 2015 uppfattades samverkan mellan myndigheterna som ansträngd. Flera aktörer riktade kritik mot olika delar av Migrationsverkets agerande. Företrädare för länsstyrelserna och Migrationsverket upplevde från sin sida MSB:s agerande som otydligt. MSB genomförde ett stort antal samverkanskonferenser, men upplevdes inte skapa inriktning för hanteringen av situationen, och att myndighetens arbetssätt föreföll anpassad till akut krishantering och fungerade inte alltid i den aktuella situationen. MSB angavs ha bidragit med metodstöd och anordnande av samverkanskonferenser, men det framstod ibland som oklart vad arbetet resulterat i.[73]

I samma granskning konstaterades att de brister i samverkan som identifierades under flyktingkrisen är återkommande. I likhet med utvärderingar av andra kriser och extraordinära situationer framgick att myndigheter i en krissituation tenderar att fokusera på det egna kärnuppdraget och ofta på bekostnad av samverkan med andra aktörer. Det var inte oväntat i en hårt ansträngd situation att kommunikationen mellan olika aktörer brister och att friktioner uppstår om ansvarsförhållanden och hantering av situationen. Det fanns samtidigt uppgifter om att samverkan i andra avseenden fungerat bra på lokal nivå, och att samarbetet mellan myndigheterna förbättrades successivt under hösten 2015.[74]

Erfarenheter från skogsbranden 2014 och från andra kriser

Brister i samverkan vid kriser framkom i MSB:s rapport om skogsbranden i Västmanland.[75] MSB valde att i arbetet även ta hänsyn till lärdomar från andra inträffade och övade händelser samt vid den tidpunkten pågående hanteringen av flyktingsituationen. I rapporten framkom bl.a. att samverkan och samordning var ett återkommande

[72] SOU 2017:12 s. 256.
[73] Riksrevisionen. Lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015 – beredskap och hantering. RIR 2017:4. 2017, s. 77.
[74] Riksrevisionen. Lärdomar av flyktingsituationen hösten 2015 – beredskap och hantering. RIR 2017:4. 2017, s. 11.
[75] MSB. Ansvar, samverkan, handling. Åtgärder för stärkt krisberedskap utifrån erfarenheterna från skogsbranden i Västmanland 2014 (Ju2015/1400/SSK).

område som behöver stärkas. Bedömningen baserades på en genomgång av 26 rapporters slutsatser, rekommendationer och åtgärdsförslag. Enligt flertalet av dessa rapporter bedömde flera aktörer att det fanns behov av att stärka förmågan att samverka, och att flera aktörer som borde vara en naturlig samverkanspart i olika situationer, saknades eller kom in sent i arbetet. Till exempel borde både kommuner och myndigheter ha varit involverade från början i fråga om skogsbranden i Västmanland. Samtidigt var det för kommunerna en fråga om resurser för att kunna avvara personal till att hantera branden. I slutrapporten föreslog MSB flera åtgärder för en stärkt krisberedskap, bl.a. en samverkansprincip för samhällets krisberedskap. En sådan princip skulle innebära att aktörer som berörs av en kris ska samverka med varandra för att säkerställa god samordning och effektivt resursutnyttjande. MSB föreslog också att länsstyrelsernas arbetsformer vid kriser görs mer enhetliga i syfte att uppnå och upprätthålla en tillfredsställande nivå på krishanteringsförmågan på den regionala nivån och för att underlätta samverkan mellan länsstyrelser samt mellan länsstyrelser och andra myndigheter.[76] Förslaget ledde till ett regeringsuppdrag till Länsstyrelsen att ta fram en vägledning för geografiskt områdesansvar.[77]

MSB:s återkommande synpunkt var att strukturen för samverkan behövde utvecklas

Enligt ett slutbetänkande från Utredningen om civilt försvar 2021[78] framgick att MSB har i uppföljningar återkommande pekat på att strukturen för samverkan genom de tidigare samverkansområdena behövde utvecklas, liksom samverkan mellan de olika samverkansområdena. Myndigheten betonade bl.a. betydelsen av att resultatet av arbetet i de tidigare samverkansområdena sprids och förankras hos respektive myndighet. Vidare efterfrågade MSB ett större engagemang från berörda myndighetsledningar. Flera myndigheter bedömdes inte ha avsatt tillräckligt med tid och resurser för det arbetet. Myndigheternas representanter hade heller inte alltid haft tillräckliga mandat för att driva arbetet i samverkansområdet framåt

[76] MSB. Ansvar, samverkan, handling. Åtgärder för stärkt krisberedskap utifrån erfarenheterna från skogsbranden i Västmanland 2014 (Ju2015/1400/SSK). 2016, s. 16 och 18.
[77] Länsstyrelsen i Uppsala län. Länsstyrelsens geografiska områdesansvar. Vägledning för utövande. 2019.
[78] SOU 2021:25.

på ett systematiskt sätt., vilket försvårar ett målinriktat och effektivt arbete. Myndigheterna måste i allt större utsträckning även förhålla sig till de processer om civilt försvar som utgår från regeringsuppdrag till berörda myndigheter. Det innebar att samverkan mellan myndigheterna om planering av konkreta åtgärder och dess genomförande i stället skedde inom ramen för andra samarbetsformer som ansågs mer ändamålsenliga än samverkansområdena.[79]

De sex samverkansområdena[80], som har varit grunden för den svenska krisberedskapen, avvecklades i samband med att beredskapsförordningen trädde i kraft den 1 oktober 2022 (se avsnitt 3.3.1 och 10.2.6) Beredskapsförordningen syftar till att stärka landets motståndskraft under fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig. Strukturreformen med s.k. beredskapssektorer och utsedda myndigheter med ett utpekat ansvar skedde mot bakgrund av att den tidigare ordningen med bevakningsansvariga myndigheter inom de sex samverkansområdena innebar att myndigheterna inte hade ett tydligt ansvar.[81]

Samtidigt med beredskapsförordningen trädde också förordningen (2022:525) om civilområdesansvariga länsstyrelser i kraft. Den innebär bl.a. att länsstyrelserna och de sex civilområdesansvariga länsstyrelserna har ansvar för samverkan med regionen och kommunerna inom länet och det geografiska området de ansvarar för. Kommunerna har också ett geografiskt områdesansvar där de ska samverka på lokal nivå för att kunna dela lägesbilder.

Myndighetssamverkan under covid-19-pandemin fungerade inte fullt ut

Enligt utredningens referensgruppmöte med ett tiotal myndigheter i fråga om uppdraget att ta fram underlag till nationell strategi framfördes några synpunkter om att samverkan under covid-19-pandemin inledningsvis och till viss del skedde ad hoc och till stor del

[79] SOU 2021:25 s. 194 och 195.
[80] Samverkansområden avsåg teknisk infrastruktur, transporter, farliga ämnen, ekonomisk säkerhet, geografiskt områdesansvar samt skydd, undsättning och vård. Områdena gällde verksamheter som bedömdes som särskilt viktiga för samhällets förmåga att hantera allvarliga kriser.
[81] Försvarshögskolan. Sektorsansvariga myndigheters roll, ansvar och mandat vid fredstida krissituationer och höjd beredskap. 2023.

som ”rollsökning”.[82] Att myndighetssamverkan i en krissituation inte fungerade fullt ut gäller också tidigare kriser som t.ex. värmeböljan sommaren 2018. Under covid-19-pandemin var det enligt företrädare för en myndighet svårt att hitta rätt nyckelfunktioner när samverkan väl behövdes. Svårigheterna med myndighetssamverkan handlar också om myndigheternas olika regelverk, vilka innehåller olika aspekter och som inte beaktas på samma sätt av myndigheterna. Vidare fanns det inga på förhand givna strukturer för samverkan, utan det handlade om ”vem som känner vem”.

Företrädare för flera myndigheter efterfrågar en bättre struktur för samverkan, utifrån en etablerad struktur där samverkansgrupper initialt kan kallas in brett och sedan skalas av varefter och utifrån behov av aktörer. MSB uppfattas av flera företrädare ha en viktig uppgift att samordna en sådan samverkan, bl.a. finns ett ramverk för ledning och samverkan som myndigheten har tagit fram.[83,84]

Enligt en utvärdering[85] av MSB:s samordningsuppdrag under covid-19-pandemin ställdes myndigheten inför stora svårigheter i att bidra till samordning bland aktörer som var ovilliga till samordning och andra som var ovana aktörer i sammanhanget. Även om MSB inledde en mängd olika samordnande aktiviteter i inledningen av pandemin tog det tid att etablera strukturer för samordning och MSB uppfattades som otydlig i sin roll. För en lyckad samordning krävs, enligt utvärderingen, tillit mellan aktörer och en vilja att bidra med resurser och tid för att uppnå samordning och inriktning, något som inte går att uppnå som enskilda enheter. En svårighet var inledningsvis att få aktörer att lyfta blicken och dela med sig av information och att samverka med andra aktörer för en mer effektiv hantering av samhällskrisen.

En övergripande slutsats enligt utvärderingen var att det finns anledning för MSB att arbeta vidare med att utveckla en mer proaktiv hållning men också att fortsätta utveckla sin anpassningskapacitet när det gäller det samordnande uppdraget för att bättre kunna

[82] Utredningens referensgruppmöte 2024-09-23. För fullständig redovisning av deltagande myndigheter och aktörer, se bilaga 4.
[83] Utredningens referensgruppmöte 2024-09-23.
[84] MSB. Gemensamma grunder – ramverk för ledning och samverkan. Hämtat 2024-11-28 från https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/gemensamma-grunder--ramverk-for-ledning-och-samverkan.
[85] Danielsson E., Alirani G., Oscarsson O., Große C., Olausson P.M., Jacobsson J. och Öhman S. Att ta ledartröjan i krisen. Utvärdering av MSB:s samordningsuppdrag under Coronapandemin. Risk and Crisis Research Centre, RCR. Mittuniversitetet. 2023.

möta framtida krissituationer och behov. En rekommendation är att MSB mer aktivt bör tar del i tolkningsarbetet och definitionen av en kris för att skapa en nationell inramning och gemensam bild och förståelse för hanteringen av konsekvenser av en kris och därmed för vikten av målsättningen med samordningen. Detta kan bidra till att skapa balans mellan olika deltagande aktörer, särskilt aktörer som kan komma att uppfattas som mer perifera. Vidare framgår att det inte är ovanligt att hanteringen av konsekvenser av en kris hamnar på organisationer som inte tydligt har en plats i det nationella krishanteringssystemet. Här skulle MSB kunna ta en viktig roll för att snabbare lyfta in och samordna samhällets samlade resurser.[86]

Liknande svårigheter i samordningen framgår i Coronakommissionens betänkande. Enligt MSB fanns problem med att få till en effektiv samordning, däribland förståelse för att covid-19-pandemin krävde en aktörsgemensam hantering för att få till samlade lösningar. Enligt MSB handlar det om att aktörer inte till fullo har haft förståelse för varandras uppdrag och att behovet av att få tillgång till information och lägesbilder inte har tillgodosetts.[87]

Regionernas olika förutsättningar påverkar hur samverkan fungerar

Enligt Riksrevisionens granskning av det nationella smittskyddet 2023 påverkade regionernas olika förutsättningar hur samverkan fungerar.[88] Vidare konstaterades att dialogen och samverkan mellan regioner och kommuner varierar stort. Under covid-19-pandemin fanns regioner med väl fungerande nätverk mot kommunala verksamheter, men långt ifrån alla regioner hade uppbyggda nätverk. Det påverkade även Folkhälsomyndighetens arbete med att nå ut till kommuner. Det var särskilt problematiskt för kommunal vård och omsorg för äldre i stora regioner, eftersom många äldre drabbades mycket hårt av bl.a. sjukdom och isolering. Vidare framgick av granskningen att smittskyddsläkarnas samverkan med kommunerna stärktes under covid-19-pandemin. Samtidigt efterfrågades att nationella myndigheter, i huvudsak Folkhälsomyndigheten, i

[86] Danielsson E., Alirani G., Oscarsson O., Große C., Olausson P. M., Jacobsson J. och Öhman S. 2023, s. 3, 4 och 94.
[87] SOU 2022:10 volym 2 s. 382.
[88] Riksrevisionen. Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning. RiR 2023:9. 2023. I det följande anges källan Riksrevisionen 2023.

högre grad skulle kunna stödja och samverka med kommunerna. Enligt Folkhälsomyndighetens bedömning fanns ett behov av stärkt samverkan med ett antal olika aktörer, däribland kommuner.[89]

Enligt en rapport från SKR har det under covid-19-pandemin funnits behov av samverkan på olika nivåer och har tillgodosetts genom initiativ från nationella, regionala och kommunala aktörer såsom länsstyrelserna, SKR, regioner och kommuner. Även om det funnits utmaningar i samverkan mellan huvudmän på olika nivåer har det också funnits tydliga exempel på hur regioner och statliga myndigheter i samverkan har lyckats lösa komplexa problem. Enligt SKR har denna samverkan inte varit problemfri, men de hinder som har uppstått har lösts under vägen.[90]

Regeringen har tidigare poängterat att det krävs en tydlig ansvarsfördelning mellan olika myndigheter och aktörer för att samverkan inom smittskyddet ska fungera effektivt. Att myndigheter har så verksamhetslogiska och renodlade uppdrag som möjligt är särskilt viktigt vid en krissituation då inget tvivel får uppstå om vem som är ansvarig.[91,92]

Identifierade brister i samverkan mellan myndigheter inom övervakning och hantering av djursjukdomar och zoonoser

Jordbruksverket och Statens veterinärmedicinska anstalt, SVA, bedömde i en återrapportering av ett regeringsuppdrag[93] att det finns behov av att förbättra smittskyddet i landet och vidta ytterligare åtgärder för att förebygga uppkomst och spridning av zoonoser, dvs. smittämnen som kan spridas mellan djur och människor och orsaka sjukdom. Detta mot bakgrund av att nya, förändrade eller redan kända smittämnen orsakar utbrott i olika delar av världen, och över 60 procent av utbrotten orsakas av zoonoser. Utbrotten kan dessutom sprida sig snabbt mellan länder. Även om risken är mycket liten att det kan uppstå nya zoonoser just i Sverige, är det enligt Jordbruksverket och SVA ändå motiverat med en god beredskap för att hantera utbrott orsakade av zoonoser. Förändringar i

[89] Riksrevisionen 2023, s. 58.
[90] SKR. Att lära av en kris. Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin. 2023, s. 142 och 144.
[91] Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, avsnitt 4.6.3, s. 76.
[92] Riksrevisionen 2023, s. 11.
[93] Regeringsuppdrag N2021/00280.

djurproduktion, djurtransporter och förändrade förhållanden för vilda djur och sällskapsdjur kan påverka förekomsten av zoonoser i Sverige.[94]

I återrapporteringen identifierade Jordbruksverket och SVA brister i samverkan mellan djur- och humansidan vid zoonoser. Tidigare utvärderingar av utbrott har bl.a. indikerat:

- brist på uppdaterade register som kan delas mellan myndigheter,
- svårigheter att dela information mellan myndigheter, framför allt mellan humansidan och veterinärsidan vid hantering av zoonoser,
- personberoende hantering i stället för systematisk samverkan,
- brister i kommunikationssystem, och
- oklarheter kring vissa myndigheters roller och ansvar.

I den uppdaterade bedömningen i återrapporteringen lyfte myndigheterna särskilt brister i sekretesslagstiftningen, informationsdelningen samt ansvaret när många myndigheter involveras. Sekretesslagstiftningen bedömdes vara en potentiell källa till problem för informationsdelning mellan myndigheter. En person med zoonotisk sjukdom måste t.ex. godkänna att informationen delas med en annan myndighet, och om patienten inte godkänner detta finns en risk att det inte går att utreda vidare. Sekretessreglerna varierade mellan olika myndigheter vilket försvårade att dela uppgifter. Även sekretessbedömningar kunde variera mellan olika myndigheter, vilket innebar att något som anses omfattas av sekretess på en myndighet kan lämnas ut av en annan. Det uppstod därmed en osäkerhet om vad som kan delas med andra myndigheter.

Processer för effektiv informationsdelning saknades både vid utbrott och i det förebyggande smittskyddsarbetet, och avsåg både delning av uppgifter i register och databaser. Detta innebar att det kunde vara svårt att bygga upp varningssystem för tidig upptäckt av sjukdom. Vidare kunde ansvaret vara oklart när många myndigheter är involverade i arbetet med pågående utbrott bland infekterade djur. Detta gällde t.ex. vem som ska bedöma vilken skyddsutrustning som ska användas för att skydda människor. Jordbruksverket och

[94] Jordbruksverket och SVA. Regeringsuppdrag om nya zoonoser. Uppdrag att granska djurhållning med avseende på risken för uppkomst och spridning av nya smittor mellan djur och människa. Rapport 2022:3. 2022, s. 70.

SVA föreslog bl.a. en översyn av myndigheternas ansvarsområden och uppgifter i smittskyddsarbetet (både förebyggande och vid utbrott) i syfte att utveckla och förbättra myndigheternas arbete i smittskyddskedjan.[95]

Frågor som rör utvecklad samverkan och informationsdelning mellan myndigheter och andra aktörer i arbetet mot djursjukdomar och zoonoser behandlas för närvarande i en statlig utredning som tillsattes i maj 2024.[96] Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2025, för en närmare redovisning se avsnitt 10.9.5.

10.4.3 Det saknas en uppbyggd struktur för datainsamling och stödsystem för nationell lägesbild

Syftet med en nationell lägesbild är att kunna bedöma och hantera krissituationer eller samhällsstörningar. Lägesbilden ger en överblick över vilka konsekvenser händelsen kan få för viktiga funktioner i samhället och vad alla ansvariga gör för att hantera en krissituation. Detta för att få fram ett underlag till att ta välgrundade beslut inför åtgärder eller samordnade insatser.[97]

MSB tog fram en samlad nationell lägesbild för hanteringen av covid-19-pandemin t.o.m. januari 2022.[98] Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen samlade in grundläggande och central information från regioner och kommuner för att bedöma situationen i vård- och omsorgsverksamheterna på nationell nivå. Flera brister blottades, framför allt blev det uppenbart att datainsamlingen var splittrad och det fanns initialt inget stödsystem för en nationell lägesbild. Det lägesbildssystem som byggdes upp av Socialstyrelsen över bl.a. uppgifter om beläggning och vårdplatser från regioner och kommuner byggde på manuell inrapportering då det saknades information från system i regionerna och kommunerna. Inrapporteringen automatiserades under hand.

Flera informationsmängder finns i dag i olika vårdinformationssystem, men är inte möjliga att enkelt och i realtid sammanställa

[95] Jordbruksverket och SVA 2022, s. 64–66.
[96] Dir. 2024:45.
[97] MSB. Nationell lägesbild. Hämtat 2024-11-22 från https://www.msb.se/sv/amnesomraden/msbs-arbete-vid-olyckor-kriser-och-krig/nationell-lagesbild.
[98] MSB. Samlad nationell lägesbild för hanteringen av det nya coronaviruset. Hämtat 2024-11-22 från https://www.msb.se/sv/aktuellt/avslutade-handelser-och-insatser/msbs-arbete-med-anledning-av-coronaviruset/samlad-nationell-lagesbild-corona2.

nationellt då specifikationer saknas eller inte används. Det handlar om grundläggande data för beläggning, vårdkapacitet och vårdnivå på sjukhusen. Under pandemin blev det också uppenbart att det saknades entydiga definitioner för begrepp som t.ex. intermediärvård.[99]

Under pandemin var ett återkommande problem att data inte kunde samlas in och tillgängliggöras på nationell nivå (bl.a. Socialstyrelsen och länsstyrelserna) från kommuner och regioner. Framför allt saknar många regioner och särskilt kommuner system med grundläggande information som kan sammanställas på ett enkelt sätt. Det går t.ex. inte att samla in uppgifter om medicintekniska produkter från regioner och kommuner för att få fram information för en nationell lägesbild. En sådan information behövs för att bedöma den nationella bilden inför en eventuell global bristsituation.[100] Det fanns heller inga etablerade och säkra rapporteringsvägar. Inom ramen för regionernas nätverk av inköpschefer, som samordnades av SKR, etablerade Socialstyrelsen februari 2020 en rapporteringsväg från regionerna som innebar att regionernas inköpschefer två gånger i veckan muntligen rapporterade in sina behov vid en samverkanskonferens med Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, MSB och SKR. Socialstyrelsen tog fram en ny krypterad rapporteringsfunktion som användes i mitten av april 2020 av en region.[101]

Nationell lägesbild har behandlats i ett betänkande från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Där konstaterades bl.a. att det saknas en lag- eller förordningsstyrd möjlighet att dela information mellan Socialstyrelsen och kommuner och regioner, dels att det när information inte kan delas hittas andra vägar för att lösa de problem som behöver lösas.

Det är nödvändigt att centrala myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet kan dela information av betydelse för vården med kommuner och regioner med bibehållen sekretess. För detta ändamål föreslog den utredningen att det införs en uttrycklig bestämmelse som gör det möjligt att tillämpa offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, på sådan information som avser

[99] Socialstyrelsen. Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport. 2022, s. 42.
[100] E-hälsomyndigheten och Läkemedelsverket. Förstudie inför framtagandet av en nationell lägesbild över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter. Regeringsbeslut S2022/01265 (delvis). Slutredovisning gällande medicintekniska produkter. Rapport från Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten. 2023.
[101] Sveriges Kommuner och Regioner. Att lära av en kris. Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin. 2023, s. 120.

lägesbilder (10 kap. 28 § OSL). Vidare föreslogs att Socialstyrelsen bör tillsammans med Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Försvarsmakten samt med kommuner och regioner ta fram närmare underlag för vilken information som behöver framgå av händelsestyrd rapportering för lägesbilder.[102]

Delar av förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.[103]

10.4.4 Kommunikation vid kriser och pandemier

Kommunikationen är särskilt viktig för att få en god följsamhet till frivilliga smittskyddsåtgärder och för att skapa acceptans hos allmänheten och berörda verksamheter, och ytterst förtroende, för regeringens och myndigheternas pandemihantering. Som framgått av tidigare avsnitt tog Folkhälsomyndigheten fram ett specifikt kunskapsstöd för kommunikation vid pandemihantering 2023 (avsnitt 10.2.6). I detta avsnitt redogör vi för de brister som identifierades av Coronakommissionen.

Flera brister i kommunikationen under covid-19-pandemin enligt Coronakommissionen

Coronakommissionen menade att det fanns flera påvisade problem kring kommunikationen under pandemin i Sverige. Dessa problem hade bidragit till en ökad osäkerhet hos allmänheten, vilket har gjort det svårare att följa råd och rekommendationer och därmed begränsa smittspridningen på ett effektivt sätt. I korthet handlar det enligt Coronakommissionen om följande problem:

– Det har funnits en brist på tydliga och konsekventa budskap från myndigheterna, vilket har lett till förvirring bland allmänheten om vilka rekommendationer och regler som gällt. Enligt bl.a. flera regioner har invånarna haft svårt att skilja mellan myndigheternas råd och rekommendationer, särskilt i de fall där regioner infört råd och rekommendationer som avvikit från de nationella.

[102] SOU 2022:6 s. 300–308 och 433.
[103] Ett antal av förslagen har lett till lagstiftning som trädde i kraft den 1 juli 2023 (prop. 2022/23:45).

– Kommunikationen mellan olika myndigheter, som Folkhälsomyndigheten och regeringen, har ibland varit otydlig, vilket har skapat osäkerhet om vem som ansvarar för vad.
– Det har funnits utmaningar i att nå ut med korrekt information till alla samhällsgrupper, särskilt till de som har begränsad tillgång till digital information eller som inte behärskar svenska språket.
– Myndigheternas kommunikation har ibland varit reaktiv och kommit för sent i förhållande till händelser, vilket har gjort det svårt för allmänheten att agera i tid.
– Det har förekommit brister i kriskommunikationen där information inte alltid har anpassats till den snabbt föränderliga situationen, vilket har påverkat allmänhetens förtroende.[104]

Enkätundersökningar av följsamheten till råd och rekommendationer visade på acceptans hos allmänheten och vilja att följa dem

Under covid-19-pandemin genomfördes flera enkätundersökningar för att följa befolkningens beteendeförändringar utifrån rekommendationer om smittskyddsåtgärder. Utredningen redovisar en enkätundersökning från MSB respektive SOM-institutet. Syftet var att få en bild av följsamheten gentemot myndighetens rekommendationer och människors informationsbehov. Resultaten skiljer sig delvis åt jämfört med Coronakommissionens bedömning av följsamheten.

MSB:s undersökning om följsamheten till råd och rekommendationer

Enligt en kvalitativ undersökning av MSB från 2021 fanns en acceptans hos deltagarna kring myndigheters råd och rekommendationer och en vilja att följa dem. Några råd och rekommendationer hade en starkare acceptans än andra och efterlevnaden av råden varierade över tid. En förklaring kunde vara grupptryck och behov av paus eller normalläge en stund samtidigt som statistik visade att smittan gick ner anges som orsaker till att personer blev mindre nogsamma med att följa råden. Generellt fanns en acceptans kring Folkhälso-

[104] SOU 2022:10 volym 2 s. 525–528 och 547.

myndighetens råd och rekommendationer, särskilt hålla avstånd och tvätta händerna framstod som viktigt, både för att det upplevdes ha stor effekt när det gäller att begränsa smittspridningen och för att det upplevdes enkelt att efterleva. Begränsa antalet personer man träffar och begränsa resandet var allmänt accepterat, men upplevdes vara svårare att efterleva i vissa situationer. Rekommendationen att bära engångsmunskydd i kollektivtrafiken var mer ifrågasatt främst utifrån hur effektivt det faktiskt är. En vanlig uppfattning är att det inte är tillräckligt skydd i sig, men bra i kombination med andra råd.[105]

Gruppen som inte till fullo behärskar svenska angav att de träffade fler personer än övriga. Det förklaras till stor del av att i den gruppen ingick fler individer som förvärvsarbetade på arbetsplatsen i stället för i hemmet samt att de generellt var sammanboende med fler familjemedlemmar än andra grupper. Det fanns också andra förklaringar som sammanhänger med livsvillkor och levnadsvanor. Gruppen upplevde betydligt större svårigheter med att följa reglerna, i synnerhet att begränsa antalet kontakter, vilket ledde till en lägre nivå av självskattad efterlevnad. Gruppen var dock lika kunnig om råden och hade lika stor tillit som övriga delar av allmänheten. De rekommendationer om vidare kommunikation som fördes fram till ansvariga aktörer i MSB:s undersökning var följande:

– Fortsätt att lita på att den absoluta majoriteten av allmänheten förstår råden, litar på dem och försöker följa dem. Hjälp medborgare att göra det som är rätt. Detta gäller även kommunikationen på andra språk än svenska.
– Försök fokusera på att rikta råd i syfte att lösa situationen på arbetsplatser och i skolor.
– Tilltron till råden är tydligt lägre bland personer som saknar förtroende generellt för myndigheter. För att nå den här gruppen kan det vara lämpligt att anpassa budskapet.[106]

[105] MSB. Kvalitativ del. Allmänhetens syn på råd och rekommendationer med anledning av coronapandemin. 2021. s. 16 och 18.
[106] MSB. Kvalitativ del. Allmänhetens syn på råd och rekommendationer med anledning av coronapandemin. 2021, s. 67.

SOM-institutets uppföljande undersökning av förtroendet för myndigheter under covid-19-pandemin

SOM-institutet genomförde under våren 2021 en uppföljande undersökning om covid-19-pandemin. Fokus var på förtroende för ansvariga aktörer, vaccinationsvilja och hälsa i befolkningen. SOM-undersökningen visade bl.a. en tydlig nedgång i stödet för flera av de berörda myndigheterna som Folkhälsomyndigheten och MSB, jämfört med resultaten från våren 2020. Även förtroendet för medier, som hade ett mycket stort förtroende i början av 2020, återgick till normala förtroendenivåer.[107] 1177 Vårdguiden uppvisade ett stabilt förtroende. En tänkbar förklaring var att 1177 var en viktig källa till information i fråga om när, hur och var den enskilde kunde söka vård för covid-19-relaterade symtom, var det fanns möjlighet att ta PCR-test för att bekräfta eller utesluta SARS-CoV-2-infektion, samt senare information om vaccination.[108]

10.4.5 Lärdomar från tidigare kriser tas inte tillvara

De utvärderingar och uppföljningar som har gjorts av tidigare kriser pekar enligt utredningens analys på att berörda aktörer inte drar lärdom av identifierade brister och problem på ett systematiskt sätt, och att erfarenheterna inte leder till förändringar i de verksamheter som berörs. Några av de slutsatser som har framkommit i utvärderingarna är att det behövs en mer utvecklad beredskapsplanering för att åstadkomma förändringar, vilket sammanhänger med tillgång till resurser, och en mer systematiserad utvärdering, som en del av verksamheters beredskapsplanering eller att ett specifikt utvärderingsuppdrag regleras.

[107] SOM-institutet. SOM-undersökningen om coronaviruset. Hämtat 2024-11-30 från https://www.gu.se/som-institutet/resultat-och-publikationer/rapporter/som-undersokningen-om-coronaviruset.
[108] SOM-institutet. Samhälle Opinion Medier. Göteborgs universitet. Myndighetsförtroende under coronapandemin. SOM-undersökningen om coronaviruset 2021. 2021.

Vikten av lärande behandlas i flera kunskapsstöd och rapporter

Betydelsen av utvärderingar och lärande lyfts i Folkhälsomyndighetens planeringsstöd för pandemier och av WHO samt i rapporter om kriser, vilket redovisas i korthet nedan.

Enligt Folkhälsomyndighetens planeringsstöd bör en struktur för utvärdering ingå i som en del av beredskapsplaneringen

Enligt Folkhälsomyndighetens planeringsstöd handlar en utvärdering av pandemihantering om att på ett strukturerat sätt gå igenom händelseförloppet och de åtgärder och insatser som vidtagits. Genom att analysera resultatet, och jämföra med planerat och förväntat utfall, kan viktiga lärdomar dras och utgöra ett underlag för att utveckla beredskapsplaneringen. En utvärdering kan också bidra med att förbättra en framtida pandemihantering.[109]

I utvärderingar av kriser studeras ofta förloppet av en kris. Verksamheter bör därför ta fram tidslinjer som visar händelseförloppet och hur beslut har fattats. Exempel på åtgärder som bör utvärderas i fråga om pandemihantering är övervakning, samverkan och samordning av olika smittskyddsåtgärder. Även effekten av åtgärderna, både på kort och på lång sikt, ska ingå i en utvärdering.

Enligt Folkhälsomyndighetens planeringsstöd kan utvärderingen antingen vara processinriktad (t.ex. utformad för att illustrera ett implementeringsförlopp), mål- och resultatinriktad eller med syfte att bedöma olika aktiviteters relevans för att lösa ett grundläggande problem (t.ex. kontrollera ett utbrott). Vid en mer omfattande utvärdering av en pandemi är det även viktigt att fastställa centrala problemområden, syftet med utvärderingen och dess utformning och genomförande samt hur utvärderingens resultat ska användas.

[109] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 42.

Enligt WHO stärks pandemiberedskapen genom kunskaper från forskning och samverkan med globala och nationella organisationer

WHO lyfter i en rapport vikten av global forskning för att bygga vidare på lärdomarna från covid-19-pandemin.[110] Global forskning har spelat en nyckelroll för att ta fram motåtgärder såsom vaccin mot covid-19 och den har varit avgörande för att dra nytta av pågående forskning under covid-19-pandemin. Eftersom man kan räkna med utbrott av nya smittämnen är det viktigt att dra lärdomar från covid-19-pandemin genom att bygga vidare på kunskaper från forskningen och genom att samverka med globala och nationella organisationer för att kunna ta fram mekanismer och aktiviteter som kan stärka motståndskraften mot framtida pandemier. WHO identifierade tio nyckelområden som kan förbättra, prioritera och stärka forskningens roll för beredskap för pandemiska hälsohot. Många av de aktiviteter som presenteras i rapporten utgör en del av ramverket som WHO tog fram 2023 som avser beredskap och hantering av hälsohot.[111]

Som beskrivits i avsnitt 10.2.4 tog WHO fram ett ramverk för beredskap, hantering och resiliens, med anledning av covid-19-pandemin.[112] Ramverket fokuserar på att stärka länders förmåga att förbereda sig för, förebygga, upptäcka och hantera pandemihot. Det handlar dock inte bara om att förbereda och förhindra nästa pandemi. I ramverket konstateras att flera hot mot hälsan ökar och förvärras av systemiska sårbarheter som samverkar med och förstärker varandra. Enligt WHO finns därför ett skyndsamt behov av åtgärder för att skydda samhällen och stärka länders kapacitet att ha beredskap för att kunna hantera nuvarande och framtida hälsokriser.

[110] World Health Organization. Global Research and Innovation for Health Emergencies. Building the world's resilience against future outbreaks and pandemics. R&D Blueprint. 2023.
[111] World Health Organization. Global Research and Innovation for Health Emergencies. Building the world's resilience against future outbreaks and pandemics. R&D Blueprint. 2023, s. 100–101.
[112] World Health Organization. Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience. 2023.

Coronakommissionen ansåg att Folkhälsomyndigheten eller annan förvaltningsmyndighet ska ha ett lagstadgat utvärderingsuppdrag

Coronakommissionen menade att uppgiften att genomföra utvärderingar, dra lärdomar från hanteringen som omvandlas till åtgärder och sedan implementera dessa i verksamheten inte är reglerad i de lagar eller förordningar som ger ramarna för arbetet med krisberedskap.[113]

I fråga om pandemiberedskap framhöll kommissionen att ett stort antal aktörer på olika nivåer har ansvar för smittskydd och pandemihantering, men ingen aktör har ett ansvar för att följa upp och stödja dessa aktörers pandemiberedskap eller pandemiplaner, inklusive deras lagerhållning och personalförsörjning. Kommissionen ansåg att Folkhälsomyndigheten eller annan central förvaltningsmyndighet borde få ett tydligt och lagstadgat sådant uppdrag.[114]

MSB:s jämförelse av länders hantering av covid-19 indikerade betydelsen av beredskapsplanering

MSB initierade en länderjämförelse när covid-19-pandemin pågick. Det gick inte att dra slutsatser om länders olika hantering eftersom det var svårt att jämföra länders åtgärder vars utfall till stor del var kontextberoende. Några generella slutsatser kunde dock dras. En sådan är att beredskap är en del av de delar som bör finnas på plats innan en pandemi. Det konstaterades att pandemiplaner finns, men de behöver utvecklas. De behöver omfatta andra typer av pandemier än influensapandemier och de behöver övas. Nästa kris som drabbar hälso- och sjukvården behöver inte heller vara en pandemi, utan kan avse alltifrån ett angrepp mot landet till ett långvarigt elavbrott som påverkar sjukvårdens försörjningskedjor. Därför behöver beredskapsplaneringen omfatta även denna typ av händelser. Vidare bedömdes det finnas ett behov av att utvärdera och utveckla IHR 2005, så att det blir en hjälp i den stund risken för en pandemi eller annan hälsorelaterad påfrestning uppstår någonstans i världen. Slutligen kräver beredskap resurser, vilket innebär att när resurser investeras i en viss typ av förberedelse kan det saknas resurser till att genomföra andra förberedelser. Det gäller inte bara hälso- och sjukvården som

[113] SOU 2022:10 volym 2 s. 309.
[114] SOU 2021:89 volym 1 s. 43.

behöver öva och förbereda sig inför hälsorelaterade kriser, utan beredskapsbehovet gäller alla verksamheter för framtida påfrestningar oavsett vilken påfrestning som det kan handla om.[115]

Skogsbrandutredningen pekade på behovet av ett utvärderingssystem

Skogsbrandutredningen konstaterade att utvärderingsinsatserna med anledning av skogsbranden i Västmanland 2014 var synnerligen omfattande, vilket var förståeligt. Men den utredningen ställde frågan varför de utredningar som görs på uppdrag av berörda aktörer och andra offentliga aktörer inte samordnades, bl.a. för att uppnå kostnadseffektivitet. Förberedelser inför och insatser under en allvarlig olycka eller kris förväntades ske genom samverkan, vilket också delvis skulle kunna omfatta en utvärdering av en sådan händelse och öka förståelsen för eventuella förbättringsåtgärder och viljan att implementera dessa. Enligt den utredningen förutsatte detta att det skapas ett nytt system för utvärdering. Ett sådant system borde bl.a. bygga på förberedda strukturer och ett tydligt mandat, både vad gäller själva utvärderingarna och kraven på implementering av eventuella förändringar. I syfte att säkerställa förtroendet för utvärderingarna borde den som genomför utvärderingen vara oberoende och ledas av en utomstående person samtidigt som representanter för berört verksamhetsområde bör ingå i organet. Dessa representanter fick dock inte vara jäviga och de borde åtnjuta ett högt förtroende bland berörda aktörer.[116]

[115] MSB. Att jämföra hur olika länder klarar en pandemi. Lärdomar och utmaningar. 2021, s. 16 och 17.
[116] Rapport från Skogsbrandsutredningen. 2015, s 150.

10.5 Utgångspunkter för en nationell strategi för hantering av pandemier

Bedömning: Följande utgångspunkter är centrala för en nationell strategi för hantering av pandemier eller annan omfattande smittspridning:

- gällande regelverk, styrdokument och aktuella kunskapsunderlag,
- långsiktighet och en generisk ansats,
- aktörers ansvarsområden och uppgifter för att hantera en pandemis alla faser är tydliga,
- en bred involvering av aktörer i strategiarbetet,
- en välfungerande samverkan mellan aktörer,
- åtgärder i en nationell strategi bör kunna följas upp,
- avsatta resurser för strategiarbete kan underlätta styrning och uppföljning.

En nationell strategi för hantering av pandemier eller annan omfattande smittspridning bör enligt utredningens bedömning ha övergripande mål och fokusområden som håller över tid och utgår från regelverk i normalläge. Även om en nationell strategi bör vara långsiktig kan det samtidigt uppstå behov av uppdateringar utifrån ändrat kunskapsläge, revideringar i nationella eller internationella regelverk eller andra ändrade förutsättningar. Det betyder att en nationell strategi för hantering av pandemier bör revideras med regelbundenhet, exempelvis var tredje år.

Av utredningens direktiv framgår bl.a. att förebyggande, upptäckt och hantering av nästa pandemi är en tvärsektoriell fråga som involverar flera myndigheter och andra offentliga aktörer. Vidare bör en strategi beakta alla relevanta sektorers del i pandemiberedskapen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer. En sådan strategi bör beslutas av regeringen.

Utredningen bedömer att det finns vinster med att ur ett brett perspektiv involvera aktörer i arbetet med att både ta fram och imple-

mentera en nationell strategi. Eftersom det är regeringen som beslutar om en nationell strategi för hantering av pandemier så bör flera aktörer involveras i att genomföra och vidareutveckla strategin i form av t.ex. en handlingsplan. På så sätt ökar möjligheten för en god förankring och därmed en strategi som håller över tid.

Nedan följer några övergripande utgångspunkter som utredningen har identifierat som centrala för en sådan strategi.

10.5.1 En nationell strategi bör utgå ifrån gällande regelverk, styrdokument och aktuella kunskapsunderlag

En nationell strategi ska enligt utredningens direktiv utgå från de regelverk, dokument och aktuella kunskapsunderlag som är styrande för pandemiberedskap och pandemihantering. Några centrala regelverk är IHR 2005 och tillhörande IHR-lag, hälsohotsförordningen och beredskapsförordningen, se avsnitt 3.3, 3.4.1 och 10.2 för en närmare redovisning. Utredningen har också översiktligt gått igenom några nationella strategier som behandlar olika typer av kriser. Regeringens nationella säkerhetsstrategi är ett exempel på en sådan strategi, där epidemier och pandemier beskrivs som ett exempel på icke-aktörsdrivna hot.[117]

Som nämnts ovan behöver en strategi revideras regelbundet.

10.5.2 En nationell strategi bör bygga på långsiktighet och ha en generisk ansats

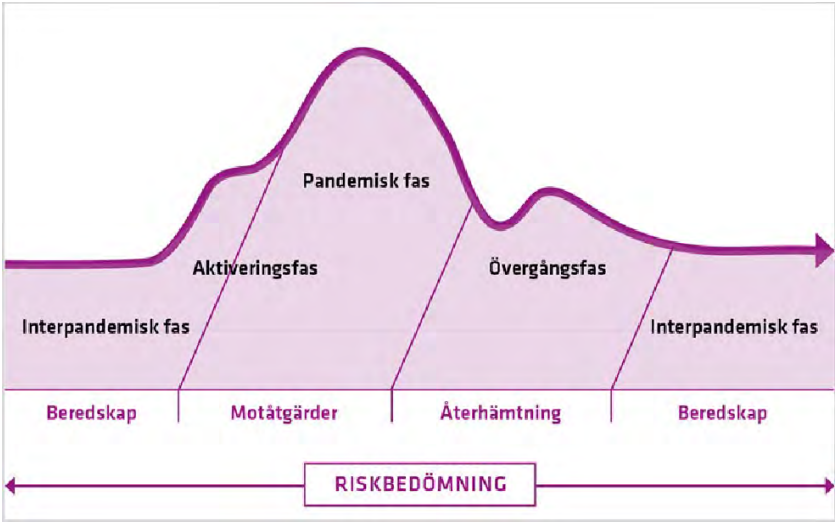
En nationell strategi för hantering av pandemier bör bygga på långsiktighet och en generisk ansats eftersom det inte går att förutse när nästa pandemi eller situation med annan omfattande smittspridning kommer att uppstå eller vilket smittämne det kommer att handla om. Vidare bör en strategi syfta till att säkerställa god beredskap för att hantera en pandemis alla faser, dvs. både beredskap inför nästa pandemi (interpandemisk fas) och hantering av en hotande eller pågående pandemi (aktiveringsfas, pandemisk fas och övergångsfas).

Pandemiberedskapen är mest effektiv om den bygger på allmänna principer som styr beredskapsplaneringen oavsett typ av hälsohot. Det innebär bl.a. att pandemiberedskap, åtgärder och utvärdering

[117] Skr. 2023/24:163 s. 14.

bör bygga på generiska beredskapsstrukturer, mekanismer och planer. I möjligaste mån bör pandemiberedskapen syfta till att stärka befintliga strukturer och system snarare än att utveckla nya. I de fall nya strukturer och system aktiveras under en pandemi bör de ha etablerats, testats och utvärderats under den interpandemiska fasen.[118,119] Utredningen pekar t.ex. på behovet av ett utvecklingsarbete för att förbättra nationella och regionala it-system och data för t.ex. testning och smittspårning. Vi menar att sådant arbete bör initieras och användas redan i ett normalläge, dvs. under interpandemisk fas, vilket vi behandlar i kapitel 8 (avsnitt 8.11.1). Genom att utveckla, testa och använda system i normalläge säkerställer man beredskap i händelse av omfattande smittspridning. Systemen bör även testas för storskalig användning för att säkerställa funktionaliteten i en sådan situation.

Figur 10.1 Möjligt smittspridningsförlopp vid en pandemi



Anm.: Med motåtgärder avses smittskyddsåtgärder.
Källa: Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023.

[118] European Centre for Disease Prevention and Control. Guide to revision of national pandemic influenza preparedness plans – Lessons learned from the 2009 A(H1N1) pandemic. Stockholm: ECDC. 2017.
[119] European Centre for Disease Prevention and Control. Why is pandemic preparedness planning important? Hämtat 2024-11-25 från https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/preparedness/why-pandemic-preparedness.

Det kan ur ett styrningsperspektiv vara vanskligt med många fokusområden, och alltför detaljerade åtgärder, i en nationell strategi. Det kan bli svårt att överblicka och frågor om prioriteringar kan uppstå. Det som också talar emot en alltför detaljerad nivå är att fokusområdena och åtgärderna ska förankras av ett antal aktörer. Omvänt kan alltför vaga målformuleringar i en strategi leda till tolkningsproblem för berörda aktörer.

Det gäller enligt utredningens bedömning att från början hitta en välavvägd och rimlig mängd fokusområden för att de ska kunna hålla över tid, och därmed underlätta för en ändamålsenlig styrning. Då behöver inte heller fokusområdena ha någon inbördes prioritering.

10.5.3 Aktörers ansvarsområden och uppgifter bör vara tydliga i normalläge för att hantera en pandemis alla faser

Som framgått i tidigare kapitel (avsnitt 6.1) bygger den svenska krisberedskapen på tillämpningen av ansvarsprincipen. Den innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar även under en kris. I ansvaret ligger att i förebyggande syfte vidta de åtgärder som krävs för att skapa robusthet och förmåga att hantera en kris även när kunskapsläget är ofullständigt. Principen innebär även ett ansvar för varje aktör att samverka med andra, ofta sektorsövergripande.

När det gäller pandemier bör aktörers ansvarsområden och uppgifter vara tydliga i normalläge för att hantera en pandemis alla faser. Det gäller särskilt när övergången sker från beredskapsläge till hantering. Inför denna övergång är det centralt att befogenheterna och ansvarsfördelningen mellan regeringen och de myndigheter som ansvarar för smittskyddet – i första hand Folkhälsomyndigheten – är klarlagd och tydlig. Befogenheter och ansvar vid pandemihantering handlar till stor del om vem som fattar beslut av olika samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för att motverka smittspridning och förhindra att nya smittkedjor uppstår i samhället.

Ett tydliggörande av aktörers ansvarsområden och uppgifter och därmed beslutsfattande hanteras bl.a. genom att det finns en uppbyggd författningsberedskap, vilket vi lämnar förslag på i detta delbetänkande. Enligt utredningens uppfattning bör frågor som rör ansvar och beslutsfattande också inkluderas i en nationell strategi

för pandemiberedskap, särskilt när regelverk och kunskapsläge kan ändras över tid. Vi grundar också den bedömningen på att erfarenheter från tidigare kriser återkommande visat att det finns otydligheter i ansvarsförhållanden när myndigheter och övriga offentliga aktörer såsom regioner och kommuner ska samverka med varandra vid krishantering.

10.5.4 Strategiarbetet bör involvera många aktörer

Att inkludera relevanta aktörer i arbetet med att ta fram en nationell strategi ökar förutsättningarna för att strategin, liksom de åtgärder som ingår i den, förankras i aktörernas respektive verksamheter. Strategier är inget formellt styrinstrument men kan, rätt utformade, ha en viktig styrande funktion i sakfrågor som är tvärsektoriella och som omfattar många aktörer.

Det är framför allt Folkhälsomyndigheten, smittskyddsläkare, regioner och kommuner, privata vård- och omsorgsgivare, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Läkemedelsverket som operativt och ur ett smittskyddsperspektiv hanterar en pågående pandemi. Men också länsstyrelserna och IVO har en operativ uppgift i fråga om tillsyn liksom MSB gällande krissamordning och kommunikation. Vid utbrott av zoonotisk smitta har SVA och Jordbruksverket operativa uppgifter. SKR har i första hand en viktig samordnande funktion. Dessa offentliga aktörer har av den anledningen en mycket viktig roll i arbetet med både beredskap och hantering och därmed för ett strategiarbete. Men många ytterligare aktörer såsom andra myndigheter, näringsliv och civilsamhälle är centrala för pandemihantering. Det innebär att många aktörer måste ha en god beredskap för att, inom sin verksamhet, kunna hantera en pågående kris. Som en del av en sådan beredskap avses bl.a. att identifiera samhällsviktig verksamhet och att kontinuitetsplanera, dvs. att planera för att upprätthålla sin verksamhet på en tolerabel nivå oavsett störning.[120]

En pandemi kan få djupgående konsekvenser för både människor och samhälle, däribland för t.ex. samhällsekonomin, försörjningsberedskapen i stort och för samhällsviktiga verksamheter, vilket bör återspeglas i en nationell strategi för hantering av pandemier. Detta

[120] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 43 och 44.

kan göras genom en bred involvering av berörda aktörer och i ett förebyggande och förberedande syfte.

10.5.5 En välfungerande samverkan är central för både pandemiberedskap och pandemihantering

En nationell strategi som är tvärsektoriell förutsätter en välfungerande samverkan. Med samverkan avses här ett arbetssätt som medger att olika aktörer tillsammans kan bidra till att stärka beredskapen inför och att operativt hantera pandemier. Detta eftersom ett stort antal aktörer berörs på nationell, regional och lokal nivå såsom myndigheter, länsstyrelser, regioner, kommuner och företag.

Genomförd samverkan har vid tidigare kriser ofta visat sig få begränsad nytta. Det gäller särskilt när samverkande myndigheter inte har beslutsmandat eller inte är överordnad någon annan. Detta kan vara fallet även om ansvarsfördelningen mellan aktörerna bedöms vara tydlig i ett normalläge. Ett återkommande problem är att myndigheternas olika regelverk har lett till tolkningsproblem och försvårat samverkan. Det har också varit fallet att samverkan i en krissituation inte har prioriterats eftersom myndigheten har fokuserat på sitt kärnuppdrag i stället.

Vad krävs för en utvecklad samverkan?

En välfungerande samverkan under en pågående pandemi förutsätter enligt utredningens bedömning att det finns en etablerad och utvecklad samverkan i ett normalläge, dvs. under en interpandemisk fas. En sådan samverkan i ett normalläge bidrar till snabbare beslutsvägar i en krissituation, och har etablerade former för informationsutbyte mellan involverade aktörer med upparbetade kanaler, rapporteringsvägar och informationsvägar. Vidare bör samverkan innehålla aktiviteter på en konkret nivå, t.ex. gemensamma övningar eller genom att gemensamt utveckla sina beredskapsplaner. Ett övergripande syfte med sådana operativa insatser bör vara att reda ut verksamheternas ansvar, uppgifter och roller vid kriser för att hantera oklarheter eller minska eventuella missförstånd i fråga om dessa delar.

Synpunkter om samverkan som har framkommit under utredningens arbete

Det som har framkommit under utredningens arbete och inom ramen för de referensgruppmöten[121] som har ägt rum i fråga om samverkan är bl.a. följande:

Myndighetssamverkan är viktig, men det finns utmaningar på regional och lokal nivå som i vissa krissituationer kräver en tydlig nationell styrning. Ett exempel på det kan hämtas från covid-19-pandemin i fråga om smittlägen som hade stor samhällspåverkan. En synpunkt som fördes fram var att regioner i sådana situationer kunde tolka sina uppdrag på så olika sätt att det sammantaget uppfattades leda till en ojämlik och ineffektiv pandemihantering. I sådana situationer fanns det därför en förväntan på en tydlig nationell styrning. Samtidigt kunde det finnas behov av ett lokalt perspektiv. Ett lokalt perspektiv bör också finnas i det fortsatta arbetet med en nationell strategi för hantering av pandemier.

Samverkan bör bygga på gemensamma grunder och utgångspunkter som handlar om hur man ska hantera kriser. Det bör finnas gemensamma förhållningsregler, men utan att de går utanför varje myndighets eller verksamhets mandat. Det uppkommer ständigt nya frågor i en kris. Av den anledningen bör man använda den befintliga strukturen för samverkan, det finns bl.a. ett framtaget ramverk för ledning och samverkan.[122] Regionalt är man också beroende av att det finns en nationell samverkan som möjliggör för ett naturligt informationsutbyte åt båda håll.

Vidare bör en strategi ha en generisk ansats och utgå ifrån befintliga samverkansstrukturer. Behov av särskild samverkan kan finnas avseende särskilda händelser men de kan hanteras i det befintliga systemet för krisberedskap.

Det saknas nationella samverkansgrupper ur ett bredare beredskapsperspektiv i fråga om smittskyddsfrågor. Samverkan inom smittskydd sker främst mellan de regionala smittskydden och Folkhälsomyndigheten, samt inom bl.a. vårdhygien- och antibiotikaresistensfrågor. Det finns även etablerade nationella samverkansgrupper inom zoonosberedskap (Zoonosrådet som är en långsiktig och

[121] Utredningens referensgruppmöte 2024-09-23 och 2024-09-27.
[122] MSB. Gemensamma grunder – ramverk för ledning och samverkan. Hämtat 2024-12-16 från https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/gemensamma-grunder--ramverk-for-samverkan-och-ledning.

kontinuerlig samverkan och Zoonossamverkan vid kris eller akuta händelser, se avsnitt 10.3.2), antimikrobiell resistens (AMR) och inom vårdhygien.

Utöver ovanstående synpunkter har också framkommit vid utredningens referensgruppmöten att följande delar är viktiga för en utvecklad samverkan:

– Etablerade samverkansgrupper är centralt för en utvecklad samverkan. Det behövs också stöd för hur vissa frågor ska hanteras av aktörer vid samverkan. Bl.a. efterfrågas utvecklade vägledningar om t.ex. hur aktörer ska hantera osäkerhet vid utbrott och olika smittlägen.
– Några myndigheter bör få ett tydligt beslutsmandat för att kunna ”peka med hela handen” i en krissituation. Myndigheters olika regelverk uppfattades vara en bidragande orsak till en otydlig nationell styrning i flera situationer.
– Informations- och datadelningen bör vara mer ändamålsenlig i fråga om tillgång till information och data som har betydelse för syftet. Det kan handla om att kunna utbyta känslig information mellan myndigheter. I vissa fall behöver informationen kunna vara begränsad, t.ex. för smittskyddsfrågor som rör Försvarsmakten.
– Det bör finnas fungerande rapporteringsvägar däribland systemtekniska lösningar som möjliggör för en effektiv och säker rapportering. Vidare bör det i samverkansstrukturerna också finnas upparbetade kontakter eller utsedda nyckelpersoner för att samverkan ska fungera i en krissituation.

10.5.6 Åtgärder i en nationell strategi bör kunna följas upp

Åtgärder i en nationell strategi bör vara utformade så att det går att följa upp dem i syfte att bedöma deras resultat sett till konsekvenser och kostnader. Om åtgärderna är på en övergripande nivå bör det gå att operationalisera dessa till en nivå som anger vilka specifika insatser som det kan handla om.

En förutsättning för en utvecklad uppföljning av en nationell strategi är att det finns på förhand valda indikatorer baserade på en

gemensam terminologi. Det gäller för uppföljning av de åtgärder som avser pandemiberedskap.

I fråga om pandemihantering behövs t.ex. en kontinuerlig uppföljning och utvärdering av de smittskyddsåtgärder som blir aktuella för att hantera en pågående smittspridning. Det behöver göras avvägningar vid varje beslut om lämplig smittskyddsåtgärd för att begränsa smittspridningen under pandemins olika faser, se avsnitt 10.9.3.

10.5.7 Avsatta resurser för strategiarbete kan underlätta styrning och uppföljning

En tydlig finansiering av arbetet med strategin kan bidra till en förbättrad styrning och uppföljning. Det förutsätter dock att åtgärderna eller aktiviteterna som ska genomföras för att bidra till målet med en strategi är formulerade på ett sådant sätt så att de går att följa upp med hjälp av indikatorer. Med en tydlig finansiering menas avsatta resurser för strategiarbetet enligt regleringsbrev eller i regeringsuppdrag och inte som en ospecificerad del av myndigheternas förvaltningsanslag. En sådan ordning kan tydliggöra vikten av arbetet med en nationell strategi i förhållande till verksamheternas/myndigheternas övriga uppgifter, och bidra till en bättre uppföljning, vilket har uppmärksammats av både Statskontoret[123] och Riksrevisionen[124].

10.6 Vissa avgränsningar i en nationell strategi för hantering av pandemier

Bedömning: Utredningen har identifierat en rad områden som är viktiga för det strategiska arbetet med hantering av pandemier, men som avgränsas bort i underlaget till en nationell strategi. Den främsta anledningen är att det pågår ett större reformarbete i dessa delar.

[123] Statskontoret. Strategier och handlingsplaner. Ett sätt för regeringen att styra?, 2016.
[124] Riksrevisionen. Regeringens styrning av samhällets informations- och cybersäkerhet – både brådskande och viktig (RiR 2023:8). 2023.

De områden som inte behandlas specifikt som fokusområden i strategin är följande:

- försörjningsberedskap i stort,
- förebyggande hälsofrämjande åtgärder, och
- internationellt samarbete och stöd till länder.

En central fråga är hur pandemiberedskapen ska ses i förhållande till krisberedskapen i övrigt. Samhällets krisberedskap regleras i lagar och förordningar, däribland beredskapsförordningen. Ansvarsförhållandena styrs bl.a. av grundläggande principer om ansvar, likhet och närhet, som beskrivits närmare i avsnitt 6.1. Det finns många gemensamma delar mellan pandemiberedskap och samhällets krisberedskap såsom betydelsen av välunderbyggda planeringsunderlag, riskvärderingar, övningar och samverkan, som bör inkluderas i det strategiska pandemiarbetet. Men det finns även unika delar, vilket motiverar bl.a. en fristående strategi för hantering av pandemier. En pandemi är enligt utredningens uppfattning en kris med omfattande konsekvenser för både människor och samhälle, och som kan pågå under lång tid. Detta perspektiv bör genomsyra en nationell strategi.

Utredningen har identifierat en rad områden som är viktiga för det strategiska arbetet med pandemiberedskap och -hantering men som vi inte avser att inkludera som specifika fokusområden i vårt underlag till en nationell strategi. Den främsta anledningen är att det pågår ett större reformarbete i dessa delar. Områdena beskrivs i det följande.

10.6.1 Det pågår ett reformarbete inom försörjningsberedskap för att stärka vårdens kapacitet

Försörjningsberedskap i syfte att stärka vårdens kapacitet är grundläggande för pandemiberedskapen. Utredningen lämnar flera förslag som syftar till att stärka laboratorieberedskapen. Det pågår ett omfattande reformarbete med att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap överlag för att hantera fredstida kriser, höjd beredskap samt krig, vilket beskrivs i kapitel 8 (avsnitt 8.2.10). Vår bedömning är att det pågående reformarbetet med att stärka försörjningsberedskapen också kan stärka pandemiberedskapen. Några sådana kom-

ponenter är möjlighet att lagerhålla eller omfördela kritiska sjukvårdsprodukter under en fredstida kris som en pandemi, att bygga upp ett visst beredskapslager samt i övrigt stärka vårdens kapacitet inför sådana situationer.

Det pågår också ett arbete med att stärka försörjningsberedskapen ur ett bredare perspektiv, t.ex. i fråga om Sveriges samlade behov av försörjningsviktiga varor och tjänster.[125] Med försörjningsberedskap avses förmåga att både upprätthålla samhällsviktiga funktioner och att förse befolkningen med de varor och tjänster som krävs för att upprätthålla liv och hälsa. Covid-19-pandemin visar att företag med internationella transportkedjor behöver planera för att transporter kan komma att påverkas av en pandemi, bl.a. genom gränsregler kring karantän och testning, krav på vaccination eller att tillgången till sjukvårdsprodukter minskar pga. hastigt ökad global efterfrågan.

MSB har tagit fram vägledningar[126] och en strategi[127] för försörjningsberedskap. Strategin kan ses som ett ramverk och en inriktning för att utveckla det gemensamma arbetet för försörjningsberedskapen med fokus på samverkan. Den kan användas som utgångspunkt i verksamhetsplaneringen för MSB och andra myndigheter, företag och organisationer. Strategin revideras regelbundet utifrån regeringens styrning och det reformarbete som pågår på området.

10.6.2 Förebyggande hälsofrämjande åtgärder

Utredningen har övervägt om förebyggande hälsofrämjande åtgärder kan vara ett fokusområde för en nationell strategi för hantering av pandemier. Utredningen bedömer att förebyggande hälsofrämjande åtgärder är en central del inom ramen för folkhälsopolitiken och Folkhälsomyndighetens huvudsakliga uppgifter. Ett exempel på en förebyggande åtgärd med bäring på hantering av hälsohot är arbetet mot antibiotikaresistens. Det arbetet behandlas dock i en egen nationell strategi.

Av dessa skäl bedömer utredningen att dessa eller andra förebyggande hälsofrämjande åtgärder inte behöver ingå specifikt i utredningens underlag för en nationell strategi för hantering av pande-

[125] SOU 2023:50.
[126] Bl.a. MSB. Planering för försörjning av varor och tjänster. En vägledning till myndigheter för höjd beredskap och krig. 2021.
[127] MSB. Strategi för försörjningsberedskap. 2021.

mier. Vi redogör i korthet för några förebyggande hälsofrämjande åtgärder som har behandlats.

Att behålla en god och jämlik folkhälsa är centralt och en del av det långsiktiga förebyggande och hälsofrämjande arbetet

En god och jämlik folkhälsa är centralt för att förebygga hög sjuklighet och dödlighet i befolkningen under en pandemi eller annan omfattande smittspridning. En befolkning med hög grundsjuklighet kan också leda till ett ansträngt läge för hälso- och sjukvården i en situation då kapaciteten inte räcker till.

Folkhälsa bestäms av en rad faktorer såsom individers livsvillkor och levnadsförhållanden samt sociala nätverk och levnadsvanor. En ojämlik hälsa beror på att förekomsten av hälsofrämjande respektive ohälsosamma bestämningsfaktorer skiljer sig mellan grupper i befolkningen och att faktorerna påverkar vissa grupper i högre grad än andra. En pandemi kan öka befintliga ojämlikheter i ohälsa och dödlighet på ett övergripande plan, och kan tänkas få flera allvarliga konsekvenser för hälsan både direkt och indirekt. Några konsekvenser av en pandemi kan vara:

– en ökad risk för psykisk ohälsa,
– negativa förändringar i livsvillkor och levnadsvanor, och
– en ökad risk för negativa hälsokonsekvenser bland barn som lever i familjer med sämre sociala och ekonomiska förhållanden.[128]

Folkhälsomyndigheten har i en rapport analyserat hur folkhälsan har påverkats av covid-19-pandemin. Slutsatsen är att ojämlikheterna i hälsa består och har i vissa fall ökat över tid. Myndighetens bedömning är att pandemins konsekvenser kan komma att förstärka dessa ojämlikheter. Eftersom rapporten togs fram 2021 var det för tidigt för att avgöra pandemins fulla effekt på folkhälsan. Myndigheten menade att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver stärkas och prioriteras för att behålla en god folkhälsa och minska ojämlikheterna.[129]

[128] Folkhälsomyndigheten. Insatser vid nya utbrott av covid-19. Regeringsuppdrag. 2020, s. 21.
[129] Folkhälsomyndigheten. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. 2021.

Vaccinationer i hälsofrämjande syfte

Förebyggande åtgärder omfattar alla aktiviteter som syftar till att minimera bördan av hälsohot och mildra riskfaktorer. Vaccination är en central förebyggande medicinsk åtgärd och som förhindrar spridning av infektionssjukdomar, minskar allvarlig sjukdom, sjukhusinläggningar och dödsfall. Det finns dock en skillnad i fråga om vaccinationer i hälsofrämjande syfte, dvs. i normalläge, och vacciner som en medicinsk smittskyddsåtgärd under en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Vi har valt att inkludera vaccin i en nationell strategi i beredskapssyfte inför en pandemi eller situation med annan omfattande smittspridning, se avsnitt 10.8.6.

Arbetet med antibiotikaresistens har en egen nationell strategi

Ett annat exempel på förebyggande åtgärd med bäring på hantering av hälsohot är arbetet mot antibiotikaresistens. Antibiotikaresistens är ett växande gräns- och sektorsöverskridande hot mot människors och djurs hälsa, och arbetet mot antibiotikaresistens behandlas i en nationell strategi. Strategin ligger till grund för Sveriges arbete med att bromsa uppkomst och spridning av antibiotikaresistens, och att förebygga och hantera dess konsekvenser. En uppdatering gjordes 2024 utifrån hur förutsättningarna för arbetet mot antibiotikaresistens har förändrats under senare år i Sverige, inom EU samt globalt.[130]

10.6.3 Internationellt samarbete

Internationellt samarbete kan utgöra ett specifikt fokusområde för en nationell strategi för hantering av pandemier. Ett internationellt samarbete innebär både ett förebyggande arbete i syfte att stärka pandemiberedskapen och operativa insatser för att hantera en pågående pandemi, såsom att Sverige både kan ge och ta emot materiellt stöd, t.ex. personlig skyddsutrustning, läkemedel och vaccin.

Utredningen bedömer att internationellt samarbete är en etablerad del i flera myndigheters uppgifter inom både folkhälsa och smittskydd, och lyfts också särskilt inom ramen för det strategiska arbetet med svenskt bistånd. Av den anledningen har vi valt att inte inklu-

[130] Regeringskansliet. Nationell läkemedelsstrategi 2024–2026. 2024.

dera internationellt samarbete som ett särskilt fokusområde för en nationell strategi för hantering av pandemier.

Vi redogör nedan för några delar av det pågående arbetet i fråga om internationellt samarbete inom folkhälsa och smittskydd.

Folkhälsomyndighetens uppgifter

Folkhälsomyndigheten har i uppgift att följa och medverka i folkhälsoarbetet inom EU och på internationell nivå såsom WHO, och andra FN-organ. På EU-nivå sker ett omfattande samarbete med ECDC. Folkhälsomyndigheten deltar också i genomförandet av Sveriges politik för global utveckling, förkortad PGU. Myndigheten och Sida ingick i oktober 2024 en överenskommelse för att stärka samarbetet inom global hälsa och internationellt utvecklingssamarbete. Överenskommelser är en del av regeringens reformagenda för biståndet och Sidas verksamhetsstrategi, i syfte att förbättra hälsan för de mest utsatta i låginkomstländer.

Flera internationella samarbeten inom smittskydd och djurhälsa

Flera internationella samarbeten bedrivs inom smittskydd och djurhälsa, både i fråga om global utveckling i låginkomstländer och inom ramen för forskning och utveckling. Ett antal myndigheter är delaktiga i genomförandet av PGU, med det övergripande målet att bidra till en rättvis och hållbar global utveckling och att bekämpa fattigdom i dess olika uttryck. Arbetet med antibiotikaresistens, smittsamma djursjukdomar och zoonoser är centralt för global utveckling och fattigdomsbekämpning. Myndigheter såsom SVA, Jordbruksverket, Livsmedelsverket och Sveriges lantbruksuniversitet (SLU) deltar i olika internationella forskningsprojekt med samarbetspartners i låginkomstländer, bl.a. i syfte att förbättra djurhälsa, livsmedelssäkerhet och minska antibiotikaresistens.[131]

[131] SVA. Global utveckling. Hämtat 2024-10-27 från https://www.sva.se/om-oss/verksamhet/agenda-2030-och-hallbar-primarproduktion/global-utveckling.

Regeringens reformagenda för biståndet

Som nämnts har regeringen tagit fram en reformagenda som anger den långsiktiga riktningen för det svenska biståndet. Sju tematiska prioriteringar anges i agendan varav ett avser området Förbättrad hälsa för de allra mest utsatta. En del av området handlar om att förhindra och bekämpa hälsohot, inklusive pandemier och antimikrobiell resistens. Mot bakgrund av covid-19-pandemin och andra hälsohot och kriser anges att regeringen bl.a. avser att:

– investera i stärkt beredskap mot hälsohot med fokus på förstärkt smittskydds- och folkhälsoarbete i låg- och medelinkomstländer,
– bidra till utvecklad lokal kapacitet i utvecklingsländer att tillverka vaccin och läkemedel,
– bidra till ökad medvetenhet, saklig informationsspridning, kapacitetsutveckling samt forskning och innovation för att förebygga och hantera hälsohot.[132]

Strategi för Sveriges samarbete med WHO

Det kan också nämnas att regeringen har tagit fram en strategi som ligger till grund för Sveriges samarbete med WHO för 2021–2025.[133] Strategin utgör en del av Sveriges genomförande av Agenda 2030 och FN:s globala mål för hållbar utveckling, och är styrande för Regeringskansliet och berörda utlandsmyndigheter i fråga om Sveriges samarbete med WHO på global, regional och nationell nivå. Syftet med strategin är att bidra till genomförandet av den svenska utvecklingspolitiken och att understödja svensk hälsopolitik, i linje med den svenska politiken för global utveckling och Agenda 2030.

De delar inom WHO:s arbete som Sverige har prioriterat under perioden avser bl.a. bättre skydd mot hälsokriser. Sverige ska verka för att stärka förmågan att bemöta gränsöverskridande hälsohot genom att uppmana WHO och dess partners att visa ledarskap och agera samordnat, samt verka för att samtliga medlemsstater fullt ut implementerar IHR. Vidare ska Sverige verka för att WHO, i arbetet

[132] Bilaga till II:1 A vid regeringssammanträde den 14 december 2023, Bistånd för en ny era Frihet, egenmakt och hållbar tillväxt, s. 11.
[133] Regeringskansliet. Strategi för Sveriges samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) 2021–2025, 2020.

med smittsamma sjukdomar, särskilt fokuserar på minskat antal nya sjukdomsfall samt prevention och övervakningssystem, nyckelgrupper och stärkande av nationella hälsosystem.

Vidare prioriteras samarbete kring hälso- och sjukvård. Sverige ska bl.a. verka för att WHO bidrar med förstärkt stöd till länders utveckling av hälso- och välfärdssystem och ökad tillgång till allmän hälso- och sjukvård, samt verka för en hållbar och jämlik tillgång till läkemedel och vaccin. Sverige ska fortsatt stödja WHO i arbetet mot antimikrobiell resistens enligt den globala handlingsplanen som finns på området.

10.7 En nationell strategi för hantering av pandemier

I detta avsnitt redovisar utredningen bedömningar och förslag på syfte, mål och övergripande struktur för en nationell strategi för hantering av pandemier. Med hantering avser vi både beredskapsåtgärder inför en pandemi (interpandemisk fas) och en pandemis samtliga delar, dvs. aktiveringsfas, pandemisk fas och övergångsfas.

Underlaget till en nationell strategi avser vidare inte enbart hantering av en fullskalig pandemi utan även andra situationer med omfattande smittspridning (se avsnitt 4.1.5).

10.7.1 Strategins syfte och mål

Förslag: Syftet med en nationell strategi för hanteringen av pandemier är att ange målen för samhällets hantering och hur de ska uppnås.

Samhällets mål vid en pandemi är att skydda människors liv och hälsa genom att begränsa smittspridningen och samtidigt begränsa andra negativa konsekvenser för individen och samhället.

Smittskyddsåtgärder ska i första hand bygga på frivillighet och en strävan att hålla samhället så öppet som möjligt.

Utredningen har till stor del utgått ifrån Folkhälsomyndighetens formulerade mål i fråga om pandemiberedskap och pandemihantering.[134] Enligt Folkhälsomyndighetens planeringsstöd för pandemi-

[134] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023.

beredskap är de övergripande målen med pandemiberedskap och pandemihantering att dels minimera dödlighet och sjuklighet i befolkningen, dels minimera övriga negativa konsekvenser för individen och samhället. Vidare framgår att pandemiberedskap syftar till att behålla och öka förmågan att förebygga och hantera pandemier. Den övergripande strategin för pandemihantering syftar enligt Folkhälsomyndigheten till att minska det totala antalet fall samt att vid ett givet tillfälle förskjuta oundvikliga fall för att inte belastningen på sjukvården ska bli för hög i förhållande till tillgängliga resurser. Om det går att skjuta sjukdomsfallen på framtiden finns också större chans att eventuella medicinska motåtgärder har blivit tillgängliga, så att man kan minska det totala antalet fall.[135]

Som framgått i avsnitt 10.5.2 bör en nationell strategi för hantering av pandemier bygga på långsiktighet. En strategi ska också fånga en pandemis samtliga faser, dvs. såväl beredskapsåtgärder under interpandemisk fas som hantering av en pandemi (aktiveringsfas, pandemisk fas och övergångsfas). Att skydda människors liv och hälsa innebär ytterst att minimera död och sjuklighet i en pandemisituation. Utredningen har valt en vidare formulering i fråga om samhällets mål vid en pandemi än vad som formuleras i Folkhälsomyndighetens planeringsstöd. Det främsta skälet är att vi vill betona vikten av förebyggande och förberedande arbete, långsiktighet och en bred involvering av aktörer. Vi bedömer att den föreslagna målformuleringen fångar dessa perspektiv och med samma syfte, dvs. att ytterst att minimera död och sjuklighet vid en pandemi.

Regeringen presenterade en åtgärdsplan för införande av smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin.[136] I planen redovisades övergripande principer för införandet av vissa smittskyddsåtgärder:

– Grundläggande fri- och rättigheter såsom mötes- demonstrations-, religions- och näringsfrihet gäller enligt grundlag och skyddet för dem ska alltid upprätthållas. Vidare ska EU-rättens bestämmelser om fri rörlighet värnas.

[135] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 25.
[136] Regeringskansliet. Regeringens åtgärdsplan för införande av smittskyddsåtgärder. 2021. Hämtat 2024-11-26 från https://www.regeringen.se/contentassets/fefde45c162544819deb7a1c52a24364/regeringens-atgardsplan-for-inforande-av-smittskyddsatgarder-2.pdf.

– Åtgärder för att minska smittspridningen av sjukdomen covid-19 får inte vara mer långtgående än vad som är nödvändigt för att värna människors liv och ha minsta möjliga påverkan på folkhälsan och samhället, dvs. åtgärderna ska vara proportionerliga sett till sitt syfte. Det måste också beaktas att ju längre tid en åtgärd är i kraft, desto starkare skäl krävs för att åtgärd ska betraktas som proportionerlig.
– Folkhälsomyndighetens expertkunskap och underlag är fortsatt viktiga för regeringen, så också i arbetet med att införa smittskyddsåtgärder.
– Smittläge och belastning i hälso- och sjukvården samt vaccinationsgrad i befolkningen är fortsatt vägledande för att avgöra när det är lämpligt att införa smittskyddsåtgärder.

De principer som regeringen lyfte fram i åtgärdsplanen är enligt utredningens uppfattning relevanta även för hantering av framtida kriser som orsakas av smittspridning. Vi anser att de åtgärder som vidtas bör, på motsvarande sätt som smittskyddet i övrigt, i första hand utgå från var och ens ansvarstagande och vilja att motverka en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom för att skydda sig själva och sina medmänniskor. Smittskyddsåtgärder bör således i första hand ha sin grund i frivillighet och strävan bör vara att hålla samhället så öppet som möjligt. Det bör emellertid finnas en bred palett av olika smittskyddsåtgärder som kan tillämpas på basis av aktuellt kunskapsläge kring riskgrupper, smittspridningens omfattning, vårdkapacitet, vaccinationsgrad och vaccinskydd. Kontinuerliga avvägningar inför varje beslut om åtgärd bör göras för att begränsa en omfattande smittspridning i samhället samtidigt som de negativa konsekvenserna för människor och samhälle begränsas (se avsnitt 10.9.3).

Utredningen tar fasta på att smittskyddslagen anger att smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Inskränkningar och begränsningar av fri- och rättigheter får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och inte sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen. Vidare bör åtgärderna ha minsta möjliga påverkan för den enskilde och samhället.

Utredningen vill poängtera att många av de beslut som måste fattas vid en pandemi avser inte bara smittskyddsåtgärder utan också beslut som spänner över stora delar av samhället. Det kan t.ex. röra sig om ekonomiska beslut från statens sida i syfte att upprätthålla vårdkapacitet samt beslut om ekonomiska stödåtgärder för att upprätthålla en fungerande samhällsekonomi. Det handlar således om att bl.a. säkerställa att vård och omsorg och annan samhällsviktig verksamhet kan bedrivas och att begränsa negativa effekter av en pandemi för såväl individer, företag och samhället i övrigt. Sådana åtgärder är helt avgörande för att kunna hålla samhället öppet så långt det är möjligt.

Vidare är ekonomiska förutsättningar, som möjliggör för offentliga aktörer att snabbt kunna vidta adekvata åtgärder, viktiga för en effektiv pandemihantering. Det bör således inte finnas några hinder att vidta sådana åtgärder under pågående pandemi eller annan omfattande smittspridning, som beror på ekonomiska begränsningar. Det är en aspekt som utredningen inte har behandlat specifikt inom ramen för vårt uppdrag, men som är möjlig att inkludera i det fortsatta arbetet med en nationell strategi för hantering av pandemier.

Enligt vår uppfattning bör det vara regeringen som fattar beslut om mer ingripande eller sektorsövergripande åtgärder för att hantera en samhällskris (se avsnitt 10.8.1). Vi har valt att inom ramen för just detta underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier i första hand avse smittskyddsåtgärder. Det hindrar inte att strategins innehåll kan breddas och fördjupas i det fortsatta arbetet.

Utredningen anser mot denna bakgrund att syftet med en nationell strategi för hanteringen av pandemier är att ange målen för samhällets hantering och hur de ska uppnås. Samhällets mål vid en pandemi är att skydda människors liv och hälsa genom att begränsa smittspridningen och samtidigt begränsa andra negativa konsekvenser för individen och samhället. Det bör framgå av strategin att smittskyddsåtgärder i första hand bör bygga på frivillighet och en strävan att hålla samhället så öppet som möjligt.

10.7.2 En nationell strategi för både pandemiberedskap och pandemihantering

Förslag: För att uppnå samhällets mål vid en pandemi ska en nationell strategi för hantering av pandemier bestå av två delar: pandemiberedskap och pandemihantering.

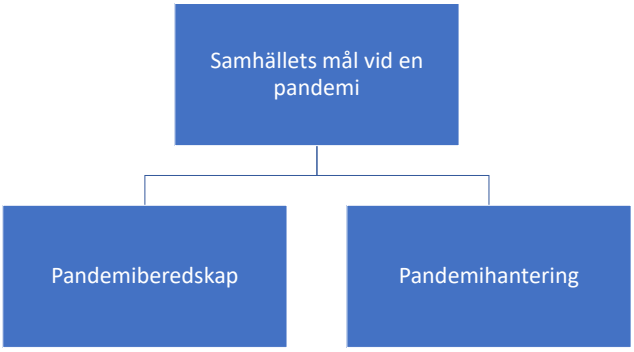
Enligt direktiven ska utredningen lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier. Som framgår ovan bedömer utredningen att syftet med en sådan strategi bör vara att bidra till att samhällets mål vid en pandemi uppnås. För att uppnå målet bedömer utredningen att strategin bör bestå av två delar, pandemiberedskap och pandemihantering. Vi tolkar också våra direktiv som att regeringen avser båda delar. Bl.a. framgår att en nationell strategi bör beakta alla relevanta sektorers del i pandemiberedskapen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer.

Med pandemiberedskap avser vi förebyggande och förberedande arbete som syftar till att stärka beredskapen inför framtida pandemier. Det arbetet bedrivs av berörda aktörer under den interpandemiska fasen. Vi bedömer att det förebyggande och förberedande arbetet är avgörande för en ändamålsenlig och effektiv pandemihantering. På så sätt bidrar beredskapsåtgärderna till att uppnå samhällets mål vid en pandemi.

Med pandemihantering avses det arbete som berörda aktörer bedriver under de aktiva faserna av en pandemi (aktiveringsfas, pandemisk fas och övergångsfas). Målet med det arbetet är att begränsa smittspridningen och andra negativa konsekvenser av pandemin för individ och samhälle. För att uppnå detta bör som vi beskrivit tidigare smittskyddsåtgärder i första hand bygga på frivillighet och en strävan att samhället kan hållas så öppet som möjligt.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att en nationell strategi för hantering av pandemier består av två delar: pandemiberedskap och pandemihantering. Detta för att uppnå samhällets mål vid en pandemi.

Figur 10.2 En nationell strategi för hantering av pandemier – struktur



Källa: Utredningens illustration.

10.7.3 En nationell strategi bör bygga på en bred involvering av aktörer

Bedömning: En nationell strategi för hantering av pandemier bör involvera relevanta aktörer för att återspegla att en pandemi är en samhällskris. En strategi bör fånga en sådan bredd och ses som ett ramverk för ett fortsatt och fördjupat arbete hos berörda myndigheter, regioner, kommuner och andra aktörer. I ett sådant arbete, som avser såväl beredskap som hantering, bör ingå att ta fram handlingsplaner med åtgärder och indikatorer eller mått för uppföljning.

En nationell strategi för hantering av pandemier bör enligt utredningens uppfattning ses som ett ramverk för ett fortsatt och fördjupat arbete hos berörda myndigheter och aktörer. Strategin får på så sätt en närmare förankring hos de aktörer och verksamheter som berörs, vilket i sin tur ökar möjligheterna till en bättre implementering av de åtgärder som kan vara aktuella i en handlingsplan på basis en nationell strategi (se avsnitt 10.5.4). En bred involvering av aktörer ökar även förutsättningarna för att strategin håller över tid, vilket återspeglar tanken med en nationell strategi (se avsnitt 10.5.2). Utredningen anser således att strategin bäst kan utvecklas genom att involverade aktörer tar fram handlingsplaner med åtgärder, aktiviteter och indikatorer eller mått för uppföljning. Strategin är långsiktig men ska samtidigt kunna revideras utifrån ändringar i

regelverk, kunskapsläge och erfarenheter från inträffade utbrott och situationer med omfattande smittspridning.

I utredningens direktiv anges att i en strategi bör beaktas det faktum att de flesta nya infektionssjukdomar hos människor har zoonotiskt ursprung, dvs. sjukdomar och smittämnen som kan spridas mellan djur och människor. Det betyder att förebyggande, upptäckt och hantering av framtida pandemier är en tvärsektoriell fråga som involverar flera myndigheter. Samtidigt konstaterar utredningen att även om nästa pandemi sannolikt kommer att ha ett zoonotiskt ursprung så måste smittämnet spridas effektivt mellan människor för att ett zoonotiskt utbrott ska utvecklas till en fullskalig pandemi (för en närmare redovisning, se avsnitt 4.4.5). Utredningen delar dock bedömningen att ett stort antal aktörer på olika sätt bör involveras i en nationell strategi för hantering av pandemier, vilket inkluderar samverkan kring smittämnen av zoonotiskt ursprung och zoonoser. Detta är också en synpunkt som har kommit utredningen till del via genomförda referensgruppmöten med myndigheter och aktörer.[137] Det är bl.a. de senaste årens utbrott med spridning av smittämnen hos både människor och djur som visar på ett behov av ett mer effektivt samarbete mellan myndigheter på djur- och humansidan för att förebygga och hantera zoonoser.

Utredningen bedömer mot ovanstående bakgrund att de myndigheter och organisationer som i huvudsak bör ingå i det fortsatta arbetet med strategin är Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, MSB, Arbetsmiljöverket, civilområdesansvariga länsstyrelser, Försvarsmakten, Jordbruksverket, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Skolverket, SVA, regioner, däribland deras smittskydd, kommuner, SKR, privata vård- och omsorgsgivare, samt andra myndigheter och organisationer som regeringen bedömer kan vara aktuella för det fortsatta strategiarbetet.

Utredningen bedömer därutöver att aktörer som arbetar med t.ex. patogener (dvs. smittämnen), däribland virus, och pandemier ur ett bredare perspektiv, t.ex. företrädare för lärosäten och professionsföreningar samt statliga forskningsfinansiärer bör ingå i strategiarbetet. Även företrädare från civilsamhället såsom idrottsrörelsen och andra ideella organisationer som når ut brett i samhället, samt från näringslivet utifrån erfarenheter från covid-19-pandemin kan vara aktuella för samverkan i det fortsatta strategiarbetet.

[137] Utredningens referensgruppmöte 2024-09-23.

10.8 Stärk pandemiberedskapen

Förslag: Med pandemiberedskap avses förebyggande och förberedande arbete under interpandemisk fas. För att nå samhällets mål vid en pandemi ska pandemiberedskapen inriktas på följande fokusområden:

- säkerställ att ansvarsfördelning och beslutsfattande fungerar under en pandemi,
- säkerställ en god beredskapsplanering,
- planera för skydd av riskgrupper för allvarlig sjukdom,
- genomför övningar utifrån dimensionerade scenarier,
- stärk laboratorieberedskapen,
- säkerställ beredskap för vaccin och antimikrobiella läkemedel,
- initiera forskning som bidrar till stärkt pandemiberedskap,
- stärk nationell dataförsörjning för övervakning och forskning vid pandemier.

Som framgått i avsnitt 10.7.2 har utredningen bedömt att pandemiberedskap, dvs. det förebyggande arbetet och de åtgärder som syftar till att stärka beredskapen inför framtida pandemier, behöver inkluderas i en nationell strategi. Utredningen har identifierat åtta fokusområden som är särskilt viktiga för det strategiska arbetet med pandemiberedskap och som vi därför föreslår bör inkluderas i en nationell strategi.

Fokusområdena, som beskrivs i det följande, har inte någon inbördes prioritetsordning. Detta gäller även för fokusområdena som rör pandemihantering i avsnitt 10.9.

10.8.1 Säkerställ att ansvarsfördelning och beslutsfattande fungerar under en pandemi

Osäkerhet i ansvarsfördelning och beslutsfattande är vanligt i kris

Utredningen har utgått från den svenska förvaltningsmodellen samt bedömt att krishanteringen vid omfattande smittspridning ska utgå från samma grundläggande principer som gäller för annan krisberedskap (se avsnitt 2.1.5 och 6.4.2).

MSB bedömde i en utvärdering från 2024 av tre allvarliga händelser – jordskredet i Stenungsund 2023, grundstötningen av färjan Marco Polo i Blekinge samma år och den allvarliga trafiksituationen på E22 i Skåne i januari 2024 – att det har funnits ett samband mellan graden av ett proaktivt förhållningssätt och hur tydligt roller och ansvar upplevts av de inblandade aktörerna.[138] Utredningen noterar att detta samband även framgår i utvärderingar av andra händelser som utredningen tagit del av, bl.a. skogsbranden i Västmanland 2014 och flyktingsituationen 2015 (se avsnitt 10.4.1).

Vidare kan osäkerhet i ansvarsfördelning och beslutsfattande uppstå på olika sätt. Det kan bero en komplex struktur och organisering såsom flera nivåer av styrning (nationell, regional och lokal). Osäkerhet kan också uppstå när det finns flera myndigheter med angränsande uppgifter och regelverk, vilket kan ge tolkningssvårigheter och otydligheter i tillämpningen. Vidare kan det handla om att det saknas en etablerad struktur för samverkan eller att samverkan inte har prioriterats av verksamheter.

Hur ansvarsfördelningen fungerar i kris hör nära ihop med hur beslutsfattandet fungerar i ett sådant läge. Beslutsfattande i kris handlar till stor del om att försöka minimera osäkerhet och arbeta efter lägesbilder. För att minska osäkerheten är en välfungerande samverkan, kommunikation och informationsdelning mellan olika aktörer avgörande, bl.a. för att hantera förändrade förutsättningar.

Vidare bör information och beslut grundas på ett tillräckligt underbyggt underlag inför beslut om smittskyddsåtgärder. Sådana underlag är också viktiga att förmedla till berörda aktörer i samhället och till allmänheten för att uppnå en god följsamhet av ickebindande styrmedel som råd och rekommendationer.

[138] MSB. Utvärdering av den aktörsgemensamma hanteringen av tre händelser ur ett krisberedskapsperspektiv – Redovisning av regeringsuppdrag Fö2024/00366. 2024, s. 49.

Flera reformer inom civilt försvar och krisberedskap för att stödja utvecklingen på beredskapsområdet

Som framgår i avsnitt 10.2.6 och kapitel 3 (avsnitt 3.3.1) trädde en myndighetsreform för civilt försvar och krisberedskap i kraft den 1 oktober 2022, dvs. efter att särskilda regleringar rörande covid-19 upphört att gälla (se avsnitt 9.4). Även om det inte innebar att pandemin var över så gick hanteringen av den in i en annan fas vilket inte heller innebar samma behov av t.ex. snabba beslut och samverkan. Myndighetsreformen innebar bl.a. att 61 statliga myndigheter blev beredskapsmyndigheter och att beredskapssektorer med sektorsansvariga myndigheter samt civilområden med civilområdesansvariga länsstyrelser inrättades. Socialstyrelsen är sektorsansvarig myndighet för beredskapssektorn Hälsa, vård och omsorg (se avsnitt 10.3.1).

Den 1 december 2023 inrättade MSB ett civilt beredskapsråd. Det övergripande syftet med rådet är att inrikta och följa upp aktörsgemensamma frågor inom den civila beredskapen. Rådet har möten i två format: ett större, där myndighetscheferna för samtliga beredskapsmyndigheter samt Riksbanken ingår, och ett mindre där myndighetscheferna för de sektorsansvariga myndigheterna och de civilområdesansvariga länsstyrelserna ingår samt Riksbanken och Myndigheten för psykologiskt försvar.[139]

Utöver det civila beredskapsrådet och för att stödja utvecklingen av den civila beredskapen, finns ytterligare ett antal mötesforum. Dessa forum är indelade i två grupper, en grupp handlar om forum för aktörsgemensamma utvecklingsfrågor och en grupp om forum för aktörsgemensamma hanteringsfrågor (operativa forum). Till skillnad från arbetet som sker inom varje sektor så är dessa forum tvärsektoriella. Det finns en modell för inriktning och samordning för dessa forum i ordinarie samverkan. Ordinarie samverkan sker inför och under samhällsstörningar i fredstid och under höjd beredskap, i fasta konstellationer med regelbundenhet. Det finns också en modell för inriktning och samordning av forum under s.k. stärkt samverkan. En sådan samverkan behövs när den ordinarie samverkan inte räcker till för att lösa aktuella behov av aktörsgemensam inriktning och samverkan. Stärkt samverkan kan också behövas för att det, kopplat till en viss situation eller en fråga, uppstår mer spe-

[139] Beslut från MSB den 28 november 2023, ärendenummer MSB2023-12645.

cifika behov av inriktning och samordning som kan hanteras mer effektivt vid sidan av den ordinarie samverkan.[140] Som framgått i tidigare avsnitt har MSB även, i samarbete med ett stort antal andra medverkande, utvecklat ett gemensamt ramverk för ledning och samverkan vid samhällsstörningar (se avsnitt 10.4.2 och 10.5.5).[141]

Utredningen noterar att även om det fanns andra strukturer för samverkansformer före ovan nämnda förändringar så är denna strukturreform avseende civilt försvar och krisberedskap något som kommit på plats först efter att Sverige gått in i en annan fas vad gäller hanteringen av covid-19. Vid en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning kommer de forum för samverkan som finns inom den nya strukturen, både inom beredskapssektorerna men även tvärsektoriellt, att finnas som ett komplement till de mer specifika strukturer för samverkan som finns inom smittskyddsarbetet (se avsnitt 10.3.1).

Regeringen bör ansvara för att fatta beslut av omfattande, ingripande eller sektorsövergripande karaktär under en pandemi

Covid-19-pandemin har tydligt illustrerat behovet av en tydlig nationell styrning i en kris, eftersom pandemin har haft konsekvenser för hela samhället. Utredningen anser i likhet med Coronakommissionen att det är regeringen som har det övergripande ansvaret för att hantera en samhällskris, särskilt när den omfattar flera samhällssektorer och därmed flera aktörer med sina respektive ansvarsområden.[142] Det är därför utredningens uppfattning att regeringen bör ansvara för att fatta beslut av omfattande, ingripande eller sektorsövergripande karaktär under en pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Som framgår i det föregående kapitlet föreslår utredningen en ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Riksdagen föreslås delegera till regeringen att besluta om när lagen ska börja att tillämpas (se avsnitt 9.8.2).

[140] Detta enligt uppgifter utredningen fått in via MSB:s förordnade expert i utredningen. Se även MSB. Tillämpningar av Ramverket inom beredskapssystemet. 2024. Hämtat 2024-01-09 från https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/gemensamma-grunder--ramverk-for-ledning-och-samverkan/arbetssatt-samt-checklistor-och-mallar/tillampningar-av-ramverket-inom-beredskapssystemet/ och det material som finns där.
[141] MSB. Vad är Gemensamma grunder – ramverk för ledning och samverkan? 2024. Hämtat 2025-01-09 från https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/gemensamma-grunder--ramverk-for-ledning-och-samverkan/om-ramverket.
[142] SOU 2022:10 volym 2 s. 643.

Med ett sådant förslag stärks och tydliggörs regeringens ansvar och befogenheter att hantera ett omfattande utbrott av en samhällsfarlig sjukdom. Eftersom de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna enligt den föreslagna lagen kan vara långtgående föreslås regeringens möjlighet att delegera föreskriftsrätten vara begränsad. Eftersom åtgärderna kan innebära betydande inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter måste flera delar beaktas, bl.a. att åtgärderna är proportionerliga och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet (se avsnitt 9.9). Av den anledningen är det enligt utredningens uppfattning viktigt att beslutsunderlagen är tydliga, transparenta och bygger på bästa tillgängliga kunskap. Det gäller särskilt beslut som är av omfattande, ingripande eller sektorsövergripande karaktär.

Regeringens ansvar förutsätter att den samlade informationsinhämtningen fungerar effektivt och ändamålsenligt

Syftet med den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder är att regeringen ska kunna agera med den skyndsamhet som situationen kräver för att motverka en pandemi eller annan omfattande smittspridning. De bedömningar som regeringen då behöver göra bygger på lägesbilder från flera aktörer, i första hand från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, och på basis av olika typer av data från övervakning, däribland omvärldsbevakning, och insamlade uppgifter från bl.a. regioners och kommuners vård- och omsorgsverksamheter. Regeringen behöver också hämta in information från andra sektorer, myndigheter och aktörer eftersom en pandemi omfattar en stor del av samhället och befolkningen.

Utredningen anser att det är centralt att Regeringskansliets processer fungerar effektivt för att snabbt inhämta och dela information från departementen i syfte att hantera en pågående smittspridning. Kansliet för krishantering etablerades 2008 och har bl.a. i uppgift att sammanställa en lägesbild för hela Regeringskansliet vid en kris. Så skedde också under covid-19-pandemin. Men som framgått i avsnitt 10.4.1 fungerade inte informationsinhämtningen och -spridningen tillfredsställande i fråga om kansliets tillgång till lägesinformation från de olika departementen.

Eftersom en pandemi kan pågå under en längre tid och omfatta hela samhället behöver en rad olika beslut som berör olika sektorer fattas under en pandemis alla faser inklusive under samhällets återhämtning. Av dessa skäl bör därför inhämtningen av information från departementen fungera effektivt och ändamålsenligt för att kunna sammanställa information och ta fram en samlad lägesbild som underlag för beslut om åtgärder (se också avsnitt 10.9.1).

Oklarheter i ansvarsfördelningen hos myndigheter och andra berörda aktörer bör förebyggas

Som framgått i avsnitt 10.4.1 har oklarheter angående ansvarsfördelningen varit ett återkommande problem hos myndigheter och andra berörda aktörer vid kriser, bl.a. under covid-19-pandemin. I huvudsak handlar kritiken i fråga om pandemin om ett otydligt ansvar för hanteringen när många aktörer är involverade. Det kan också vara så att myndigheters och aktörers regelverk eller dess tillämpning, på olika sätt försvårar beslutsfattande, samverkan eller utförande av uppgifter i krisen jämfört med ett normalläge.

Vi presenterar flera förslag om förtydliganden och ökad flexibilitet i smittskyddslagen och en ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i detta delbetänkande. Förslagen avser att tillgängliggöra mer ändamålsenliga verktyg för att möta och hantera en omfattande smittspridning på såväl regional som nationell nivå, inte minst genom bemyndiganden till regeringen. Det är utredningens bedömning att med sådana möjligheter på plats i förväg ökar såväl tydligheten i ansvarsfördelningen som möjligheten för samtliga aktörer att ta ansvar. Det är samtidigt utredningens uppfattning att det alltid finns svårigheter med såväl ansvarsfördelning som beslutsfattande när många aktörer är involverade, inte minst under en pågående kris och när beslut under osäkerhet måste fattas på knapphändig information. Att lösa sådana problem i fråga om t.ex. arbetssätt, rutiner och regelverk kräver en ingående kännedom om respektive aktör. En sådan genomgång och analys låter sig bäst göras av berörda myndigheter och offentliga aktörer.

Inom ramen för vårt uppdrag att ta fram ett underlag till en strategi ingår att föreslå åtgärder som vi anser är nödvändiga för att genomföra strategin. I avsnitt 10.10 presenterar vi sådana förslag, bl.a. att ett urval myndigheter ges i uppdrag att se över regelverk

och arbetssätt så att oklara ansvarsförhållanden förebyggs. Utredningen anser att ett sådant uppdrag bidrar till ett konkret lärande av en kris. Lärande är enligt utredningens uppfattning en viktig åtgärd för en bättre beredskap, vilket vi också föreslår vara ett eget fokusområde för en nationell strategi, se avsnitt 10.9.7.

10.8.2 Säkerställ en god beredskapsplanering

Planeringen bör ta höjd för olika smittämnen och beakta att en pandemi kan ha stor samhällspåverkan

En beredskapsplanering på alla nivåer och för verksamheter såsom myndigheter, regionernas smittskydd, vård- och omsorgsverksamheter och andra aktörer eller organisationer är grunden för en god pandemiberedskap och att stå bättre rustad inför situationer med omfattande smittspridning. Planeringen handlar om att för olika smittlägen kunna anpassa kapaciteten eller verksamheten. Varje verksamhet på lokal, regional och nationell nivå behöver ha en egen pandemiplanering med olika åtgärder för att hantera sådana situationer. Utredningen anser att pandemiplaneringen bör vara operativ för den verksamhet som berörs för att utveckla beredskapen inför situationer med omfattande smittspridning. Som framgår i avsnitt 7.1.1 föreslår vi t.ex. att regionernas ansvar för beredskapen för att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning ska, på motsvarande sätt som Folkhälsomyndighetens, regleras i smittskyddslagen.

Enligt utredningens uppfattning bör verksamheter ta höjd för utbrott av andra smittämnen än enbart influensavirus i sin beredskapsplanering. Planeringen bör också beakta att en pandemi kan vara långvarig och påverka stora delar av samhället.

Enligt Folkhälsomyndighetens planeringsstöd behöver man i en plan identifiera de verksamhetsområden som kan påverkas och som behöver upprätthållas, liksom de åtgärder som behöver vidtas för att kunna minska sårbarheten. I en beredskapsplanering ingår också utbildningar och övningar utifrån planens innehåll. Vidare bör pandemiplaneringen bl.a. bygga på kontinuitetsplanering, risk- och sårbarhetsanalyser och ett arbete med att identifiera och säkerställa att samhällsviktig verksamhet kan upprätthållas. Planen bör återspegla pandemins alla faser och avse beredskapsplanering, hantering och

nedtrappning. Planen bör även uppdateras med viss regelbundenhet, t.ex. utifrån genomförda övningar eller ny kunskap. Att se till att planen är övad är ett effektivt sätt att utveckla och förbättra den inför framtida situationer med omfattande smittspridning, se avsnitt 10.8.4.

Utredningen konstaterar också att behovet av information och kommunikation under covid-19-pandemin var stort hos både allmänheten och samhället i övrigt, t.ex. näringsliv och civilsamhälle. Vid en sådan kris som en pandemi eller annan omfattande smittspridning finns det flera aktörer som har ett särskilt utpekat ansvar för information och kommunikation. Även om informationen behöver anpassas utifrån aktörernas ansvar, t.ex. om de avser nationell, regional eller lokal nivå eller om kommunikationen är särskilt riktad mot vissa målgrupper är det viktigt att budskapen är sammanhängande och inte motstridiga. Detta förutsätter en väl fungerande samverkan mellan involverade aktörer.

De checklistor som redovisas i Folkhälsomyndighetens planeringsstöd är ett bra stöd för vad en beredskapsplanering kan innehålla. Myndigheten har också tagit fram ett särskilt kunskapsunderlag för kommunikation vid pandemier. Det är dock avgörande att verksamheter avsätter tid och resurser för att omsätta de nationella planeringsstöden i en konkret operativ beredskapsplan och säkerställa att det finns resurser för en sådan beredskap.

Nationella och regionala planer är viktiga för beredskapsplaneringen

Som framgått i tidigare avsnitt (10.2.1 och 10.2.2) lyfts betydelsen av nationella och regionala planer för att hantera pandemier och hälsohot. Varje medlemsstat i WHO ska säkerställa att det finns kapacitet och resurser att ta fram en nationell plan för att hantera händelser som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning enligt IHR 2005. Formuleringen om nationell plan kvarstår i den reviderade versionen av IHR 2005, som för närvarande bereds hos medlemsstaterna. Som framgår i de tidigare avsnitten har genomförandet av IHR 2005 i svensk lagstiftning gjorts genom IHR-lagen och när lagen tillkom bedömdes att det inte fanns skäl till att rättsligt reglera en nationell plan för att hantera pandemier och hälsohot.

Även hälsohotsförordningen och ECDC-förordningen innehåller bestämmelser om nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser. Enligt hälsohotsförordningen ska den nationella planeringen i varje medlemsstat uppdateras och följas upp av ECDC vart tredje år i form av en kartläggning. Den överlappar till viss del den årliga rapporteringen som medlemsstaterna är skyldiga att göra till WHO enligt IHR 2005. På nationell nivå utgör Folkhälsomyndighetens planeringsstöd för pandemiberedskap det centrala kunskapsstödet för pandemiplanering. Stödet vänder sig i huvudsak till nationella myndigheter, regionernas smittskydd, beredskapschefer och beredskapssamordnare och andra som arbetar med vård och omsorg på regional och kommunal nivå. Enligt Folkhälsomyndighetens stöd för pandemiberedskap ansvarar kommuner och regioner i sin tur för att ta fram beredskapsplaner och vidta åtgärder under en pandemi.[143] Även Socialstyrelsen har planeringsstöd för beredskapsplanering.[144]

Vård- och omsorgsverksamheter och smittskyddsläkaren behöver planera för att fullfölja sina åtaganden enligt gällande regelverk under en pandemi. Som konstaterats i kapitel 7 har regionerna upprättat epidemi- och pandemiplaner. Beslut om sådana planer fattas dock på olika nivåer i regioner. I avsnitt 7.1 föreslår vi därför att regionernas ansvar att upprätta en epidemi- och pandemiplan regleras för att tydliggöra deras skyldighet att upprätthålla smittskyddsberedskap. Folkhälsomyndigheten har inom sitt samordningsansvar för smittskyddet i uppgift att stötta regionerna genom bl.a. kunskapsstöd i fråga om pandemiplanering. Som framgått i avsnitt 7.1 anser utredningen att myndighetens samordningsansvar inte bör förändras med anledning av att regionernas skyldighet att upprätta planer för beredskapen regleras.

I beredskapsplaneringen bör ingå att stärka kapacitetsökningsförmågan i hälso- och sjukvården

Som beskrivits ovan behöver verksamheter på olika sätt ta höjd för en situation med ett nytt eller förändrat smittämne i sin beredskapsplanering. Utöver det som framgår i Folkhälsomyndighetens planer-

[143] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 3.
[144] Socialstyrelsen. Beredskap. Hämtat 2025-02-08 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap.

ingsstöd för vad verksamheter bör ha med i sin beredskapsplanering, behöver hälso- och sjukvården ha beredskap för att stärka sin kapacitet för att möta ett ökat vårdbehov vid en pandemisituation eller annan omfattande smittspridning. I planeringen bör också beaktas att en pandemi kan vara långvarig och påverka stora delar av samhället. Av denna anledning är det viktigt att hälso- och sjukvården i regioner och kommuner både har förmåga att vid behov snabbt skala upp och att upprätthålla en tillräcklig vårdkapacitet för att klara en långvarig kris.

Regionernas ansvar för beredskap är reglerat i flera olika författningar. Socialstyrelsen har tagit fram ett samlat nationellt kunskapsstöd för vårdens förmåga att hantera ett plötsligt och oväntat inflöde av patienter, s.k. surge capacity. I kunskapsstödet finns mer information om dessa författningar. Det är dock värt att notera att Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap och Utredningen om kommuners och regioners beredskap lämnat förslag som rör regionernas beredskap. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet. Socialstyrelsens kunskapsstöd publicerades 2023 och riktas till regionernas hälso- och sjukvårdsverksamheter och närliggande verksamhetsområden som kan komma att påverkas av en fredstida kris eller krig. Syftet med stödet är att bidra till en nationell samsyn kring hur förmågan att hantera ett plötsligt och oväntat inflöde av patienter ska konstrueras, definieras och användas. Verksamheterna måste ha förmåga att öka kapaciteten för att hantera ett plötsligt ökat inflöde av patienter.[145]

I kunskapsstödet används uttrycket kapacitetsökningsförmåga som avser en organisations eller ett systems förmåga att snabbt och effektivt öka sin kapacitet för att möta ett ökat vårdbehov vid ett plötsligt ökat inflöde av patienter vid t.ex. en masskadehändelse. Uttrycket används framför allt för katastrofmedicinsk beredskap enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Utredningen anser att en stärkt kapacitetsökningsförmåga i vården också är relevant för att skala upp kapacitet inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning. En stärkt kapacitetsökningsförmåga handlar således om att ha beredskap för att ställa om och skala upp hälso- och sjukvårdsverksamheter, och däribland planera för stora personalbortfall

[145] Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga. Nationellt kunskapsstöd. 2023, s. 19.

och störningar i leveranskedjor av sjukvårdsutrustning och material inför en sådan situation.

I Socialstyrelsens kunskapsstöd beskrivs kapacitetsökningsförmågan inom hälso- och sjukvården utifrån fyra delar: personal, lokaler, utrustning och styrning. Innehållet i dessa delar avser i första hand beredskap inför en masskadehändelse, men kan enligt utredningens bedömning också vara aktuell för en situation med omfattande smittspridning där vården behöver skala upp sin kapacitet snabbt.

I den del som rör *personal* behandlas frågor om personalstyrka, specialistkompetenser, potentiellt bortfall eller frånvaro (generellt och kopplat till specifika scenarier och risker för personalen), utsatthet för stress och överarbete samt behov av vila och återhämtning. Socialstyrelsen nämner behovet av specialistkompetens för att bemanna bl.a. intensivvårdsavdelningar (IVA) och även behovet av bl.a. ledningspersonal och personal med språk- och kulturell kompetens.

I den andra delen om *lokaler* avses sjukhus och lokaler för triagering[146] och behandling samt de åtgärder som är förknippade med lokaler såsom att skriva ut patienter från slutenvård vars behandling kan skjutas upp, skjuta upp annan vård (t.ex. planerad vård) för att frigöra lokaler och andra resurser för vård av patienter med det aktuella smittämnet, öka utskrivning av andra patienter och definiera striktare kriterier för annan sjukvård, för att frigöra och anpassa lokaler i samverkan med vårdhygien, samt frigöra andra resurser för vård av patienter med aktuellt smittämne.

Den tredje delen handlar om *utrustning* och omfattar tillgång till bl.a. sängar, läkemedel, respiratorer och annan medicinteknisk utrustning, personlig skyddsutrustning och förbrukningsmaterial. Det kan också avse material och utrustning för att bl.a. kunna upprätthålla ledning och samordning, kommunikation, digitala system för beslutsstöd och lägesbild, skydd och säkerhet samt en rad olika delar som hör ihop med vård, behandling, transportförmåga m.m. Olika sätt att öka tillgången till material och utrustning kan vara att koordinera och omfördela material och utrustning mellan enheter, använda utrustning från lager, hämta utrustning från organisationer utanför sjukhuset, identifiera och lösa flaskhalsar i leverantörskedjor och sätta upp kriterier för användning av bristvaror.

[146] Med triagering avses bedömning av en patients medicinska allvarlighetsgrad i syfte att kunna prioritera patienter utifrån behov av hälso- och sjukvård.

Med den fjärde delen om *styrning* avses ledningen av ovanstående delar – personal, lokaler och utrustning – samt hur användningen av dessa delar styrs. Det kan bl.a. handla om ledningssystem som bör vara övade och robusta, beslutsfattande, intern och extern kommunikation, kontinuitetshantering och samhällsinfrastruktur såsom försörjningskedjor och transportresurser, stöd till vårdgivare i att justera prioriteringar i svåra beslut samt kapacitet för att sammanställa och sprida kunskap.

I samma kunskapsstöd redovisar Socialstyrelsen en sammanställning av regionernas arbetssätt, samordning och erfarenheter av förmågehöjning under covid-19-pandemin. Sammanställningen baseras på en litteraturgenomgång. Den sammanfattande bedömningen är att det skedde en förmågehöjning framför allt på IVA och infektionsavdelningar, men på bekostnad av minskad förmåga inom andra områden, framför allt planerad vård. Ökningen av antalet vårdplatser skedde dock genom att stänga andra akutvårdsavdelningar och flytta personalen, vilket ledde till en ökad vårdnivå men ett minskat antal vårdplatser totalt sett. Hastigheten, den maximala belastningen, tidpunkten och möjligheterna till förberedelser såg olika ut över landet.[147]

10.8.3 Planera för skydd av riskgrupper för allvarlig sjukdom

En viktig del i pandemiberedskapen är att planera för hur riskgrupper för allvarlig sjukdom snabbt ska kunna identifieras och skyddas, samt att planera för hur faktiska riskgrupper snabbt ska kunna identifieras. Det behövs ett långsiktigt arbete med att planera för skydd av riskgrupper inför en sådan situation. Med riskgrupper avser utredningen de grupper av personer som löper ökad risk att bli allvarligt sjuka i händelse av omfattande smittspridning av ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne.

Inför en framtida smittspridning av ett nytt eller förändrat smittämne bör utgångspunkten vara att riskgrupperna för den aktuella sjukdomen inte är kända på förhand. Erfarenhetsmässigt kan dock ett antal möjliga riskgrupper identifieras. Vid influensa och covid-19 utgörs riskgrupperna framför allt av de allra äldsta och sköraste

[147] Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga. Nationellt kunskapsstöd. 2023, s. 61 och 78.

personerna i samhället samt personer med allvarliga underliggande sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar eller sådana sjukdomar som innebär nedsatt immunförsvar. Andra tänkbara riskgrupper för allvarlig sjukdom kan vara spädbarn, barn och unga, gravida och deras foster.

Omvärldsbevakning och nationell informationsinhämtning bidrar till att snabbt identifiera riskgrupper

Som utredningen anger ovan är det inte möjligt att i förväg med säkerhet veta vilka personer som riskerar att bli allvarligt sjuka i händelse av omfattande smittspridning av ett nytt smittämne, även om vissa antaganden kan göras. I beredskapsarbetet bör det därför ingå att planera för hur riskgrupper snabbt ska kunna identifieras. Detta kan göras genom omvärldsbevakning och snabb nationell informationsinhämtning, vilket erfarenheter från covid-19-pandemin har visat. Enligt bl.a. en rapport från Kina som publicerades redan den 21 februari 2020 framkom att hög ålder var en viktig riskfaktor för allvarlig covid-19-sjukdom.[148] Det bör dock påpekas att Kina även har fått kritik för bristande transparens kring ursprunget för SARS-CoV-2, bl.a. från ledande tjänstepersoner inom WHO.[149] Kunskapen om att personer i utanförskapsområden i Sverige var särskilt drabbade växte fram mer långsamt utifrån nationella epidemiologiska observationer. För att snabbt kunna inhämta sådan kunskap krävs bl.a. god tillgång till relevanta data, vilket behandlas i avsnittet om dataförsörjning (avsnitt 10.8.8).

God basal hygien i vård och omsorg kan förebygga smittspridning

Basal hygien i vård- och omsorgsverksamheter är en viktig förutsättning för att förebygga smittspridning och uppkomst av vårdrelaterade infektioner i normalläge. En god följsamhet till basala vårdhygienkrav och rutiner i vardagen underlättar även hanteringen

[148] The novel coronavirus pneumonia emergency response epidemiology team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) – China 2020. China CDC Weekly 2020, 2:114-122.
[149] Van Kerkhove MD. Share all SARS-CoV-2 data immediately. Science 2023, 380:11. Hämtat 2025-01-17 från https ://www.science.org/doi/epdf/10.1126/science.adi0490.

av en situation med omfattande smittspridning. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar tydligt att både patienter och omsorgstagare drabbades hårt, och vård- och omsorgspersonal fick hantera de svårigheter som blev följden av den omfattande smittspridningen i verksamheterna. Detta talar för att det är viktigt att vård- och omsorgsverksamheter löpande arbetar smittförebyggande. Detta gäller även om vi inte vet på förhand vilka riskgrupper det kan handla om vid ett nytt eller förändrat smittämne.

Av Socialstyrelsens kunskapsstöd och föreskrifter framgår att vård- och omsorgsverksamheter ska se till att verksamheten har tillgång till t.ex. vårdhygienisk kompetens för verksamhetens planering och organisation, val av och tillgång till utrustning samt tillgång till lokaler som är anpassade för verksamheten. Verksamheterna måste ha tillgång till rutiner för att förebygga och minska smittspridning och de bör löpande bedöma möjliga risker som finns och vilka åtgärder som behöver vidtas för att förebygga och minska smittspridning.[150]

Med stöd av patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), socialtjänstförordningen (2001:937) och förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade, har Socialstyrelsen meddelat föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) som ska tillämpas bl.a. inom hälso- och sjukvården, vid genomförande av hemtjänst i ordinärt boende, i särskilda boenden för äldre (säbon) och i bostäder för personer med funktionsnedsättning. Föreskriften innehåller ett antal hygienkrav i fråga om exempelvis arbetskläder och handtvättsrutiner. Vid hemtjänsten i ordinärt boende och i de nämnda boendeformerna gäller även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.[151] De som bedriver sådana verksamheter ska fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smittspridning i verksamheten. De ska även göra riskanalyser i fråga om smittspridning och erbjuda personalen utbildning i att förebygga smitta och smittspridning.

Syftet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder är att stärka verksamheternas förutsättningar att förebygga och förhindra smitta och smittspridning och

[150] Socialstyrelsen. Vårdhygien. Hämtat 2024-11-2025 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vardhygien.
[151] SoL är en förkortning för socialtjänstlagen (2001:453) och LSS en förkortning för lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

därigenom bidra till insatser av god kvalitet. I samband med att föreskrifterna och de allmänna råden beslutades bedömde Socialstyrelsen att de berörda verksamheterna behöver förebygga och förhindra smittspridning för att kunna säkerställa god kvalitet i insatserna och att de inte är tillräckligt att verksamheterna enbart tillämpar de basala hygienrutinerna. Detta är särskilt viktigt eftersom dessa verksamheter ger insatser till personer som ofta löper stor risk att drabbas särskilt hårt av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.[152]

Följsamheten till basala vårdhygienkrav och rutiner har minskat inom äldreomsorgen efter covid-19-pandemin

Två regeringsuppdrag har delats ut under 2024 i syfte att stärka det smittförebyggande arbetet i vård- och omsorgsverksamheter.

Den 26 september 2024 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att sprida information till verksamheter inom äldreomsorgen om vikten av basala hygienkrav och rutiner samt följa upp efterlevnaden av myndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. I uppföljningen ingår bl.a. att kartlägga i vilken utsträckning hygienrutiner ingår i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget senast den 30 november 2025. Regeringsuppdraget motiverades av en nedåtgående utveckling i följsamheten till basala hygienkrav och rutiner bland personal inom vård och omsorg för äldre. Regeringen framförde att detta är anmärkningsvärt mot bakgrund av bl.a. lärdomarna från covid-19-pandemin om betydelsen av välfungerande hygienrutiner för att minska smittspridningen.[153]

Den 31 oktober 2024 gav regeringen Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillsammans föreslå hur viss information om vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner ska dokumenteras, sammanställas och tillgängliggöras lokalt, regionalt och nationellt. Syftet är att ta fram nationella uppgifter inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner.

[152] Socialstyrelsen. Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Meddelandeblad nr 4/2022.
[153] Regeringsbeslut S2024/01660 (delvis).

I uppdraget ingår att analysera vad som behövs för att på sikt kunna sammanställa aggregerad information av nytta för både kommun, region och stat. Redovisningen av uppdraget ska bl.a. innefatta en beskrivning av nuläge, förslag på insatser samt kostnadsberäkningar. Senast den 30 juni 2025 ska myndigheterna lämna en gemensam skriftlig slutredovisning. Av uppdraget framgår att de uppgifter som rör vårdrelaterade infektioner och vårdhygienarbete under lång tid har baserats på nationella patientsäkerhetsmätningar (markörbaserad journalgranskning och punktprevalensmätningar) och har kunnat sammanställas på nationell nivå. De nationella mätningarna administrerades av SKR men upphörde den 1 januari 2024. Regeringen bedömer att det finns ett fortsatt behov av att samla in sådan information på nationell nivå för att ge en lägesbild av arbetet.[154]

10.8.4 Genomför övningar utifrån dimensionerade scenarier

Vikten av övningar lyfts i flera kunskapsstöd, strategier och utvärderingar inom beredskap, från bl.a. WHO, Folkhälsomyndigheten och MSB. Genom övningar testas och utvärderas förmågan att kunna hantera fredstida kriser som pandemier. Beredskapsplaner som har tagits fram bör användas för övning för att kunna utvecklas.[155,156]

Övningar och scenarier är en del av beredskapsplaneringen

Utredningen anser, i likhet med vad som framkommer av de kunskapsunderlag som finns för beredskap från framför allt MSB och Folkhälsomyndigheten, och som redovisas i det följande, att övningar bidrar till att stärka verksamheters pandemiberedskap och bör därför inkluderas i en nationell strategi.[157] Att regelbundet genomföra övningar utifrån epidemi- och pandemiplaner bör därför vara ett särskilt fokusområde i strategin. Det är också viktigt att

[154] Regeringsbeslut S2024/01921 (delvis).
[155] World Health Organization. A checklist for respiratory pathogen pandemic preparedness planning. 2023, s. 38.
[156] World Health Organization. WHO Simulation Exercise Manual. 2017.
[157] Det bör också nämnas att Socialstyrelsen har planeringsstöd och utbildningsmaterial för att stödja regioner och kommuner i arbetet att upprätthålla verksamheten under fredstida kriser, höjd beredskap och krig, bl.a. nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar (källa: Socialstyrelsen. Utbildning och övning. Hämtat 2025-01-14 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap/utbildning-och-ovning.

övningar utvärderas och erfarenheter från övningar tas tillvara vid t.ex. revidering av epidemi- och pandemiplanerna.

Övningar kan bedrivas inom en enskild verksamhet men kan också genomföras inom en samhällssektor eller tvärsektoriellt. Vidare kan övningar genomföras utifrån scenarier med ett nytt eller förändrat smittämne, bl.a. i verksamheter som arbetar med potentiella riskgrupper. Med scenarier avses beskrivning av olika framtida möjliga förlopp som gör det möjligt att identifiera både direkta och indirekta konsekvenser. Scenarier är lämpliga att använda för att planera för och öva olika situationer vid pandemihantering för att bl.a. förstå hotbilden. Med hjälp av scenarier kan verksamheter öva olika situationer som de inte har varit med om eller inte har tagits med i planer och eller tidigare övningar.[158]

Folkhälsomyndigheten hade i uppdrag att löpande ta fram scenarier för smittspridningen av covid-19.[159] Scenarierna togs fram för att illustrera möjliga förlopp och skulle inte uppfattas som prognoser. Syftet var att de skulle vara ett stöd för planering av vårdresurser och för att bedöma behov av ytterligare nationella smittskyddsåtgärder. Bl.a. konstaterades vikten av förebyggande åtgärder och testning och smittspårning inom vården och omsorgen i fråga om riskgrupper. Vidare uppmanades berörda vård- och omsorgsverksamheter att förbereda, eller vid behov aktivera, sin kontinuitetsplanering för personal, material och utrustning för omfattande spridning av covid-19. Stor samhällsspridning av covid-19 medför att även andra verksamheter i samhället kan påverkas i och med hög sjukfrånvaro vilket innebär att även annan verksamhet än hälso- och sjukvård bör se över sin kontinuitetsplanering.[160]

Utifrån Folkhälsomyndighetens data och scenarier om smittspridning utarbetade Socialstyrelsen scenarier för beläggning inom intensivvården. Under delar av pandemin tog Socialstyrelsen även fram korttidsprognoser för beläggning inom intensivvården, genom samverkan med företrädare för Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). Beläggningsscenarier och prognoser delgavs direkt till verksamhetsansvariga för intensivvårdsavdelningar inom ramen för den nationella

[158] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 16.
[159] Regeringsuppdrag S2021/05258 och regeringsuppdrag S2020/08831.
[160] Folkhälsomyndigheten. Scenarier för fortsatt spridning – delrapport 13. Delrapport inom regeringsuppdraget att löpande uppdatera scenarier för hur smittspridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 kan komma att utvecklas framöver. 2022, s. 5.

samordningen av regionernas intensivvårdsplatser. Regionerna, SKR och Socialstyrelsen involverades i samordningen, som inledningsvis initierades genom ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen. I uppdraget ingick att skapa en nationell lägesbild av antalet tillgängliga intensivvårdsplatser via samverkan med företrädare för SIR.[161] Samtliga regioner levererade data för sådana analyser och lägesbilder.[162]

Förmågeutvecklingen i samhället kan enligt MSB stärkas med hjälp av samverkansövningar

MSB tog 2020 fram en nationell strategi för systematisk övningsverksamhet för krisberedskap och civilt försvar.[163] Syftet med strategin är att stärka förmågeutvecklingen i samhället med hjälp av övning. Ett övergripande mål är att berörda aktörer implementerar det systematiska arbetssätt som strategin beskriver, både i egen organisation och i samverkan med andra. På så sätt kan berörda aktörer samarbeta, hitta arbetssätt, dra lärdomar och utveckla den egna och gemensamma övningsverksamheten. En effekt kan enligt MSB vara att samverkansövningar i olika avseenden blir mer effektiva i förhållande till strategins uttalade syfte, nämligen att aktörer gemensamt kan uppnå ett starkare genomslag i samhällets samlade förmågeutveckling.

Enligt MSB ger samverkansövningar aktörer möjlighet att arbeta över tematiska, geografiska eller andra administrativa gränser. Att etablera och synliggöra kontaktytor och samarbetsformer är till stor fördel när krisen väl ska hanteras. Vid övningar med aktörer på olika nivåer och med olika uppdrag tydliggörs gemensamma styrkor, brister och utvecklingsområden som en enskild aktör inte kan upptäcka genom övningar i egen organisation. Samverkansövningar skapar också förutsättningar att sprida resultat, att lära av varandra och att med större genomslagskraft åtgärda brister.[164]

Enligt en rapport av MSB som sammanställde 26 utvärderingar av inträffade kriser såsom skogsbranden i Västmanland och flykting-

[161] Regeringsbeslut S2020/01849 FS (delvis).
[162] SKR. Självstyre och samverkan. Så har regionerna samverkat under coronapandemin – tre exempel. 2020, s. 14.
[163] MSB. Nationell strategi för systematisk övningsverksamhet: för krisberedskap och civilt försvar. 2020.
[164] MSB. Nationell strategi för systematisk övningsverksamhet: för krisberedskap och civilt försvar. 2020, s. 6.

situationen 2015, och som beskrivits i avsnitt 10.4.2, identifierade många aktörer ett behov av kompetens- och kunskapshöjande åtgärder, framför allt utbildningar och aktörsgemensamma övningar. MSB konstaterade att myndigheten bör ta vara på de erfarenheter som finns från både internationella och nationella insatser.[165]

Olika typer av övningar och stöd kan stärka beredskapen i verksamheter

Utredningen bedömer att olika typer av övningar och stöd utifrån scenarier med ett nytt smittämne kan bidra till att stärka pandemiberedskapen i verksamheter som arbetar med potentiella riskgrupper. Verksamheter bör involveras i övningar som avser att stärka beredskapen inför situationer med omfattande smittspridning. Det skulle likväl kunna handla om verksamheter såsom förskolor, skolor eller delar av slutenvården, t.ex. neonatalvården. Med stöd avses t.ex. utbildningar för personal i verksamheter som arbetar med riskgrupper och i riskmiljöer. Stöd avser också det planeringsstöd som utredningen föreslår i det förra avsnittet.

Vidare anser utredningen att det finns ett stort värde i att genomföra bredare, aktörsgemensamma övningar utifrån scenarier med olika typer av, eller ett nytt eller förändrat, smittämne. En scenarioövning kan exempelvis avse ett zoonotiskt smittämne där även djur är med och driver smittspridningen. Sådana övningar kan inkludera myndigheter, offentliga aktörer och andra berörda aktörer och organisationer för att exempelvis:

- identifiera brister i ansvarsförhållanden och regelverk vid samverkan vid kris,
- testa funktions- och rapporteringsvägar, kommunikationsförmåga, processer med att fram lägesbilder eller andra delar som måste fungera vid krishantering, och
- identifiera andra typer av behov eller problem som kan uppstå för att förstärka aktörers analys- och planeringsprocesser.

[165] MSB. Ansvar, samverkan, handling. Åtgärder för stärkt krisberedskap utifrån erfarenheterna från skogsbranden i Västmanland 2014 (Ju2015/1400/SSK). 2016, s. 20.

10.8.5 Stärk laboratorieberedskapen

Laboratoriediagnostik är en viktig del i pandemihanteringen

Laboratorieberedskapen är viktig för pandemihantering. Laboratoriediagnostik och övervakning av smittsamma sjukdomar ingår i Folkhälsomyndighetens och de regionala smittskyddens uppgifter inom smittskyddet, och är grundläggande delar i pandemiberedskap och pandemihantering. Laboratoriediagnostik bidrar till minskad spridning av smittsamma sjukdomar genom att fall kan identifieras och smittkedjor brytas. Detta är särskilt viktigt, men också svårt, vid pandemier eller annan omfattande smittspridning. Laboratoriediagnostiken kan också utgöra en grund för att ta fram lägesbilder och göra riskbedömningar inför beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Vikten av laboratoriediagnostik som en del av pandemihanteringen lyfts i utredningens direktiv. I dessa framhålls att den diagnostik som i vanliga fall utförs inom regionerna i första är hand dimensionerad för att hantera provtagning för individers vårdbehov. Det anges att detta innebär att regionerna har kapacitet att ta prover på dem som söker vård inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen eller smittskyddslagen, och inte för provtagning vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar.

Vidare anges i direktiven ”att utredaren ska analysera och, om det bedöms lämpligt, föreslå en ordning där statliga myndigheter och regioner har beredskap och tekniska förutsättningar för att vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar skyndsamt utföra relevant storskalig provtagning, analys och smittspårning.”

Ovanstående delar i direktiven motiverar ytterligare varför beredskap för storskalig laboratoriediagnostik är en viktig del av en stärkt pandemiberedskap. Utredningen anser därför att laboratorieberedskap även bör ingå som ett fokusområde i en strategi för hantering av pandemier.

I kapitel 8 om storskalig testning och smittspårning lämnar utredningen flera förslag som handlar om att stärka regionernas laboratorieberedskap. En stärkt laboratorieberedskap kräver också förbättrade interoperabla it-system och viss standardisering av data för att möjliggöra effektiv nationell uppföljning av smittspårning, smittspridning och smittskyddsåtgärder. I avsnitt 8.9.4 föreslår utredningen därför att ett arbete med att utveckla laboratorieberedskapen i form

av förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data ska samordnas på nationell nivå genom ett regeringsuppdrag.

En utvecklad uppföljning och övervakning behövs för att stärka laboratorieberedskapen

I kapitel 8 konstaterar utredningen att det finns behov av tillgång till epidemiologiska och mikrobiologiska data på nationell nivå för bättre uppföljning och övervakning såväl i ett normalläge som i en pandemisituation. Data från mikrobiologiska analyser och smittspårning är relevanta för uppföljning och övervakning av anmälningspliktiga sjukdomar, och ur ett bredare folkhälsoperspektiv. För att regionernas smittskyddsverksamhet och Folkhälsomyndigheten ska kunna följa det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar vid omfattande smittspridning bör möjligheter finnas för regioner, vårdgivare och laboratorier att dela laboratoriedata, däribland sekvenseringsdata. Med det avses data från kartläggning av ett smittämnes hela genuppsättning, DNA, eller för vissa virusfamiljer, RNA (se avsnitt 8.1.6). Enligt Folkhälsomyndighetens egen bedömning saknar myndigheten författningsstöd för att samla in vissa data med personuppgifter för att möjliggöra en fördjupad epidemiologisk analys. Det har framkommit under utredningens gång att Folkhälsomyndigheten delvis arbetar med anonymiserade och aggregerade data, men dessa bedöms inte vara tillräckliga för mer ingående epidemiologiska analyser. Detta gäller särskilt s.k. nämnardata, dvs. prov med negativt analysresultat, vilka är viktiga t.ex. för undersökningar av vaccinskydd, och inte minst för att få en uppfattning om hur stor andel av symtomatiska individer som faktiskt bär på en specifik sjukdom för att kunna förstå smittläget.

Vidare finns behov av att utveckla nya metoder för övervakning och riskvärdering av virus och andra smittämnen med hjälp av t.ex. nya datakällor och sekvenseringsdata för att bedöma om de smittämnen som upptäcks har en zoonotisk och pandemisk potential.[166]

Enligt avsnitt 10.2.4 utgör övervakning ett av fem strategiska kärnområden i WHO:s styrdokument (strategi och handlingsplan) som syftar till att förbättra beredskap, hantering, återhämtning och resiliens för hälsohot. I fråga om övervakning lyfts samverkan spe-

[166] Se bl.a. Vetenskapsrådet. Strategisk forskningsagenda. Nationellt forskningsprogram om virus och pandemier. 2023, s. 51.

cifikt, där målet är att stödja och säkerställa en aktuell, gemensam och datadriven riskbedömning och beslutsfattande genom sammanlänkade och interoperabla datasystem. Detta för att underlätta tillgången till en sådan information för beslutsfattare och strukturerad kommunikation för dataanvändare.

Utredningen bedömer sammantaget att arbetet med och de åtgärder som behövs för att stärka laboratorieberedskapen är långsiktiga och bör av den anledningen inrymmas i en nationell strategi för hantering av pandemier. En uppbyggd laboratorieberedskap handlar inte enbart om en fungerande laboratoriediagnostik vid omfattande smittspridning utan är också grunden för en utvecklad uppföljning och övervakning. För att åstadkomma en sådan uppföljning och övervakning krävs en uppbyggd dataförsörjning som möjliggör för tillgång till relevanta data, vilket utredningen anser ska vara ett eget fokusområde.

10.8.6 Säkerställ beredskap för vaccin och antimikrobiella läkemedel

Vaccinberedskap bör ingå i en nationell strategi

Vaccin är den mest effektiva medicinska smittskyddsåtgärden för att begränsa effekterna av en pandemi hos befolkningen. Covid-19-pandemin illustrerar detta eftersom det finns solida vetenskapliga bevis för att vaccination ger ett mycket gott skydd mot allvarlig sjukdom och död. Det är enligt utredningens uppfattning av detta skäl som det behövs beredskap och förberedelser för att säkerställa tillgång till pandemivaccin. Denna beredskap ersätter dock inte andra beredskapsåtgärder såsom den lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vi föreslår. Detta eftersom det trots god beredskap tar tid innan ett pandemivaccin blir tillgängligt i tillräcklig omfattning. Utvecklingen av vaccin mot covid-19 gick i rekordfart tack vare stora ekonomiska investeringar och mångårig forskning kring budbärar-RNA (mRNA) och vaccinteknologi, men det tog trots det mer än ett år innan halva Sveriges befolkning 16 år eller äldre hade fått sin första vaccindos (se även avsnitt 4.3.2). Den viktigaste förklaringen till detta är att vaccinproduktion inte kan påbörjas innan smittämnet som orsakar utbrottet är identifierat och karaktäriserat.

Folkhälsomyndighetens uppgifter och uppdrag inom vaccinberedskap

Som framgår i avsnitt 10.2.6 har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att bl.a. säkerställa tillgång till vaccin samt att hålla beredskapslager av vissa vacciner. I arbetet ingår att hantera avtal för covid-19-vaccin och ha garantiavtal för influensapandemivaccin.[167] Utredningen anser att bibehållande, vidareutveckling och uppföljning av dessa ansvarsområden bör vara ett fokusområde i en pandemistrategi.

Folkhälsomyndigheten ansvarar sedan 2020 för att lagerhålla och distribuera vaccin mot covid-19.[168] Sedan december 2020 t.o.m. 2023 har sammanlagt drygt 52 miljoner doser mottagits varav 31 miljoner doser har fördelats och distribuerats till regionerna.[169] Folkhälsomyndigheten har därmed haft en central uppgift att praktiskt hantera vaccin mot covid-19 samt att göra behovs- och överskottsbedömningar. De slutliga avvägningarna och besluten om inköp av vaccin ligger dock inom regeringens ansvar. Myndigheten har fått flera regeringsuppdrag, däribland ett som innebär ett mer samlat ansvar för att hantera avtal om och donationer av vaccin mot covid-19. Uppdraget ska slutredovisas senast mars 2028.[170]

Regeringen tog fram en vaccinstrategi för covid-19 i maj 2020. Samtidigt tillsatte regeringen en nationell samordnare[171] och gav Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram en nationell operativ plan för vaccination mot covid-19.[172] Myndigheten tog fram tre delredovisningar 2020–2021 och en slutrapport i början av 2022. Planerna syftade till att ta fram rekommendationer för prioritetsordning av olika grupper. I slutredovisningen redogjordes för arbetet med distribution och logistik, uppföljning av vaccination, kommunikation och samverkan med olika aktörer. Enligt slutredovisningen har arbetet med distribution och logistik inledningsvis under covid-19-pandemin präglats av förändringar och kort framförhållning i tillverkarnas leveransplaner. Det har inneburit en utmaning för regionerna, eftersom det har handlat om komplexa krav på hantering av flera vacciner parallellt och administration av olika vaccintyper. Samverkan bedömdes vara nödvändig på alla nivåer, både internationellt,

[167] Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Folkhälsomyndigheten, s. 14.
[168] Före 2020 hade Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgång till vaccin vid en influensapandemi (se bl.a. regeringsbeslut S2017/01567FS S2019/01222/FS (delvis)).
[169] Folkhälsomyndigheten. Årsredovisning 2023. 2024, s. 21.
[170] Regeringsbeslut S2023/02687, s. 4 och 6.
[171] Dir. 2020:59.
[172] Regeringsbeslut S2020/04550/FS.

nationellt och regionalt, för att det samlade arbetet med vaccination mot covid-19 skulle vara välförankrat och effektivt. Fokus för samverkan var att utbyta kunskap med andra men även att dela information och diskutera förändringar och utmaningar i genomförandet av vaccinationerna. Vidare visade uppföljningar att vaccinationstäckningen i befolkningen generellt var hög, men lägre i vissa grupper. I stora delar hade arbetet med kommunikation handlat om att nå personer som ännu inte vaccinerat sig, för att undvika luckor i vaccinationstäckningen som berodde på brist på information eller praktiska hinder för enskilda personer. Sådana luckor riskerar att bidra till ojämlikheter i hälsa. Det innebär att arbetet med att nå ovaccinerade är långsiktigt och behöver prioriteras även i fortsättningen.[173] Tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal är en viktig förutsättning för att utföra vaccinationer, och bör inkluderas i planeringen av vaccinberedskap. I detta ingår också att berörda verksamheter såsom regionala smittskydd, hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheterna kan säkerställa att personalen är utbildad i att tillhandahålla vaccination och att använda personlig skyddsutrustning. Det handlar också om att regionerna är förberedda på att ta emot vaccin från nationell nivå och ta fram en plan för att distribuera och administrera vaccin.[174]

Folkhälsomyndigheten fick 2024 i uppdrag att säkerställa tillgången till vaccin mot mpox. I uppdraget ingick också att uppdatera den tidigare framtagna nationella operativa vaccinationsplanen enligt ett uppdrag som delades ut 2022[175], och som bl.a. innebar att ta fram en plan för att tillgängliggöra vaccin mot mpox till regionerna.[176]

Folkhälsomyndigheten gavs i uppdrag 2019 att säkerställa tillgång till vaccinbehandling för befolkningen vid en pandemi genom avtal med vaccintillverkare för perioden 2020–2024. Finansieringen av uppdraget skedde enligt ett bemyndigande i budgetpropositionen för 2019 om att teckna avtal om kommande kostnader för vaccinberedskap om totalt 368 miljoner kronor för perioden.[177]

Regeringen har förlängt myndighetens uppdrag att säkerställa tillgången till vaccin för befolkningen vid en influensapandemi. Förläng-

[173] Folkhälsomyndigheten. Nationell plan för vaccination mot covid-19. Folkhälsomyndighetens delredovisning av regeringsuppdrag S2020/04550/FS (delvis). 2022, s. 5 och 24.
[174] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 45 och 47.
[175] Regeringsbeslut S2022/02862 (delvis).
[176] Regeringsbeslut S2024/01052 (delvis). S2019/01222/FS (delvis).
[177] Regeringsbeslut S2019/01222/FS (delvis).

ningen av uppdraget innebär att Folkhälsomyndigheten kan teckna nya avtal med vaccintillverkare för att säkra tillgång till vaccin. Folkhälsomyndigheten ska lämna en skriftlig delredovisning när myndigheten har fattat beslut om ett nytt avtal i fråga om pandemivaccin. Myndigheten ska årligen ge en muntlig bedömning av kostnaderna för inköp av vaccin vid en pandemi. till Socialdepartementet. I samband med att avtalet löper ut, dock senast den 30 september 2032, ska myndigheten lämna en slutredovisning av uppdraget till Socialdepartementet. [178]

Vaccin och beredskapsläkemedel är en del av den globala beredskapen mot pandemisk influensa

WHO:s ramverk för beredskap av pandemisk influensa från 2023 innehåller en strategi för att stärka den globala beredskapen mot pandemisk influensa. I ramverket tas hänsyn till lärdomarna från hanteringen av covid-19-pandemin och de förbättringar som gjorts över tid, men också konstaterade brister i beredskapen mot pandemisk influensa. Ramverket syftar till att bidra till att utveckla länders arbete med att fördela och distribuera produkter, bl.a. vaccin och beredskapsläkemedel, för pandemisk influensa för att bygga upp en global beredskap. Enligt ramverket är tillgång till motåtgärder, dvs. smittskyddsåtgärder, och produkter såsom vaccin och beredskapsläkemedel nödvändigt för att förebygga, upptäcka, och hantera en pandemisk influensa. Tillgång till dessa motåtgärder bör ske i tid och på ett rättvist sätt mellan länder, och länder bör ha kapacitet att fördela och distribuera produkter som behövs för att hantera en pandemisk influensa. Vidare ingår i WHO:s fortsatta arbete att också stödja länder att utveckla, revidera, genomföra och uppdatera sina nationella utbyggnads- och vaccinationsplaner mot pandemisk influensa utifrån lärdomar från covid-19-pandemin. [179]

[178] Regeringsbeslut S2025/00103 (delvis).
[179] World Health Organization. Pandemic Influenza Preparedness Framework: Partnership Contribution High-Level Implementation Plan III 2024-2030. 2023, s. 42 och 43.

Antivirala läkemedel bidrar till att minska risken för allvarlig sjukdom

Innan ett vaccin är tillgängligt kan antivirala läkemedel ges för att minska risken för allvarlig sjukdom hos infekterade individer och i förebyggande syfte i riskmiljöer. Antivirala läkemedel är också fortsatt ett viktigt komplement till vaccin när det väl finns tillgängligt. Vidare bör det finnas lager av antivirala läkemedel snabbt tillgängliga för att möta en ökad efterfrågan i början av en pandemi, vilket också WHO rekommenderar. Utöver antiviraler nämns också produkter som bör lagerhållas såsom personlig skyddsutrustning, vaccin samt produkter och utrustning för testning.[180]

Antimikrobiella läkemedel är ett samlingsnamn för läkemedel mot mikrobiella infektioner, dvs. infektioner med smittämnen, och avser således läkemedel för behandling av infektioner med virus (antiviraler), bakterier (antibiotika), svampar och parasiter. Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att säkerställa tillgång till vissa antibiotika, vilket också kan komma att inkludera beredskap för andra pandemier än de som orsakas av influensavirus.[181] En säkerställd tillgång förutsätter att regeringen ger myndigheten ett specifikt uppdrag och medel för inköp. Vidare kan läkemedel från nationella beredskapslager endast tillgängliggöras när det råder en allvarlig brist i det ordinarie försörjningssystemet som inte kan lösas på annat sätt av aktörerna på marknaden. Beredskapslagren ska stödja regionerna när deras egna resurser inte räcker.[182] Det är därför viktigt att regionerna har beredskap i fråga om antiviraler och antibiotika.

Ett ökat behov av antibiotika vid t.ex. behandling av bakterieinfektioner i efterförloppet av infektion av ett luftvägsvirus kan snabbt leda till en bristsituation. Av den anledningen är det relevant med beredskap. Utredningen har dock valt att primärt fokusera på antivirala läkemedel, eftersom vi bedömer att nästa pandemi sannolikt kommer att orsakas av ett nytt eller förändrat luftvägsvirus.

[180] World Health Organization. WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemic. 2005, s. 11.
[181] Regeringsbeslut S2024/01258 (delvis).
[182] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning. 2019, s. 6.

Regionernas och Folkhälsomyndighetens ansvar och uppgifter i fråga om antimikrobiella läkemedel

Regionerna är ansvariga för inköp och distribution av läkemedel inklusive vaccin för prevention och behandling av sjukdomar. Den årliga användningen av antivirala läkemedel är i regel låg, vilket innebär att regionerna bör ha ett mindre lager av sådana läkemedel för att täcka tillfälligt ökad efterfrågan vid t.ex. lokala utbrott av säsongsinfluensa eller i början av en pandemi. Men vid en pandemi eller ett större smittutbrott kan ett större behov av beredskapslagrade läkemedel snabbt uppstå, om de regionala resurserna inte räcker till.[183]

Beredskapslagringen av antivirala läkemedel påbörjades 2005 i samband med att Socialstyrelsen, som då var ansvarig myndighet för smittskyddsfrågor, fick i uppdrag att upphandla och lagerhålla antivirala läkemedel inför en influensapandemi.[184] Folkhälsomyndigheten övertog ansvaret för beredskapslagringen den 1 juli 2015.[185] Uppdraget återrapporteras löpande till regeringen.[186] Enligt Folkhälsomyndighetens instruktion ska myndigheten på regeringens uppdrag samordna förberedelser för försörjningen med läkemedel[187] inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar (27 § förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten).

Lagerhållning av antivirala läkemedel är viktig för att förkorta och mildra sjukdomsförlopp, vilket kan ha stor effekt på samhällsnivå, framför allt under en pandemi. Enligt Folkhälsomyndighetens planeringsstöd för beredskapsläkemedel i händelse av en pandemi visar kliniska studier att antivirala läkemedel kan reducera sjukdomslängden av säsongsinfluensa med i genomsnitt en dag, om behandlingen startar inom 48 timmar efter symtom. Läkemedlen minskar även influensarelaterade komplikationer. Antiviral behandling kan både användas som en individuell sjukvårdsåtgärd och som en folkhälsoåtgärd.

Folkhälsomyndigheten lagrar två olika antivirala läkemedel som beredskap inför en eventuell influensapandemi: oseltamivir och

[183] Folkhälsomyndigheten. Smittskyddsläkemedel i beredskapslager. Hämtat 2025-01-02 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/krisberedskap/smittskyddslakemedel-i-beredskapslager.
[184] Regeringsbeslut S2009/1511/FH (delvis).
[185] Regeringsbeslut S2015/3628/FS.
[186] Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Folkhälsomyndigheten.
[187] Smittskyddsläkemedel finns beredskapslagrade för influensapandemi (antivirala läkemedel och antibiotika), och större utbrott av smittsam sjukdom (antibiotika).

zanamivir (inhalationsläkemedel).[188] Lagerhållningen av dessa läkemedel täcker behovet av behandling för cirka 20 procent av befolkningen. Eftersom lagerhållningen är omfattande i förhållande till den årliga användningen bedöms det inte vara möjligt att omsätta lagrade antiviraler.[189]

Utredningen anser att säkerställd tillgång på vaccin och antimikrobiella läkemedel i händelse av pandemi är av sådan betydelse att det bör utgöra ett fokusområde i en nationell strategi för pandemihantering.

10.8.7 Initiera forskning som bidrar till stärkt pandemiberedskap

Forskning bidrar till att i bred bemärkelse ta fram ny kunskap samt att bygga expertis inom olika forskningsområden. Covid-19-pandemin visade att bägge dessa aspekter av forskning har särskilt stor vikt och brådska under en långvarig samhällskris som en pandemi utgör. Det finns otaliga exempel på detta från pandemin och vi nöjer oss med två illustrativa sådana:

– Preliminära resultat från den s.k. RECOVERY-studien, som publicerades i juni 2020, visade att ett välkänt och brett tillgängligt kortisonpreparat (dexametason) minskade dödligheten vid respiratorkrävande covid-19 med en tredjedel.[190] Resultaten omsattes omedelbart i hälso- och sjukvården världen över och sparade på så sätt många liv.
– Den snabba vaccinutvecklingen byggde på mångårig forskning inom bl.a. budbärar-RNA (mRNA) och vaccinteknologi, där forskning kring mRNA tilldelades Nobelpriset i fysiologi eller medicin 2023.

[188] Folkhälsomyndigheten. Smittskyddsläkemedel i beredskapslager. Hämtat 2025-01-02 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/krisberedskap/smittskyddslakemedel-i-beredskapslager.
[189] Folkhälsomyndigheten. Nationella beredskapslagren av antivirala läkemedel. Hämtat 2025-01-02 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/krisberedskap/smittskyddslakemedel-i-beredskapslager/faq-nationella-beredskapslager.
[190] Horby P., Lim W.S.., Emberson J.R., Mafham M., Bell J.L., Linsell L., et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 – Preliminary Report. N Engl J Med 2020, 384:693–704.

Dessa exempel på snabbt initierad forskning under pågående pandemi, eller ”akutforskning”, var enbart möjlig genom att det fanns etablerade forskarnätverk, forskningsstrukturer och dataförsörjning före covid-19-pandemin. Expertis och expertkunskaper var även efterfrågade av allmänhet, medier m.fl., men tillgången till sådan expertis var framför allt avgörande för att myndigheter och regeringar kunde fatta välgrundade och välavvägda beslut om smittskyddsåtgärder under pandemin.

Utredningen anser att forskning om smittämnen, smittspridning och konsekvenser av infektioner bör ses som en beredskapsåtgärd för hantering av pandemier och därför bör ingå som ett fokusområde i en nationell strategi för pandemihantering. Samma synsätt kommer till uttryck i WHO:s ramverk för forskningsberedskap inför pandemier liksom i Vetenskapsrådets tioåriga nationella forskningsprogram om virus och pandemier, som vi redogör för nedan.

Vikten av både grundforskning och tillämpad forskning lyfts i WHO:s ramverk för forskningsberedskap inför pandemier

WHO:s forsknings- och utvecklingsplaner (WHO R&D Blueprints) för epidemier och pandemier syftar till att, genom ett internationellt samarbete, påskynda utvecklingen av medicinska smittskyddsåtgärder för sjukdomar av epidemisk och pandemisk potential och därmed bidra till att förebygga allvarliga hälsohot och rädda liv under utbrott. FoU-planer kan ses som globala plattformar för forskning och utvecklingssamarbete.[191]

WHO publicerade i juni 2024, och inom ramen för samma serie av FoU-planer, ett ramverk eller en strategi för forskningsberedskap inför epidemier och pandemier.[192] I strategin prioriteras forskning om s.k. patogenfamiljer i stället för enskilda patogener, dvs. smittämnen. Syftet är att stärka förmågan att reagera effektivt på oförutsedda varianter, nya smittämnen (emerging pathogens), zoonotiska överföringar och okända hot som kallas ”Pathogen X” (se avsnitt 4.4.4).

[191] World Health Organization. WHO R&D Blueprint for Epidemics. Targeting research on diseases of greatest epidemic and pandemic threat. Hämtat 2024-01-14 från https://www.who.int/teams/blueprint/who-r-and-d-blueprint-for-epidemics.
[192] World Health Organization. Pathogens prioritization. A Scientific Framework for Epidemic and Pandemic Research Preparedness. Geneva: World Health Organization. 2024.

Det kan i sammanhanget nämnas att Folkhälsomyndigheten har utsetts till att, inom ramen för EU-referenslaboratorier, leda ett konsortium som ansvarar för nya, gnagarburna och zoonotiska viruspatogener (se avsnitt 3.4.3).

Beroende på vad det kan handla om för ett nytt eller förändrat smittämne, kan det finnas kunskapsluckor i fråga om prepandemisk forskning. Ramverket syftar till att identifiera sådana luckor och ger förslag på åtgärder för att täppa till dessa kunskapsluckor.

Utifrån lärdomarna från covid-19-pandemin understryks i WHO:s ramverk vikten av fortsatta investeringar i grundforskning, klinisk forskning samt tillämpad forskning. Grundforskning om infektionssjukdomar utgör grunden för tillämpad forskning, och information om den genetiska och molekylära sammansättningen av ett smittämne ger viktiga data för att utforma medicinska smittskyddsåtgärder, och utan grundforskning kan utformningen av smittskyddsåtgärder riskera att bli föråldrad och i värsta fall verkningslös. Vidare framhålls att dela resultat och data från sådan grundforskning är avgörande för att skapa verkningsfulla samarbeten, och framför allt i händelse av en epidemi eller en ny pandemi. Medan laboratorieinformation om ett smittämne är avgörande för att utveckla medicinska smittskyddsåtgärder så är övervakningsinformation från riskpopulationer avgörande för program för tillämpad forskning. Det krävs ett utvecklat samarbete för att övervaka både smittämnen hos människor, potentiella zoonotiska smittämnen eller andra reservoarer av smittämnen, vilket innebär att en samordnad smittämnesövervakning i riskområden prioriteras. Likaså lyfts behovet av initiativ som syftar till att förbättra genomisk sekvensering, bioinformatik och datadelning för att snabbt och i realtid identifiera och karakterisera nya globala patogenhot.[193]

Det finns flera områden som är i behov av forskning enligt Vetenskapsrådets forskningsprogram om virus och pandemier

Vetenskapsrådet fick 2021 i uppdrag att inrätta ett nationellt forskningsprogram om virus och pandemier för att bygga beredskap inför kommande pandemier. Forskningsprogrammet är en del i regeringens långsiktiga strategi och handlingsplan för att motverka och

[193] World Health Organization. Pathogens prioritization. A Scientific Framework for Epidemic and Pandemic Research Preparedness. 2024, s. 38 och 39.

minska virusutbrott och pandemier. Det övergripande målet med programmet är att det ska bidra med ny kunskap om hur olika virus upptäcks, infekterar och smittar samt hur pandemier kan uppkomma och därmed förbereda samhället inför framtida pandemier.[194,195] Forskningsprogrammet är tioårigt och presenterades i en rapport från 2023.[196] Enligt rapporten bedöms följande områden vara prioriterade och i behov av forskning:

1. **Virus, virusorsakade sjukdomstillstånd och grundläggande sjukdomsmekanismer.** Området syftar till att öka kunskapsläget kring olika virus, virussjukdomar och mekanismer kring infektions- och sjukdomsprocessen, och har stor betydelse för den globala folkhälsan.
2. **Mekanismer för uppkomst och spridning av zoonoser med pandemisk potential samt strategier för prevention och hantering av smittspridning.** I första hand behöver kunskapsläget öka om mekanismer för nya zoonotiska sjukdomar och infektioner.
3. **Utveckling av antivirala läkemedel, vaccin och diagnostik.** Det finns ett identifierat behov att öka kunskapen om preventiva och medicinska åtgärder för skydd mot och kontroll av virusorsakade sjukdomar hos människor och djur.
4. **Pandemirelaterade samhällsåtgärder och dess effekter på människors livsvillkor och hälsa.** Forskningen kan avse både effekter på smittspridning, sjukdom och dödlighet och effekter av hur pandemirelaterade samhällsåtgärder påverkat människors livsvillkor och hälsa utifrån kön, ålder, funktionsvariation, socioekonomi, härkomst och geografi.
5. **Organisation, styrning och samordning av viktiga samhällsfunktioner vid en pandemi.** Forskning med fokus på organisering, styrning och samordning kan bidra med att belysa hur olika grupper, t.ex. äldre och sköra eller socialt utsatta, påverkades av pandemin.

[194] Prop. 2020/21:60.
[195] Regeringsbeslut U2021/01515.
[196] Vetenskapsrådet. Strategisk forskningsagenda. Nationellt forskningsprogram om virus och pandemier. 2023. I det följande anges källan Vetenskapsrådet 2023.

Vetenskapsrådet gjorde en kartläggning för att undersöka hur forskningsfinansieringen har fördelat sig mellan de fem fokusområdena, som redovisas ovan, under 2013–2022.[197] Störst andel av finansieringen har gått till virusforskning däribland grundforskning inom virologi (fokusområde 1). Vetenskapsrådet bedömer att grundforskning inom virologi fortsatt behövs för att få ny kunskap om kända och okända virusorsakade sjukdomar, men också för att detta är ett bra sätt att öka beredskapen för framtida pandemier eftersom det är svårt att förutsäga vilken typ av virus som kommer att orsaka nästa pandemi.

Zoonoser, förebyggande och förhindrande av smittspridning har haft en mindre andel finansiering och bedöms kunna behöva förstärkning (fokusområde 2). Ett tvärvetenskapligt förhållningssätt och tillämpning av One health-konceptet är viktiga komponenter och bör enligt Vetenskapsrådet förstärkas.

Utveckling av antivirala läkemedel, vaccin och diagnostik bedöms behöva fortsatt forskning för att kunna möta framtida hot (fokusområde 3).

Områdena som rör forskning om pandemirelaterade samhällsåtgärder och dess effekter på människors livsvillkor och hälsa samt forskning med fokus på organisering, styrning och samordning har fått en viss resursförstärkning även om kunskapsluckor inom områdena bedöms kvarstå, såsom forskning om organisatoriska frågor (fokusområde 4 och 5).

Staten bör ha en strategisk roll i fråga om pandemiforskning

Utredningen anser att det även framgent behövs forskning för att stärka pandemiberedskapen och menar att Vetenskapsrådets nationella forskningsprogram är ett lovvärt initiativ i denna riktning, inte minst genom att det omfattar flera olika forskningsområden och spänner från grundforskning till klinisk och tillämpad forskning.

Utredningen bedömer att staten fortsatt bör ha en strategisk roll som finansiär för pandemiforskning som syftar till att säkerställa ny kunskap och expertis inom de områden som omfattas av Vetenskapsrådets program. Utredningen vill i detta sammanhang lyfta några frågor som kan övervägas i det fortsatta strategiarbetet

[197] Vetenskapsrådet 2023, s. 34.

inom forskningsområdet. Uppbyggnad av forskning och expertis inom specifika kunskapsområden kräver långsiktighet över årtionden snarare än år. Även om Vetenskapsrådets nationella forskningsprogram är tioårigt så bör en ännu längre och stabilare forskningsfinansiering, inklusive seniora forskartjänster inom området, övervägas.

I detta sammanhang noterar utredningen att ett forskningsprogram med uppgift att stärka laboratorieberedskapen för pandemier – Pandemic Laboratory Preparedness-programmet – har finansierats av staten med sammanlagt 130 miljoner kronor under perioden 2021–2024. Programmet drivs av Science for Life Laboratory (SciLifeLab) som är ett nationellt center för molekylära biovetenskaper som drivs gemensamt av Kungliga Tekniska högskolan, Karolinska Institutet, Stockholms universitet och Uppsala universitet. Enligt regeringens forskningspolitiska proposition för 2021–2024 bedömdes SciLifeLab till stor del ha den expertis som kan ge stöd till ansvariga myndigheter vid exempelvis en pandemi eller omfattande utbrott av en smittsam sjukdom. Vidare lyfte regeringen att det finns behov av stärkta tekniska faciliteter för molekylära analyser såsom sekvensering, genetisk analys och immunologiska metoder.[198] Inom forskningsprogrammet finns ett etablerat nätverk med bl.a. myndigheter såsom Folkhälsomyndigheten, Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI), SVA och ECDC.[199] I forskningspropositionen för 2025–2028 framgår att SciLifeLab tilldelas 90 miljoner kronor årligen för perioden 2025–2028 som en del av Kungliga Tekniska högskolans anslag för forskning och utbildning på forskarnivå.[200] Därav har SciLifeLab tilldelats 33 miljoner kronor 2025 för programmet med uppgift att stärka laboratorieberedskapen vid framtida pandemier.[201]

Mellan pandemier, dvs. under interpandemisk fas, bör forskningen syfta till att öka kunskapen inom bl.a. de områden som prioriterats av Vetenskapsrådet. Ett sådant område framgår av kapitel 5.2 där vi konstaterar att kunskapsläget kring effekter av enskilda icke-medicinska smittskyddsåtgärder är begränsat. Den interpandemiska fasen bör även användas för att skapa beredskap och planer som möjlig-

[198] Prop. 2020/21:60 s. 79 och 80.
[199] Kungliga Tekniska Högskolan. Årsrapport 2023. Science for Life Laboratory. Nationellt centrum för livsvetenskaplig forskning inklusive Nationell satsning på läkemedelsutveckling. 2024, s. 12.
[200] Prop. 2024/25:60 s. 61.
[201] Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Kungl. Tekniska högskolan, s. 4.

gör snabb kunskapsgenerering i händelse av pandemi. Även om smittämnet är mer eller mindre nytt går det att förutse vissa forskningsbehov. Exempel på detta är att snabbt kartlägga vilka personer och grupper som har hög risk för allvarlig sjukdom (se även avsnitt 10.8.3), följa smittspridningens hastighet och spridningsvägar, och undersöka effekten av medicinska och icke-medicinska smittskyddsåtgärder.

För att möjliggöra effektiv kunskapsgenerering under en pandemi bör bl.a. forskningsplaner och dataförsörjning i möjligaste mån förberedas. Dataförsörjning utgör en särskild svårighet och bör därför utgöra ett eget fokusområde i en nationell strategi, vilket redovisas i det följande avsnittet 10.8.8.

Etablera samarbeten mellan lärosäten och myndigheter i pandemifrågor

Det har tagits initiativ till samarbeten mellan lärosäten under covid-19-pandemin, t.ex. via Centrum för hälsokriser, som initierades 2021 inom ramen för Karolinska Institutets verksamhet. Centret är under uppbyggnad och tanken är att det ska bedriva multidisciplinär forskning och utbildning i samverkan med andra universitet, samt utgöra expertstöd inom olika hälsohotsområden utifrån erfarenheter från covid-19-pandemin. Karolinska Institutet fick av regeringen i uppdrag 2023 att stärka arbetet med att utveckla Centrum för hälsokriser, bl.a. genom att samarbeta med och stödja andra universitet och högskolor i deras arbete inom området.[202]

Utredningen har inte undersökt omfattningen av samarbeten mellan lärosäten eller forskarnätverk under covid-19-pandemin och vad de har resulterat i. Samarbeten i normalläge mellan lärosäten borde underlätta för en snabb etablering av forskning vid pandemihantering. När det gäller faktiska möjligheter att initiera forskning och kliniska studier krävs dock att flera förutsättningar finns på plats, t.ex. finansiering samt en utvecklad process för kliniska prövningar. Dock kan i detta fall samarbeten mellan forskarnätverk med anknytning till internationella nätverk för kliniska studier inom infektionssjukdomar vara ett sätt att stärka möjligheterna att kunna initiera studier och därmed stärka pandemiberedskapen.

[202] Regeringsbeslut U2023/02853 m.fl. Bilaga 1. Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende anslag 2:64 inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning. 2023.

Utredningen bedömer att det också finns ett värde av att etablera samverkan mellan lärosäten och myndigheter med uppgifter inom smittskydd och pandemiberedskap såsom t.ex. Folkhälsomyndigheten. Vad vi uppfattar verkar det finnas ett brett intresse från lärosäten och övriga samhällsaktörer att samverka inom hälsokrisberedskap och hantering. Med övriga samhällsaktörer avses myndigheter, Regeringskansliet, kommuner, regioner, civilsamhällsorganisationer och näringsliv.[203]

10.8.8 Stärk nationell dataförsörjning för övervakning och forskning vid pandemier

En stärkt nationell dataförsörjning syftar till att förbereda för övervakning och forskning i händelse av en pandemi. En sådan försörjning möjliggör i första hand för s.k. akutforskning, epidemiologisk övervakning och uppföljning, virusövervakning och riskvärdering av virus och andra smittämnen. Bättre åtkomst till nationella data möjliggör också för forskning under interpandemisk fas samt vid operativ pandemihantering. Det handlar både om att bidra till nya kunskaper om smittämnen med hög pandemisk potential, men avser också ett bredare perspektiv såsom t.ex. kunskaper om effekter av smittspridning och smittskyddsåtgärder på folkhälsan och samhället i stort.

Dataförsörjning har stor betydelse för pandemiberedskapen

Under covid-19-pandemin fanns stora behov av tillgång till detaljerade hälsodata för att snabbt kunna sammanställa uppgifter, genomföra epidemiologiska analyser och bedriva forskning. Sådan hälsodata bör vara samma data som samlas in och används i normalläge. Det innebär att den tekniska infrastrukturen för att samla in datamängder från hälso- och sjukvårdens it-system på ett automatiserat sätt behöver utvecklas och att interoperabiliteten mellan vårdverksamheter förbättras. Det gäller både för en bättre beredskap och vid hantering av en pågående pandemi. De två viktiga forskningsresul-

[203] Karolinska Institutet. Om lärosätenas roll i hälsokriser – slutsatser från Hälsokrisforum 2024. 2025, s. 3 och 4.

taten från en studie från Kina[204] respektive Storbritannien[205] som lyftes i avsnitten 10.8.3 och 10.8.7, kunde bara erhållas tack vare en effektiv dataförsörjning i fråga om nationella hälsodata.

Som framgått i bl.a. avsnitt 10.4.3 och 10.8.7 finns svagheter i fråga om Sveriges dataförsörjning på hälso- och sjukvårdsområdet. Detta gör att det är svårt för myndigheter och forskare att under en pandemi i realtid följa bl.a. smittspridning, sjuklighet, vårdbelastning, samt effekter, såväl avsedda som oönskade, av nya vaccin och läkemedelsbehandlingar. Emellertid har en rad initiativ på hälsodataområdet i form av statliga utredningar och regeringsuppdrag, vilket vi beskriver närmare i avsnitt 8.2.9. Exempelvis föreslås ett statligt åtagande för hälso- och sjukvårdens interoperabilitet.[206]

Utredningen välkomnar det pågående arbetet inom hälsodataområdet och betonar att förbättringar är särskilt viktiga för en förbättrad beredskap och hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Vi avstår dock från att lämna egna förslag i och med att frågan har relevans långt utanför smittskyddsområdet och att hälsodatafrågorna bereds med anledning av utredningar och regeringsförslag. Vi menar emellertid att frågan har så stor betydelse för pandemiberedskapen att den bör ingå som ett fokusområde i det underlag för en nationell strategi för hantering av pandemier som vi har i uppdrag att lämna.

Utredningen noterar även att det internationellt pågår arbete kring en annan aspekt av dataförsörjning, nämligen öppen tillgång och delning av forskningsdata. Vetenskapsrådet har ett återkommande uppdrag att samordna, följa upp och främja samverkan i Sveriges omställning till öppen tillgång till forskningsdata.[207,208] Under pandemin bidrog sådan tidig delning av forskningsdata påtagligt till snabb spridning av ny kunskap bl.a. via s.k. preprints, dvs. offentliggörande av forskningsresultat som ännu inte granskats av oberoende experter (peer review), och delning av sekvensdata från variantövervakning.

[204] The novel coronavirus pneumonia emergency response epidemiology team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) – China 2020. China CDC Weekly 2020, 2:114-122.
[205] Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, Linsell L, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 – Preliminary Report. N Engl J Med 2020, 384:693–704.
[206] SOU 2024:33.
[207] Återkommande uppdrag enligt regleringsbrev till Vetenskapsrådet.
[208] Vetenskapsrådet. Öppen tillgång till forskningsdata 2024. En kartläggning, analys och bedömning. 2024, s. 5, 6 och 35.

Således kan öppen delning av forskningsdata och kod bidra till förbättrad pandemihantering och pandemiforskning.

Databasen Global Initiative on Sharing All Influenza Data (GISAID) har funnits sedan 2008 och syftar till att tillhandahålla tillgång till data om genomsekvenser av influensavirus. Databasen har använts under covid-19-pandemin och har bl.a. utgjort en viktig resurs för att följa nya virusvarianter och mutationer. Till dags dato (10 mars 2025) innehåller databasen drygt 17 miljoner SARS-CoV-2-sekvenser. Sverige har bidragit med drygt 290 000 sekvenser som har delats via regionerna och Folkhälsomyndigheten.

Vidare finns en svensk dataportal,[209] som sjösattes under covid-19-pandemin. Portalen är kopplad till en europeisk motsvarighet som tagits fram av European Bioinformatics Institute (EBI) på uppdrag av Europeiska kommissionen.[210]

10.9 Begränsa smittspridning och negativa konsekvenser av en pandemi för individ och samhälle

Förslag: Med pandemihantering avses arbetet under aktiveringsfasen, den pandemiska fasen och övergångsfasen vid en pandemi. För att nå samhällets mål vid en pandemi ska pandemihanteringen inriktas på följande fokusområden:

- ta fram samlade lägesbilder för beslut,
- identifiera riskgrupper och riskmiljöer i ett tidigt skede samt vidta åtgärder för att skydda riskgrupper,
- vidta rätt smittskyddsåtgärd vid rätt tillfälle,
- kommunicera för att skapa god följsamhet till åtgärder som bidrar till minskad smittspridning,
- dela information och använd uppbyggda rapporteringsvägar vid samverkan,

[209] Swedish Pathogens Portal: supporting pandemic preparedness. Hämtat 2024-12-20 från https://www.pathogens.se.
[210] Vetenskapsrådet. Den svenska covid-19-dataportalen växer. Hämtat 2024-12-20 från https://www.vr.se/aktuellt/nyheter/nyhetsarkiv/2021-01-28-den-svenska-covid-19-dataportalen-vaxer.html.

– snabbstarta allsidig pandemiforskning, och
– följ upp och lär av en pandemi.

Med pandemihantering avses arbetet under aktiveringsfas, pandemisk fas och övergångsfas för att dämpa smittspridningen och begränsa konsekvenserna av pandemin. Strategin för att nå det övergripande målet i den del som avser pandemihantering är att vidta de åtgärder som behövs för att begränsa smittspridning samtidigt som andra negativa konsekvenser för individ och samhälle minimeras. En viktig del i pandemihanteringen är enligt Folkhälsomyndighetens planeringsstöd att minska det totala antalet fall samt förskjuta oundvikliga fall vid ett givet tillfälle, för att undvika en alltför hög belastning på hälso- och sjukvården i förhållande till tillgängliga resurser. Om det går att skjuta sjukdomsfallen på framtiden finns också större chans att medicinska smittskyddsåtgärder har blivit tillgängliga, så att man kan minska det totala antalet fall.

Utredningen redovisar i det följande de sju fokusområden som vi har identifierat som centrala för pandemihantering, och som vi därför föreslår bör ingå i en nationell strategi. Fokusområdena är tematiska och har valts ut på basis av de nationella och internationella styrdokument som finns för pandemihantering och med utgångspunkt i de delar som utredningen bedömer är centrala för en välfungerande pandemihantering. De är inte sinsemellan rangordnade.

10.9.1 Ta fram samlade lägesbilder för beslut

Begreppet samlad lägesbild[211] används för att beskriva en sammanställning av information och data som ger en övergripande bild i ett normalläge, och fyller en särskild viktig funktion i en krissituation. En uppdaterad och korrekt lägesbild är avgörande för att beslutsfattare på olika nivåer i samhället ska kunna fatta välavvägda, strategiska beslut. Beslut i sådana lägen fattas under osäkerhet, vilket innebär att det krävs kontinuerliga avvägningar som beaktar möjliga

[211] Se t.ex. MSB. Samlad lägesbild. Hämtat 2025-02-07 från https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/gemensamma-grunder--ramverk-for-ledning-och-samverkan/arbetssatt-samt-checklistor-och-mallar/samlad-lagesbild.

positiva och negativa konsekvenser för individ och samhälle. En lägesbild gör det också lättare att samordna olika insatser mellan myndigheter, regioner och kommuner, särskilt i krissituationer såsom en pandemi. Lägesbilder utgör även ett viktigt underlag till kommunikation till allmänheten.

Samlade lägesbilder bör tas fram i realtid för att bedöma smittläget och vidta adekvata åtgärder

För att kunna ta fram samlade lägesbilder krävs samordning och standardisering, bl.a. genom enhetliga definitioner. De systemstöd och data som används i normalläge bör kunna tillhandahålla relevant information i ett krisläge. Det är enligt utredningens bedömning helt avgörande att det finns tillgång till uppdaterade data och uppgifter från vård- och omsorgsverksamheter så att ansvariga myndigheter ska kunna följa läget i realtid och ha ett tillförlitligt underlag för att kunna fatta beslut om lämpliga smittskyddsåtgärder. Det går inte att på förhand avgöra hur ofta lägesbilder bör uppdateras i en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. Beslut kan fattas på nationell nivå av både regeringen och ansvariga myndigheter. En samlad lägesbild är också viktig för verksamheter på regional och lokal nivå för att t.ex. bedöma smittläget, vidta adekvata åtgärder eller samordna operativa åtgärder som kan uppkomma under en pandemi.

Under covid-19-pandemin saknades delvis uppgifter från slutenvården i fråga om IVA-inläggningar, primärvården, säbon och den kommunala hälso- och sjukvården i övrigt. Uppgifter fick hämtas in från t.ex. nationella kvalitetsregister såsom Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). Svårigheterna att snabbt få tillgång till uppgifter har bl.a. lett till att Utredningen om hälsodataregister har sett över regelverket för hälsodataregister och bl.a. föreslår en utökad insamling av uppgifter till patientregistret hos Socialstyrelsen, en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare till registret över kommunal hälso- och sjukvård och att Socialstyrelsen uppdras att utreda behovet av att samla in uppgifter av bl.a. medicinsk betydelse till registret över kommunal hälso- och sjukvård.[212]

[212] SOU 2024:57.

Samlade lägesbilder behöver utvecklas

Samlade lägesbilder i kriser behandlas i flera utredningar[213] och regeringsuppdrag[214]. MSB har enligt 7 § första stycket fjärde punkten i sin instruktion[215] i uppgift att samordna stöd till centrala, regionala och lokala organ i fråga om information och lägesbilder. Enligt andra stycket ska myndigheten bistå Regeringskansliet med underlag och information av betydelse för myndighetens ansvarsområde i samband med allvarliga olyckor och kriser samt under höjd beredskap.

För samlade lägesbilder behövs samordning och standardisering, bl.a. genom uppbyggda system och enhetliga definitioner samt tillgång till uppdaterade och tillförlitliga data och uppgifter från bl.a. vården, laboratorierna, smittspårningen och omsorgen (se även avsnitt 8.9.4, 8.9.5 och 10.4.3).

Utredningen menar att det behövs ett fortsatt arbete med att utveckla samlade lägesbilder i ett normalläge för att undvika tillfälliga lösningar under en pågående kris. Under en situation med omfattande smittspridning ställs särskilt stora krav på snabb tillgång till data och uppgifter i realtid. Samtidigt bör det vara möjligt att på nationell nivå samla in data och uppgifter från vård- och omsorgsverksamheter utan att det krävs alltför omfattande insatser av dem som ska rapportera. Processen bör inte, enligt utredningens uppfattning, utgöra en administrativ börda för varken rapporterande verksamheter eller insamlande myndigheter.

Därtill finns risker i form av överbelastning av datasystem och sjukfrånvaro av kritisk personal. Det behöver således finnas en dimensionering och robusthet som kan beakta och hantera dessa risker. Utredningen anser därför att samlade lägesbilder bör anges som ett av fokusområdena i en nationell strategi för pandemihantering.

[213] SOU 2022:6, SOU 2023:50 och SOU 2024:76.
[214] Regeringsbeslut S2022/01265, regeringsbeslut S2024/00545 och regeringsbeslut Ju2022/02410.
[215] Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Regionala och lokala lägesbilder är viktiga vid omfattande smittspridning

Utredningen vill understryka att inte endast nationella lägesbilder är centrala vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Regionala och lokala lägesbilder är viktiga eftersom smittläget kan se olika ut i landet. Regionala lägesbilder kan tas fram bl.a. inom samordningen mellan regionens smittskyddsläkare och regionernas katastrofmedicinska organisation som arbetar med beredskap inför allvarliga händelser och samhällsstörningar. Vid sådana händelser eller kriser aktiveras regionens krisledningsorganisation, Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL).

Även länsstyrelserna tar fram regionala lägesbilder, eftersom de ansvarar för att en samlad regional lägesbild sammanställs vid krissituationer för att stödja de aktörer som är ansvariga för krisberedskapen i länet när det gäller planering, risk- och sårbarhetsanalyser samt utbildning och övning, (4 § första stycket första och andra punkten förordningen [2017:870] om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter inför och vid höjd beredskap).

Ett exempel på en etablerad regional samverkan är Samverkan Stockholmsregionen. I samverkan deltar ett fyrtiotal samhällsaktörer bestående av länets kommuner, Länsstyrelsen i Stockholms län, Mellersta militärregionen, Kustbevakningen, Polisen, Region Stockholm, SOS Alarm, Trafikverket, räddningstjänsten och Stockholms hamnar och vid behov regionens smittskyddsläkare. Syftet med samverkan är att hantera störningar och krissituationer i Stockholms län. För det finns en framtagen modell för regional samverkan med gemensamma mål, metoder och resurser för att underlätta en samordnad planering och hantering. Vid en störning koordineras åtgärder och kommunikation för att samhället ska kunna fungera så effektivt som möjligt.[216,217] Denna samverkan fanns redan före covid-19-pandemin, och utredningen uppfattar att den fördjupades under pandemin.[218]

[216] Samverkan Stockholmsregionen. Samverkan Stockholmsregionen (SSR). Hämtat 2025-01-06 från https://www.samverkanstockholmsregionen.se.
[217] Samverkan Stockholmsregionen. Beskrivning av den gemensamma plattformen för regional samverkan. 2024.
[218] Riksrevisionen 2023, s. 35.

10.9.2 Identifiera riskgrupper och riskmiljöer i ett tidigt skede samt vidta åtgärder för att skydda riskgrupper

Det är angeläget att inför eller i ett tidigt skede av en situation med smittspridning av pandemisk karaktär, identifiera riskgrupper och riskmiljöer för att kunna vidta åtgärder för att skydda riskgrupper.

Vi föreslår därför att beredskap för att identifiera och skydda riskgrupper ska utgöra ett fokusområde i beredskapsdelen av strategin (se avsnitt 10.8.3). I detta avsnitt redogör vi för att det är svårt att på förhand identifiera vilka grupper det kan handla om, men erfarenhetsmässigt finns ett antal möjliga riskgrupper. Vid influensa och covid-19 utgörs riskgrupperna framför allt av de allra äldsta och sköraste personerna i samhället samt personer med allvarliga underliggande sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar och sådana sjukdomar som innebär nedsatt immunförsvar. Andra tänkbara riskgrupper för allvarlig sjukdom kan vara spädbarn, barn och unga, gravida kvinnor och deras foster.

Ett sätt att skydda riskgrupper är sannolikt att begränsa den totala smittspridningen i samhället. Sålunda visade en underlagsrapport till Coronakommissionens första betänkande att det fanns ett direkt samband mellan den allmänna smittspridningen i befolkningen, mätt som andelen avlidna som inte bodde på säbon, och andelen döda med covid-19 på säbon.[219] Sambandet gällde både mellan regioner i Sverige och vid en jämförelse mellan länder. Kommissionen bedömde på basen av detta att den allmänna smittspridningen i samhället högst sannolikt var den enskilt viktigaste faktorn bakom smittspridningen på säbon.

Detta betyder enligt utredningens uppfattning inte att specifika skyddsåtgärder för riskgrupper också bör vidtas när så är möjligt. Det kan handla om att tidigt upptäcka fall i dessa miljöer för att stoppa fortsatt smittspridning, men också om att vidta adekvata smittskyddsåtgärder för att minimera risken att få in smittan i dessa miljöer. Tillgång till smittskyddsåtgärder såsom testning och smittspårning är avgörande för att tidigt identifiera, kartlägga förebygga och begränsa en smittspridning. Smittskyddsåtgärder behövs under hela pandemin, men särskilt i ett tidigt skede, och måste ske utan dröjsmål för att man effektivt ska kunna bryta smittkedjor och därmed minimera risken att smittan når riskgrupper och riskmiljöer.

[219] SOU 2020:80 s. 48–50.

Den epidemiologiska och mikrobiologiska övervakningen av smittämnen och fall är grunden för att identifiera de mest sårbara riskgrupperna samt hur och var smittan sprids. En effektiv pandemihantering, särskilt i ett tidigt skede av ett utbrott av pandemisk karaktär, förutsätter att det finns en välfungerande omvärldsbevakning och övervakning i ett normalläge.

Riskbedömningar görs under pandemins alla faser och baseras på övervakningsdata, inrapporterade uppgifter från vård- och omsorgsverksamheter samt information från myndigheters och aktörers lägesbilder, och är särskilt viktiga i ett tidigt skede för att identifiera och skydda riskgrupper och riskmiljöer.

Det är också centralt att på nationell nivå samla in uppgifter från vård- och omsorgsverksamheter utan att det krävs alltför omfattande insatser av dem som ska rapportera. Det betyder att vårdverksamheter men framför allt kommunala omsorgsverksamheter måste kunna rapportera in uppgifter till nationella myndigheter på ett ändamålsenligt sätt för att snabbt få fram en lägesbild. Som framgår i avsnitt 10.4.3 blev det tydligt under covid-19-pandemin att regioner och framför allt kommuner saknar system som möjliggör att grundläggande information kan sammanställas på ett enkelt sätt. Som framgått tidigare har flera initiativ tagits för att underlätta för bl.a. uppgiftsinhämtning och framtagande av en nationell lägesbild.

Verksamheter i riskmiljöer måste ha rutiner och arbetssätt för att dels minska risken att en smitta når riskgrupper, dels hantera och begränsa utbrott. En förutsättning för det är det finns en sådan uppbyggd struktur innan det uppstår en situation med risk för smittspridning. Ansvariga för det förebyggande arbetet i omsorgsverksamheter är, i samarbete med regionernas vårdhygienenhet och smittskyddsverksamhet, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, och socialchefer.

Kommuner har ansvar att se till att omsorgsverksamheter, däribland sådana som drivs av privata aktörer, har rutiner och arbetssätt för att minska risken för att smitta uppstår och hantera en smitta när den uppstår. Som beskrivits i avsnitt 10.8.3 handlar det förebyggande arbetet om att utveckla och följa upp arbetet med basala hygienrutiner, se till att ha tillgång till regionens vårdhygieniska expertis och ta del av utbildningsinsatser och andra kompetenshöjande aktiviteter. Vid pågående smittspridning handlar det bl.a. om tillgång till personlig skyddsutrustning, screening, testning,

smittspårning, isolering av fall och andra smittskyddsåtgärder som bedöms vara aktuella för att begränsa smittspridning. Just isolering av identifierade fall kan vara svårt att genomföra och kräver en genomtänkt planering i förväg tillsammans med främst regionens vårdhygienenhet.

10.9.3 Vidta rätt smittskyddsåtgärder vid rätt tillfälle

Smittskyddsåtgärder bör vara hållbara över tid för att få en långsiktig följsamhet i samhället. Som utgångspunkt bör smittskyddsåtgärder vidtas på basis av frivillighet innan mer ingripande åtgärder övervägs.

I den strategi som publicerades den 7 april 2020 redovisade regeringen sex mål med sitt arbete varav ett avsåg att sätta in rätt åtgärder vid rätt tillfälle.[220] Utredningen bedömer att ett sådant formulerat mål är ett viktigt fokusområde i en nationell strategi för pandemihantering.

För att kunna vidta rätt smittskyddsåtgärd vid rätt tillfälle behöver det finnas en väl förberedd, bred palett med smittskyddsåtgärder för att hantera olika smittlägen. Varje val av smittskyddsåtgärd ska bl.a. föregås av risk- och proportionalitetsbedömningar. Sådana bedömningar görs också vid samverkan med olika aktörer, bl.a. ur ett bredare samhällsperspektiv, t.ex. inför beslut om upptrappning eller nedtrappning av samhällsinriktade åtgärder för att bedöma dess konsekvenser för både människor och samhälle. Vidare bör uppföljning och forskning av medicinska och icke-medicinska smittskyddsåtgärder göras löpande under en pandemis alla faser för att bedöma åtgärdernas resultat och förbättra kunskapsläget kring åtgärdernas effekt (se även avsnitt 10.9.6). Sådan uppföljning och forskning är beroende av god dataförsörjning vilket vi berör i ett eget fokusområde (avsnitt 10.8.8).

Tre övergripande kategorier av smittskyddsåtgärder

Smittskyddsåtgärder kan kategoriseras i tre grupper utifrån vad de avser att åstadkomma. Kategorierna motsvarar tre förhållningssätt eller strategier, och benämns på engelska containment-, protection-

[220] SOU 2022:10 volym 2 s. 330 och 603.

och mitigation-policies, vilket förenklat kan översättas till strategier som avser att stoppa och dämpa smittspridning. Smittskyddsåtgärder inom de två sistnämna kategorierna används ofta samtidigt och syftar till att begränsa smittspridningen och förhindra att vårdkapaciteten överbelastas.[221]

Smittskyddsåtgärder inom ramen för en containment-strategi syftar till att förebygga och stoppa smittspridning i avgränsade grupper eller samhällen. Enligt containment-strategin ger sådana åtgärder bäst effekt i ett tidigt skede av en omfattande smittspridning när det fortfarande är möjligt att avgränsa smittspridningen. Det kan handla om att identifiera fall genom testning och smittspårning av misstänkta eller exponerade fall, och vidta isoleringsoch behandlingsåtgärder vid behov.

När ett smittämne fått en omfattande samhällsspridning och det inte längre är möjligt att avgränsa spridningen, behövs åtgärder för att skydda individer eller grupper av individer med förhöjd risk för allvarlig sjukdom och död, s.k. protection-strategier.[222]

Mitigation-strategier syftar i första hand till att dämpa eller minimera negativa effekter på samhällsnivå. Strategierna fokuserar på att dämpa smittspridningen så att vårdkapaciteten kan upprätthållas och inte överbelastas. Smittskyddsåtgärderna gäller både individ- och befolkningsnivå, och kan avse t.ex. hygienregler för individer och miljöer, och åtgärder som syftar till fysisk distansering, såsom åtgärder för att motverka trängsel.[223]

En bred palett med smittskyddsåtgärder behövs för att hantera olika smittlägen

Utredningen bedömer att det bör finnas en bred palett med smittskyddsåtgärder som möjliggör för att hantera olika smittlägen under en pandemi. Tillgång till olika samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för att minimera smittspridning och förhindra att nya smittkedjor uppstår är avgörande för en god pandemihantering. Samtidigt måste

[221] OECD. Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). OECD Publishing. Paris. 2020, https://doi.org/10.1787/e96a4226-en.
[222] MSB. Att jämföra hur olika länder klarar en pandemi. Lärdomar och utmaningar. 2021, s. 14.
[223] OECD. Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, 2020, https://doi.org/10.1787/e96a4226-en.

åtgärderna vara hållbara över tid för att åstadkomma en långsiktig följsamhet hos befolkningen. Ju längre tid en smittskyddsåtgärd ska följas, desto starkare skäl krävs för att en åtgärd ska bedömas vara proportionerlig.

Som utgångspunkt bör samhällsinriktade smittskyddsåtgärder därför vidtas på basis av frivillighet innan mer ingripande åtgärder övervägs. Det har också varit en vägledande princip för utredningens förslag på en stärkt författningsberedskap för att hantera framtida situationer med omfattande smittspridning. Vidare bör smittskyddsåtgärderna anpassas utifrån smittläge, vårdens kapacitet, vaccinationsgrad och aktuellt kunskapsläge, samtidigt som de negativa konsekvenserna för människor och samhälle måste beaktas inför varje beslut av åtgärd.

Kontinuerliga riskbedömningar och uppföljningar av smittskyddsåtgärder behövs under en pandemis alla faser

Riskbedömningar görs under pandemins alla faser och baseras på olika källor såsom övervakningsdata, inrapporterade uppgifter från vård- och omsorgsverksamheter samt information från myndigheters och aktörers lägesbilder. En riskbedömning är en beskrivning av risken vid en given tidpunkt med tillgänglig information om smittan, smittspridningen samt vidtagna åtgärder. Riskbedömningen uppdateras vid behov då ny kritisk information tillkommer. I en riskbedömning tas bl.a. hänsyn till smittans egenskaper, prevalens (samtliga sjukdomsfall i en population) och dödlighet som den orsakar, spridningsmönster, förändringar över tid samt tillgången till och användningen av smittskyddsåtgärder.

Bedömningar görs på alla nivåer, bl.a. på global nivå av WHO, på europeisk nivå av t.ex. ECDC, av ansvariga myndigheter såsom Folkhälsomyndigheten och de regionala smittskydden. Riskbedömningar görs också vid samverkan med olika aktörer på olika nivåer, och bl.a. ur ett bredare samhällsperspektiv inför t.ex. beslut om upptrappning eller nedtrappning av samhällsinriktade åtgärder för att bedöma dess konsekvenser för både människor och samhälle. Vidare är riskbedömningar viktiga för att smittskyddsåtgärders proportionalitet ska kunna bedömas.

Under en pågående pandemi behöver också kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar genomföras av de smittskyddsåtgärder

som blir aktuella. Detta för att kunna göra välgrundade avvägningar vid varje beslut om lämplig smittskyddsåtgärd för att begränsa smittspridningen under pandemins olika faser. De indikatorer som Folkhälsomyndigheten hade för bedömning inför råd, rekommendationer och val av smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin var följande:

- trenden för antalet bekräftade fall inom de grupper som rekommenderas testning,
- trenden för antalet sjukhusvårdade, intensivvårdade och dödsfall med covid-19, samt hur de fördelas i olika grupper i samhället,
- vaccinationstäckningen totalt och i olika grupper samt vaccineffektiviteten avseende framför allt skydd mot allvarlig sjukdom och död,
- trenden för antalet testade och andelen positiva testsvar,
- nya virusvarianter av särskild betydelse,
- utvecklingen av pandemin globalt och i länder med liknande befolkningsstruktur och vaccinationsgrad som Sverige,
- uppgifter från smittspårningar om var utbrott eller smittspridning sker.

Enligt Folkhälsomyndigheten är det viktigt att bibehålla och utveckla både den epidemiologiska och den mikrobiologiska övervakningen för att säkerställa att pandemin kan följas med en tillräcklig detaljeringsgrad och därmed ge ett fullgott underlag för av att kunna bedöma behovet av smittskyddsåtgärder.[224]

Vaccinationer och antimikrobiell behandling och uppföljning av effekter är viktiga åtgärder vid pandemihantering

Som vi redovisar i avsnitt 10.8.6 är vaccination den mest effektiva smittskyddsåtgärden för att begränsa effekterna av en pandemi hos befolkningen förutsatt att ett effektivt och säkert vaccin finns tillgängligt. När det finns ett sådant vaccin kommer omfattning och

[224] Folkhälsomyndigheten. Plan för eventuella råd, rekommendationer och smittskyddsåtgärder mot covid-19. Regeringens uppdrag S2022/02127. 2022, s. 17.

målgrupper för vaccination att behöva beslutas baserat bl.a. på smittspridning, riskgrupper och infektionens allvarlighetsgrad.

Antimikrobiella läkemedel, om sådana finns tillgängliga för smittämnet, kan bidra till att minska risken för allvarlig sjukdom hos infekterade individer och ges i förebyggande syfte mot smitta i riskmiljöer. Behandling med antimikrobiella läkemedel kan på detta sätt minska belastningen på vården genom att dämpa eller förhindra sjukdomssymtom hos smittade personer.

Det är viktigt att effekten och eventuella sidoeffekter av vaccinationer och antimikrobiella läkemedel kontinuerligt följs upp (se även avsnitt 10.9.6 och 10.9.7). För antimikrobiella läkemedel bör även risken för resistensutveckling hos smittämnet beaktas.

Tillgång till olika smittskyddsåtgärder i syfte att kunna vidta rätt åtgärd vid rätt tillfälle är grunden för pandemihantering

Det bör enligt utredningens uppfattning finnas tillgång till olika smittskyddsåtgärder, såväl icke-medicinska åtgärder som medicinska såsom vaccinationer och antimikrobiell behandling, för att hantera olika faser och smittlägen vid en omfattande smittspridning. Åtgärders effekter kan variera av olika skäl, bl.a. beroende på vilken kombination av åtgärder som vidtas, och hur omfattande smittspridningen eller sjukdomsbördan är. Det krävs också en väl fungerande övervakning och uppföljning under hela pandemin för att kunna anpassa åtgärderna vartefter och med det gemensamma syftet att minska den totala smittspridningen.

Utredningen vill i detta sammanhang lyfta betydelsen av utvecklade indikatorer för övervakning och uppföljning av bl.a. smittspridning, vacciners nytta och biverkningar och övriga smittskyddsåtgärder. För att kunna utveckla indikatorer behöver det finnas god tillgång till data och däribland möjlighet att utvärdera kvaliteten på data och datakällor. Utredningen har i kapitel 5 konstaterat att det finns utmaningar med att vetenskapligt fastställa effekten av ickemedicinska åtgärder. Det gäller inte minst vid en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning som orsakas av ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne. I ett sådant läge, särskilt initialt, kommer därför åtgärder behöva baseras på den kunskap som finns från studier för liknande smittämnen, sjukdomar och situationer.

Utredningen anser att tillgång till olika smittskyddsåtgärder i syfte att kunna vidta rätt åtgärd vid rätt tillfälle är grunden för en god hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Av den anledningen föreslår vi ett specifikt fokusområde för detta ändamål i en nationell strategi för pandemihantering. I fokusområdet ingår också uppföljning och utvärdering av smittskyddsåtgärder.

10.9.4 Kommunicera för att skapa god följsamhet till åtgärder som bidrar till minskad smittspridning

Under en pandemi är det viktigt att aktuell och relevant information om smittspridningen och de åtgärder som vidtas når ut till allmänheten, berörda verksamheter och samhället i stort. Sådan kommunikation kan ge stöd för de smittskyddsåtgärder som vidtas och kan bidra till förståelse och följsamhet till dem. God kommunikation bidrar på så sätt till att hantera smittspridningen och i förlängningen minska sjuklighet och dödsfall bland befolkningen. Kommunikationen kan också bidra till att minska andra negativa konsekvenser för individen och samhället.

Allmänheten och de verksamheter som berörs av bindande beslut eller råd och rekommendationer som avser att minska smittspridning, måste ha aktuell och relevant information om smittskyddsåtgärder och skälen bakom, samt vad enskilda och berörda verksamheter kan göra själva för att bidra till en minskad smittspridning. Kommunikationen bör ske samordnat med de myndigheter eller verksamheter i de sakfrågor eller sakområden som avses för att åstadkomma en samlad information.

Av 2 kap. 3 § första stycket SmL framgår att regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa. Folkhälsomyndigheten ska inom sitt verksamhetsområde sprida kunskap till allmänheten och samhället i stort, se 4 § förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten. MSB ska se till att berörda aktörer vid en kris eller höjd beredskap, när det gäller krishantering och civilt försvar, får tillfälle att bl.a. samordna information till allmänhet och medier, samordna stödet till centrala, regionala och lokala organ i fråga om information och lägesbilder, se 7 § första stycket första

och fjärde punkterna förordningen med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Som framgått i avsnitt 10.3.1 ansvarar MSB också för Krisinformation.se, som är en nationell portal för information till allmänheten vid kriser. Webbplatsen har utvecklats på uppdrag av regeringen. Länsstyrelserna ska ha förmåga att vid en allvarlig kris, som berör länet eller medför behov av samverkan med kommuner eller andra aktörer, omgående kunna upprätta en ledningsfunktion för bl.a. samordning och information. Vid en kris ska länsstyrelserna bl.a. verka för att information till allmänheten och företrädare för massmedia samordnas, se 3 § samt 5 § första stycket tredje punkten förordningen om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter inför och vid höjd beredskap.

Utredningen föreslår i detta delbetänkande (avsnitt 9.18) att Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas i anslutning till den nya lagen som vi föreslår.

Vid en kris som en pandemi eller annan omfattande smittspridning finns det alltså flera aktörer som har ett särskilt utpekat ansvar för information och kommunikation. Som framgått i avsnitt 10.8.1 anser utredningen att det är regeringen som har det övergripande ansvaret för att hantera en samhällskris, särskilt när den omfattar flera samhällssektorer och därmed flera aktörer med sina respektive ansvarsområden. Utredningen anser därför att regeringen bör ansvara för att fatta beslut av omfattande, ingripande eller sektorsövergripande karaktär under en pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Utredningen anser också att regeringen har det övergripande ansvaret att kommunicera kring beslut om mer ingripande smittskyddsåtgärder.

Informationsbehovet i en situation med omfattande smittspridning kan, som framgår, till stor del tillgodoses på nationell nivå från myndigheter och regeringen. Men det är också viktigt att kunna möta behovet av information och kommunikation på regional och lokal nivå under en pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. I och med att det är många aktörer involverade är det också viktigt att budskapen i informationen och kommunikationen inte blir motstridiga, utan att de stödjer och kompletterar varandra. Utredningen bedömer sammantaget att kommunikation och information i syfte att minska smittspridning

i en pandemisk fas bör stärkas långsiktigt. Det gäller särskilt i situationer som präglas av osäkerhet i fråga om kunskapsläge eller beslutsunderlag. Det handlar om att få acceptans för hantering och åtgärder och ytterst att upprätthålla förtroende för samhällets aktörer.

Smittskyddsåtgärder bör vara tydligt och transparent redovisade

De överväganden som görs av ansvariga offentliga aktörer inför varje beslut av att införa en smittskyddsåtgärd bör enligt utredningen vara tydligt och transparent redovisade och kommunicerade till allmänheten. Det gäller inför varje val av smittskyddsåtgärd, och i synnerhet i de fall åtgärderna är av mer omfattande, ingripande eller sektorsövergripande karaktär (se avsnitt 10.8.1). Vikten av tydlighet och transparens vid beslut lyfts i flera sammanhang[225], däribland av WHO och MSB, som vi redogör för i det följande.

Tydlighet, transparens och förutsägbarhet är några av de principer som lyfts fram i WHO:s kunskapsstödjande dokument om kommunikation

WHO behandlar fem övergripande principer som bör beaktas i kommunikationen i fråga om smittskyddsåtgärder i ett kunskapsstödjande dokument som togs fram under covid-19-pandemin för organisationens europakontor.[226] Dokumentet var ett ramverk för planering och genomförande av nationella och regionala strategier för att upprätthålla allmänhetens stöd för smittskyddsåtgärder för att förhindra spridning av covid-19. Särskilt vid en långvarig hälsokris såsom en pandemi är det viktigt att beakta att det kan uppstå en pandemitrötthet, s.k. pandemic fatigue. Med detta menas en över tid minskande motivation hos allmänheten att följa rekommenderade skyddsbeteenden. De fem principerna är:

– Var transparent genom att redovisa skälen bakom restriktioner och eventuella ändringar som gjorts, samt vilka kunskapsluckor som finns i fråga om vetenskapligt stöd eller beslutsunderlag.

[225] Williams SN, Dienes K, Jaheed J, Wardman JK, Petts J. Effectiveness of communications in enhancing adherence to public health behavioural interventions: a COVID-19 evidence review. Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023, 381(2257):20230129.
[226] World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Pandemic fatigue – renvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. 2020.

Att känna till motiven bakom beslut av smittskyddsåtgärder ökar motivationen att följa dem.

- Eftersträva största möjliga rättvisa i fråga om rekommendationer och restriktioner. Det kan åstadkommas bl.a. genom att skapa strukturella förutsättningar för jämlik hälsa som handlar om att kommunicera behovet av rättvisa, t.ex. genom att kompensera för eller lindra restriktioner särskilt för de mest utsatta grupperna.
- Var så konsekvent som möjligt i fråga om budskap och handling, och undvik motstridiga beslut om smittskyddsåtgärder som innebär restriktioner. Att åstadkomma konsekventa budskap och handlingar i en föränderlig situation som en pågående pandemi är näst intill omöjligt, men bör ändå eftersträvas. Detta kan göras genom att se till att de risker som kommuniceras i samband med beslut om smittskyddsåtgärder alltid är i linje med rådande epidemiologiska riskbedömningar. Myndigheter bör undvika inkonsekventa beslut. Sådana beslut kan handla om att t.ex. avskaffa restriktioner för en typ av verksamhet eller sektor samtidigt som nya införs i en annan verksamhet eller sektor utan att en tydlig motivering och förklaring lämnas.
- Samordna budskap mellan experter och olika företrädare för berörda myndigheter och verksamheter, såsom hälso- och sjukvården. Sträva efter enhetlighet och undvik motstridiga budskap. Experter och olika företrädare för berörda verksamheter har rätt att göra egna bedömningar, men samtidigt kan motstridiga bedömningar av t.ex. tidiga forskningsresultat påverka förtroendet hos allmänhet.
- Sträva efter förutsägbarhet genom att använda objektiva epidemiologiska kriterier för restriktioner och redovisa eventuella tillhörande ändringar som har genomförts. Det kan handla om restriktioner i fråga om t.ex. resor, sammankomster, skolor, lärosäten och arbetsplatser. Länder kan också kommunicera tidsgränser för restriktioner och uppföljning av åtgärderna så att allmänhet och berörda verksamheter vet vad de kan förvänta sig.[227]

[227] World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Pandemic fatigue Reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. 2020, s. 4, 5, 22 och 23.

Vikten av transparens, tydlighet och förtroende behandlas i MSB:s vägledning om kriskommunikation

Sammanfattningsvis innebär ovan beskrivna principer att berörda aktörer och beslutsfattare ska vara tydliga, transparenta, precisa och förutsägbara när restriktioner och risker ska kommuniceras samt hur de är relaterade till varandra. Liknande principer behandlas i en vägledning om kriskommunikation från MSB.[228] Enligt den måste kommunikationen vara tydlig och transparent i fråga om besluten om smittskyddsåtgärder, särskilt om syftet är att påverka beteendet hos individer. Det bör tydligt kommuniceras de bakomliggande skälen till besluten, vad de förväntas leda till, vilka eventuella risker som finns med dem och hur avvägningar har gjorts. Det är särskilt viktigt med öppenhet när beslutsunderlaget inte är helt tydligt.[229]

Vikten av förtroende för samhällets aktörer och acceptans för hantering och åtgärder framgår i en uppdaterad vägledning från MSB om kriskommunikation från 2024.[230] I den anges fyra framgångsfaktorer för samordnad kriskommunikation. Faktorerna avser helhet och flera perspektiv, ett proaktivt arbete, samordning på alla nivåer samt budskap med handlingsalternativ. Vad gäller proaktivt arbete anges att en snabb kommunikativ respons från ansvariga aktörer göra stor skillnad för utfallet av en händelse. Det är lätt att avvakta med att kommunicera av rädsla för att skapa oro, men det är snarare upplevelsen av brist på information som väcker mest oro. Att dröja för länge med att kommunicera kan också ha negativ effekt på förtroendet och riskerar att minska människors vilja att följa råd och anvisningar. Syftet med att formulera budskap med handlingsalternativ är att aktivt underlätta för människor att agera på ett visst sätt och därmed främja följsamheten till råd och rekommendationer. Syftet är också att skapa acceptans för hantering och åtgärder och förtroende för samhället. Det innebär konkret att beskriva händelsen, de viktigaste vidtagna åtgärderna och den beredskap som finns

[228] MSB. Vägledning för kommunikation under kriser. Forskningsbaserade metoder med fokus på beteendeförändring och exempel från covid-19-pandemin, 2021.
[229] MSB. Vägledning för kommunikation under kriser. Forskningsbaserade metoder med fokus på beteendeförändring och exempel från covid-19-pandemin, 2021, s. 23.
[230] MSB. Kriskommunikation i samverkan. För effektiv aktörsgemensam kommunikation vid samhällsstörningar. 2024.

för att hantera ett försämrat läge samt informera om orsakerna till händelseutvecklingen.[231]

Transparens vid beslut om smittskyddsåtgärder bör vara utgångspunkten

Som framgår i avsnitt 10.4.4 finns det problem med kommunikation. Detta gäller särskilt när kunskap och rekommendationer ändras ofta eller när kunskapsläget initialt är begränsat men utvecklas. Det kan uppfattas som att kunskapen då brister i trovärdighet, vilket kan göra det svårt att bibehålla en hög följsamhet till rekommenderade smittskyddsåtgärder.

Utredningen bedömer att transparens i fråga om bakomliggande skäl och överväganden bakom beslut om smittskyddsåtgärder bör vara utgångspunkten även i lägen av osäkerhet och begränsningar i fråga om vetenskapligt stöd eller beslutsunderlag. Öppenhet ökar förståelsen för valet av åtgärd och sannolikt följsamheten till åtgärder. Det handlar om att få acceptans för hantering och åtgärder och ytterst att upprätthålla förtroende för samhällets aktörer.

Anpassad kommunikation behövs för att nå grupper som av olika skäl har svårt att ta del av information

Enligt utredningens uppfattning har covid-19-pandemin visat att det fanns stora behov att anpassa kommunikationen så att viktig information når ut till grupper som av olika skäl hade svårt att ta del av den för att skydda sig själva och andra mot smitta. En anpassad kommunikation är också en viktig förutsättning för att bl.a. säkerställa att smittskyddsåtgärder är hållbara över tid för att få till stånd en långsiktig följsamhet i samhället. Arbetet med att nå ut till dessa grupper innebär att informationen bör vara tydlig, inkluderande och lättillgänglig utifrån målgruppernas olika förutsättningar. Det handlar konkret om att information bör finnas tillgänglig på flera språk eller på annat sätt tillgänglighetsanpassad för olika målgrupper. Det gäller särskilt råd och rekommendationer kring samhällsinriktade

[231] MSB. Kriskommunikation i samverkan. För effektiv aktörsgemensam kommunikation vid samhällsstörningar. 2024, s. 19–21.

smittskyddsåtgärder för att få en god följsamhet och att smittspridningen därmed kan begränsas.

Information från myndigheter och andra offentliga aktörer som kommuniceras under en pandemi eller annan omfattande smittspridning behöver också vara lättillgänglig och anpassad till barn i olika åldrar. Det gäller särskilt när både central samhällsinformation och desinformation delas under en pågående kris. Barn och unga behöver stöd i att utveckla ett källkritiskt tänkande.

Utredningen anser att det är viktigt att ansvariga myndigheter, regioner och andra relevanta aktörer når ut med anpassad information till de grupper som har begränsad tillgång till digital information, har språkliga eller andra begränsningar i att tillgodogöra sig information.

Flera initiativ för att stärka kommunikationen togs under covid-19-pandemin

Flera regeringsuppdrag om kommunikation till allmänheten delades ut under covid-19-pandemin, bl.a. till MSB, Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna.[232] Uppdraget innebar att myndigheternas information till allmänheten skulle vara samordnad och tydlig. MSB, Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna tog gemensamt fram en kommunikationsstrategi för att bistå i aktörers arbete att kommunicera till allmänheten på nationell, regional och lokal nivå. Uppdraget syftade bl.a. till att:

– samordna budskap och förankra dem med de aktörer som berörs på nationell, regional och lokal nivå,
– skapa möjligheter för bred samverkan mellan myndigheter, regioner, kommuner på alla nivåer i samhället,
– tydliggöra aktörers olika roller, underlag till bedömningar samt var kvalitetssäkrad information finns, och

[232] Regeringsuppdrag S2020/08106.

– dela information mellan berörda aktörer inför olika händelser som större beslut, aktiviteter eller förändringar av råd och rekommendationer.[233]

Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd för kommunikation vid pandemier uppdaterades 2023. Enligt det ska kommunikation vid en pandemi bidra till följande:

– aktörerna får bättre förmåga att följa upp och anpassa åtgärder samt förebygga och hantera missuppfattningar, informationspåverkan och desinformation,
– samhället behåller och ökar sin motståndskraft och anpassningsförmåga genom att med kommunikation som verktyg stärka och stödja det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsorelaterade arbetet, med fokus på de mest utsatta grupperna,
– beslutsfattare får lättare att agera och fatta beslut som bidrar till att öka jämlikheten i hälsa och därmed minska de påverkbara hälsoklyftorna, och att
– allmänheten behåller och ökar sitt förtroende för samhällsaktörer och kunskapskällor.

Samtidigt konstaterar Folkhälsomyndigheten att målen inte alltid uppnås enbart med information och kommunikation, utan det krävs ett mer långsiktigt folkhälsoarbete som en del av det förebyggande arbetet med risk- och kriskommunikation på nationell, regional och lokal nivå. Anledningen är att s.k. beteendeinsikter i folkhälsan innebär att systematiskt kartlägga hinder och främjande faktorer för olika beteenden och beslut som rör hälsa, hos både individer och i samhället. Det betyder att det behöver finnas förståelse för vilka sammanhang olika medborgare befinner sig i och vilka samhällsstrukturer som kan påverka beteenden och beslut. Det ställer stora krav på att aktörer har förmåga och möjlighet att integrera insikterna i planering, insatser och kommunikation, bl.a. genom

[233] Folkhälsomyndigheten, Länsstyrelserna, MSB. Kommunikationsstrategi. Samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatserna riktade till allmänheten med anledning av coronapandemin. Hämtat 2024-10-25 från https://www.msb.se/contentassets/000d83e5144b4462a2790e1284cb6985/kommunikationsstrategi-samorda-starka-utveckla-kommunikationsinsatser-till-allmanheten.pdf.

samverkan mellan samtliga berörda aktörer på nationell, regional och lokal nivå.[234]

Kommunikationen med allmänheten och berörda verksamheter behöver stärkas långsiktigt

Folkhälsomyndighetens uppgift att kommunicera har förtydligats i myndighetens instruktion. Sedan november 2024 framgår Folkhälsomyndighetens uppgift att sprida kunskap till allmänheten och samhället i stort av myndighetens instruktion (4 § förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten). Utredningen bedömer att förändringen i instruktionen kan stärka Folkhälsomyndighetens kommunikationsuppgifter vid pandemihantering.

Utredningen föreslår i detta delbetänkande (avsnitt 9.18) att Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas i anslutning till den nya lagen, samt om beslut som fattats med stöd av lagen. Vidare ska informationen vara lättillgänglig och behovsanpassad. Med lättillgänglig menar vi bl.a. att det ska vara enkelt för enskilda och verksamhetsutövare att ta del av informationen, t.ex. genom att den finns tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats samt på annat sätt än digitalt. Med behovsanpassad information avses att den ska vara utformad utifrån målgruppens förutsättningar att tillgodogöra sig den. Det kan innebära att informationen t.ex. behöver översättas, utformas på lätt svenska och barnanpassas.

Det är också angeläget att både berörda verksamheter och enskilda tar ansvar för att bidra till minskad smittspridning i en situation med en pågående eller inför en situation med omfattande smittspridning (se avsnitt 9.11). För att medvetandegöra ansvarstagandet behövs enligt utredningens uppfattning ett långsiktigt arbete med kommunikation och samverkan för att få offentliga aktörer att bidra till att budskap når ut vid situationer med omfattande smittspridning och till alla nivåer, såväl nationell, regional och lokal nivå. Det gäller inte minst kommunikationen med och informationen till allmänheten och berörda verksamheter i sådana situationer för att

[234] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur vi kommunicerar – nationellt kunskapsunderlag. 2023, s. 7.

skapa acceptans för pandemihantering och smittskyddsåtgärder och få en god följsamhet till råd och rekommendationer.

10.9.5 Dela information och använd uppbyggda rapporteringsvägar vid samverkan

En fungerande informationsdelning och uppbyggda rapporteringsvägar är viktiga delar vid samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer vid pandemihantering, t.ex. vid bedömning av smittläge och inför beslut om smittskyddsåtgärder. En sådan samverkan förutsätter att det finns en etablerad struktur för informationsdelning och rapportering i den interpandemiska fasen, dvs. i ett normalläge.

Informationsdelningen bör vara anpassad för olika situationer

Utredningen bedömer att informationsdelning vid samverkan mellan myndigheter bör vara anpassad för olika situationer. I dag delas information som är öppen inom ramen för samverkan. Delning av känslig information och data förutsätter att det, förutom tekniska säkra lösningar, finns en rättslig reglering som möjliggör för hantering av sekretess. En uppfattning som har kommit fram vid ett av utredningens referensgruppmöte är att sekretessregler inte får hindra arbetet med informationsutbyte vid samverkan. I vissa fall bör dock nyttan med att dela information ställas mot säkerheten, t.ex. i fråga om information om detaljerad beredskapskapacitet i regioner och kommuner, eller som kan avse smittskyddsfrågor inom ramen för t.ex. Försvarsmaktens uppgifter (se avsnitt 3.2.13 om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet). I vissa fall bör informationen till och med kunna begränsas.[235]

Utredningen instämmer i detta och vill framhålla att en genomtänkt och säker informationsdelning är extra viktigt vid en storskalig kris som en pandemi. I det fortsatta arbetet i en nationell strategi bör ingå att identifiera och analysera vilka närmare anpassningar som behöver göras för en ändamålsenlig informationsdelning för olika situationer. Utredningen konstaterar här att flera initiativ har tagits i frågan och såväl utredningar[236] som regeringsuppdrag har lett

[235] Utredningens referensgruppmöte 2024-09-27.
[236] T.ex. SOU 2024:57 och SOU 2022:6.

till förslag om förbättrad tillgång till information från hälso- och sjukvården och omsorgen och om informationsdelning för lägesbilder (se även avsnitt 10.4.3). Det pågår också ett reformarbete för att utveckla informationsdelningen inom djur- och folkhälsa,[237] som vi återger i korthet nedan.

Behov av utvecklad samverkan och informationsdelning mellan myndigheter för djur- och folkhälsa

Som framgått i tidigare avsnitt finns det ett behov av en förbättrad informationsdelning mellan myndigheter för djur- och folkhälsa. Detta förs fram i en rapport från Jordbruksverkets och SVA. Myndigheterna bedömer i rapporten att systemen för att dela information mellan myndigheterna, både i förebyggande syfte och för att hantera utbrott av zoonoser, behöver ses över. Det finns också ett behov av att se över vilka sekretessregler som gäller för olika myndigheter och om reglerna hindrar en effektiv informationsdelning. I rapporten framgår att det finns vissa brister i myndigheternas samverkan i smittskyddsarbetet mellan djursidan och humansidan i hanteringen av zoonoser, vid förebyggande smittskyddsarbete och vid hantering av utbrott.[238]

Behovet av en förbättrad samverkan och informationsdelning har lett till att en utredning tillsatts 2024 med uppgift att bl.a. analysera myndigheternas förutsättningar för samverkan och identifiera eventuella hinder för informationsutbyte samt ge förslag på åtgärder för att säkerställa ett ändamålsenligt arbetssätt.[239]

Uppbyggda rapporteringsvägar för informationsutbyte behövs vid samverkan

Utredningen konstaterar att samverkan i krissituationer har återkommande utmaningar (se avsnitt 10.4.2). Generellt efterfrågas en bättre samverkan, som bör bygga på en etablerad struktur i ett normalläge. Det finns också behov av upparbetade kontakter eller ut-

[237] Dir. 2024:45.
[238] Jordbruksverket och SVA 2022.
[239] Dir. 2024:45.

sedda nyckelpersoner för att samverkan ska fungera i en krissituation, som bör finnas plats eller utses redan i ett normalläge.

Som framgått tidigare har MSB i uppgift att på nationell nivå samordna samverkan, bl.a. finns ett framtaget ramverk för gemensamma grunder inom ledning och samverkan (avsnitt 10.4.2 och 10.8.1).[240] Det kan nämnas att en första struktur till gemensamma grunder för krishantering togs fram 2014 och MSB har enligt uppgift arbetat med olika insatser för att stödja genomförandet. De gemensamma grunderna innehåller generiska arbetssätt och förhållningssätt som enligt MSB:s bedömning har använts i varierande utsträckning vid hantering av kriser däribland covid-19-pandemin. Under pandemin tog MSB fram en gemensam inriktning med syftet att pandemihanteringen skulle utgå ifrån gemensamma grunder, vilket var något som länsstyrelserna särskilt lyfte fram. Under senare delen av pandemin bedömdes arbetssätten ha använts i större utsträckning än inledningsvis. MSB initierade ett utvecklingsarbete 2022, vilket bl.a. resulterade i att de gemensamma grunderna för krishantering numera beskrivs som ett aktörsgemensamt ramverk. Ramverket färdigställdes 2024 och den behovsanalys som låg till grund för det arbetet, präglas enligt MSB till stor del från erfarenheterna från covid-19-pandemin.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att MSB:s ramverk för ledning och samverkan har utvecklats under pandemin men har inte prövats i dess helhet under den mest aktiva hanteringen av covid-19-pandemin. Detta gäller för flera reformer på beredskapsområdet som beskrivits i avsnitt 10.8.1.

Utredningen bedömer att en välfungerande samverkan i ett normalläge bidrar till snabbare beslutsvägar i en krissituation. En sådan samverkan inkluderar etablerade former för informationsutbyte mellan involverade aktörer med bl.a. uppbyggda rapporteringsvägar, som möjliggör för en effektiv och säker rapportering. Med uppbyggda rapporteringsvägar avses bl.a. systemtekniska lösningar som möjliggör för en effektiv och säker rapportering. Vidare bör det finnas upparbetade kontakter eller utsedda nyckelpersoner för att samverkan ska fungera i en krissituation.

[240] MSB. Gemensamma grunder – ramverk för ledning och samverkan. Hämtat 2024-11-24 från https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/gemensamma-grunder--ramverk-for-ledning-och-samverkan.

10.9.6 Snabbstarta allsidig pandemiforskning

Forskning behövs för att stärka hanteringen av kommande pandemier eller annan omfattande smittspridning och är särskilt centralt för att snabbt få fram ny kunskap i en situation med omfattande smittspridning av ett nytt eller förändrat smittämne. Forskningen bör kunna ställa om för att bidra till ökad kunskap för att hantera en sådan situation. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar att det under en pandemi eller annan omfattande smittspridning finns stora behov av att initiera allsidig forskning för att snabbt generera ny kunskap kring bl.a. smittämnet, smittspridning, epidemiologi inklusive riskgrupper, patogenes (dvs. hur smittämnet orsakar sjukdom), immunitet, klinisk handläggning, effekt av medicinska och icke-medicinska åtgärder, samt indirekta effekter för individer och samhälle. Även om det startades många enskilda studier och det tillkom extra forskningsmedel under pandemin så pekar Vetenskapsrådets strategiska forskningsagenda på att det finns utrymme till förbättring.[241] Framför allt saknades det en etablerad infrastruktur för forskning som möjliggjorde för att bedriva forskning snabbt under pågående pandemi. Det som efterfrågas är framför allt åtgärder som främjar infrastruktur, kompetensförsörjning och nationell samordning inom klinisk forskning.

Grunden för att snabbstarta allsidig forskning under en pandemi måste således läggas innan pandemin är ett faktum vilket vi behandlar i avsnitt 10.8.7. Där bedömer vi att planer och processer bör finnas förberedda för att möjliggöra effektiv kunskapsgenerering under en pandemi. Detta innefattar bl.a. forskningsfinansiering, seniora forskartjänster, forskningsplaner och dataförsörjning som behöver förberedas. I händelse av ett pandemihot eller utvecklad pandemi bör dessa planer och processer aktiveras och vid behov revideras.

Bättre struktur och samordning behövs för forskning under pågående pandemi

Den fria forskningen, dvs. projekt där forskare själva formulerat frågeställningar och utarbetat metoder för att besvara dessa, utgör grunden för forskning både i normalläge och under pandemi. Så skedde under covid-19-pandemin, dels genom att forskare omprio-

[241] Vetenskapsrådet 2023, s. 132.

riterade pågående forskning, dels genom att nya forskningsmedel tillsköts, se bl.a. avsnitt 10.8.7 och detta avsnitt nedan. Samtidigt blev det under pandemin tydligt att det var svårt att samordna forskning och prioritera forskningsfrågor på nationell nivå, dvs. mellan forskargrupper, lärosäten och myndigheter, och inom och mellan regioner.[242] Enligt utredningens bedömning talar detta för att den fria forskningen under en pandemi bör kompletteras med en strategisk forskningsagenda där ovanstående parter gemensamt och fortlöpande identifierar kritiska kunskapsluckor och forskningsfrågeställningar som bör adresseras. Det kan också finnas behov av en nationell samordning i fråga om val och prioritering av studier under en pågående pandemi.

Allsidig forskning som belyser olika aspekter av en allvarlig hälsokris med samhällskonsekvenser är viktigt

Behovet av att utvärdera smittskyddsåtgärder men också en allsidig forskning som belyser olika aspekter av en hälsokris med samhällskonsekvenser lyfts återkommande av flera aktörer, t.ex. Folkhälsomyndigheten, MSB och Vetenskapsrådet men också globalt av WHO. Grupper påverkades i olika omfattning av covid-19-pandemin varav några var särskilt sårbara och i behov av riktade insatser. Enligt bl.a. Folkhälsomyndighetens rapport om hur folkhälsan har påverkats av pandemin lever en del grupper under förhållanden som innebär förhöjd risk för ohälsa, och de verkar på olika sätt ha fått det svårare under pandemin, bl.a. att komma i kontakt med vård och myndigheter, delvis på grund av den ökade digitaliseringen. Dessutom har isolering och nedstängda verksamheter drabbat grupper med redan bristfälliga nätverk och stort behov av stöd och trygga sammanhang.[243]

MSB finansierade under 2020–2021 elva forskningsprojekt med syfte att fånga data medan krisen pågick, och därefter analysera dessa ur olika aspekter. Forskningen täckte in flera dimensioner, med in-

[242] Vetenskapsrådet 2023, s. 132.
[243] Folkhälsomyndigheten. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. 2021.

ternationella jämförelser på europeisk nivå och nationella analyser med fokus på organisationer och individer.[244]

Ett tvärvetenskapligt forskningsprogram om covid-19 initierades i mars 2022 i samband med Coronakommissionens arbete. Programmet – Smittspridning, bekämpning och effekter på individer och samhälle (SWECOV) – pågår t.o.m. december 2025 och finansieras av Riksbankens Jubileumsfond. Syftet är att med kvantitativa metoder och registerdata besvara frågor om konsekvenser av covid-19-pandemin, såväl smittskyddsåtgärders effekter på folkhälsa som samhället i fråga om jobb, inkomster och ojämlikhet.[245]

Vetenskapsrådet fick i uppdrag 2020 att i samarbete med Vinnova förbereda för att finansiera forskning för att bidra till att snabbt dämpa utbredningen av covid-19-pandemin och förhindra framtida pandemiutbrott.[246] Uppdraget resulterade i 60 projekt uppdelade på åtta insatsområden och finansierades med 118 miljoner kronor från Vetenskapsrådet och Vinnova. De större områdena avsåg projektbidrag för forskning om coronavirus och covid-19 samt att utveckla förutsättningar för kliniska studier i syfte att samordna dem nationellt och stärka möjligheter för forskning.[247]

Som framgått i avsnitt 10.8.7 pekar Vetenskapsrådet på vikten av forskning med fokus på organisering, styrning och samordning vid en pandemi för att belysa socioekonomiska förutsättningar i samhället.

Enligt WHO:s strategidokument för global influensa från 2019[248] är en viktig åtgärd att främja operativ forskning för att bl.a. förebygga och kontrollera influensa. Som stöd för att genomföra en sådan åtgärd nämns bl.a. möjlighet att bedriva forskning under utbrott, inklusive genom kliniska prövningar, för att definiera hur förebyggande och kontrollverktyg kan användas mest effektivt. I arbetet ingår också att bedöma optimala strategier för användning av befintliga vacciner och antivirala läkemedel, och för användning av nyligen

[244] MSB. Forskning relaterat till coronaviruset. Hämtat 2024-11-18 från https://www.msb.se/sv/om-msb/forskning/hitta-forskning/forskning-relaterat-till-coronaviruset.
[245] Stockholms universitet, SWECOV: Ett forskningsprogram om covid-19 I Sverige. Hämtat 2025-01-16 från https://www.su.se/forskning/forskningsprojekt/swecov-ett-forskningsprogram-om-covid-19-i-sverige?open-collapse-boxes=research-project-members.
[246] Regeringsbeslut U2020/02403/F.
[247] Vetenskapsrådet och Vinnova. Redovisning av regeringsuppdraget forskning om covid-19 och pandemiutbrott, 2021, s. 10.
[248] World Health Organization. Global influenza strategy 2019–2030. 2019, s. 8 och 9.

godkända plattformar och teknik för förebyggande av säsongsinfluensa och kontroll.

10.9.7 Följ upp och lär av en pandemi

Som framgått i tidigare avsnitt pekar utvärderingar och uppföljningar av tidigare kriser på att det är svårt att åstadkomma varaktiga förändringar i de verksamheter som berörs (avsnitt 10.4.5). Några av de slutsatser som har framkommit i utvärderingarna är att det bl.a. behövs en mer utvecklad beredskapsplanering för att åstadkomma förändringar, vilket sammanhänger med tillgång till resurser och en mer utvecklad utvärdering.

Utredningen anser att kriser behöver i större utsträckning följas upp i syfte att åstadkomma ett lärande. Det gäller på samtliga nivåer såväl nationell, regional och lokal nivå för att bl.a. reda ut olika ansvarsfrågor och för att planera för hur aktörer ska kunna agera tillsammans vid nästa kris.

Enligt utredningens bedömning behöver också identifierade brister från utvärderingar och rapporter omhändertas på ett systematiskt och konkret sätt för att stärka samhällets förmåga att hantera en kris.

Vi kan konstatera att både vår utredning och många andra initiativ som har tagits i fråga om utredningar, regeringsuppdrag och annat reformarbete på bl.a. beredskapsområdet visar på att det finns en ambition av att lära av kriser. Man kan dock inte nog understryka vikten av att uppmärksamma lärandets betydelse. Av den anledningen har vi valt att inkludera uppföljning och lärande i en nationell strategi.

Utvärdering är en del av beredskapsplaneringen och bör göras på alla nivåer

Folkhälsomyndigheten lyfter i sitt planeringsstöd att en utvärdering av pandemihantering bidrar till att utveckla beredskapsplaneringen och förbättra en framtida pandemihantering. En utvärdering innebär att på ett strukturerat sätt gå igenom händelseförloppet och de åtgärder och insatser som vidtagits. Genom att analysera resultatet, och jämföra med planerat och förväntat utfall, kan viktiga lärdomar

dras och utgöra ett underlag för att utveckla beredskapsplaneringen och förbättra en framtida pandemihantering.[249]

Vidare lyfts i planeringsstödet att en struktur för utvärdering bör ingå i som en del av beredskapsplaneringen. Till exempel bör det framgå av dokumentationen hur beslut fattas och på vilka grunder, hur informationen in dokumentationen tillgängliggörs, avsatta resurser för utvärdering, tidplan för löpande uppföljning och möjlighet till justeringar under händelseförloppets gång. Vidare är det viktigt att följa upp åtgärder som olika aktörer vidtar på egen hand och i samverkan med andra, både under och efter en pandemi, för att i efterhand bedöma resultatet. Det gäller på nationell, regional och lokal nivå.

Lärande av en pandemi genom kunskaper från forskningen

WHO anger på en övergripande nivå att det är viktigt att dra lärdomar från covid-19-pandemin genom att bygga vidare på kunskaper från forskningen och genom att samverka med globala och nationella organisationer för att kunna ta fram mekanismer och aktiviteter som kan stärka motståndskraften mot framtida pandemier. Detta eftersom man kan räkna med utbrott av nya smittämnen.[250]

Utredningen anser i likhet med WHO att nya kunskaper från forskningen är helt avgörande för att stärka pandemiberedskapen. Dels genom att forskning bidrar till att i bred bemärkelse ta fram ny kunskap inför framtida pandemihot, dels till att bygga expertis inom olika forskningsområden. Av den anledningen har vi valt att ta med forskning som ett eget fokusområde i en nationell strategi, både i fråga om beredskap och hantering. För att kunna initiera forskning under en pågående pandemi måste det finnas etablerade forskarnätverk, forskningsstrukturer och dataförsörjning på plats i ett normalläge. Kunskaper från både tidigare och ny forskning är också avgörande för att ansvariga myndigheter och regering kan fatta välgrundade och välavvägda beslut under en pandemi.

[249] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 42.
[250] World Health Organization. Global Research and Innovation for Health Emergencies. Building the world's resilience against future outbreaks and pandemics. R&D Blueprint. 2023, s. 100 och 101.

Utredningen har i tidigare avsnitt pekat på behovet av allsidig forskning eftersom en pandemi har stora konsekvenser för flera samhällssektorer och kan pågå under en lång tid. För att det ska vara möjligt att initiera sådan forskning behöver staten ha en strategisk roll, bl.a. som forskningsfinansiär som exemplet med Vetenskapsrådets forskningsprogram.

Det finns ett värde i att bevara handlingar för att lära av en kris

Riksarkivet fick med anledning av covid-19-pandemin i uppdrag att utreda förutsättningarna för myndigheten att utfärda en instruktion som främjar utökat bevarande av arkivhandlingar vid olika sorters kriser. Riksarkivet utredde formerna för utökat bevarande utifrån myndighetens utfärdade rekommendationer om ett utökat bevarande av dokumentation från covid-19-pandemin våren 2020, men också utifrån andra aktuella svenska och nordiska projekt med samma syfte, dvs. bevarande av handlingar från kriser. Riksarkivet kom fram till att det var lämpligast att ta fram en vägledning som främjar bevarande, och inte en föreskrift. En vägledning stödjer myndigheters möjligheter att genomföra ett utökat bevarande av arkivhandlingar inom den ordinarie arkivverksamheten, och fokuserar på dokumentation om kriser i alla samhälleliga verksamheter. När omvälvande händelser har ägt rum finns ofta ett stort samhälleligt intresse att kartlägga vad som egentligen har hänt, att utvärdera åtgärder och utkräva ansvar. Då är det enligt Riksarkivet viktigt att det finns tillgång till arkiv som på ett uttömmande sätt vittnar om krisers omfattning.[251]

Riksarkivet tog fram en vägledning som riktar sig till statlig, kommunal och enskild sektor. Den syftar till att främja bevarande vid sådana nationella kriser då hela landet och viktiga samhällssektorer i Sverige drabbas. Den syftar också till att främja bevarande vid lokala och sektorsspecifika kriser då kanske endast en ort eller samhällsgren drabbas. Vägledningen används vid extraordinära händelser eller kriser som innebär en påfrestning på det svenska samhället som är så stor att myndigheter eller andra organisationer tvingas

[251] Riksarkivet. PM om utökat bevarande vid kris. Dnr RA-KS 2022/00741. 2023.

frångå normala rutiner inom ledning, resursfördelning eller informationsspridning för hantering av situationen.[252]

Utredningen anser i likhet med Riksarkivet att det är motiverat med ett utökat bevarande av arkivhandlingar vid kriser som har stor påverkan på samhället. På så sätt ökar förutsättningarna att på ett allsidigt sätt kunna följa upp och dra lärdom av fredstida kriser som t.ex. en pandemi.

10.10 Förslag på åtgärder utifrån den nationella strategin

I avsnittet redogör utredningen för två förslag på åtgärder som vi anser behövs för att genomföra delar av den nationella strategin för hantering av pandemier. Förslagen rör fokusområdet om ansvarsfördelning och beslutsfattande (avsnitt 10.8.1) samt i fråga om skydd av riskgrupper för allvarlig sjukdom (avsnitt 10.8.3).

De förslag på åtgärder vi lämnar är således på intet sätt heltäckande för strategins olika fokusområden. I första hand bör utredningens underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier ses som ett ramverk för ett fortsatt och fördjupat arbete hos berörda myndigheter och aktörer. I ett sådant arbete bör det ingå att ta fram en handlingsplan med åtgärder, aktiviteter och indikatorer för uppföljning. Utredningen anser att strategin bör vara långsiktig och återspegla det faktum att en pandemi och eller en situation med omfattande smittspridning omfattar flera samhällssektorer. Av den anledningen bör många aktörer involveras i det fortsatta arbetet. Regeringen styr myndigheterna genom bl.a. myndigheternas instruktioner, regleringsbrev och regeringsuppdrag. Utredningen anser att det fortsatta arbetet med strategin kan hanteras genom den styrning som regeringen finner lämpligast.

[252] Riksarkivet. Utökat bevarande vid kris. Vägledning. Version 1.1. 2023.

10.10.1 Uppdrag att kartlägga oklara ansvarsförhållanden

Förslag: Myndigheter får i uppdrag via regleringsbrev att se över regelverk och arbetssätt så att oklara ansvarsförhållanden förebyggs i fråga hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Översynen bör ta utgångspunkt i hanteringen av covid-19-pandemin eller andra händelser som har avsett större utbrott av smitta. Uppdraget genomförs i dialog mellan myndigheter och med berörda aktörer.

Myndigheter som bör omfattas av uppdraget är Folkhälsomyndigheten, MSB, Socialstyrelsen, civilområdesansvariga länsstyrelser, SVA, Jordbruksverket, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Arbetsmiljöverket, Skolverket, Försvarsmakten samt andra myndigheter som regeringen bedömer kan vara aktuella. De regionala smittskydden, företrädare för regioner och kommuner samt privata vård- och omsorgsgivare är centrala för dialog.

Regeringskansliet bör involveras i uppdraget.

Utredningen konstaterar att oklarheter i ansvar är ett återkommande problem vid fredstida kriser. I fråga om covid-19-pandemin har det handlat om ett otydligt ansvar för hanteringen av pandemin, främst genom att många aktörer involverats, vilket bl.a. kan resultera i en otydlig styrning och samverkan i den operativa krishanteringen.

Flera initiativ har tagits inom beredskapsområdet, däribland en strukturreform inom civilt försvar och krisberedskap. Utredningen ser positivt på ett sådant reformarbete och kan vara ett sätt att stärka samverkan i kriser. Samtidigt har dessa reformer inte hunnit att prövas i ett skarpt läge. Det beror på att de genomfördes i ett senare pandemiskede, närmare bestämt från och med hösten 2022 och framåt. Dessa samverkansstrukturer är ett komplement till de strukturer som finns för samverkan inom smittskyddsarbetet.

Utredningen bedömer att myndigheters och aktörers regelverk eller dess tillämpning, på olika sätt kan försvåra beslutsfattande, samverkan eller utförande av uppgifter vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning jämfört med ett normalläge. Att lösa problem i kriser som uppkommer i fråga om t.ex. arbetssätt, rutiner och regelverk och som omfattar flera samhällssektorer kräver emellertid djupgående kunskaper om varje aktör. Av den anledningen

behöver frågan analyseras närmare av berörda myndigheter i dialog med bl.a. offentliga aktörer. Enligt utredningens uppfattning bör regeringen öka tydligheten i sin myndighetsstyrning i fråga om ansvarsfördelning och beslutsfattande under en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Som framgått tidigare kan en tydlig finansiering av arbetet inom ramen för en nationell strategi bidra till en förbättrad styrning och uppföljning (avsnitt 10.5.7). Med en tydlig finansiering menas öronmärkta resurser för ett sådant arbete, antingen via regleringsbrev eller regeringsuppdrag.

Uppdraget att se över regelverk och arbetssätt involverar många myndigheter och berörda aktörer

Utredningen föreslår att ett urval myndigheter får via regleringsbrev i uppdrag att se över regelverk och arbetssätt så att oklara ansvarsförhållanden förebyggs i fråga om hantering av en pandemi eller en liknande situation med omfattande smittspridning. Översynen bör ta sin utgångspunkt i erfarenheter från covid-19-pandemin eller andra händelser som avser större utbrott av smitta.

Uppdraget bör genomföras i dialog mellan myndigheter och med berörda aktörer. Utredningen bedömer att de myndigheter som bör involveras är Folkhälsomyndigheten, MSB, Socialstyrelsen, civilområdesansvariga länsstyrelser[253], SVA, Jordbruksverket, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Arbetsmiljöverket, Skolverket, Försvarsmakten samt andra myndigheter som regeringen bedömer kan vara aktuella. De regionala smittskydden, företrädare för regioner och kommuner och privata vård- och omsorgsgivare är enligt utredningens bedömning centrala för dialog.

Vidare föreslår vi att Regeringskansliet involveras i uppdraget. Som utredningen konstaterat har Regeringskansliet en mycket viktig roll vid krishantering, bl.a. att inhämta information, ta fram lägesbilder och sammanställa underlag från flera myndigheter och aktörer för beredning av regeringsbeslut. Det gäller inte minst deras roll i hanteringen av covid-19-pandemin.

I uppdraget bör ingå att kartlägga och analysera om det finns otydligheter i form av överlappande regler, luckor i reglerna eller

[253] De sex civilområdesansvariga länsstyrelserna är Länsstyrelsen i Norrbottens län, Örebro län, Stockholms län, Östergötlands län, Västra Götalands län samt i Skåne län.

regelkrockar. Kartläggningen bör omfatta de regelverk inom myndigheternas verksamhetsområden som berörs mest vid en framtida pandemi. Analysen bör utgå från de brister som identifierades från covid-19-pandemin eller erfarenheter från andra händelser med större utbrott av smitta, exempelvis utbrott av afrikansk svinpest samt utbrott av högpatogen fågelinfluensa, båda händelser inträffade hösten 2023. Som framgått tidigare har en utredning i uppdrag att ge förslag på åtgärder för att utveckla samverkan och informationsdelning inom djur- och folkhälsa.[254] Utredningen noterar också att flera initiativ har tagits på beredskapsområdet[255,256] utöver strukturreformen från oktober 2022, vilka i viss mån kan angränsa till utredningens föreslagna uppdrag. Utredningens förslag avser att analysera ansvarsförhållanden utifrån erfarenheter av covid-19-pandemin.

I uppdraget ingår också att föreslå vad som närmare behöver åtgärdas i regelverk och arbetssätt för en bättre hantering av en kris som en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Som en del av uppdraget bör myndigheterna också, med utgångspunkt i kartläggning och analys och om sådant behov föreligger, se över sina egna föreskrifter och allmänna råd. Om bemyndiganden saknas eller om de identifierade otydligheterna kräver ändringar av lagar och förordningar inom myndighetens verksamhetsområde, ska myndigheten lämna förslag på sådana ändringar. Förslag som avser ändringar i lag och förordning bör inom ramen för uppdraget överlämnas till ansvarigt departement.

[254] Dir. 2024:45.
[255] Regeringskansliet. Regeringen har gett 53 beredskapsmyndigheter i uppdrag att stärka sin beredskap. Hämtat 2025-02-11 från https://regeringen.se/pressmeddelanden/2025/01/regeringen-har-gett-53-beredskapsmyndigheter-i-uppdrag-att-starka-sin-beredskap/.
[256] Regeringens skrivelse 2023/24:163. Nationell säkerhetsstrategi. 2024, s. 26 och 27.

10.10.2 Uppdrag att ta fram ett stöd för planering för skydd av riskgrupper

Förslag: Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen, och i samverkan med regioner och kommuner, ta fram ett planeringsstöd som redovisar vilka riskgrupper som kan vara troliga eller tänkbara i händelse av omfattande smittspridning av ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne. Ett sådant planeringsstöd kan tas fram på basis av olika scenarier. Stödet bör även innehålla en översikt över vilka åtgärder som kan vara lämpliga för att skydda riskgrupper.

Det behövs ett planeringsstöd för troliga eller tänkbara riskgrupper vid omfattande smittspridning av ett mer eller mindre nytt smittämne

Utredningen är positiv till de initiativ som regeringen har tagit för att stärka det smittförebyggande arbetet i vård- och omsorgsverksamheter. Utredningen vill i likhet med regeringens bedömning understryka vikten av välfungerande hygienrutiner för att minska smittspridningen i framför allt omsorgsverksamheter, särskilt med tanke på erfarenheterna från covid-19-pandemin i färskt minne. Dessa verksamheter men också andra, som kan tänkas ha potentiella riskgrupper, bör enligt utredningens uppfattning på olika sätt också stärka sin beredskap inför situationer med omfattande smittspridning.

Utredningen bedömer att berörda verksamheter på olika nivåer i samhället behöver planera för hur olika typer av riskgrupper ska kunna skyddas inför en framtida situation med omfattande smittspridning av pandemisk karaktär. Som stöd för denna planering föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten får i samarbete med Socialstyrelsen och i samverkan med regioner och kommuner, i uppdrag att ta fram ett planeringsstöd som redovisar vilka riskgrupper som kan vara troliga eller tänkbara i händelse av omfattande smittspridning av ett mer eller mindre nytt smittämne. Ett sådant planeringsstöd kan tas fram på basis av olika scenarier med ett mer eller mindre nytt smittämne. Stödet bör även innehålla en översikt över vilka åtgärder eller aktiviteter som kan vara lämpliga för att skydda riskgrupper inför och vid en omfattande smittspridning med ett nytt smittämne.

11 En samlad integritetsskydds-analys av förslagen

Av utredningens direktiv framgår att förslagens förhållande till EU-rätten ska analyseras. I detta ingår att analysera förslagens förenlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), förkortad EU:s dataskyddsförordning. Även i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02), förkortad EU:s rättighetsstadga, finns bestämmelser om skydd för enskildas integritet. Denna analys redogör vi för i detta kapitel.

Enligt direktiven ska utredningen även analysera förslagens förhållande till grundläggande fri- och rättigheter så som de kommer till uttryck i regeringsformen och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen. Den analysen redovisar vi huvudsakligen i kapitel 10. Analysen i fråga om förslagens förenlighet med skyddet för den personliga integriteten i hanteringen av personuppgifter enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen och artikel 8 i Europakonventionen redovisar vi dock i förevarande kapitel.

Vi inleder i avsnitt 11.1 med en kort redogörelse för de rättsliga utgångspunkterna för analysen. I avsnitt 11.2 presenterar vi vår analys i fråga om den personuppgiftsbehandling som den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan ge upphov till. I avsnitt 11.3 presenterar vi vår analys i fråga om de föreslagna ändringarna i ordningslagen (1993:1617) och smittskyddslagen (2004:168).

11.1 Rättsliga utgångspunkter

Rätten till respekt för privatlivet och personlig integritet

Rätten till skydd av personuppgifter är en del av den grundläggande rätten till respekt för privatlivet. Skyddet för enskildas privatliv regleras i flera internationella överenskommelser till skydd för de mänskliga rättigheterna, däribland EU:s rättighetsstadga och Europakonventionen. Av lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna framgår att Europakonventionen gäller som svensk lag. Vidare får enligt 2 kap. 19 § regeringsformen lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen. Av såväl Europakonventionen som EU:s rättighetsstadga följer att var och en har rätt har rätt till skydd för sitt privatliv. Denna rättighet får begränsas endast med stöd i lag och om det är nödvändigt i ett demokratiskt samhälle (artikel 8 i Europakonventionen samt artiklarna 7 och 52.1 i EU:s rättighetsstadga).

Skyddet för privatlivet omfattar vitt skilda aspekter av en persons liv och begreppet har ingen uttömmande definition. Utöver skydd för t.ex. en persons bostad och kommunikation garanterar denna rättighet bl.a. ett skydd för den personliga integriteten.

Enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Av 2 kap. 20 § regeringsformen framgår att det skyddet kan begränsas genom lag. En sådan begränsning får endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. En begränsning får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning (2 kap. 21 § regeringsformen).

Det allmänna skyddet för den personliga integriteten i samband med behandling av personuppgifter regleras i EU:s dataskyddsförordning. Den benämns ofta med den engelska förkortningen GDPR som står för General Data Protection Regulation. Förordningen

syftar till att säkra en enhetlig och hög skyddsnivå för fysiska personer och till att undanröja hindren för flödena av personuppgifter inom unionen. En EU-förordning är bindande och direkt tillämplig i varje medlemsstat.[1] EU:s dataskyddsförordning är dock utformad på ett sådant sätt att den både förutsätter och medger nationella bestämmelser som kompletterar eller utgör undantag från förordningens regler. Eftersom EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig behöver den nationella kompletterande regleringen vara förenlig med förordningen och tillämpas tillsammans med den.

I Sverige kompletteras EU:s dataskyddsförordning av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad dataskyddslagen, och förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad kompletteringsförordningen. Vidare finns bestämmelser om personuppgiftsbehandling i särskilda s.k. registerförfattningar. Sådana författningar reglerar framför allt myndigheters behandling av personuppgifter. För hälso- och sjukvårdens del finns sådana bestämmelser i patientdatalagen (2008:355), lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och patientdataförordningen (2008:360).

Vissa rättsområden ligger utanför tillämpningsområdet för EU:s dataskyddsförordning. Hit hör behandling av personuppgifter som behöriga myndigheter utför i syfte att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder. Sådan behandling av personuppgifter omfattas av Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/680 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behöriga myndigheters behandling av personuppgifter för att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder, och det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av rådets rambeslut 2008/977/RIF, förkortat brottsdatadirektivet. Kompletterande bestämmelser till det direktivet finns i brottsdatalagen (2018:1177), brottsdataförordningen (2018:1202) och registerförfattningar för berörda myndigheter.

Utanför tillämpningsområdet för EU:s dataskyddsförordning faller också t.ex. verksamhet som syftar till att upprätthålla nationell säkerhet (artikel 2.2 a). Genom 1 kap. 2–4 §§ dataskyddslagen

[1] Artikel 288 andra stycket i Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

utvidgas dock tillämpningsområdet till att gälla även detta, med vissa undantag.

Även bestämmelser om sekretess kan vara en del av skyddet för personuppgifter. I svensk rätt upprätthålls skyddet för personuppgifter därmed också genom bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt enligt bl.a. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

Närmare om EU:s dataskyddsförordning

EU:s dataskyddsförordning ska tillämpas på sådan behandling av personuppgifter som helt eller delvis företas på automatisk väg samt på annan behandling än automatisk av personuppgifter som ingår i eller kommer att ingå i ett register (artikel 2.1). Behandling är ett vitt begrepp och omfattar exempelvis insamling, registrering, lagring, bearbetning och utlämnande genom överföring (artikel 4.2). Med personuppgift avses varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person (artikel 4.1). Uppgifter gällande juridiska personer omfattas inte av begreppet.

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten krävs att det finns en rättslig grund i EU:s dataskyddsförordning för behandlingen, dvs. att behandlingen har stöd i en eller flera av de villkor som anges i artikel 6.1 i förordningen. Av särskilt intresse för en myndighets verksamhet är artikel 6.1 c som rör behandling som är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar myndigheten och artikel 6.1 e som rör behandling som är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning. Om den rättsliga grunden är allmänt intresse behöver denna grund vara proportionerlig mot det legitima mål som eftersträvas.

För all behandling av personuppgifter måste vidare ett antal övergripande principer vara uppfyllda, t.ex. att personuppgifter ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt och att det ska samlas in för på förhand bestämda och berättigade ändamål som tydligt angetts (artikel 5). Uppgifterna får inte heller lagras längre än nödvändigt. Myndigheternas personuppgiftsbehandling som sker för att fullgöra en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller för att fullgöra en uppgift av allmänt intresse eller myndighetsutövning (arti-

kel 6.1 e) ska också vara fastställd i enlighet med unionsrätten eller i den nationella rätten (artikel 6.3).

Särskilda krav gäller enligt artikel 9 för behandling av vissa känsliga personuppgifter. Hit hör personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening. Hit hör också genetiska uppgifter, biometriska uppgifter, uppgifter om hälsa och uppgifter om en persons sexualliv eller sexuella läggning. Sådan behandling är bara tillåten under vissa förutsättningar. Hit hör exempelvis behandling som är nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller nationell rätt, vilket ska stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenligt med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen (artikel 9.2 g). Hit hör också behandling som är nödvändig av skäl som hör samman med t.ex. förebyggande hälso- och sjukvård, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling, social omsorg eller förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system, på grundval av unionsrätten eller nationell rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet och under förutsättning att tystnadsplikt råder (artikel 9.2 h och 9.3). Behandling av känsliga personuppgifter är också tillåten om den är nödvändig av skäl av allmänt intresse på folkhälsoområdet, såsom behovet av att säkerställa ett skydd mot allvarliga gränsöverskridande hot mot hälsan på grundval av unionsrätten eller nationell rätt och där lämpliga och specifika åtgärder för att skydda den registrerades rättigheter och friheter fastställs, särskilt tystnadsplikt (artikel 9.2 i).

Därutöver framgår av artikel 87 att medlemsstaterna närmare får bestämma på vilka särskilda villkor ett nationellt identifikationsnummer eller något annat vedertaget sätt för identifiering får behandlas. Om en medlemsstat bestämmer särskilda villkor för behandling av nationella identifikationsnummer, ska de se till att identifikationsnumret bara används med iakttagande av lämpliga skyddsåtgärder för de registrerades rättigheter och friheter enligt EU:s dataskyddsförordning. Enligt 3 kap. 10 § dataskyddslagen får personnummer och samordningsnummer behandlas utan samtycke bara när det är klart motiverat med hänsyn till ändamålet med behandlingen, vikten av en säker identifiering eller något annat beaktansvärt skäl.

11.2 Förslaget om lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och dess betydelse för den personliga integriteten

Bedömning: Förslaget till ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder medför inte behandling av några ytterligare kategorier av personuppgifter än vad som redan förekommer. Förslaget medför dock en utökad behandling av personuppgifter.

Förslaget är förenligt med kraven i EU:s dataskyddsförordning och brottsdatalagen. Den utökade personuppgiftsbehandlingen utgör en proportionerlig inskränkning av det skydd för den personliga integriteten som finns i regeringsformen, Europakonventionen och EU:s rättighetsstadga.

Någon ändring i dataskyddslagstiftningen med anledning av förslaget är inte nödvändig.

Lagen kan ge upphov till behandling av personuppgifter

Den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder innehåller bestämmelser och normgivningsbemyndiganden som kan aktiveras av regeringen genom ett särskilt förfarande om en samhällsfarlig sjukdom förekommer, eller inom kort kan förekomma, i Sverige i en sådan omfattning att det kan krävas sådana samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som regleras i lagen. Bemyndigandena ger i sig inte upphov till någon personuppgiftsbehandling.

Lagen innehåller också bestämmelser om att länsstyrelserna ska utöva tillsyn över lagen och att de även får besluta om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall. Lagen innehåller också bestämmelser om att Polismyndigheten på begäran ska bistå länsstyrelserna vid tillsynen och att Polismyndigheten har rätt att ställa in och upplösa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som hålls i strid med lagen. Länsstyrelsernas och Polismyndighetens beslut föreslås kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Lagen innehåller också en bestämmelse om innehållet i en ansökan eller anmälan till Polismyndigheten om att få hålla en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning. Vidare föreslås att såväl smittskyddsläkarna som Folkhälsomyndigheten ska få samrådsroller och Folkhälsomyndigheten föreslås även få i uppdrag att ge

allmänheten samlad information om bl.a. beslut som har fattats med stöd av lagen. I lagen föreslås även en straffbestämmelse för den som bryter mot en föreskrift om förbud att vistas på en viss plats.

Den personuppgiftsbehandling som bestämmelserna kan ge upphov till förutsätter att regeringen aktiverat lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och dess normgivningsbemyndiganden. Med detta som utgångspunkt redogör vi för vår integritetsskyddsanalys av förslaget.

Länsstyrelsernas personuppgiftsbehandling

Uppgifter om namn, personnummer, adresser och andra kontaktuppgifter

I länsstyrelsernas föreslagna tillsynsverksamhet kommer behandling att ske av personuppgifter i form av t.ex. namn, personnummer, adresser och andra kontaktuppgifter i fråga om de företrädare för verksamheter som omfattas av tillsynen. Även personuppgifter om anställda vid länsstyrelserna, t.ex. namn på de tjänstemän som är involverade i tillsynen, kommer att behandlas. Utredningen bedömer att några känsliga personuppgifter inte kommer att omfattas av den behandling som krävs för att fullgöra tillsynsansvaret.

Behandlingen kommer att göras i tillsynsärenden och vid beslut om förelägganden, utdömande av vite och vid överklaganden i sådana ärenden. Behandling av sådana personuppgifter kan också komma att behöva ske i länsstyrelsernas tillsynsplanering som inte i sig är att härröra till ett enskilt ärende.

Härutöver kommer sådana personuppgifter att hanteras i ärenden i vilka länsstyrelserna fattar beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall och vid överklaganden av sådana beslut. Utredningen förutsätter att personuppgiftsbehandlingen kommer att ske i såväl pappersform som i ärendehanteringssystem.

Motsvarande uppgifter behandlas redan i dag men förslaget innebär en utökning av behandlingen

Redan i dag utövar länsstyrelserna tillsyn och fattar beslut om åtgärder som rör enskilda verksamheter, t.ex. i fråga om miljöfarlig verksamhet (se t.ex. miljötillsynsförordningen [2011:13]). Länsstyrelserna behandlar således redan i dag uppgifter som rör företrädare för verksamheter. Utredningen bedömer att den personuppgiftsbehandling som den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ger upphov till för länsstyrelsernas del inte medför behandling av några ytterligare kategorier av personuppgifter än vad som redan förekommer inom myndigheten. Däremot innebär förslaget en utökad behandling av sådana personuppgifter.

Det är svårt att avgöra i vilken omfattning personuppgiftsbehandlingen kommer att öka. Detta beror på att den föreslagna lagen är av beredskapskaraktär och avser en framtida situation med omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom vars påverkan på samhället inte är möjlig att fullt ut förutse. Därmed är det inte heller möjligt att fullt ut förutse behovet av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, som föranleder den personuppgiftsbehandling det är fråga om. Avsikten med regleringen är vidare att det ska finnas beredskap för att vidta långtgående tvingande smittskyddsåtgärder, men möjligheten att besluta som sådana åtgärder ska användas med försiktighet och endast i den utsträckning en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kräver det. Även om situationen är sådan att bestämmelser i den föreslagna lagen behöver aktiveras är således avsikten inte att samtliga åtgärder alltid ska användas. Det innebär att såväl vilka bestämmelser i lagen som länsstyrelsen har att övervaka efterlevnaden av, liksom antalet tillsynsobjekt, är beroende av det aktuella epidemiologiska läget och påverkar omfattningen av tillsynen och därmed också omfattningen av personuppgiftsbehandlingen.

Det finns rättslig grund för personuppgiftsbehandlingen

Utredningen bedömer att länsstyrelsernas personuppgiftsbehandling behövs för att de ska kunna fullfölja sina uppgifter enligt den föreslagna lagen. Behandlingen är därmed nödvändig för att de ska kunna fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av all-

mänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Det finns således rättslig grund för behandlingen i artikel 6 i EU:s dataskyddsförordning. Grunden för behandlingen fastställs i nationell rätt genom den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Utredningen anser vidare att det är motiverat att berörda myndigheter behandlar uppgifter om personnummer eller, i förekommande fall samordningsnummer, med hänsyn till vikten av en säker identifiering (artikel 87 i EU:s dataskyddsförordning och 3 kap. 10 § dataskyddslagen). Den föreslagna lagen motiveras av viktiga samhällsintressen. Tillsynsverksamheten riktas mot miljöer i vilka människor som normalt inte träffas kan samlas och innebär åtgärder för att minska t.ex. trängsel i dessa miljöer för att minska den totala smittspridningen i samhället. Som beskrivs ovan är avsikten att den föreslagna lagen och dess möjligheter för det allmänna att ålägga verksamhetsansvariga att vidta smittskyddsåtgärder endast ska tillämpas när det finns behov av sådana åtgärder. Om mindre ingripande åtgärder bedöms ge samma effekt på smittspridningen bör de vidtas i första hand.

Det är utredningens bedömning att när samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt den föreslagna lagen vidtas behöver det vara möjligt att bedriva tillsyn av efterlevnaden. Vikten av en effektiv tillsyn för att upprätthålla samhällets smittskydd vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning gör att det saknas möjligheter att behandla personuppgifterna på ett mindre ingripande sätt, t.ex. genom anonymisering.

Den föreslagna sekretessregleringen bedöms bidra till ett starkt skydd

I 21 kap. OSL finns bestämmelser om sekretess till skydd för uppgift om enskilds personliga förhållanden som gäller oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer. Tillsammans utgör bestämmelserna ett skydd för enskildas personliga integritet inom hela den offentliga sektorn. Bestämmelserna innebär skydd för bl.a. uppgifter om enskildas hälsa och sexualliv (21 kap. 1 §), adress eller andra kontaktuppgifter till förföljda personer (21 kap. 3 §) eller personer med skyddad identitet i folkbokföringen (21 kap. 3 a §). Det finns

också bestämmelser till skydd för särskilt känsliga uppgifter om utlänningar (21 kap. 5 §).

Som framgår ovan bedömer utredningen att den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte ger upphov till behandling av sådana känsliga personuppgifter hos länsstyrelserna. Om de ändå skulle förekomma sådana uppgifter bedömer utredningen att bestämmelserna i 21 kap. OSL ger ett fullgott skydd för sådana uppgifter. Däremot bedömer vi att länsstyrelsen inom ramen för den föreslagna tillsynsverksamheten kommer att hantera uppgifter om enskildas affärs- eller driftsförhållanden och föreslår med anledning av det att regeringen ska meddela föreskrifter om att sekretess till skydd för enskild i verksamhet som avser tillsyn m.m. i fråga om näringslivet enligt 30 kap. 23 § OSL ska gälla för länsstyrelsernas tillsyn över den föreslagna lagen. Förslaget beskrivs närmare i avsnitt 9.15.1. Vi bedömer att den föreslagna sekretessregleringen också kan bidra till skyddet för personuppgifter.

Förslaget är proportionerligt och utgör inte ett betydande intrång i den personliga integriteten

Som anges ovan i avsnitt 11.1 behöver en bedömning göras av om personuppgiftsbehandling uppfyller kravet på proportionalitet som ställs upp i EU:s dataskyddsförordning och även bedömas mot det skydd mot intrång i den personliga integriteten som följer av Europakonventionen, EU:s rättighetsstadga och regeringsformen. Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot bl.a. betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Skyddet får dock under vissa förutsättningar begränsas genom lag.

Avgörande för om en åtgärd ska anses innebära övervakning eller kartläggning är inte dess huvudsakliga syfte utan vilken effekt som åtgärden har. Vad som avses med övervakning respektive kartläggning får bedömas med utgångspunkt från vad som enligt normalt språkbruk läggs i dessa begrepp. Vid bedömning av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett betydande intrång ska både åtgärdens omfattning och arten av det intrång som åtgärderna innebär beaktas. Även åtgärdernas ändamål och andra omständigheter kan ha betydelse vid bedömningen. Bestämmelsen om skydd mot betydande in-

trång i den personliga integriteten omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdernas intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildes privata sfär (prop. 2009/10:80 s. 250).

Den föreslagna tillsynen och möjligheten för länsstyrelsen att fatta beslut i enskilda fall är inte inriktad på fysiska personers personliga förhållanden, utan på att smittskyddsåtgärder vidtas inom ramen för vissa verksamheter i enlighet med den föreslagna lagen. I den mån förslagen ändå skulle kunna anses innebära sådan övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden som utgör ett betydande intrång i den enskildes personliga integritet enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen bedömer utredningen att begränsningen av skyddet inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den och är godtagbar i ett demokratiskt samhälle (2 kap. 20 och 21 §§ regeringsformen).

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att behandlingen av personuppgifterna som förslaget ger upphov är förenlig med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen.

Länsstyrelsen i Dalarnas län har till utredningen uppgett att för den behandling av personuppgifter som gjordes inom tillsynsuppdraget som länsstyrelserna hade enligt lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, förkortad covid-19-lagen, fanns ingen särskild registerförfattning. I stället tillämpades EU:s dataskyddsförordning. Utredningen ser med beaktande härav och mot bakgrund av vad som redovisats ovan inte skäl att göra någon annan bedömning än att ytterligare dataskyddsreglering för länsstyrelsernas utökade behandling av personuppgifter enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte är nödvändig.

Polismyndighetens personuppgiftsbehandling

Behandlingen vid handräckning

Polismyndigheten kan behöva behandla motsvarande personuppgifter som länsstyrelserna i samband med att en länsstyrelse begär hjälp av myndigheten inom ramen för tillsynen. Det handlar således, utöver uppgifter om anställda vid länsstyrelsen och Polismyndigheten, om uppgifter om personer vars verksamhet är föremål för tillsynen samt personer som handräckningsåtgärder vidtas mot. De personuppgifter som behandlas är som huvudregel namn, personnummer och kontaktuppgifter. Utredningen förutsätter att Polismyndigheten kommer att behandla uppgifterna i pappersform och i ett ärendehanteringssystem.

Förslaget ger inte upphov till några nya kategorier av uppgifter än dem Polismyndigheten behandlar i annan handräckningsverksamhet i dag. Det handlar således om en utökning av behandlingen, men på motsvarande sätt som när det gäller länsstyrelsernas tillsynsverksamhet är det inte möjligt att göra någon kvantitativ bedömning av utökningen.

På motsvarande sätt som för länsstyrelserna gör utredningen bedömningen att det finns rättslig grund enligt artikel 6 i EU:s dataskyddsförordning för Polismyndighetens personuppgiftsbehandling, då den är nödvändig för att myndigheten ska kunna fullfölja en rättslig förpliktelse, utföra en uppgift av allmänt intresse och nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Grunden för behandlingen fastställs i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Polismyndigheten har till utredningen uppgett att myndigheten inte har någon särskild registerförfattning för motsvarande behandling i dag utan den sker med stöd av EU:s dataskyddsförordning och dataskyddslagen.

Av samma skäl som för länsstyrelsernas behandling bedömer utredningen vidare att behandlingen inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den och är godtagbar i ett demokratiskt samhälle och att den är förenlig med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Någon ytterligare reglering är därför inte nödvändig.

Behandlingen i ärenden om allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

I den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bestämmelser om att Polismyndigheten har rätt att ställa in och upplösa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som hålls i strid med lagen. Lagen innehåller också en bestämmelse om innehållet i en ansökan eller anmälan till Polismyndigheten om att få hålla en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning.

Bestämmelserna förutsätter att föreskrifter med stöd i lagen meddelats. Tillsammans med de ändringar som utredningen föreslår i ordningslagen och som utvecklas nedan i avsnitt 11.3, innebär bestämmelserna nya grunder för Polismyndigheten att beakta vid sin tillståndsgivning och för att vid behov ingripa mot allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Bestämmelserna påverkar dock inte vilka personuppgifter som samlas in eller hur de behandlas jämfört med den hantering av ansökningar som sker i dag.

De personuppgifter som behandlas vid ansökningar är primärt namn, personnummer och kontaktuppgifter. Polismyndigheten har till utredningen uppgett att vissa känsliga personuppgifter, t.ex. uppgift om etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller uppgift om sexualliv eller sexuell läggning också kan behandlas i sådana ärenden beroende på vad ansökan avser. Sådana uppgifter får i enlighet med artikel 9.2 g EU:s dataskyddsförordning och 3 kap. 3 § första stycket andra punkten dataskyddslagen behandlas eftersom det är nödvändigt för handläggningen av ärendet.

Polismyndigheten har till utredningen uppgett att ärendena handläggs i ett ärendehanteringssystem av särskilt utsedda handläggare. Därutöver kan även poliser i yttre tjänst komma att ta del av uppgifter om det bedöms att polisiär närvaro eller tillsyn behövs i samband med en sammankomst eller en tillställning. Uppgifterna kan också komma att lämnas ut till en kommun om kommunen ska beredas tillfälle att yttra sig i ärendet eller till allmän förvaltningsdomstol om Polismyndighetens beslut i ärendet överklagas. Polismyndigheten har till utredningen uppgett att någon särskild registerförfattning för motsvarande behandling i dag inte finns. I stället sker den med stöd av EU:s dataskyddsförordning och dataskyddslagen.

Utredningen bedömer att den personuppgiftsbehandling som kan komma att ske hos Polismyndigheten, och i förekommande fall kommunen, är nödvändig för att myndigheterna ska kunna fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Rättslig grund för behandlingen finns därmed i artikel 6.1 c och 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning och är fastställd i nationell rätt. Det är även motiverat att myndigheterna behandlar person- eller samordningsnummer i syfte att säkerställa en säker identifiering. Slutligen anser utredningen att behandlingen är förenlig med kraven på proportionalitet enligt EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Någon ytterligare dataskyddsreglering är inte nödvändig.

De allmänna förvaltningsdomstolarnas personuppgiftsbehandling

Länsstyrelsernas och Polismyndighetens beslut enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder föreslås kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detta kan medföra att domstolarna kommer att behandla motsvarande personuppgifter som myndigheterna. Även för domstolarnas behandling är den rättsliga grunden att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse och som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning). Den rättsliga grunden fastställs genom den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. De närmare ändamålen för personuppgiftsbehandlingen finns i domstolsdatalagen (2015:728) och domstolsdataförordningen (2015:729).

På motsvarande sätt som för myndigheternas personuppgiftsbehandling bedöms domstolarnas behandling vara proportionerlig i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Någon ytterligare reglering behövs enligt utredningens bedömning inte.

Folkhälsomyndighetens och regionernas personuppgiftsbehandling

Såväl Folkhälsomyndigheten som regionernas smittskyddsläkare har en samrådande roll enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Folkhälsomyndigheten får i den också uppdraget att ge sammanhållen information till allmänheten om föreskrifter som meddelats enligt lagen och om länsstyrelsernas beslut om smittskyddsåtgärder i enskilda fall. Detta kan innebära att Folkhälsomyndigheten, regionernas och regionernas smittskyddsläkare behöver behandla motsvarande personuppgifter som länsstyrelserna.

Utredningen gör för denna behandling motsvarande bedömning som för länsstyrelsernas behandling, dvs. att det finns rättslig grund för behandlingen och att behandlingen är proportionerlig och förenlig med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen utan någon ytterligare reglering.

Rättsväsendets personuppgiftsbehandling

I den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder föreslås en straffbestämmelse för den som bryter mot en föreskrift om ett förbud att vistas på en viss plats.

I brottsdatadirektivet finns särskild reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs av myndigheter inom rättsväsendet för att förebygga, utreda eller lagföra brott och verkställa straffrättsliga påföljder. Kompletterande bestämmelser finns i brottsdatalagen och brottsdataförordningen, liksom i lagen (2018:1693) om polisens behandling av personuppgifter inom brottsdatalagens område, lagen (2018:1697) om åklagarväsendets behandling av personuppgifter inom brottsdatalagens område, domstolsdatalagen och domstolsdataförordningen. Några ändringar i denna reglering krävs enligt utredningens bedömning inte med anledning av den föreslagna straffbestämmelsen.

11.3 Förslagen om ändring i ordningslagen och smittskyddslagen

Bedömning: De föreslagna ändringarna i ordningslagen och smittskyddslagen medför ingen ytterligare behandling av personuppgifter än vad som redan förekommer.

Förslagen är förenliga med kraven i EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen.

Någon ändring i dataskyddslagstiftningen med anledning av förslagen är inte nödvändig.

Ändringarna i ordningslagen medför ingen ny personuppgiftsbehandling

Som presenteras i avsnitt 9.20 föreslås vissa ändringar i ordningslagen med anledning av den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Delvis utgörs ändringsförslagen i ordningslagen av upplysningsbestämmelser om bestämmelser i den nya lagen. Upplysningsbestämmelserna föranleder som sådana ingen personuppgiftsbehandling.

Vidare föreslår utredningen att regeringens och länsstyrelsernas bemyndigande att meddela föreskrifter om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka en epidemi ska tas bort och ersättas med bemyndiganden i den nya lagen. Inte heller dessa ändringsförslag medför någon personuppgiftsbehandling.

Det föreslås också att Polismyndighetens möjlighet att vägra tillstånd för en allmän sammankomst för att motverka en epidemi ersätts med en ny grund som innebär att myndigheten får vägra tillstånd för att motverka en spridning av en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga. Ändringen innebär visserligen en förändrad grund som Polismyndigheten har att beakta vid sin tillståndsprövning men medför inte någon ny personuppgiftsbehandling. För utredningens bedömning avseende personuppgiftsbehandlingen, se avsnitt 11.2.

Ändringarna i smittskyddslagen medför ingen ny personuppgiftsbehandling

Förslagen om bemyndiganden att meddela undantag från smittskyddslagens bestämmelser

Flera av de föreslagna ändringarna i smittskyddslagen är bemyndiganden för regeringen att meddela föreskrifter om undantag från och anpassningar av vissa bestämmelser i smittskyddslagen för en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga. Bemyndigandena ger i sig inte upphov till någon personuppgiftsbehandling.

Det bör dock i detta sammanhang nämnas att avsikten med undantagen är att göra smittskyddslagen ändamålsenlig vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning, bl.a. för en situation i vilken det finns skäl att genomföra en storskalig testning och smittspårning, se kapitel 8. Provtagning och smittspårning enligt smittskyddslagen är normala uppgifter för hälso- och sjukvården och för smittskyddsläkarna och behövs för att smittskyddet ska kunna upprätthållas. Den personuppgiftsbehandling, däribland känsliga uppgifter, som sker i samband med detta är därmed nödvändig för att de ska kunna fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Det finns således rättslig grund för behandlingen i artiklarna 6 och 9 i EU:s dataskyddsförordning. Behandlingen sker med stöd av EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, patientdatalagen och patientdataförordningen. I fråga om sekretesskydd för uppgifter om enskilda personliga förhållanden finns bestämmelser i 21 kap. OSL och i 25 kap. OSL finns särskilda bestämmelser om sekretess för enskilda inom hälso- och sjukvården.

Att testningen och smittspårningen är storskaliga innebär att de sker i en omfattning som avviker från normalläget. Som en konsekvens kommer vid en storskalig testning och smittspårning behandlingen av personuppgifter, däribland känsliga personuppgifter, att öka markant. Detta ställer krav på befintliga system och de digitala lösningar som behöver utvecklas för att bl.a. möjliggöra storskaliga digitala vårdkontakter (se avsnitt 8.9.5). Mot denna bakgrund är det viktigt att integritetsskyddsfrågor beaktas när sådana system och lösningar utvecklas och när regeringen tillämpar de föreslagna bemyndigandena i samband med storskalig testning och smittspårning.

Förslagen om beredskap inom smittskyddet

I avsnitt 7.1.1., 8.8.2 och 8.8.4 föreslås en reglering av regionernas ansvar att se till att det finns viss lagerhållning och annan beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Som beskrivs där har regionerna redan i dag ett sådant ansvar och förslagen ger därför inte i sig upphov till någon ny personuppgiftsbehandling. Den personuppgiftsbehandling som görs med anledning av beredskapsarbetet i dag bedömer utredningen sker med stöd av EU:s dataskyddsförordning och det kompletterande nationella regelverket. Något behov av att förändra dataskyddslagstiftningen med anledning av de föreslagna bestämmelserna om beredskapen finns enligt utredningens mening inte.

Med anledning av att ansvaret nu föreslås regleras behöver dock bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt för vissa uppgifter inom ramen för beredskapsarbetet kompletteras. Sådana förslag lämnar vi i avsnitt 7.1.2.

Förslagen om hälsokontroll vid inresa

I avsnitt 7.6 lämnar utredningen förslag på ändringar i bestämmelserna i smittskyddslagen om hälsokontroll vid inresa. Avsikten med förslagen är att göra bestämmelserna om åtgärden mer ändamålsenliga i fråga om tillämpningsområdet för åtgärden och tydligare i fråga om hur behovet av ytterligare undersökning eller provtagning bör hanteras efter en hälsokontroll.

Förslagen ger enligt utredningens bedömning inte upphov till någon annan personuppgiftsbehandling än vad gällande bestämmelser gör. En hälsokontroll vid inresa är en smittskyddsåtgärd av extraordinär natur och har vad utredningen erfar hittills inte använts. Skulle dock de föreslagna ändringarna leda till att något fler kommer att genomgå en hälsokontroll om det uppstår en situation vid vilken åtgärden behöver tillämpas, anser utredningen att en sådan utökad personuppgiftsbehandling är nödvändig för att Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna ska kunna fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Det finns således grund för behandlingen i artiklarna 6 och 9 i EU:s dataskyddsförordning och som fastställts i den nationella rätten.

Behandlingen sker med stöd av EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, patientdatalagen och patientdataförordningen. Uppgifterna om enskildas personliga förhållanden omfattas vidare av de sekretessbestämmelser som finns i 21 kap. OSL och, i fråga om hälso- och sjukvården, i 25 kap. OSL. Med beaktande härav och mot bakgrund av vad som anförts ovan anser utredningen att personuppgiftsbehandlingen som kan uppkomma vid tillämpningen av de föreslagna bestämmelserna om hälsokontroll är proportionerlig och står i överensstämmelse med skyddet mot ingrepp i den personliga integriteten i EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen.

12 Förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter samt barns rättigheter

Av direktiven framgår att vi ska analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen, och beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt. Vi ska också analysera förslagens förhållande till de grundläggande fri- och rättigheterna så som de kommer till uttryck i regeringsformen.

I det här kapitlet redovisar vi vår samlade analys av våra författningsförslags förenlighet med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen, tryckfrihetsförordningen, yttrandefrihetsgrundlagen, Europakonventionen och FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Vi redovisar också vår analys om förslagens överensstämmelse med FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). I flera fall har vi dock också integrerat dessa analyser i kapitel 7–9 vid redovisningen av våra förslag och lämnar i det här kapitlet hänvisningar till specifika avsnitt i dessa kapitel.

Några aspekter berör vi dock inte alls i detta kapitel. Hit hör analysen i fråga om skyddet för den personliga integriteten vid hantering av personuppgifter. Den analysen redovisar vi i kapitel 11. I kapitel 14 om förslagens konsekvenser redovisas förslagens förhållande till EU-bestämmelser om övervakning av smittsamma sjukdomar och folkhälsoåtgärder (avsnitt 14.6.1), till det internationella hälsoreglementet (avsnitt 14.6.2), till EU:s tjänste- respektive anmälnings-

direktiv (avsnitt 14.6.3 och 14.6.4), och till bestämmelserna i regeringsformen om den kommunala självstyrelsen (avsnitt 14.5.1).

Vi inleder kapitlet i avsnitt 12.1 med en övergripande redogörelse för de rättsliga utgångspunkterna för analysen och redogör därefter i avsnitt 12.2–12.5 för vår analys av respektive förslag. I avsnitt 12.6 lämnar vi en sammantagen bedömning av förslagen.

12.1 Rättsliga utgångspunkter

Regeringsformen

Viktiga mål för den samhälleliga verksamheten

I 1 kap. 2 § regeringsformen anges målsättningarna för utövandet av den offentliga makten. Av bestämmelsen framgår bl.a. att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska rätten till arbete, bostad och utbildning tryggas och det allmänna ska verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Det allmänna ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person.

Bestämmelsen ger uttryck för vissa särskilt viktiga mål för den samhälleliga verksamheten, men ger inte upphov till några rättigheter. Rättighetsreglerna finns i katalogen för de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. regeringsformen. Såvitt är av intresse för vår analys framgår där följande.

De grundläggande fri- och rättigheterna

I 2 kap. 1–3 §§ regeringsformen finns bestämmelser om de s.k. opinionsfriheterna; yttrandefriheten, informationsfriheten, mötesfriheten, demonstrationsfriheten, föreningsfriheten och religionsfriheten. I 4–8 §§ finns bestämmelser som skyddar den enskildes

personliga frihet och säkerhet. Hit hör de s.k. kroppsliga fri- och rättigheterna och skydd mot kroppsvisitation och andra påtvingade kroppsliga ingrepp. Här finns förbud mot t.ex. att svenska medborgare hindras att resa in i riket, liksom bestämmelser om att var och en är skyddad mot frihetsberövanden och att svenska medborgare har frihet att förflytta sig inom riket och att lämna det. I 9–19 §§ finns grundläggande rättssäkerhetsgarantier och vissa andra bestämmelser, bl.a. rätten till prövning av domstol eller domstolsliknande nämnd vid frihetsberövanden, bestämmelser om egendomsskydd och om närings- och yrkesfrihet.

Begränsningar av fri- och rättigheter

När det gäller styrkan hos skyddet skiljer regeringsformen mellan två slag av grundläggande fri- och rättigheter, nämligen sådana som är absoluta och sådana som kan begränsas. Till de absoluta fri- och rättigheterna hör t.ex. religionsfriheten.

De fri- och rättigheter som kan begränsas brukar delas in i två nivåer. Den första nivån avser fri- och rättigheter som kan begränsas genom lag och där det kvalificerade förfarandet i 22 § (se nedan) kan bli tillämpligt. Hit hör bl.a. yttrandefriheten, informationsfriheten, mötesfriheten, demonstrationsfriheten, föreningsfriheten och rörelsefriheten (20 § första stycket). Kravet på lagform innebär att det endast är riksdagen som kan besluta om inskränkningar i rättigheterna. Det finns dock några undantag från huvudregeln om att dessa rättighetsbegränsningar måste ske genom lag. Exempelvis får föreskrifter om tystnadsplikt för offentliga funktionärer och föreskrifter som inskränker mötesfriheten och demonstrationsfriheten av hänsyn till rikets säkerhet eller för att motverka farsot efter bemyndigande i lag begränsas genom annan författning (20 § andra stycket).

Begränsningar får endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Begränsningen får inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Vidare får den inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning (21 §). I förarbetena framhålls

att kraven syftar till att lagstiftaren, när en fri- och rättighetsinskränkande lag beslutas, noga ska redovisa sina syften.[1]

När det gäller de begränsningsbara opinionsfriheterna ställs det upp ytterligare krav för rättighetsbegränsningar (23 och 24 §§). Dessa krav tar sikte på de särskilda ändamål som lagstiftaren får lägga till grund för en begränsning, t.ex. får mötes- och demonstrationsfriheten begränsas endast av hänsyn till ordning och säkerhet vid sammankomsten eller demonstrationen eller till trafiken eller av hänsyn till rikets säkerhet eller för att motverka farsot (24 §).

Det kvalificerade förfarandet i 22 § innebär att ett lagförslag om rättighetsbegränsningar ska vila i tolv månader, om lägst tio riksdagsledamöter yrkar det. Förslaget kan dock antas direkt om fem sjättedelar av de röstande riksdagsledamöterna är för det. Vissa undantag från det kvalificerade förfarandet finns. Det är konstitutionsutskottet som prövar om förfarandet är tillämpligt på ett visst lagförslag.

Den andra nivån av begränsningsbara fri- och rättigheter avser sådana som kan begränsas genom lag utan tillämpning av kraven i 21–24 §§. En viktig funktion hos grundlagsbestämmelserna är här att reglera normgivningskompetensen.

FN:s konventioner om vissa rättigheter

FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter

FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter antogs 1966. Sverige är folkrättsligt bundet till konventionen men den har inte inkorporerats i svensk lag. Konventionen ger därmed inte upphov till rättigheter som kan utkrävas i t.ex. svensk domstol.

Konventionens innehåll korresponderar på många sätt med regeringsformen och innehåller flera av de rättigheter som regleras där. Här finns bestämmelser om bl.a. rätten till livet, förbud mot tortyr, rätten till domstolsprövning och särskilda rättssäkerhetsgarantier i domstolsförfarandet och rätten till privat- och familjeliv. Avsteg från förpliktelserna får göras om det föreligger ett allmänt nödläge som hotar nationens fortbestånd. Emellertid är bl.a. förbudet mot tortyr en absolut rättighet, dvs. avsteg får aldrig göras. Konventionsstaterna ska vidta nödvändiga åtgärder för att genom lagstiftning och

[1] Prop. 1975/76:209 s. 153.

på annat sätt förverkliga rättigheterna i konventionen. De ska säkerställa att varje person som anser att hans eller hennes rättigheter har kränkts har effektiva möjligheter att klaga och få klagomålet prövat.

FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

Även FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter antogs 1966 och är en konvention som Sverige är folkrättsligt bundet till men som inte ger utkrävbara rättigheter. Konventionen är en målsättningskonvention enligt vilken konventionsstaterna till fullo ska utnyttja sina tillgängliga resurser för att säkerställa att de i konventionen inskrivna rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet genom alla därtill ägnade medel. Konventionsstaterna erkänner genom konventionen bl.a. rätten för envar att såväl fysiskt som psykiskt åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Staterna ska vidta åtgärder som är nödvändiga för att bl.a. förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar (artikel 12.2 c).

Europakonventionen

Genom lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) gäller Europakonventionen som svensk lag. Enligt 2 kap. 19 § regeringsformen får lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen.

I konventionen finns en katalog över fri- och rättigheter som på många sätt korresponderar med regeringsformens (artiklarna 2–14). Här kan särskilt nämnas artikel 5 som innehåller bestämmelser om frihet och personlig säkerhet och innehåller en uttömmande uppräkning av de fall vid vilka frihetsberövande är tillåtet. Frihetsberövande ska stå i överensstämmelse med bestämmelserna i den nationella lagen och övriga artiklar i konventionen. Av artikel 5.1 e framgår att ett frihetsberövande kan vara tillåtet för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Skydd mot andra former av begränsningar av rörelsefriheten finns i artikel 2 i fjärde tilläggsprotokollet till konventionen.

Här kan också nämnas dels rätten till en rättvis rättegång i artikel 6, dels artikel 8 som ger var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Det skyddet kan dock begränsas under förutsättning att inskränkningen har stöd i lag, tillgodoser något av de ändamål som anges i artikeln och är nödvändig i ett demokratiskt samhälle för att tillgodose detta ändamål. Ett av ändamålen för vilka inskränkningar får göras är för skyddande av hälsa.

Konventionen innehåller vidare ett antal generella bestämmelser om utrymmet för att inskränka fri- och rättigheterna (artiklarna 15–18). Bland annat anges att avvikelser får göras från åtagandena enligt konventionen och tilläggsprotokollen då särskilda omständigheter föreligger. Så är fallet under krig eller i annat allmänt nödläge som hotar nationens existens. Från vissa absoluta rättigheter, såsom rätten till liv och förbud mot tortyr, får avvikelser dock aldrig göras (artikel 15). Det anges även att inskränkningar i fri- och rättigheter inte får tillämpas för andra syften än för vilka de har medgetts (artikel 18).

Barnkonventionen

Enligt lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter gäller barnkonventionen som svensk lag. I förarbetena till lagstiftningen framhålls att det utöver den inkorporering som har skett krävs fortsatt transformering av konventionen för att den ska få genomslag. Transformering innebär att, i den utsträckning det anses behövligt, införa eller ändra svenska bestämmelser så att de överensstämmer med konventionens bestämmelser, dvs. att det även fortsättningsvis i svensk lagstiftning införs bestämmelser som överensstämmer med konventionens bestämmelser. Det framhålls vidare att konventionen bör synliggöras i förarbeten till lagstiftning där barnets rättigheter kan vara relevanta och särskilt fokus bör ligga på principen om barnets bästa som ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser samt barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade. Genom transformering kan författningsbestämmelser tydliggöra vad rättigheterna innebär, vilket ökar förutsebarheten och ger rättstillämparen ytterligare stöd i tolkningen och tillämpningen.[2]

[2] Prop. 2017/18:186 s. 60, 92 och 93.

Av artikel 2.1 följer att utgångspunkten är att konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn de rättigheter som anges i barnkonventionen utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt. Med barn avses varje människa under 18 år (artikel 1).

Principen om barnets bästa anges i artikel 3.1. Av artikeln framgår att det vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Enligt artikel 12.1 ska konventionsstaterna tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

FN:s kommitté för barnets rättigheter, barnrättskommittén, som övervakar genomförandet av barnkonventionen, har tagit fram en vägledning om principen om barnets bästa i form av en allmän kommentar som utgör ett stöd vid tolkning och tillämpning av konventionsåtagandet.[3] Enligt kommentaren ska barnets bästa väga tungt, men inte ensamt vara utslagsgivande, när olika intressen vägs mot varandra. I det enskilda fallet kan således andra samhällsintressen väga tyngre. Principen om barnets bästa är ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser, vilket enligt barnrättskommittén innebär att när ett enskilt barn eller en grupp barn kommer att påverkas av ett beslut, måste beslutsprocessen innehålla en utvärdering av eventuella positiva eller negativa konsekvenser för barnet eller barnen. I beslutet ska beslutsfattaren dessutom motivera på vilket sätt hänsyn har tagits till barnets bästa, dvs. vad som beslutsfattaren ansett vara barnets bästa, vilka kriterier detta grundas på och hur barnets intressen vägts mot andra intressen. Principen om barnets bästa ska enligt barnrättskommittén tillämpas i förhållande till övriga grundprinciper i barnkonventionen. Av dessa är artikel 12 om barnets rätt att uttrycka sina åsikter av särskild vikt. Artiklarna 3 och 12 kompletterar varandra. Barnets åsikter är en viktig del i bedömningen av barnets bästa.[4]

[3] CRC/C/GC/14, prop. 2017/18:186 s. 84.
[4] CRC/C/GC/14, s. 6 och 43.

12.2 Förslagen om vissa ändringar i smittskyddslagen

12.2.1 Förslagen om bemyndiganden om tidsbegränsade undantag, anpassningar och särskilda föreskrifter

Bedömning: Förslagen om att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om vissa undantag från bestämmelserna i smittskyddslagen om utredning av sjukdomsfall och om individuellt inriktade smittskyddsåtgärder, är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen, Europakonventionen, och FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Detsamma gäller de föreslagna bemyndigandena som innebär att vad som gäller för läkare i vissa fall ska kunna gälla också viss annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och att skyldigheten att uppsöka läkare i vissa fall också ska kunna uppfyllas genom att kontakta hälso- och sjukvården på annat sätt.

Bestämmelsen i smittskyddslagen om barnets bästa säkerställer att barnets bästa särskilt beaktas också när de föreslagna bemyndigandena tillämpas.

Förslaget om ett krav på tidsbegränsning av de föreskrifter som regeringen får meddela med stöd av bemyndigandet om särskilda föreskrifter vid en fredstida kris, bidrar till att säkerställa att föreskrifterna inte blir mer långtgående än vad som är nödvändigt.

Undantag till och anpassningar av vissa av smittskyddslagens bestämmelser

Skyddet för grundläggande fri- och rättigheter

I kapitel 7 och 8 lämnar vi förslag på bemyndiganden till regeringen att meddela tidsbegränsade föreskrifter om undantag till och anpassningar av några av bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL.

I fråga om de bestämmelser som nu berörs av våra förslag om undantag och anpassningar bedömdes när smittskyddslagen infördes 2004 att bestämmelserna var förenliga med skyddet för de grund-

läggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen.[5]

I fråga om smittskyddslagens förenlighet med Europakonventionen var vid tidpunkten för införandet ett mål anhängiggjort i den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna, Europadomstolen, om en person som tvångsisolerats enligt den dåvarande smittskyddslagen.[6] Året därpå avgjordes målet och Europadomstolen fann att den tvångsisolering som var föremål för prövning var oförenlig med artikel 5 i Europakonventionen. Tvångsisoleringen av personen hade förlängts vid flera tillfällen och kommit att bestå i närmare sju år, varav personen rent faktiskt varit frihetsberövad under knappt ett och ett halvt år. Domstolen fann att tvångsisolering inte hade kunnat ses som en sista utväg i det enskilda fallet för att hindra smittspridning. Andra åtgärder borde, enligt domstolens uppfattning, ha vidtagits i första hand. Genom att sträcka sig över en period av närmare sju år, med ofrivillig intagning på sjukhus under sammanlagt nästan ett och ett halvt år av den tiden, hade beslutet om tvångsisolering därför inte inneburit den rätta avvägningen mellan behovet av att förhindra smittspridning och rätten till frihet.

Regeringen hade dock redan vid införandet av den nya smittskyddslagen året före uttalat sig om den fråga som var föremål för domstolens prövning och konstaterat att rekvisiten för tvångsisolering hade begränsats i förhållande till de dåvarande reglerna. Detta, tillsammans med övriga rättssäkerhetsgarantier och regeln om att beslut om tvångsundersökning skulle fattas av domstol, gjorde att regeringen ansåg att den föreslagna regleringen av tvångsåtgärder i smittskyddslagen fick anses vara förenlig med Europakonventionen.[7] Några ändringar i den smittskyddslag som då trätt i kraft gjordes således inte med anledning av domen.

Utredningen ser inga skäl att ifrågasätta bedömningen i fråga om smittskyddslagens förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen. De bestämmelser som utredningen nu föreslår om undantag till och anpassningar av bestämmelserna i smittskyddslagen innebär inte några mer långtgående inskränkningar i förhållande till smittskyddslagens nuvarande bestämmelser. Förslagen tar i stället sikte på att möjliggöra vissa lättnader i de skyldigheter som åläggs

[5] Se t.ex. prop. 2003/04:30 s. 217–220 och 244–246.
[6] Enhorn mot Sverige (nr 56529/00).
[7] Prop. 2003/04;30 s. 127.

den enskilde enligt smittskyddslagen i en situation vid vilken individinriktade smittskyddsåtgärder inte bedöms vara ändamålsenliga. Det är därför utredningens bedömning att förslagen är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen.

Av samma skäl anser utredningen att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Barns rättigheter

I 1 kap. 4 § andra stycket SmL ges uttryck för det barnperspektiv och den princip om barnets bästa som följer av barnkonventionen. När smittskyddslagen infördes betonades i förarbetena att det är en självklarhet att bestämmelserna i barnkonventionen bör tas i beaktande när smittskyddsåtgärder vidtas. Det gäller såväl i de fall som barnet själv bär på en smittsam sjukdom som i de fall åtgärder behöver vidtas för att förhindra att barn smittas. Med hänvisning till barnkonventionen uttalades att barn, på grund av sin sårbarhet, behöver vård och skydd samt att barnet har rätt till hälsa, liv och utveckling samt vila och fritid. Det uttalades också att det är familjen som har det primära ansvaret för den vård och det skydd barnet behöver, samtidigt som barnet är i behov av samhälleligt skydd. Regeringens uppfattning var att hänsynen till barnets bästa är av så stor vikt i smittskyddsarbetet att det bör komma till uttryck i en särskild bestämmelse i smittskyddslagen.[8]

Utredningen bedömer att bestämmelsen om barnets bästa i smittskyddslagen, på motsvarande sätt som för nuvarande bestämmelser i lagen, säkerställer att barnets bästa beaktas också när de föreslagna bemyndigandena om undantag och anpassningar tillämpas.

Särskilda föreskrifter vid en fredstida kris ska vara tidsbegränsade

I 9 kap. 6 § SmL finns ett bemyndigande som innebär att regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att

[8] Prop. 2003/04:30 s. 85 och 172.

upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet. När bemyndigandet infördes betonades att föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet inte får avse begränsningar i medborgares grundlagsfästa skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp eller frihetsberövande.[9]

I avsnitt 7.7 föreslår vi att det ska framgå av bestämmelsen att sådana föreskrifter ska vara tidsbegränsade. Det är utredningens mening att ett sådant krav ytterligare bidrar till att säkerställa att föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet inte blir mer långtgående än vad som är nödvändigt (2 kap. 21 § regeringsformen).

12.2.2 Förslagen om ändringar i bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa

Bedömning: De ändringar som utredningen föreslår i bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen, Europakonventionen, FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Bestämmelsen i smittskyddslagen om barnets bästa säkerställer att barnets bästa särskilt beaktas vid en hälsokontroll vid inresa.

Tydliggörande av vad en hälsokontroll vid inresa består av

Skyddet för grundläggande fri- och rättigheter

I 3 kap. 8 § SmL regleras möjligheten att besluta om hälsokontroll vid inresa till Sverige. Av bestämmelserna framgår att om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att personen och andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå en hälsokontroll på platsen för inresan. Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anlän-

[9] Prop. 2003/04:30 s. 247.

der till Sverige från detta område och andra personer om anländer med samma transportmedel ska genomgå en sådan hälsokontroll. Det är smittskyddsläkaren som ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll. Vidare anges att en hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

I avsnitt 7.6 föreslår utredningen ändringar i bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa för att göra åtgärden mer ändamålsenlig. Förslagen i avsnitt 7.6.3–7.6.5 innebär att innebörden av en hälsokontroll och möjligheterna att provta personer vid inresa tydliggörs i lagtexten. I de avsnitten går vi igenom de överväganden som gjordes i fråga om förenligheten med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna när bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa infördes i smittskyddslagen. Vi redogör där också för de överväganden vi gjort när vi utformat våra förslag. I fråga om förslagens förenlighet med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna vill vi också redogöra för följande överväganden.

Särskilt om påtvingade kroppsliga ingrepp

Utredningen föreslår att det av bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa ska framgå att den som genomgår hälsokontrollen vid behov ska uppmanas att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. Utredningen föreslår också att det ska framgå att den omständigheten att en person inte medverkar får tillmätas den betydelse som omständigheterna motiverar för beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder. Dessa två bestämmelser tillsammans skulle kunna uppfattas som en tvingande skyldighet att underkasta sig kroppsliga ingrepp. Det skulle alltså kunna uppfattas som att det inte föreligger någon ”verklig frivillighet” och att bestämmelserna medför inskränkningar i regeringsformens skydd mot påtvingande kroppsliga ingrepp (se avsnitt 7.6.3).

Enligt 2 kap. 21 § regeringsformen får begränsningar i skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett dem och inte heller sträcka sig så

långt att de utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningar får inte göras enbart på grund av en politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

En uppmaning om att låta en läkare vidta ytterligare utredningsåtgärder innebär dock inte något åliggande för den enskilde att underkasta sig sådana. Det finns alltså ett utrymme för den enskilde att avstå. Även om det finns möjlighet för smittskyddsläkaren att besluta om tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen är konsekvenserna av ett sådant ställningstagande inte givna på förhand, eftersom rekvisiten för den aktuella tvångsåtgärden måste vara uppfyllda och hänsyn också måste tas till de allmänna principerna i smittskyddslagen. Utredningen bedömer att en situation där en person som genomgår en hälsokontroll uppmanas att genomgå ytterligare utredningsåtgärder inte skiljer sig från vad som redan ryms inom situationen för en läkarundersökning enligt 3 kap. 1 § SmL. Utredningen bedömer dock, så som redovisas i avsnitt 7.6.5, att det för tydlighetens skull bör framgå av lagtexten att om en person inte medverkar till undersökningen eller provtagningen får det tillmätas den betydelse som omständigheterna motiverar för beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder.

Särskilt om rätten till privat- och familjeliv i Europakonventionen

En uppmaning om att låta en läkare vidta ytterligare utredningsåtgärder får anses innebära en inskränkning av rätten till privat- och familjeliv för den person som genomgår hälsokontrollen så som rätten kommer till uttryck i artikel 8 Europakonventionen. I skyddet enligt artikeln ingår skydd för den kroppsliga integriteten. Enligt artikel 8.2 får en offentlig myndighet inte inskränka åtnjutandet av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till bl.a. skyddet för hälsa eller för andra personers fri- och rättigheter. En sådan inskränkning måste således ha ett legitimt syfte och vara proportionerlig.

Syftet med att i lag ange att den som utför en hälsokontroll, om det finns anledning till det, ska uppmana en person som genomgår hälsokontrollen att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger är att kunna fullgöra syftet med hälsokontrollen, dvs. att förhindra att

en eller flera personer som bär på en samhällsfarlig sjukdom för smittan vidare till andra personer i Sverige. Det handlar alltså om att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av en smittsam sjukdom som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och som dessutom kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner (se 1 kap. 1 § och 3 § andra och tredje styckena SmL).

Förslaget innebär enligt utredningens mening inte i sig någon ny tvångsåtgärd, utan förtydligar vad som gäller redan i dag om det bedöms att en person som genomgår en hälsokontroll behöver genomgå ytterligare utredningsåtgärder. Redan med dagens lagstiftning kan smittskyddsläkaren, under förutsättning att rekvisiten är uppfyllda, fatta beslut om tvångsåtgärder i samband med en hälsokontroll vid inresa.

Det är angeläget att innebörden av en hälsokontroll och möjligheten att provta personer vid inresa i landet tydliggörs för att underlätta beslut om och genomförandet av sådana kontroller. Det handlar om att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av en samhällsfarlig sjukdom, vilket svarar mot ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Förslagen bedöms därmed vara förenliga med den rätt till respekt för privat- och familjeliv som följer av Europakonventionen.

Förslagen är förenliga med skyddet för fri- och rättigheterna

Utredningen gör med beaktande av det ovan anförda bedömningen att de förslag om förtydliganden om vad en hälsokontroll innebär och om möjligheterna till ytterligare smittskyddsåtgärder därefter, är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. Av samma skäl bedömer vi att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Utredningen vill dock framhålla att för det fall en uppmaning om att genomgå ytterligare undersökningar ändå skulle kunna medföra att personen som genomgår hälsokontrollen kan uppleva sig tvingad

att underkasta sig en ingående läkarundersökning eller en provtagning, bedöms de skäl som motiverar intrånget i privat- och familjelivet tillräckligt bärkraftiga även för att motivera ett sådant ingrepp i skyddet för den personliga integriteten enligt 2 kap. 6 och 21 §§ regeringsformen.[10]

Barns rättigheter

När de extraordinära smittskyddsåtgärderna infördes beaktades barnkonventionen och vissa uttalanden gjordes om åtgärdernas förhållande till konventionen. Uttalandena har bäring främst i förhållande till bestämmelserna om karantän, men det kan ändå vara av intresse att redovisa några av dem här.

Det framhölls att enligt artikel 37 b får inget barn olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet. Frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. Det konstaterades att ett barn som sätts i karantän berövas sin frihet. Ett karantänsbeslut motiveras av att allvarliga sjukdomar inte ska få spridning i samhället. För det fall att barnets vårdnadshavare och syskon har ett fullgott vaccinationsskydd mot sjukdomen i fråga, bör barnet kunna hållas i karantän i sitt hem. I motsatt fall kan det många gånger vara lämpligt att barnet får vistas på en vårdinrättning med utbildad personal som kan säkerställa barnets rätt till tillgång av hälso- och sjukvård (artikel 24). Det framhölls att det är viktigt att smittskyddsläkaren ser till omständigheterna i det enskilda fallet när denne ska besluta var barnet ska hållas i karantän. Karantänsvistelsen måste för barnet bli så skonsam som möjligt. Ett beslut om karantän är av begränsad varaktighet och ska hävas så snart det inte längre finns skäl för beslutet. Det bedömdes därför vara förenligt med barnkonventionen att sätta barn i karantän om förutsättningarna härför är uppfyllda. Om barnet eller någon av barnets föräldrar sätts i karantän berövas barnet temporärt sin rätt till en eller båda sina föräldrar. Enligt artikel 9 får barnet inte skiljas från sina föräldrar om det inte är nödvändigt för barnets bästa. Att ett barn inte i onödan utsätts för risken att smittas av en dödlig sjukdom bedömes vara en åtgärd som i högsta grad

[10] Motsvarande resonemang fördes i samband med att möjligheten till att besluta om drogtester för vårdnadshavare och föräldrar i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, prop. 2021/22:178 s. 76.

vidtas med barnets bästa i åtanke. Vidare bedömdes det vara till barnets bästa på lite längre sikt att föräldrarna inte utsätts för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, genom att barnet sätts i karantän. Om barnets föräldrar insjuknar i en samhällsfarlig sjukdom kommer barnet sannolikt att skiljas från sina föräldrar under betydligt längre tid. Vidare nämndes barnets rätt till liv och överlevnad, rätten till skydd, bistånd, omvårdnad och utbildning samt rätten till lek och kreation. Det bedömdes att bestämmelserna om de extraordinära smittskyddsåtgärderna var förenliga med barnkonventionen.[11]

Utredningen gör bedömningen att de förslag om tydliggörande av innehållet i hälsokontrollen och om de ytterligare smittskyddsåtgärder som kan vidtas efter en hälsokontroll, inte ger anledning att göra någon annan bedömning.

Som beskrivits tidigare i detta kapitel är artikel 12 i barnkonventionen om barnets rätt att uttrycka sina åsikter en viktig del i tillämpningen av artikel 3 och vid bedömningen av barnets bästa. Artiklarna 3 och 12 kompletterar varandra. Som beskrivits ovan säkerställer bestämmelsen om barnets bästa i smittskyddslagen att barnets bästa beaktas vid beslut enligt lagen. Att barn har rätt att få information och uttrycka sina åsikter också i samband med en hälsokontroll, och vilka överväganden som då kan behöva göras, redogör vi för i avsnitt 7.6.4.

Förslagen om utökade möjligheter att besluta om hälsokontroll vid inresa

Förslagen som presenteras i avsnitt 7.6.1 och 7.6.2 innebär en utökad möjlighet för Folkhälsomyndigheten att fatta beslut om hälsokontroll vid inresan. Genom de föreslagna bestämmelserna ska beslut om hälsokontroll kunna fattas även om ett utbrott av sjukdomen inte är konstaterad. Enligt förslaget ska det vara tillräckligt att myndigheten bedömer att det finns en grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom. Folkhälsomyndigheten ska även få möjlighet att fatta beslut om hälsokontroll vid inresa även för personer som vistats i ett område som står i nära förbindelse med det geografiska område där utbrottet pågår. Förslagen innebär sammantaget att Folkhälsomyndigheten får möjlighet

[11] Prop. 2003/04:158 s. 76, 80 och 81.

att fatta beslut om hälsokontroll vid inresa för fler personer än tidigare.

Förslagen syftar till att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av en samhällsfarlig sjukdom, vilket svarar mot ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. En sådan utsträckt möjlighet att besluta om hälsokontroll vid inresa som förslagen medför går enligt utredningens mening inte utöver vad som är nödvändigt. Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som de kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. Av samma skäl bedöms förslagen vara förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. På motsvarande sätt som de övriga ändringarna i bestämmelserna om hälsokontroll bedömer vi även att förslagen är förenliga med barnkonventionen.

12.3 Förslagen om regionernas beredskap

Bedömning: Förslagen om att i smittskyddslagen föra in bestämmelser om regionernas beredskap påverkar inte skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna.

Förslaget om att den tystnadsplikt som föreslås gälla för den som deltar eller har deltagit i en regions verksamhet med beredskap ska inskränka meddelarfriheten står i överensstämmelse med tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen.

I avsnitt 7.1.1., 8.8.2 och 8.8.4 har utredningen föreslagit att bestämmelser om regionernas beredskap ska tas in i smittskyddslagen. Utredningen bedömer att dessa bestämmelser inte i sig påverkar skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna. Utredningen har dock också föreslagit att bestämmelser om sekretess för vissa uppgifter som förekommer i regionens verksamhet med beredskapen och bestämmelser om tystnadsplikt för den som deltar eller har deltagit i en regions verksamhet med beredskap. Sådan tystnadsplikt föreslås även inskränka rätten enligt tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter, se avsnitt 7.1.2.

Meddelarfriheten innebär en rätt att lämna uppgift i vilket ämne som helst för publicering i de medier som tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen omfattar. Meddelarfriheten är dock inte oinskränkt. Det är t.ex. inte tillåtet att uppsåtligen lämna ut en allmän handling som omfattas av sekretess. Det är inte heller tillåtet att åsidosätta tystnadsplikt i de fall som anges i tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen eller i 44 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

Den föreslagna sekretessen och tystnadsplikten motsvarar den som i dag gäller för t.ex. verksamhet som omfattas av lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Skälet för inskränkningen av meddelarfriheten är att om uppgifter om t.ex. allvarliga sårbarheter i beredskapen blir allmänt kända och utnyttjas för angrepp mot myndigheterna skulle det kunna leda till stora skador för myndigheterna, enskilda och samhället i stort.[12] Det kvalificerade skydd för beredskapen som förslagen medför är därför angeläget. Begränsningen av meddelarfriheten föreslås tas in i 44 kap. 5 § OSL. Förslaget står därmed i överensstämmelse med 7 kap. 20 § andra punkten tryckfrihetsförordningen och 5 kap. 4 § första stycket tredje punkten yttrandefrihetsgrundlagen.

12.4 Förslaget om en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Bedömning: Den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder är förenlig med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen, Europakonventionen, FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Den föreslagna lagen är också förenlig med barnkonventionen.

[12] Jfr prop. 2005/06:133 s. 132.

Begränsningar av mötes- och demonstrationsfriheten

Uttalanden vid införandet av covid-19-lagen

Huvuddragen av det förslag om en ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi presenterar i kapitel 9 är hämtade från lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, förkortad covid-19-lagen. Vid införandet av covid-19-lagen analyserades i propositionen den lagens förhållande till grundläggande fri- och rättigheter.

Det konstaterades att vissa av de åtgärder som skulle komma att vidtas med stöd av covid-19-lagen kunde vidtas redan med stöd av befintlig lagstiftning. Den hade sedan tidigare bedömts vara förenliga med regeringsformens och Europakonventionens rättighetsreglering. Det konstaterades dock vidare att förslagen innebar att regeringen gavs möjligheter att besluta om sammantaget mycket omfattande inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter och att detta måste övervägas noga.

I propositionen redogjordes för mötes- och demonstrationsfriheten enligt regeringsformen. Mötesfrihet innebär frihet att anordna och delta i sammankomster för upplysning, meningsyttring eller annat liknande syfte eller för framförande av konstnärligt verk. Demonstrationsfrihet innebär frihet att anordna och delta i demonstrationer på allmän plats (2 kap. 1 § första stycket tredje och fjärde punkterna regeringsformen). Som redogjorts för tidigare i detta kapitel får mötes- och demonstrationsfriheten begränsas för att motverka farsot. En sådan begränsning får göras genom lag eller, efter bemyndigande i lag, annan författning. Begränsningen får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning (2 kap. 1, 20, 21 och 24 §§).

I covid-19-lagen fanns bestämmelser om att regeringen som en yttersta åtgärd fick meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster, t.ex. demonstrationer och andra sammankomster vid vilka mötesfriheten utövas, inte fick hållas, att regeringen fick meddela föreskrifter om förbud mot att samlas i ett sällskap av en viss stor-

lek på platser dit allmänheten hade tillträde samt en möjlighet att begränsa allmänna sammankomster genom beslut i enskilda fall. Regeringen bedömde att bestämmelserna inte gav stöd för mer långtgående inskränkningar i mötes- och demonstrationsfriheten än vad motsvarande bestämmelser i ordningslagen (1993:1617) gjorde och att ändamålet att förhindra smittspridning var godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Regeringen framhöll vidare att till skillnad från ordningslagen framgick det uttryckligen av covid-19-lagen att de begränsningar som infördes skulle vara proportionerliga och att detta krav låg i linje med grundlagens krav att en begränsning av mötes- och demonstrationsfriheten aldrig får gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Regeringen ansåg sammanfattningsvis att förslagen var förenliga med regeringsformens bestämmelser om mötes- och demonstrationsfrihet.[13]

Förslagen är förenliga med skyddet för mötes- och demonstrationsfriheten

Även utredningen föreslår bestämmelser om att regeringen som en yttersta åtgärd får meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster, t.ex. demonstrationer och andra sammankomster vid vilka mötesfriheten utövas, inte får hållas, och en möjlighet att begränsa allmänna sammankomster genom beslut i enskilda fall. Någon möjlighet för regeringen att härutöver besluta om förbud mot att samlas i ett sällskap av en viss storlek på platser dit allmänheten har tillträde har vi dock inte ansett vara behövligt (avsnitt 9.6).

Vi har även föreslagit ytterligare förändringar i förhållande till covid-19-lagen i syfte att stärka skyddet för bl.a. mötes- och demonstrationsfriheten. Hit hör dels förslaget om att tydligare än i covid-19-lagen ange vilka omständigheter som särskilt ska beaktas vid bedömningen av risken för smittspridning, dels uppdelningen av bemyndigandet om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Vi föreslår också en särskild bestämmelse – utöver den bestämmelse som vi föreslår om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa (avsnitt 9.9) – om att vid utformningen av föreskrifter

[13] Prop. 2020/21:79 s. 82 och 83.

som avser allmänna sammankomster ska vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet särskilt beaktas. Vi beskriver förslagen och våra överväganden om den utförligt i avsnitt 9.12.6.

Som framgår av kapitel 9 är det utredningens bedömning att det inte går att utesluta att det vid en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning kan uppstå en situation där det inte finns något alternativt sätt att motverka smittspridning än att vidta mycket långtgående åtgärder som kan innebära att allmänna sammankomster kraftigt begränsas eller helt förbjuds. Det är samtidigt utredningens mening att när det epidemiologiska läget är sådant att det finns utrymme för att använda de föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna på det differentierade sätt som är avsett, bör mindre ingripande åtgärder kunna tillämpas för att på ett ändamålsenligt sätt motverka smittspridning. Sådana differentierade och träffsäkra åtgärder som den föreslagna lagen ger utrymme för kan således medföra att allmänna sammankomster kan hållas öppna trots en pågående smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Likaså är det utredningens mening att den författningsberedskap som den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder innebär borgar för att åtgärder kan vidtas på ett övervägt och ändamålsenligt sätt, även i en situation där omedelbara åtgärder behöver vidtas för att motverka smittspridning.

Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med regeringsformens och Europakonventionens bestämmelser om mötes- och demonstrationsfriheten. Utredningen bedömer även att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Begränsningar av egendomsskyddet och närings- och yrkesfriheten

Egendomsskyddet och närings- och yrkesfriheten i regeringsformen och Europakonventionen

Enligt 2 kap. 15 § regeringsformen är var och ens egendom tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild genom expropriation eller något annat sådant förfogande eller tåla att det allmänna inskränker användningen av mark

eller byggnad utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen.

Enligt Europakonventionen ska varje fysisk eller juridisk person ha rätt till respekt för sin egendom. Ingen får berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse och under de förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser. Dessa bestämmelser inskränker dock inte en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten finner nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse (artikel 1 i det första tilläggsprotokollet till konventionen). Begreppet egendom har en autonom och vidsträckt innebörd. Med egendom avses således inte bara fast och lös egendom utan också begränsade sakrätter samt fordringar och immateriella rättigheter. Även ekonomiska intressen och förväntningar avseende utövande av näringsverksamhet omfattas av skyddet.

När det gäller närings- och yrkesfriheten följer av 2 kap. 17 § regeringsformen att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Uttalanden vid införandet av serveringslagen

I samband med att lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen, förkortad serveringslagen, infördes analyserades den lagens förhållande till bestämmelserna om egendomsskyddet och näringsfriheten.

I propositionen som föregick införandet bedömde regeringen att kravet på smittskyddsåtgärder enligt den lagen till viss del innebär rådighetsinskränkningar för exempelvis den som äger eller efter upplåtelse har rätt att nyttja en lokal och som bedriver serveringsställe men inte kan använda fastigheten fullt ut som planerat. Förslaget bedömdes också innebära en begränsning av näringsfriheten.

Regeringen anförde att serveringsställen är sådana platser där det finns en större risk för smittspridning och att trängsel på restauranger och i liknande verksamheter utgör en risk för smittspridning. Det bedömdes att om reglerna om fysiskt avstånd på restauranger och andra liknande verksamheter inte hölls fanns det risk att det

skulle leda till en vidare samhällsspridning, vilket skulle komma att påverka enskilda individer, samhället, företagen och sjukvården i ännu större utsträckning än vad sjukdomen redan då gjorde. Regeringen bedömde därför att de krav på smittskyddsåtgärder som lagen innebär för serveringsställen var nödvändiga för att förhindra smittspridningen.

Lagstiftningen motiverades således av ett angeläget allmänt intresse och det intresset vägde så tungt att det vid en intresseavvägning gick före näringsidkarens rätt till skydd för egendom. Det hänvisades också till att det i enlighet med 5 § förvaltningslagen (2009:400) i varje enskilt fall måste ske en prövning av proportionaliteten mellan överträdelsen och den åtgärd som myndigheten vidtar.

I fråga om lagens krav gjorde regeringen också bedömningen att det inte fanns några andra mindre ingripande smittskyddsåtgärder för att serveringsställen skulle kunna hålla fortsatt öppet för kunder trots den pågående pandemin. Den börda som kraven innebar för en enskild näringsidkare var inte oskälig. Lagens krav om smittskyddsåtgärder ansågs därför vara en proportionerlig inskränkning i egendomsskyddet. Det ansågs också vara en tillåten inskränkning i näringsfriheten.

Sammanfattningsvis gjorde regeringen bedömningen att förslagen var förenliga med såväl regeringsformen som Europakonventionen.[14]

Uttalanden vid införandet av covid-19-lagen

Också när covid-19-lagen infördes analyserades den lagens förenlighet med egendomsskyddet och näringsfriheten. Det konstaterades att lagen innebar att regeringen som en yttersta åtgärd skulle få meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas, att platser för fritids- eller kulturverksamhet skulle hållas stängda, att handelsplatser skulle hållas stängda, att kollektivtrafik och inrikes flygtrafik inte skulle få bedrivas och att användning och upplåtelse av platser för privata sammankomster skulle förbjudas. Sådana begränsningar bedömdes kunna utgöra ingrepp i egendomsskyddet och näringsfriheten.

Enligt regeringens bedömning kunde de särskilda begränsningar som möjliggjordes vara nödvändiga för att förhindra spridning av

[14] Prop. 2019/20:172 s. 35 och 36.

covid-19. Lagstiftningen motiverades således av ett angeläget allmänt intresse som vägde så tungt att det vid en intresseavvägning ansågs gå före verksamhetsutövarens rätt till näringsfrihet och rätt till skydd för sin egendom. Någon alternativ reglering som skulle vara mindre ingripande och samtidigt ge tillräckliga möjligheter att förhindra smittspridning i samband med de verksamheter som omfattas av lagen fanns enligt regeringens mening inte.

Regeringen ansåg sammanfattningsvis att de möjligheter som covid-19-lagen att begränsa olika typer av verksamheter, såväl var för sig som sammantagna, var förenliga med bestämmelserna i regeringsformen och Europakonventionen om egendomsskydd och näringsfrihet.[15]

Förslagen är förenliga med egendomsskyddet och närings- och yrkesfriheten

Även utredningen föreslår bestämmelser om att regeringen får meddela föreskrifter om att verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och att regeringen som en yttersta åtgärd får meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas, att fritids- eller kulturverksamheter, handelsplatser, serveringsställen ska hållas stängda och att upplåtelse av platser för privata sammankomster ska förbjudas. Även kollektivtrafik och inrikes flygtrafik ska kunna åläggas krav på att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vidtas, men till skillnad från covid-19-lagen föreslår inte utredningen någon möjlighet för regeringen att förbjuda kollektivtrafik och inrikes flygtrafik. Våra överväganden och förslag i dessa delar har vi ingående beskrivit i avsnitt 9.12. I avsnitt 9.19 beskriver vi även bestämmelserna i 2 kap. 15 § regeringsformen om ersättning för sådana rådighetsinskränkningar och våra överväganden och förslag i fråga om möjligheten till sådana kompletterande åtgärder.

Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med regeringsformens och Europakonventionens bestämmelser om egendomsskydd och närings-och yrkesfrihet. Utredningen bedömer även att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och

[15] Prop. 2020/21:79 s. 83 och 84.

politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Begränsningar av rörelsefriheten

Rörelsefriheten enligt regeringsformen och Europakonventionen

Enligt regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Den som är svensk medborgare är även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna det. Rörelsefriheten får under vissa förutsättningar begränsas genom lag (2 kap. 8, 20 och 21 §§). Även i artikel 2 i Europakonventionens fjärde tilläggsprotokoll finns bestämmelser om rörelsefriheten. Av artikeln följer att den som lagligen befinner sig inom en stats territorium har rätt att fritt röra sig där och välja sin bosättningsort. Rättigheterna får inskränkas under förutsättning att inskränkningen anges i lag. Inskränkningen måste även vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle med hänsyn till statens säkerhet eller den allmänna säkerheten, för att upprätthålla den allmänna ordningen eller förhindra brott eller för att skydda hälsa eller moral eller annans fri- och rättigheter. Särskilda inskränkningar kan gälla i speciella områden när det påkallas av allmänna intressen.

Uttalanden vid införandet av covid-19-lagen

I propositionen till covid-19-lagen fördes ett resonemang om rörelsefriheten med anledning av covid-19-lagens bestämmelse om att regeringen eller en kommun skulle få meddela föreskrifter om förbud mot att vistas i en park, på en badplats eller på någon annan liknande särskilt angiven plats, om det på platsen fanns en påtaglig risk för trängsel. I bestämmelsen angavs uttryckligen att föreskrifter enligt bemyndigandet inte fick innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebar ett hinder mot att förflytta sig inom riket och att föreskrifterna inte heller i övrigt fick innebära obefogade inskränkningar i enskildas frihet.

Det betonades att bemyndigandet inte gav stöd för att införa ett generellt förbud mot att vistas på platser dit allmänheten har tillträde, vilket i praktiken skulle utgöra ett utegångsförbud. Det anför-

des även att bemyndigandet, till skillnad från 3 kap. 10 § SmL om avspärrning, inte heller gav stöd för att förbjuda någon att lämna ett visst område. Det konstaterades även att den sammanlagda effekten av flera olika föreskrifter måste prövas i förhållande till rörelsefriheten. Enligt regeringens bedömning kunde den föreslagna möjligheten att införa förbud mot att vistas på vissa platser inte användas för att begränsa rörelsefriheten i grundlagens mening och att bemyndigandet alltså var förenligt med regeringsformen.[16] I propositionen bedömdes även att samtliga förslag i propositionen var förenliga med Europakonventionen.[17]

Förslagen är förenliga med rörelsefriheten

I avsnitt 9.12.7 föreslår vi ett motsvarande bemyndigande som i covid-19-lagen om föreskrifter om förbud mot att vistas på en angiven plats, om det på platsen finns en påtaglig risk för sådana kontakter mellan människor som kan innebära spridning av den samhällsfarliga sjukdom som lagen har gjorts tillämplig på. I det avsnittet redovisar vi utförligt våra överväganden, vid vilka vi även beaktar rörelsefriheten. Det är utredningens bedömning att bestämmelsen om att föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet inte får innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebär ett hinder mot att förflytta sig inom riket, tillsammans med den i avsnitt 9.9 föreslagna bestämmelsen som innebär att åtgärderna ska vara proportionerliga, borgar för att en användning av normgivningsbemyndigandet inte riskerar att inskränka den grundlagsskyddade rörelsefriheten. Som vi anger i avsnitt 9.12.7 tyder erfarenheterna av hur bemyndigandet tillämpades under covid-19-pandemin på att någon risk för en inskränkning av rörelsefriheten aldrig var nära förestående.

Det är mot denna bakgrund utredningens bedömning att förslagen är förenliga med regeringsformens och Europakonventionen. Bestämmelser om egendomsskydd och närings- och yrkesfrihet. Utredningen bedömer även att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

[16] Prop. 2020/21:79 s. 84 och 85.
[17] Prop. 2020/21:79 s. 82.

Religionsfriheten

I avsnitt 9.12.2 har vi föreslagit möjligheter att föreskriva krav på smittskyddsåtgärder i religiös verksamhet. Förslagen som presenteras i avsnitt 9.12.5 om smittskyddsgärder vid allmänna sammankomster och i sista hand förbud mot att hålla allmänna sammankomster omfattar även allmänna sammankomster för att tillsammans utöva religion. I avsnitten har vi ingående beskrivit förslagens förhållande till religionsfriheten och mötesfriheten (se även avsnitt 9.12.7).

Det är angeläget att kunna hindra sammankomster där smitta kan spridas även om det är frågan om en sammankomst för religionsutövning. Utredningen vill dock framhålla att det vid utformningen av föreskrifter som avser allmänna sammankomster särskilt beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet. Som beskrivits tidigare har vi föreslagit en bestämmelse som ska säkerställa att sådana överväganden görs. Vid sådana överväganden bör, beroende på det epidemiologiska läget, övervägas om sammankomster som hålls för religionsutövning helt kan undantas från föreskrifter. Är förhållandena sådana att ett sådant undantag inte är ändamålsenligt för att motverka smittspridningen bör även övervägas, så som gjordes under covid-19-pandemin, om det är möjligt att i vart fall undanta sammankomster som hålls för religiösa begravningsceremonier.

Barns rättigheter

Principen om barnets bästa bör vara bärande för samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som berör barn. I avsnitt 9.9 har vi presenterat våra överväganden om detta och föreslagit att principen om barnets bästa uttryckligen ska framgå av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Som angetts tidigare i förevarande kapitel innebär principen att barnets bästa ska väga tungt, men inte ensamt vara utslagsgivande, när olika intressen vägs mot varandra. Det innebär att vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning kan åtgärder vidtas som begränsar barns rättigheter. Det kan t.ex. handla om att barns möjligheter att delta i fritids- och kulturverksamheter begränsas, liksom möjligheterna att delta att i verksamheter som uppmuntrar till fysisk aktivitet. Likaså kan tillgång till platser för undervisning i idrott och hälsa minska. Det är därför viktigt att sådana föreskrifter föregås av

prövningar av barnets bästa. På motsvarande sätt som vid tillämpningen av covid-19-lagen vill utredningen framhålla att alla aktörer kontinuerligt bör genomföra barnrättsliga analyser inför beslut och åtgärder som vidtas med stöd av den föreslagna lagen. Analyserna ska utgå från barnets rättigheter i enlighet med barnkonventionen och beskriva vilka konsekvenser en avsedd åtgärd kan få för barnets rättigheter.[18]

Det är vidare utredningens mening att när det epidemiologiska läget är sådant att det finns utrymme för att använda de föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna på det differentierade sätt som de är avsedda att kunna användas, bör mindre ingripande åtgärder kunna tillämpas för att på ett ändamålsenligt sätt motverka smittspridning. Under sådana förhållanden finns goda förutsättningar att anpassa verksamheter och hålla dem öppna, också sådana verksamheter som riktar sig till barn. Likaså är det utredningens mening att den författningsberedskap som den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder innebär, borgar för att åtgärder kan vidtas på ett övervägt och ändamålsenligt sätt, även i en situation där omedelbara åtgärder behöver vidtas för att motverka smittspridning.

Det är utredningens bedömning att den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder är förenlig med barnkonventionen.

12.5 Förslagen om ändringar i ordningslagen

Bedömning: De föreslagna ändringarna i ordningslagen stärker skyddet för mötes- och demonstrationsfriheten och är förenliga med regeringsformen, Europakonventionen och FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Med anledning av att den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder omfattar möjligheter för regeringen att meddela föreskrifter om att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom, har utredningen föreslagit att motsvarande be-

[18] Socialdepartementet. Promemorian Särskilda begränsning för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (S2020/09963). 2020, s. 17 och 18.

myndiganden bör tas bort från ordningslagen. Detsamma gäller det anslutande bemyndigandet till länsstyrelserna i förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617). Utredningen har även föreslagit att Polismyndighetens befogenhet att vägra tillstånd till en allmän sammankomst för att motverka epidemi ska ändras till att myndigheten får vägra tillstånd till en sådan sammankomst för att motverka spridning av en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga.

I avsnitt 9.20 har utredningen ingående redovisat de överväganden som ligger till grund för förslagen. Sammanfattningsvis bedömer utredningen där att förslagen medför att en dubbelreglering av möjligheterna att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster ur smittskyddshänseende undviks. Genom förslagen preciseras också utrymmet för att vägra tillstånd och att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster till de situationer där sådana åtgärder är ändamålsenliga, dvs. till situationer med smittspridning av samhällsfarliga sjukdomar. Den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder är vidare omgärdad av rättssäkerhetsgarantier på ett sätt som nuvarande bemyndigande i ordningslagen inte är.

Det är därför vår bedömning att de föreslagna ändringarna i ordningslagen stärker skyddet för mötes- och demonstrationsfriheten. De är således förenliga med regeringsformen, Europakonventionen och FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

12.6 God författningsberedskap ger förutsättningar för att skyddet för grundläggande fri- och rättigheter upprätthålls

Bedömning: God författningsberedskap ger förutsättningar att utforma lagstiftning på ett sådant sätt att obefogade inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter kan förebyggas.

Den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder utgör en sådan författningsberedskap och innefattar ändamålsenliga åtgärder för att hantera smittspridningen och genomtänkta rättssäkerhetsgarantier för användningen av dem.

I avsnitt 9.7 har vi redovisat våra överväganden om varför det bör införas en lag av beredskapskaraktär om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som kan tas i bruk vid en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Vi beskriver där att syftet med en sådan lag är tudelat mellan att möjliggöra ingripande för att minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning och att säkerställa skyddet för enskildas grundläggande fri- och rättigheter när ingripande smittskyddsåtgärder är nödvändiga att vidta.

Det är utredningens uppfattning att en god författningsberedskap kan bidra till att undvika att brådskande behöva ta fram ny lagstiftning. Genom att den lagstiftning vi föreslår är beslutad på förhand säkerställs att det allmänna så långt det går att förutse har de möjligheter som behövs.

Genom att regelverket beslutas om i förväg är det utredningens uppfattning att det också finns bättre förutsättningar att utforma lagstiftningen på ett sådant sätt att obefogade inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter kan förebyggas på ett mer genomtänkt sätt än vad som finns när lagstiftning behöver tas fram med kort varsel. Den författningsberedskap som vi föreslår genom den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder utgör sådan författningsberedskap och innefattar, vid sidan av en rad åtgärder för att hantera smittspridningen, genomtänkta rättssäkerhetsgarantier för användningen av dem.

13 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

13.1 Ikraftträdandebestämmelser

Förslag: Författningsförslagen ska träda i kraft den 1 september 2026.

Bedömning: Regeringen bör meddela föreskrifter om omfattningen av regionernas laboratoriekapacitet och om innehållet i och omfattningen av deras lagerhållning. Föreskrifterna bör träda i kraft samtidigt som lagbestämmelserna om regionernas beredskap. Regeringsuppdraget om att ta fram ett underlag för sådana föreskrifter bör ges så snart som möjligt.

Författningsförslagen bör träda i kraft så snart som möjligt

Som redogörs för i kapitel 9 förutsätter god författningsberedskap att de bestämmelser som behövs för att hantera kriser i så stor utsträckning som möjligt tas fram och beslutas i förväg. Att lagstiftningen är beslutad i förväg innebär att den behöver vara i kraft även när förutsättningarna för att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte är för handen. För en god författningsberedskap är det således inte tillräckligt att lagen utgör en s.k. skrivbordsförfattning, dvs. en lag som i ett kritiskt läge kan beslutas och sättas i kraft av riksdagen. En sådan författning har alltså inte beslutats och kungjorts på förhand, och kan enligt utredningens mening inte ge den förutsebarhet som krävs för en ändamålsenlig beredskap.

Utredningen föreslår därför att den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska beslutas av riksdagen och träda

i kraft ett bestämt datum. Med beaktande av tidsåtgången för den process som föregår lagändringar föreslår utredningen att den föreslagna lagen träder i kraft den 1 september 2026. Detsamma gäller de övriga författningsförslagen.

Regeringen bör samtidigt meddela föreskrifter om beredskapskapaciteten

En förutsättning för tillämpningen av de bestämmelser om regionernas beredskapskapacitet som utredningen föreslår i smittskyddslagen är att regeringen meddelar föreskrifter om omfattningen av laboratoriekapaciteten och om innehållet i och omfattningen av lagerhållningen. Föreskrifterna bör träda i kraft vid samma tidpunkt som de föreslagna lagändringarna.

Sådana föreskrifter är i sin tur avhängiga det regeringsuppdrag som utredningen föreslår om att ta fram ett underlag för regeringens föreskrifter om beredskapskapacitet och omfattningen av och innehållet i regionernas lagerhållning för storskalig testning. För att det föreslagna ikraftträdandet ska kunna hållas är det därför avgörande att uppdraget ges så snart som möjligt under förberedelsetiden.

Regeringen bestämmer när bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas

Att en lag är i kraft behöver, som beskrivs i kapitel 9, inte betyda att den också ska tillämpas. Sammantaget innebär den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder en mycket kraftfull och långtgående lagstiftning som kan medföra betydande inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter. Lagförslaget är därför utformat på ett sådant sätt att bestämmelserna om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna inte kan tillämpas förrän situationen är sådan att en samhällsfarlig sjukdom förekommer eller inom kort bedöms kunna förekomma i en sådan omfattning att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan behövas. Utredningen har föreslagit att riksdagen ska delegera till regeringen att besluta om när bestämmelserna om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna ska börja att tillämpas. Förslaget innebär att regeringen med-

delar en föreskrift, dvs. en slags aktiveringsföreskrift i form av en förordning, om att bestämmelserna ska börja att tillämpas.

13.2 Övergångsbestämmelser

Bedömning: Några övergångsbestämmelser behövs inte i fråga om författningsförslagen.

Författningsförslagen är inte av sådant slag att de kräver övergångsbestämmelser. Vid denna bedömning har utredningen utgått från att några pågående extraordinära smittskyddsåtgärder inte är beslutade vid ikraftträdandet av ändringarna i bestämmelserna i smittskyddslagen om hälsokontroll vid inresa.

I fråga om ändringarna i smittskyddslagens definition av samhällsfarliga sjukdomar påverkar de inte klassificeringen av de sjukdomar som i dag är upptagna i bilaga 2 till lagen. Förslagen kräver inte att det görs en bedömning av om en sjukdom, för att den ska klassificeras som samhällsfarlig, också kan kräva åtgärder enligt den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Föreskrifter som meddelas med stöd av den nya lagen och som rör samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar skulle kunna skapa ett behov av övergångsbestämmelser avseende redan meddelade tillstånd för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Hur dessa övergångsbestämmelser bör se ut kan dock inte bedömas redan nu. Sådana övergångsbestämmelser bör vid behov i stället meddelas i föreskrifterna som meddelas med stöd av lagen.

14 Förslagens konsekvenser

I detta kapitel redovisas utredningens konsekvensanalys i form av kostnader och andra konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och utredningens direktiv. I avsnitt 14.1 och 14.2 anges våra utgångspunkter för och kraven på konsekvensanalysen. I avsnitt 14.3 resonerar vi kring konsekvenserna av de regler av beredskaps- och undantagskaraktär som vi föreslår och behovet av att i förekommande fall genomföra konsekvensutredningar inför beslut om föreskrifter på lägre normnivå än lag. I avsnitt 14.4 respektive 14.5 redogörs för de ekonomiska respektive övriga konsekvenserna av våra förslag. I avsnitt 14.6 bedöms förslagens förhållande till vissa EU-rättsakter och det internationella hälsoreglementet. Avslutningsvis, i avsnitt 14.7, finns förslag till finansiering av utredningens förslag.

14.1 Vad ska utredningens förslag leda till?

Vår utredning tillsattes som en följd av covid-19-pandemin, som med fog kan betecknas som den största hälsokrisen i vårt land i modern tid. De olika delarna av vårt uppdrag har mot denna bakgrund det gemensamt att de syftar till att stärka beredskapen inför en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. Annorlunda uttryckt: om eller när krisen inträffar igen ska våra förslag på olika sätt möjliggöra en effektiv hantering av krisen.

Våra förslag är till stor del av beredskapskaraktär. De övergripande följderna av dem bör därför betraktas i ljuset av det s.k. nollalternativet, dvs. vad det kan innebära om inga av förslagen genomförs. En bristfällig pandemiberedskap, och i förlängningen en mindre effektiv pandemihantering, kan enligt utredningens mening medföra allvarliga konsekvenser på en rad sätt. Här anges

enbart några exempel. Att smittspridningen inte kan begränsas på ett effektivt sätt kan leda till att alltför många insjuknar samtidigt vilket i sin tur kan förvärra belastningen på hälso- och sjukvården och annan samhällsviktig verksamhet. Brist på testkapacitet kan göra att sjukdomsfall inte upptäcks och att smittspridning och sjuklighet i samhället därmed blir större än annars. Vidtagna smittskyddsåtgärder som upplevs som orättvisa eller ologiska kan skapa brist på förtroende för samhällets hantering av smittspridningen. Brist på korrekt och enhetlig information kan skapa osäkerhet om vad som gäller i en viss fråga, och ytterst leda till ett försämrat förtroende och därmed svagare följsamhet till vidtagna smittskyddsåtgärder.

Utredningens övergripande uppfattning är att våra förslag för att stärka pandemiberedskapen kommer att förbättra möjligheterna att i första hand skydda människors liv och hälsa. En mer ändamålsenlig pandemihantering kan också innebära stora ekonomiska besparingar och andra slags vinster. Syftet med den särskilda lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår är tudelat. Dels syftar den till att säkerställa, genom att sådana åtgärder som anges i lagen vidtas, minskade konsekvenser av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Dels ska den nya lagen se till att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder.

Flera förslag, även de som initialt medför kostnader för staten, bedöms på sikt leda till effektiviseringar för berörda verksamheter som medför nytta även i ett normalläge och som ökar samhällets förmåga att förebygga och begränsa smittspridning. Det gäller bl.a. de förslag som kan leda till förbättrade system och data samt digitala verktyg för storskalig testning och smittspårning. Vidare bedöms förslagen om möjlighet till undantag av vissa krav i smittskyddslagens bestämmelser vid en omfattande smittspridning leda till effektiviseringar för berörda verksamheter. Effektiviseringar i denna del handlar i första hand om att arbetstid kan läggas på andra centrala uppgifter som måste utföras i hälso- och sjukvården för att på så sätt möjliggöra för personal att bättre kunna hantera en sannolikt hög arbetsbelastning.

En utgångspunkt för utredningens bedömningar och förslag har genomgående varit att så långt som möjligt hålla samhället i gång under en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Nedstäng-

ningar och förbud bör så långt som möjligt undvikas. Det finns en rad skäl att främja ett öppethållande i samhället. Dels bör människor kunna fortsätta leva sina liv så normalt som möjligt med bl.a. förvärvsarbete, tillgång till offentlig service och fritids- och kulturaktiviteter, även om det behöver ske på ett anpassat sätt, dels främjar ett öppethållande sysselsättning och tillväxt. Att sträva efter att hålla samhället öppet så långt det är möjligt underlättar också återhämtningen efter en samhällskris såsom en pandemi.

14.2 Krav på konsekvensanalysen

14.2.1 Krav enligt kommittéförordningen

Enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen[1] ska en utredning redovisa konsekvenserna av de förslag som lämnas i ett betänkande. Om förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. En samlad redogörelse för sådana ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag lämnas i avsnitt 14.4. De förslag som avser regeringsuppdrag och nya uppgifter för myndigheter i fråga om beredskap har utredningen gjort kostnadsberäkningar för två år. För några uppdrag avses permanenta utgiftsökningar.

Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges. Detsamma gäller om förslagen har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Dessa frågor behandlas i avsnitt 14.5.

När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner, ska kommittén föreslå en finansiering. Utredningen behandlar frågan om finansiering i avsnitt 14.7.

[1] Bestämmelserna gäller för denna utrednings vidkommande i sina tidigare lydelser. Detta framgår av övergångsbestämmelserna till förordning (2024:185) om ändring i kommittéförordningen (1998:1474).

Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagens kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges. Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning[2] vid regelgivning. Enligt 6 § ska en konsekvensutredning bl.a. innehålla en beskrivning av problemet och vad man vill uppnå, en beskrivning av vilka alternativa lösningar som finns för det man vill uppnå och vilka effekterna blir om någon reglering inte kommer till stånd. Vidare ska uppgifter om vilka som berörs av regleringen redovisas, liksom om föreslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen. Bedömningar av om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser ska också göras. Om regleringen kan få effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt ska konsekvensutredningen enligt 7 § även innehålla en beskrivning av antalet företag som berörs, vilka branscher företagen är verksamma i samt storleken på företagen, vilken tidsåtgång regleringen kan föra med sig för företagen och vad regleringen innebär för företagens administrativa kostnader. Vidare ska utredningen beskriva vilka andra kostnader den föreslagna regleringen medför för företagen och vilka förändringar i verksamheten som företagen kan behöva vidta till följd av den föreslagna regleringen och i vilken utsträckning regleringen kan komma att påverka konkurrensförhållandena för företagen, och om särskilda hänsyn behöver tas till små företag vid reglernas utformning.

I avsnitt 14.3 redogör utredningen på en övergripande nivå för konsekvenser av vissa beredskapsregler för vilka lagförslaget i sig har få eller svåruppskattade konsekvenser. Det gäller bl.a. möjliga konsekvenser av den nya lagen om samhällsinriktade åtgärder.

Den analys som utredningen har gjort i samband med sina överväganden i tidigare kapitel i förening med de konsekvenser som redovisas i detta kapitel uppfyller enligt utredningens bedömning kraven på konsekvensanalys av lämnade författningsförslag. Över-

[2] Förordningen är numera upphävd men bestämmelserna i 6 och 7 §§ gäller alltjämt för denna utrednings vidkommande. Detta framgår av övergångsbestämmelserna till förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar.

väganden avseende ikraftträdande och övergångsbestämmelser redovisas separat i kapitel 13.

14.2.2 Krav enligt utredningens direktiv

I utredningens ursprungliga direktiv anges närmare vilka konsekvensbeskrivningar som ska finnas i betänkandet, i enlighet med 16 § kommittéförordningen. I direktiven anges att, utöver vad som anges ovan, utredningen särskilt ska redovisa konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas. Utredningen ska vidare utforma förslagen så att de inte leder till högre administrativ belastning, högre kostnader eller större negativa effekter än vad som är nödvändigt för myndigheter, regioner, kommuner eller företag.

Vidare anges i direktiven att samtliga förslags förhållande till EU-rätten och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen, ska analyseras. Utredningen ska också beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt. Analysen av förslagens förhållande till Europakonventionen och regeringsformen behandlas huvudsakligen i kapitel 12. I kapitel 11 finns dock vår integritetsskyddsanalys som utöver bestämmelser i EU:s dataskyddsförordning avser vissa bestämmelser i EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Förslagens förhållande till övrig relevant EU-rätt och folkrätt behandlas i avsnitt 14.6.

Vidare är det enligt direktiven viktigt att integrera ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv i utredningen. Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Dessa överväganden görs i avsnitt 14.5.3.

14.3 Möjliga konsekvenser av vissa beredskapsregler

Utredningens uppdrag är att stärka beredskapen inför framtida pandemier. Den reglering vi föreslår i detta betänkande har därför en tydlig beredskapskaraktär. Den lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår måste aktiveras av regeringen genom ett särskilt förfarande. Vidare är bärande delar i den lagen bemyndiganden att meddela föreskrifter, dvs. det är först om regeringen eller, efter subdelegation, en myndighet eller en kommun meddelar föreskrifter som det närmare går att uppskatta konsekvenserna. Andra av våra förslag är bestämmelser som visserligen alltid ska kunna tillämpas men som är av undantagskaraktär, dvs. de tillämpas inte regelbundet och är av det skälet svåra att uppskatta konsekvenserna av. Vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning som föranleder att beredskapsbestämmelserna som vi föreslår utnyttjas, tillkommer svårigheten att det inte på förhand går att veta hur länge det kan anses proportionerligt att bestämmelserna tillämpas, eller närmare vilken grad av inskränkningar det kan bli fråga om.

Mot denna bakgrund omfattar konsekvensanalysen i detta kapitel inte några egentliga kostnadsberäkningar för de förslag som utgörs av bemyndiganden eller är av annan författningsberedskapskaraktär. Detsamma gäller andra konsekvenser än ekonomiska för samma bestämmelser. I detta avsnitt resonerar vi dock något kring vilken typ av konsekvenser det kan bli fråga om.

14.3.1 Den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Konsekvenserna av de bestämmelser i den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som har direkta ekonomiska eller andra konsekvenser redovisas i avsnitt 14.4 och 14.5.

Lagen i övrigt kan, om de bemyndiganden som den innehåller utnyttjas, medföra långtgående begränsningar i medborgerliga fri- och rättigheter och t.ex. företags möjligheter att bedriva sin verksamhet. Det finns en betydande grad av osäkerhet kring de sammantagna konsekvenserna av de tänkbara åtgärder som de föreslagna bemyndigandena möjliggör. Proportionaliteten i sådana ingripanden behöver kunna bedömas med grund i högkvalitativa konsekvensutredningar. Det är därför viktigt att de konsekvenser som kan

uppstå för företag och enskilda utreds, kvantifieras och beskrivs utförligt när föreskrifter enligt lagen tas fram. Det är också av vikt att regeringen efter att föreskrifter beslutats löpande följer upp effekterna av de åtgärder som har vidtagits. Det är självklart också av största vikt att de myndigheter som bemyndigas att meddela föreskrifter genomför konsekvensutredningar. Bestämmelser om förvaltningsmyndigheters konsekvensutredningar finns i förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar.

I detta avsnitt anges som nämnts enbart översiktligt vilken typ av konsekvenser lagen i dessa delar kan ge upphov till.

Möjliga konsekvenser för företag

Ett av syftena med lagen är att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Detta kan uppnås genom att människors rörelse i samhället minskas i olika sammanhang för att därmed minska antalet kontakter som kan innebära risk för smittspridning. Det kan bl.a. vara fråga om att på olika sätt begränsa antalet personer som vistas i de verksamheter som den föreslagna lagen omfattar, bl.a. handelsplatser, serveringsställen, kollektivtrafik och olika slags fritids- och kulturverksamheter. Ett vikande intäktsunderlag i form av att regleringen innebär färre besökare, deltagare eller resenärer är således en tänkbar följd för den som omfattas av regleringen. Även kostnader kan uppstå, t.ex. för att vidta och upprätthålla de smittskyddsåtgärder som föreskrivs.

Erfarenheterna av covid-19-pandemin visar att påverkan på företagen var ojämn. Det får anses som mycket troligt att företag inom restaurangbranschen, besöksnäringen, upplevelseindustrin och vissa serviceföretag kan komma att drabbas hårdare än exempelvis dagligvaruhandeln av de begränsningar som kan komma att föreskrivas vid en framtida omfattande smittspridning av ett smittämne som sprids på ett likartat sätt som covid-19.

Överväganden om kompletterande åtgärder för den som berörs av föreskrifter enligt lagen

Den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder innebär att verksamheter, sammankomster och tillställningar som vänder sig till allmänheten i vissa situationer kan åläggas att vidta åtgärder för att minska risken för smittspridning. Åtgärderna kan innebära kostnader och inkomstbortfall. Som vi redan konstaterat är det troligt att vissa branscher och vissa typer av verksamheter kan drabbas hårdare än andra.

Under covid-19-pandemin vidtogs åtgärder för att ekonomiskt stötta verksamheter, däribland företag, inom de branscher som drabbades av de restriktioner och de beteendeförändringar som pandemin gav upphov till. Enligt regeringens sammanställning sköts under 2020–2022 sammanlagt 165 miljarder kronor till i olika former av krisstöd till företag och till aktörer inom kultur- och idrottssektorn. Av den totala summan utgjorde 45 miljarder kronor stöd vid korttidspermittering, 33 miljarder kronor sänkta arbetsgivar- och egenavgifter, 26 miljarder kronor omställnings- och omsättningsstöd och liknande, 44 miljarder kronor sjuklöneansvar, hyresstöd och liknande och 17 miljarder kronor stöd till idrott, kultur och mediestöd.[3] I en framtida pandemi eller vid annan omfattande smittspridning kan stöden självklart komma att vara annorlunda bl.a. beroende på behövliga smittskyddsåtgärders tidsutdräkt och karaktär.

En central del i våra överväganden om någon form av reglering om ersättning ska införas har varit hur ersättningsfrågan hanterades under covid-19-pandemin. Även om det inte har ingått i vårt uppdrag att analysera de olika stöden under pandemin är det vår uppfattning att stöd till drabbade företag och andra verksamheter inom näringslivet kan bidra till att mildra konsekvenserna av en ekonomisk nedgång och arbetslöshet.[4]

Vi föreslår i avsnitt 9.19.5 att lagen ska innehålla bestämmelser om att regeringen, i samband med att den meddelar föreskrifter med stöd av lagen, ska överväga kompletterande åtgärder för de verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga

[3] Prop. 2021/22:100 s. 19, tabell 2.2.
[4] Se t.ex. prop. 2021/22 :100 och Tillväxtanalys promemoria Företagsstöd under pandemin – lärdomar inför framtida kriser, PM 2023:01.

tillställningar som drabbas av kostnader och förluster med anledning av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna.

Att regeringen ska överväga frågan i samband med att regeringen meddelar föreskrifter med stöd av lagen, innebär att regeringen både ska överväga frågan när regeringen meddelar föreskrifter om att bestämmelser i lagen ska aktiveras och i samband med att regeringen meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av lagen. Sådana överväganden i samband med att bestämmelser i lagen aktiveras görs lämpligen i den proposition som ska lämnas till riksdagen vid underställningen.

Den föreslagna regleringen innebär inte en rätt till ersättning. Som beskrivs i avsnitt 9.19.5 går tillämpningen av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte att fullt ut förutse, eftersom den är av beredskapskaraktär. Det är för oss i dag t.ex. okänt när i tiden den kommer att behöva tillämpas, vilka verksamheter, sammankomster och tillställningar som kommer att beröras av smittskyddsåtgärderna vid tillämpningen av lagen och hur långtgående inskränkningarna som följer av åtgärderna då blir. Det innebär att det inte går att förutse det närmare utfallet av regeringens överväganden om kompletterande åtgärder. Om regeringen inför kompletterande åtgärder går det inte heller i dag att förutse vilka kompletterande åtgärder som kommer att aktualiseras, vilka ersättningsnivåer eller andra kompensatoriska följder åtgärderna medför, i vilken omfattning sådana kommer att gälla och för hur lång tid. Det är därmed inte möjligt att närmare bedöma vilka direkta konsekvenser förslagen kommer att ha för företagen vid en pandemi eller i en situation med annan omfattande smittspridning.

Möjliga konsekvenser för enskilda, föreningar och civilsamhälle

Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder riktas i huvudsak mot den som ansvarar för den verksamhet som är reglerad. Enskilda kan dock komma att drabbas av regleringen på andra sätt.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar tillhör sådant som kan komma att regleras. Begränsningar av allmänna sammankomster ska enligt lagförslaget föregås av särskilda överväganden. Det kan trots sådana överväganden komma att anses vara proportionerligt att begränsa människors möjligheter att komma

samman till t.ex. demonstrationer eller gudstjänster genom föreskrifter med stöd av lagen. Detsamma gäller t.ex. möjligheterna att som publik ta del av t.ex. kultur och musik på plats.

Om regleringar införs avseende serveringsställen minskar människors möjlighet att komma samman på restauranger, barer, nattklubbar etc. Även tillgången till bibliotek, museer och samhällsservice kan komma att begränsas eller försvåras genom de bemyndiganden som vi föreslår. Likaså kan möjligheterna att besöka handelsplatser, gym- och sportanläggningar och religiösa platser begränsas. Störst begränsningar är, om föreskrifter enligt lagen meddelas, att förvänta i sådana verksamheter som innebär stor risk för smittspridning.

Konsekvenserna för enskilda är således inte främst ekonomiska. Det handlar i stället om sådant som begränsningar av möjligheter att genom demonstrationer uttrycka sina åsikter, att vid kulturevenemang använda sin yttrandefrihet, att genom möten få tillgång till andlig och social gemenskap med andra och om begränsningar i möjligheten att utöva vissa fritidsintressen.

Föreningslivet i vid bemärkelse kan komma att drabbas om möjligheterna att genomföra och locka deltagare eller publik till vissa olika arrangemang, inklusive allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar, kringskärs. Det kan i vissa fall vara fråga om betydande intäktsbortfall vad gäller anmälningsavgifter, biljettintäkter och liknande.

Covid-19-pandemin fick en lång rad kortsiktiga och långsiktiga effekter på folkhälsan. Det är rimligt att anta att regleringen i sig var en bidragande orsak till dessa effekter. Det är dock inte möjligt att närmare kvantifiera vilka effekter eller hur stor del av de samlade effekterna som kan hänföras till regleringen som då gällde (t.ex. förbudsförordningen, serveringslagen, covid-19-lagen och begränsningsförordningen) och vad som var en följd av annan reglering, uppmaningar eller egna beteendeanpassningar. Fem år från pandemins utbrott är en för kort tid för att kunna utvärdera alla pandemins effekter. En del konsekvenser av pandemin väntar vi därför troligen fortfarande på att förstå. Det är därför av vikt att regeringen och ansvariga myndigheter även framöver följer kunskapsutvecklingen vad gäller covid-19-pandemins långsiktiga effekter så att denna kunskap i tillbörlig omfattning kan beaktas vid framtida konsekvensanalyser, proportionalitetsbedömningar och föreskrifter. Likartade

effekter kan förväntas i händelse av en pandemi som liknar covid-19-pandemin vad gäller omfattningen av olika smittskyddsåtgärder.

Möjliga konsekvenser för det offentliga

Kostnaderna för staten, regioner och kommuner kan komma att påverkas även utöver kompletterande åtgärder för drabbade verksamheter, sammankomster och tillställningar.

Myndigheter som ansvarar för föreskrifter, tillsyn, tillsynsvägledning och information till allmänheten enligt den nya lagen kan komma att få ökade kostnader. Betydande kostnadsposter i det sammanhanget avser bl.a. personal och framtagande av information, inklusive översättningar, där en särskild svårighet kan vara att bemanna och planera för ett snabbt föränderligt läge. Även domstolsväsendet kan få ökade kostnader på grund av nya måltyper och därmed ökad måltillströmning. Erfarenheterna från covid-19-pandemin talar dock för att antalet mål som prövades i domstol var relativt få.

Föreskrifter med stöd av lagen kan bl.a. komma att omfatta kollektivtrafik. Under covid-19-pandemin drabbades de regionala kollektrafikmyndigheterna av intäktsbortfall. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har beräknat att regionernas sammanlagda bortfall av biljettintäkter för åren 2020–2022 uppgick till 15 miljarder kronor. Resandet med kollektivtrafik halverades. Resandet i rusningstrafik minskade mest, med störst minskning i storstadskommunerna. Det ska dock i detta sammanhang påpekas att intäktsbortfallet till följd av pandemin, var en kombination av flera samverkande faktorer, där människors, på frivillig basis, förändrade beteende torde ha haft störst påverkan. Hur kollektivtrafiken reglerades med stöd av covid-19-lagen och begränsningsförordningen framgår närmare av avsnitt 9.4.1.

Vidare finns det offentligt driven verksamhet som kan komma att omfattas av föreskrifter som meddelas med stöd av lagen. Det är bl.a. fråga om bibliotek, museer, idrottsanläggningar, badhus och teatrar. Påverkan kan gälla sådant som tappade intäkter och begränsningar av öppettider och kostnader för att vidta och upprätthålla smittskyddsåtgärder. Offentliga huvudmän kan också komma att behöva göra besparingar i syfte att t.ex. finansiera andra högre prioriterade verksamheter. Det kan bli minskade kostnader vid mindre

slitage och skador i vissa offentliga miljöer, t.ex. i kollektivtrafiken. Det kan också tänkas att vissa måltyper minskar i domstolsväsendet. Vad gäller allmänna sammankomster och offentliga tillställningar kan det bli fråga om minskade kostnader för polisbevakning av större offentliga tillställningar eller allmänna sammankomster. Det kan samtidigt antas uppstå andra kostnader även om tillsynsbehovet och antalet ansökningar och anmälningar minskar. Under covid-19-pandemin hölls ibland större allmänna sammankomster utan att tillstånd söktes. Enligt Polismyndighetens bedömning ledde detta snarare till ökade kostnader då myndigheten inte hade möjlighet att meddela villkor för att upprätthålla ordning och säkerhet. Samtidigt var det inte möjligt att planera för utgifterna. Regleringen gav enligt Polismyndigheten också upphov till många frågor från allmänheten, behov av att komplettera ansökningar och en mer komplicerad handläggning med nya moment.

Möjliga regionala eller lokala konsekvenser

Lagförslaget innebär att föreskrifter kan avgränsas till ett visst geografiskt område. Det är därmed inte otänkbart att konsekvenserna av föreskrifter som meddelas med stöd av lagen kan komma att skilja sig åt mellan olika regioner, kommuner eller andra geografiska områden. Det kan leda till lokala konsekvenser bl.a. för sysselsättning och offentlig service som skiljer sig åt mellan olika delar av landet. Därmed kan invånare uppleva olikvärdighet i tillgång till och begränsning av insatser och livsvillkor och de långsiktiga konsekvenserna kan komma att skilja sig åt mellan olika delar av landet. Det kan föranleda behov av utjämnande åtgärder.

14.3.2 Förslag om undantag från vissa skyldigheter vid en samhällsfarlig sjukdom

Liknande svårigheter att bedöma konsekvenser som beskrivits ovan gör sig gällande för andra bemyndiganden av undantagskaraktär som vi föreslår i smittskyddslagen. Sådana bemyndiganden föreslår vi bl.a. för att under vissa omständigheter möjliggöra tillfälliga lättnader i skyldigheten för enskilda att söka läkare och lättnader i skyldigheten för behandlande läkare att undersöka patienten, smittspåra och med-

dela förhållningsregler vid samhällsfarlig sjukdom. Det gäller även förslaget om att enskilda i vissa fall ska ges möjlighet att kunna kontakta hälso- och sjukvården på annat sätt än att söka läkare enligt smittskyddslagens bestämmelser.

I de fallen är det inte fråga om kostnader som uppstår, utan om tidsbesparingar för i första hand behandlade läkare och smittskyddsläkare i regionerna jämfört med om lättnaderna i fråga inte hade kunnat införas. Hur länge undantagen behöver tillämpas, och därmed hur omfattande besparingarna blir, beror på smittspridningens omfattning och varaktighet. Det går därför inte att närmare beräkna besparingarna. Vad gäller övriga konsekvenser än ekonomiska av att bemyndigandena utnyttjas, hänvisas till respektive del av avsnitt 7.5 och 8.9.3.

Utredningen vill understryka att syftet med förslagen om undantag från vissa skyldigheter är att minska eller anpassa arbetsbördan för berörd personal och bättre anpassa regelverket till en omfattande smittspridning där det inte är epidemiologiskt motiverat att ordinarie skyldigheter fullt ut gäller. Syftet är inte att uppnå kostnadsbesparingar. Även med dessa föreslagna undantag kommer arbetsbördan och kostnaderna att kraftigt öka i händelse av en pandemi. En anmälningsplikt är betungande för en redan hårt belastad hälso- och sjukvård vid en omfattande smittspridning, vilket också kan medföra att det blir bristfällig kvalitet på t.ex. kliniska smittskyddsanmälningar. Vår bedömning i avsnitt 7.5.1 om att undantag för klinisk anmälan kan behövas vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning grundar sig på att laboratorieanmälningar bedöms vara tillräckliga för att följa den epidemiologiska utvecklingen och för smittskyddsläkarnas smittspårning. Som framgått i avsnitt 8.1.1 finns redan i dag möjlighet att föreskriva om undantag från klinisk anmälan för en anmälningspliktig sjukdom. Ett undantag för klinisk anmälan vid en samhällsfarlig sjukdom bedömer vi således är möjligt att meddela föreskrifter om enligt nuvarande lagstiftning, men kan här tjäna som ett exempel på en möjlig besparing i fråga om arbetstid och kostnader.

Exempelberäkning av tids- och kostnadsbesparing vid undantag för klinisk anmälan under covid-19-pandemin

Utredningen anser att de möjligheter till undantag som föreslås enligt avsnitt 7.5 möjliggör en ändamålsenlig hantering av en samhällsfarlig sjukdom vid pandemi eller annan omfattande smittspridning. Vi bedömer att förslagen ger både tids- och kostnadsbesparingar i en sådan situation.

För att exemplifiera vad en tids- och kostnadsbesparing skulle kunna röra sig om har utredningen med hjälp av inhämtade uppgifter från Smittskyddsläkarföreningen gjort en grov uppskattning av den tidsbesparing som följde under covid-19-pandemin givet de lättnader och undantag som gjordes för kliniska anmälningar. Från den 1 maj 2020 t.o.m. den 31 december 2023 rapporterades cirka 2,7 miljoner fall av covid-19-infektion i Sverige. Mycket grovt uppskattat skulle arbetstiden för att genomföra kliniska anmälningar motsvara 450 000 till 675 000 arbetstimmar för läkare, sjuksköterskor och administrativ personal. Omräknat i kostnader och givet ett genomsnitt för totala lönekostnader om cirka 600 kronor per timme, skulle kostnadsbesparingen motsvara i storleksordning cirka 270–405 miljoner kronor.[5] Denna exempelberäkning är sannolikt en underskattning eftersom den inte inkluderar de arbetsprocesser som ingår vid klinisk anmälan såsom granskning av kliniska anmälningar på mottagande smittskyddsenheter i regionerna, utskick av påminnelsebrev och uppföljning av uteblivna anmälningar. Med tanke på den rådande bemanningssituationen och de övriga arbetsuppgifter som behövde utföras under covid-19-pandemin, bedömdes hanteringen av inkomna kliniska anmälningar på de regionala smittskydden utgöra en ohållbar arbetsbörda för personalen, enligt de uppgifter som utredningen har inhämtat från Smittskyddsläkarföreningen. Som konstaterats ovan ger laboratorieanmälningar en tillräcklig information vid en omfattande smittspridning, men med en betydligt mindre arbetsinsats.

[5] Governo. Konsekvensanalys och kostnadsberäkningar. Underlag till Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08). 2024.

14.3.3 Förslag om mer ändamålsenliga bestämmelser om hälsokontroll vid inresa

Det är förknippat med svårigheter att beräkna ekonomiska konsekvenser av bestämmelser som är av undantagskaraktär, i synnerhet när vi inte vet när i tiden eller hur länge som bestämmelserna kan behöva tillämpas. Så är fallet med de ändringar i bestämmelsen i smittskyddslagen om hälsokontroll vid platsen för inresan som vi föreslår. Förslagen innebär bl.a. utökade möjligheter att besluta om sådan hälsokontroll, och en viss utvidgning av den personkrets som kan komma att omfattas av ett sådant beslut, jämfört med vad som gäller i dag. Det råder emellertid en osäkerhet kring om den situation som förutsätts för bestämmelsens tillämpning alls kommer att uppstå, och i så fall i vilken omfattning åtgärden anses behövlig. Så är även fallet med nuvarande bestämmelse om hälsokontroll liksom övriga bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder, vilka samtliga är av undantagskaraktär. Vid införandet av bestämmelsen om hälsokontroll fann regeringen att det var förenat med stora svårigheter att presentera någon egentlig kostnadsberäkning, men berörde vilka slags kostnader som kunde tänkas uppstå. Regeringen konstaterade att genomförandet av enstaka hälsokontroller inte torde kunna leda till annat än försumbara kostnadsökningar och skötas med hjälp av personal som också under normala förhållanden deltar i smittskyddsarbetet. Några kostnader för behövliga lokaler kunde knappast antas uppstå. Om situationen däremot blev sådan att många hälsokontroller måste utföras under en längre tid kunde särskilda personalkostnader troligen uppstå. Såväl omfördelning som förstärkning av personal kunde då komma att behövas. Regeringen bedömde dock att om det inte blev fråga om en mycket lång tid borde emellertid kostnadsökningen kunna bli begränsad.[6]

Utredningen anser att dessa överväganden äger giltighet även för det förslag till justering av bestämmelsen som vi föreslår. De kostnader som kan uppkomma i fråga om hälsokontroller i händelse av omfattande smittspridning är svårbedömda och beror bl.a. på under hur lång tid hälsokontroller behöver utföras.

[6] Prop. 2003/04:158 s. 101–102.

14.3.4 Förslag om ändringar i ordningslagen

I ordningslagen (1993:1617) föreslår vi ändringar som innebär att nuvarande möjligheter att motverka smittspridning inskränks.

Enligt 2 kap. 10 § ska det inte längre gälla att tillstånd till en allmän sammankomst ska kunna vägras för att motverka epidemi av anmälningspliktig sjukdom. Det ska i stället vara fråga om spridning av en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga för att vägrat tillstånd ska kunna bli aktuellt.

Vi föreslår att bemyndigandet i 2 kap. 15 § tas bort vad gäller epidemi och ersätts av en bestämmelse i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Motsvarande ändring görs i det anslutande bemyndigandet till länsstyrelserna i förordning (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen. Det innebär dels att det ska vara fråga om en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga, dels att regeringen genom särskild förordning har beslutat att den delen av den nya lagen ska börja tillämpas.

Effekten av förändringarna skulle i och för sig kunna påverka smittskyddet negativt. Vad utredningen erfar har dock några sådana begränsningar som det är fråga om aldrig fattats med stöd av ordningslagens bestämmelser, med undantag för covid-19.[7] Detta skedde dock först sedan bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar var tillämpliga på sjukdomen. Även om möjligheten att förbjuda allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar för en anmälningspliktig sjukdom skulle vara kvar, är det utredningens bedömning att det inte skulle vara proportionerligt att förbjuda eller på annat sätt begränsa den med stöd av ordningslagens bestämmelser. Några beaktansvärda konsekvenser för smittskyddet följer enligt utredningens bedömning därför inte av att justera nämnda bestämmelser.

[7] Begränsningar har dock förekommit enligt äldre lagstiftning vid tidigare epidemier eller pandemier, bl.a. under spanska sjukan. Se t.ex. Åman M., Spanska sjukan: den svenska epidemin 1918–1920 och dess internationella bakgrund. Acta Universitatis Upsaliensis. 1990.

14.4 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

14.4.1 Konsekvenser för staten

Bedömning: De beräknade kostnaderna för staten avser utredningens förslag på bestämmelser om beredskap för tillsynsansvar enligt den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, tillsyn över regionernas beredskap samt regeringsuppdrag i fråga om storskalig testning och smittspårning, nationell strategi, och kartläggning av tillgång till karantänsplatser i regioner.

Statens kostnader för förslagen beräknas uppgå till cirka 54,9 miljoner för det första året (år 1) och cirka 46,4 miljoner kronor för det andra året (år 2). Av de beräknade kostnaderna utgör cirka 18,5 miljoner kronor permanenta utgiftsökningar fr.o.m. år 3.

I avsnittet redovisas de ekonomiska konsekvenserna för staten av utredningens förslag i fråga om nya uppgifter för myndigheter och regeringsuppdrag. Förslagen rör bestämmelser om beredskap för tillsynsansvar enligt den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, tillsyn över regionernas beredskap samt regeringsuppdrag i fråga om storskalig testning och smittspårning, nationell strategi, och kartläggning av tillgång till karantänsplatser i regioner.

De uppskattade ekonomiska konsekvenserna sammanfattas i termer av årliga kostnader i tabellen nedan. Utredningen har inhämtat kostnadsunderlag från berörda myndigheter. Kostnadsuppgifterna har sedan sammanställts i en underlagsrapport av konsultföretaget Governo.[8]

Statens sammantagna kostnader för de förslag utredningen lämnar bedöms uppgå till cirka 54,9 miljoner kronor för det första året (år 1) och cirka 46,4 miljoner kronor för det andra året (år 2). Av de beräknade kostnaderna utgör cirka 18,5 miljoner kronor permanenta utgiftsökningar fr.o.m. år 3.

Utredningen bedömer att kostnaderna uppstår i huvudsak inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Två förslag rör kostnader på andra utgiftsområden. Våra bedömningar om hur

[8] Governo. Konsekvensanalys och kostnadsberäkningar. Underlag till Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08). 2024.

förslagen kan finansieras redovisas sist för varje förslag och sammanfattas i avsnitt 14.7.

Tabell 14.1 Beräknade kostnader för staten av utredningens förslag

Kostnad per år och utgiftsområde, miljoner kronor (2024 års prisnivå)

Förslag	Kostnad år 1	Kostnad år 2	Kostnad fr.o.m. år 3	Utgiftsområde (uo)
Ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder				
Beredskap för tillsynsansvar (länsstyrelserna)	12,1	12,1	12,1	1
– varav länsstyrelse med samordningsansvar	*1,1*	*1,1*	*1,1*	
Bestämmelser om hälsokontroll vid inresa				
Kartläggning av befintlig tillgång till karantänsplatser i regionerna (Folkhälsomyndigheten)	1,4	0,7		9
Storskalig testning och smittspårning				
Ta fram underlag över sjukvårdsprodukter för lagerhållning (Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten och regioner)	3,9*	3,9*		9
Stödja regionernas laboratorieberedskap för uppskalning av testning	6,4	5,4	4	9
– varav Folkhälsomyndigheten	*5*	*4*	*4*	
– varav Socialstyrelsen	*1,4*	*1,4*		
Samordna arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen via förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data (nationell nivå)	8,5	8,5		9
– varav Folkhälsomyndigheten	*5*	*5*		
– varav E-hälsomyndigheten	*3,5*	*3,5*		
Samordna arbetet med att utveckla smittspårningen samt regionernas arbete med att utveckla den digitala kommunikationen av svarsrapporteringen till enskilda inom smittspårning (nationell nivå) (Folkhälsomyndigheten i samarbete med E-hälsomyndigheten)	3,3	2,4	2,4	9
Tillsynsansvar över regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning (IVO)	4,5			9
Nationell strategi för hantering av pandemier				
Se över regelverk och arbetssätt så att oklara ansvarsförhållanden förebyggs (16 myndigheter)	12	12		Resp. uo
Ta fram ett planeringsstöd i fråga om riskgrupper vid omfattande smittspridning (Folkhälsomyndigheten i samarbete med Socialstyrelsen)	2,8	1,4		9
Totalt	**54,9**	**46,4**	**18.5**	

Anm.: * Av beloppet avser 1 miljon kronor skattade kostnader för samverkan med offentliga aktörer (Folkhälsomyndigheten och regioner).
Källa: Utredningens bearbetningar samt Governo 2024.

Förslaget till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

I den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ges länsstyrelserna, Polismyndigheten, Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna utpekade uppgifter. Lagen är av beredskapskaraktär och bygger till stor del på att föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder meddelas på lägre normnivå än lag. I enlighet med vad vi anger i avsnitt 14.3.1 omfattar konsekvensanalysen i detta kapitel inte några kostnadsberäkningar för de förslag som innebär bemyndiganden för regeringen eller de myndigheter eller kommuner som regeringen bestämmer. Däremot redovisas vilka ekonomiska konsekvenser som vi bedömer kan uppstå genom att lagen beslutas, bl.a. kostnader för beredskap att lagen börjar tillämpas.

Beredskap för länsstyrelsens tillsynsansvar

Utredningen föreslår att länsstyrelsen ska utöva tillsyn över att föreskrifter och beslut enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder följs. För att de 21 länsstyrelserna ska kunna genomföra en enhetlig och samordnad tillsyn krävs att myndigheterna upprätthåller en beredskap för tillsynsansvaret och att tillsynsansvaret samordnas mellan myndigheterna.

Länsstyrelsernas kostnader för att upprätthålla beredskap för detta tillsynsansvar samt beredskap för samordningsansvar beräknas uppgå till 12,1 miljoner kronor per år, varav 1,1 miljoner kronor bedöms behövas för den länsstyrelse som har ett samordningsansvar, vilket under covid-19-pandemin var Länsstyrelsen i Dalarna. Kostnadsuppskattningen baseras på underlag som tagits fram av länsstyrelserna och bygger på en modell som myndigheterna tog fram under covid-19-pandemin. I kostnadsbedömningen ingår också beredskap för att ta emot anmälningar om planerade privata sammankomster.

Beredskapen för tillsynsansvar bedöms uppgå till kostnaden för en halv (0,5) årsarbetskraft per länsstyrelse. Beredskapen för samordningsansvar bedöms även den motsvara en halv (0,5) årsarbetskraft. I ansvaret ingår uppgifter förknippade med beredskapsplanering såsom löpande uppdatering av länsstyrelsegemensamma rutiner, mallar och informationsmaterial, besvarande av remisser

samt att vara länsstyrelsernas gemensamma kontaktyta gentemot nationellt ansvariga myndigheter samt departement.

Länsstyrelserna bör tillföras medel för att upprätthålla beredskap för tillsyns- och samordningsansvar. Det bör dock övervägas om tillsynsansvaret för samtliga eller vissa länsstyrelser helt eller delvis kan finansieras inom respektive myndighets befintliga ekonomiska ram.

För att bedriva tillsyn vid en pandemi eller i en situation med omfattande smittspridning beräknas de totala kostnaderna för både tillsyn och samordning. Kostnaderna baseras på den tillsyn som genomfördes under covid-19-pandemin, vilket motsvarar cirka 232,4 miljoner kronor per år. Av kostnaderna utgör 5,7 miljoner kronor samordningskostnader och 226,7 miljoner kronor själva tillsynsinsatserna.

Länsstyrelserna har en viktig tillsynsuppgift vid en pandemi. Av det skälet bedömer utredningen att det bör tillföras medel när behovet av tillsyn aktualiseras. Länsstyrelsernas kostnader för tillsyn under en pandemi eller vid annan omfattande smittspridning ryms inte inom befintliga anslagsramar för myndigheterna, utan bör hanteras inom ramen för de rutiner som gäller för budgetprocessen. De ovan angivna kostnadsuppgifterna för tillsynen under covid-19-pandemin ska inte ses som en grund för en kostnadsberäkning utan tjänar som ett exempel på vilka kostnader det kan handla om.

Beredskap för Polismyndighetens uppgifter

Utredningen föreslår att Polismyndigheten på en länsstyrelses begäran ska bistå vid tillsynen enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Avsikten är inte att Polismyndighetens hjälp ska begäras rutinmässigt, utan endast om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan utföras utan att en polismans särskilda befogenheter behöver tillgripas eller det annars finns synnerliga skäl. Vi föreslår också att Polismyndigheten enligt den nya lagen ska ha befogenhet att under vissa omständigheter ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning. I samband med det får under vissa omständigheter deltagare och åskådares avlägsnas och tillträde till ett visst område eller utrymme förbjudas.

Polisens föreslagna uppgifter aktualiseras när den nya lagen aktiveras. Det innebär att förslaget inte medför specifika kostnader för att ha beredskap för sådana uppgifter. Det är enligt utredningens bedömning fråga om arbetsuppgifter som redan förekommer bland Polismyndighetens uppgifter enligt annan lagstiftning och som myndigheten har stor erfarenhet av.

Enligt Polismyndighetens bedömning medför beredskapsuppgifterna inte heller några direkta kostnader då uppdraget kommer att hanteras inom ramen för myndighetens befintliga anslag. Om det skulle uppstå behov av insatser kan det bli nödvändigt för Polismyndigheten att omprioritera mellan olika uppdrag, vilket enligt myndigheten kan innebära att t.ex. handräckningsuppgifter nedprioriteras.

Beredskap för Folkhälsomyndigheten

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten i den nya lagen får i uppgift att yttra sig över förslag till kommunala föreskrifter om vistelseförbud. Detta förutsätter dock att regeringen har förordnat om att den föreslagna lagen ska börja tillämpas i den delen. Vi föreslår också att myndigheten får i uppdrag att se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av den nya lagen. Detta förutsätter att det har beslutats sådana föreskrifter.

Utredningen bedömer att dessa uppgifter inte kräver att myndigheten vidtar några särskilda åtgärder och därmed inte medför specifika kostnader för att ha beredskap.

I händelse av en pandemi eller annan omfattande smittspridning kan regeringen komma att bemyndiga Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter eller ta fram tillsynsvägledning på något eller flera områden med stöd av den föreslagna lagen. Konsekvenserna av sådana bemyndiganden eller uppdrag får dock redovisas i samband med att föreskrifter med sådana bemyndiganden beslutas av regeringen.

Beredskap för smittskyddsläkarna

Den föreslagna lagen innehåller möjlighet för länsstyrelserna att fatta beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall. Länsstyrelsen ska då vid behov samråda med smittskyddsläkaren. Motsvarande skyldighet gäller om länsstyrelsen beslutar förelägganden enligt lagen. Detta förutsätter dock att situationen är sådan att lagen har börjat tillämpas och att länsstyrelsen därmed bedriver tillsyn.

Utredningen bedömer att det inte krävs några särskilda åtgärder för smittskyddsläkarna att upprätthålla beredskap för att lämna länsstyrelserna sådant bistånd.

Förslag som rör hälsokontroll vid inresa

Kartläggning av befintlig tillgång till karantänsplatser i regionerna (Folkhälsomyndigheten)

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att i samverkan med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), andra berörda myndigheter, regioner och SKR kartlägga den befintliga tillgången till karantänsplatser i regionerna. Tillgång till adekvata karantänsplatser i tillräcklig omfattning är en förutsättning för att beslut om karantän ska kunna verkställas. I uppdraget bör ingå att utreda möjligheten att vid behov snabbt kunna skala upp antalet karantänsplatser. I uppdraget bör även ingå att ta fram ett underlag över vilka kostnader som är förknippade med tillgång till karantänsplatser samt omkostnader som kan tillkomma vid genomförande av beslut om karantän, i syfte att klargöra hur kostnadsansvaret mellan regioner ska fördelas.

Utredningen bedömer att resursbehovet för uppdraget beräknas omfatta sammanlagt en årsarbetskraft under ett och ett halvt år. Det ger en skattad kostnad på totalt 1,4 miljoner kronor för det första året (år 1) och 0,7 miljoner kronor för det andra året (år 2).[9]

[9] Kostnaden för en årsarbetskraft baseras på antagandet om en genomsnittlig månadslön på 55 000 kronor med schablonpåslag på 50 procent (arbetsgivaravgifter, semestertillägg m.m.) samt därefter ett genomsnittligt OH-tillägg på 40 procent, vilket ger en skattad kostnad på cirka 1,4 miljoner kronor.

Kostnaderna för uppdraget bör belasta Folkhälsomyndighetens förvaltningsanslag inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Förslag som rör storskalig testning och smittspårning

Ta fram underlag över sjukvårdsprodukter för testning som ska lagerhållas

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att i nära samverkan med Folkhälsomyndigheten och regionerna ta fram ett underlag över vilka närmare sjukvårdsprodukter som kan vara aktuella för lagerhållning för storskalig testning. Detta för att regeringen ska kunna föreskriva om vad regioner ska lagerhålla och i vilken omfattning. I uppdraget ingår också att beräkna kostnaderna för aktuella sjukvårdsprodukter för lagerhållning för storskalig testning och därmed nivån för ekonomisk reglering enligt kommunala finansieringsprincipen. Kostnadsuppgifterna ska tas fram i samverkan med regionerna.

Som en jämförelse kostade Socialstyrelsens tidigare regeringsuppdrag[10] i fråga om att utreda vilka sjukvårdsprodukter som bör lagerhållas inom ramen för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap på vårdområdet[11] sammanlagt 5,8 miljoner kronor, vilket motsvarade cirka 3 500 arbetstimmar för 2023 och 2024. Utöver Socialstyrelsens resurser innebar regeringsuppdraget också att arbetstid togs i anspråk från andra offentliga aktörer såsom myndigheter, regioner och SKR. Baserat på en mycket övergripande uppskattning bedöms arbetstiden för övriga offentliga aktörer ha varit drygt 1 600 arbetstimmar för uppdraget, vilket motsvarar personalkostnader på 0,75 miljoner kronor.

Som framgått i tidigare avsnitt (avsnitt 8.7.5 och 8.8.5) fanns det flera svårigheter med att ta fram ett kostnadsunderlag i Socialstyrelsens regeringsuppdrag inom försörjningsberedskap. Troligen finns liknande svårigheter med att kostnadsberäkna produkter som behövs för storskalig testning. Därtill tillkommer att produkterna ska vara generiska i fråga om smittämne, standardiserade och kompa-

[10] Regeringsbeslut S2022/04550 (delvis).
[11] Socialstyrelsen. Underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap. Slutredovisning av regeringsuppdrag. 2024.

tibla genom hela testkedjan i regionen, vilket enligt utredningens bedömning gör arbetet mer komplext jämfört med Socialstyrelsens tidigare uppdrag inom försörjningsberedskap.

Utredningen har dock gjort bedömningen att man kan utgå ifrån liknande kostnader för Socialstyrelsen för detta uppdrag. Sammanfattningsvis uppskattas Socialstyrelsens kostnader för uppdraget till totalt 5,8 miljoner kronor. Utredningen bedömer att uppdraget fördelas på två år, om vardera 2,9 miljoner kronor. Därtill kommer kostnader för Folkhälsomyndigheten och regioner. För det föreslagna uppdraget bedömer utredningen att det kan vara aktuellt med en större arbetsinsats av Folkhälsomyndigheten och regionerna jämfört med deras medverkan i Socialstyrelsens tidigare regeringsuppdrag. Utredningen bedömer därför att det kan röra sig om en kostnad på cirka 2 miljoner kronor för Folkhälsomyndighetens och regioners arbete fördelat på två år.

Kostnaderna för uppdraget bör belasta anslag inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. De kostnader som kan uppkomma för Folkhälsomyndigheten och regionerna bör hanteras inom ram.

Stödja regionernas laboratorieberedskap för uppskalning av testning

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att stödja regionernas laboratoriekapacitet för uppskalning av testning. Uppdraget genomförs i samverkan med berörda verksamheter. Socialstyrelsen bistår Folkhälsomyndigheten i arbetet med planeringen av laboratorieberedskapen. I uppdraget bör också ingå att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen tar fram dimensionerande scenarier för regionernas beredskapsplanering för storskalig testning, vilket är i linje med Folkhälsomyndighetens förslag.

Enligt Folkhälsomyndighetens kostnadsberäkning väntas myndighetens resursbehov för uppdraget uppgå till cirka 5 miljoner kronor för år 1 och sedan löpande 4 miljoner kronor per år. Kostnadsuppskattningen bygger på ett skattat behov av 2,5 helårsarbetskrafter (läkare, mikrobiolog, upphandlare och jurist). I bedömningen för år 1 ingår kostnader på cirka 0,5 miljoner kronor för konsultationsstöd från region för att bistå med specifikt underlag i arbetet, utöver regionernas arbete i övrigt.

Utredningen anser att Socialstyrelsen bör bistå Folkhälsomyndigheten i arbetet utifrån sina erfarenheter från covid-19-pandemin och specifika regeringsuppdrag, bl.a. uppdraget att ta fram kostnadsunderlag för lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Vi har dock inte inkluderat någon specifik kostnadsuppskattning för Socialstyrelsens arbete. Ett antagande kan dock göras att det kan handla om en helårsarbetskraft motsvarande 1,4 miljoner kronor per år under två år.

Kostnaderna för uppdraget bör finansieras inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg genom att myndigheternas förvaltningsanslag belastas. För Folkhälsomyndigheten handlar det om en permanent utgiftsökning.

Samordna arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen genom förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att på nationell nivå samordna arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen i form av förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data. Uppdraget genomförs i samarbete med bl.a. E-hälsomyndigheten när det gäller nationell interoperabilitet inom testning och Myndigheten för digital förvaltning (Digg) inom ramen för ett nationellt digitalt infrastrukturprojekt (Ena). I uppdraget ska ingå att utreda de rättsliga förutsättningarna för att uppnå en sådan nationell interoperabilitet och infrastruktur och, vid behov, föreslå nödvändiga författningsändringar.

Folkhälsomyndigheten bedömer att uppdraget initialt bör löpa över två år, och att myndigheten, inom ramen för det uppdraget, bör ta fram närmare kostnadsberäkningar och kravspecifikationer. Folkhälsomyndigheten uppskattar resursbehovet för uppdraget till cirka 5 miljoner kronor per år antaget ett behov av 2,5 helårsarbetskrafter (mikrobiolog, läkare, jurist samt informatiker eller it-arkitekt). I bedömningen inkluderas en kostnad på 0,5 miljoner kronor årligen för att anlita konsulttjänster från region.

E-hälsomyndigheten bedömer att deras resursbehov för uppdraget att förbereda för nationellt interoperabla system för testning och smittspårning inklusive uppdraget om att utveckla svarsrapportering till enskilda uppgår till cirka 3,5 miljoner kronor per år. I kostnads-

uppskattningen antas ett behov av 2,3 helårsarbetskrafter (it-arkitekt, UX-designer, informatiker, jurist och utredare).

I beräkningarna ingår inte kostnader för eventuell utveckling av it-system. Frågan om nuvarande initiativ och system för nationell interoperabilitet möter behoven vid en storskalig testning behöver enligt Folkhälsomyndighetens bedömning utredas närmare inom ramen för det specifika uppdraget.

I konsekvensanalysen har inte inkluderats någon specifik kostnadsuppskattning för Digg i uppdraget. Eventuella kostnader för myndigheten bedöms kunna rymmas inom ram.

Kostnaderna för uppdraget bör belasta anslag inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, enligt utredningens bedömning företrädesvis anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Samordna arbetet med att utveckla smittspårning samt regionernas arbete med att utveckla digital kommunikation av svarsrapportering till enskilda inom smittspårning

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten i samarbete med E-hälsomyndigheten ska på nationell nivå samordna regionernas arbete med att utveckla smittspårningen på nationell nivå. I uppdraget ingår att samordna regionernas arbete med att utveckla den digitala kommunikationen av svarsrapporteringen till enskilda för att vidta åtgärder som förhindrar eller begränsar smittspridning.

Folkhälsomyndigheten uppskattar att deras resursbehov för uppdraget uppgår till cirka 3,3 miljoner kronor år 1 och 2,4 miljoner kronor från år 2 och löpande. Kostnadsuppskattningen bygger på 1,2 respektive 1,1 helårsarbetskrafter (läkare, epidemiolog, it-arkitekt eller informatiker samt jurist). I bedömningen för år 1 ingår även en kostnad på cirka 0,5 miljoner kronor för konsulttjänster från region.

I uppdraget ingår att samordna regionernas arbete med att utveckla den digitala kommunikationen av svarsrapporteringen till enskilda inom smittspårning. I det övergripande uppdraget avses också att utreda rättsliga frågor i samband med utveckling av system och digitala verktyg för smittspårning för sådan kommunikation. Det löpande arbetet för Folkhälsomyndigheten inkluderar uppgifter

som att uppdatera vägledningar och att samordna eventuella nya regionala system.

I beräkningarna ingår inte kostnader för eventuell utveckling av ett nationellt it-system för smittspårning. Det eventuella behovet behöver klargöras inom ramen för och i det inledande arbetet med uppdraget.

Kostnaderna för uppdraget bör belasta Folkhälsomyndighetens förvaltningsanslag inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. För Folkhälsomyndigheten handlar det om en permanent utgiftsökning.

I konsekvensanalysen har inte inkluderats någon specifik kostnadsuppskattning för E-hälsomyndigheten i uppdraget. Eventuella kostnader för myndigheten bedöms kunna rymmas inom ram.

Tillsynsansvar över regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning (IVO)

Utredningen konstaterar att Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsynsansvar över smittskyddet även omfattar regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning. IVO arbetar utifrån att tillsynen ska vara riskbaserad, vilket innebär att myndigheten utgår från de största riskerna och bristerna för patienter och brukare när tillsynsinsatser planeras. Tillsynen ska även bidra till att förebygga risker för brister eller missförhållanden. Givet detta inryms tillsynen över regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning i IVO:s anslag med tillhörande prioriteringar.

Som framgått i avsnitt 8.6.6 har IVO inte genomfört någon egeninitierad tillsyn på smittskyddsområdet före covid-19-pandemin, samt över tid genomfört få tillsynsinsatser på beredskapsområdet. Myndigheten har lyft svårigheter med tillsynen, bl.a. när det kommer till att identifiera när, hur och på vad den statliga tillsynen ska agera. Myndigheten har även återkommande framhållit behovet av ökade resurser.[12] Under senare år har IVO gått över till allt fler riktade tillsynsinsatser och majoriteten av insatserna har initierats genom regeringsuppdrag.[13]

[12] IVO. Förebyggande tillsyn. Slutrapport. 2022, s. 11, 17–19.
[13] IVO. Riktade tillsynsinsatser. Hämtat 2024-12-01 från https://www.ivo.se/aktuellt/riktade-tillsynsinsatser/.

För en riktad tillsyn av de områden som omfattas av utredningens förslag, uppskattar IVO att kostnaden skulle kunna uppgå till cirka 4,5 miljoner kronor per år, givet att beredskapen prioriteras av myndigheten eller om myndigheten åläggs den av regeringen i uppdrag, regleringsbrev eller instruktion. IVO:s bedömning utgår från ett normalläge. Vid en händelse såsom en pandemi eller annan omfattande smittspridning bedöms kostnaden för tillsynsinsatser på området vara högre.

Utredningens uppfattning är att kostnaden för IVO:s tillsyn över regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning kan finansieras inom myndighetens befintliga ekonomiska ram. Samtidigt kan vi konstatera att tillsynsinsatserna på beredskapsområdet har varit begränsade och andra prioriteringar har gjorts. Detta talar för att en riktad tillsyn sannolikt kommer i fråga endast via regeringens styrning eller uppdrag eller öronmärkta anslag för specifikt detta ändamål. Av den anledningen bör regeringen överväga att vid särskilda behov förändra myndighetsstyrningen eller öka myndighetens förvaltningsanslag för riktad tillsyn. Kostnaderna för en riktad tillsynsinsats bör belasta anslag inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Förslag som rör nationell strategi för hantering av pandemier

Utredningen lämnar två förslag på åtgärder på basis av vårt uppdrag att ta fram underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier. Förslagen rör en översyn av regelverk för att tydliggöra ansvarsförhållanden samt ett planeringsstöd i fråga om skydd av riskgrupper för allvarlig sjukdom. Förslagen är utformade som regeringsuppdrag och redovisas nedan.

De förslag vi lämnar i fråga om strategins syfte, mål och innehåll genom ett antal identifierade fokusområden omfattas dock inte av kostnader i detta skede. Kostnader kan komma i fråga först om regeringen fattar beslut om ett fortsatt och fördjupat arbete med en nationell strategi, t.ex. genom att involvera många aktörer i att genomföra och vidareutveckla strategin utöver vad som kan omfattas av respektive aktörs befintliga ansvarsområde och uppgifter. Ett sådant arbete kan exempelvis avse att ta fram en handlingsplan med åtgärder, aktiviteter och indikatorer för uppföljning. Utredningen anser

att strategin bör vara långsiktig och återspegla det faktum att en pandemi eller annan omfattande smittspridning omfattar flera samhällssektorer.

Se över regelverk och arbetssätt så att oklara ansvarsförhållanden förebyggs

Utredningen föreslår att ett antal myndigheter får i uppdrag via regleringsbrev att se över regelverk och arbetssätt så att oklara ansvarsförhållanden förebyggs i fråga om hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Översynen bör ta utgångspunkt i hanteringen av covid-19-pandemin eller andra större utbrott av smitta.

Utredningen bedömer att följande 16 myndigheter bör komma i fråga för uppdraget: Folkhälsomyndigheten, MSB, Socialstyrelsen, civilområdesansvariga länsstyrelser[14], SVA, Jordbruksverket, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Arbetsmiljöverket, Skolverket och Försvarsmakten. Även Regeringskansliet bör involveras i uppdraget. Uppdraget genomförs i dialog mellan myndigheter och med berörda aktörer såsom regionala smittskydd, företrädare för regioner och kommuner samt privata vård- och omsorgsgivare.

Som framgått i avsnitt 10.10.1 avser uppdraget att kartlägga och analysera om det finns otydligheter i form av överlappande regler, luckor i reglerna eller regelkrockar. Analysen bör utgå från de brister som identifierades från covid-19-pandemin eller erfarenheter från andra händelser med större utbrott av smitta. I uppdraget ingår också att ge förslag på vad som närmare behöver åtgärdas i regelverk och arbetssätt för en bättre hantering av en kris som en pandemi eller en liknande situation med omfattande smittspridning. Vidare bör myndigheterna, som en del av uppdraget och med utgångspunkt i kartläggning och analys och om sådant behov föreligger, se över sina egna föreskrifter och allmänna råd.

Utredningen bedömer att uppdraget bör sträcka sig över två år till en skattad genomsnittlig kostnad av 1 miljon kronor per myndighet och år. De civilområdesansvariga länsstyrelserna är sex till antalet, och uppdraget avser en kartläggning av de regelverk inom myndigheternas verksamhetsområden som berörs mest vid en framtida

[14] De sex civilområdesansvariga länsstyrelserna är Länsstyrelsen i Norrbottens län, Örebro län, Stockholms län, Östergötlands län, Västra Götalands län samt i Skåne län.

pandemi eller annan omfattande smittspridning. Av denna anledning bör länsstyrelserna kunna samordna sig. Utifrån detta antar vi en skattad kostnad på 0,33 miljoner kronor per länsstyrelse och år. Det innebär en sammantagen årlig kostnad på 12 miljoner kronor för uppdraget. Utredningen är medveten om att regelverken ser olika ut för myndigheterna och därmed tidsåtgången för att genomföra uppdraget.

Regeringskansliet bör involveras i arbetet, däribland olika departement. Utredningen har inte kunnat bedöma vilka närmare kostnader det skulle kunna bli fråga om, eftersom det är beroende av vilka myndigheter som blir aktuella för uppdraget och därmed vilka närmare departement som avses. Det bör dock antas att det uppdrag vi föreslår kan innebära vissa kostnader för Regeringskansliet som helhet.

Kostnaderna för uppdraget bör belasta respektive myndighets förvaltningsanslag inom det aktuella utgiftsområdet. För länsstyrelserna bör kostnaderna kunna tas inom ram.

Ta fram ett planeringsstöd i fråga om riskgrupper vid omfattande smittspridning (Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen)

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ett planeringsstöd som redovisar vilka riskgrupper som kan vara troliga eller tänkbara i händelse av omfattande smittspridning av ett mer eller mindre nytt smittämne. Ett sådant planeringsstöd kan tas fram på basis av olika scenarier. Stödet bör även innehålla en översikt över vilka åtgärder som kan vara lämpliga för att skydda riskgrupper. Uppdraget genomförs i samarbete med Socialstyrelsen, och i samverkan med regioner och kommuner.

Utredningen bedömer att kostnaderna för uppdraget beräknas omfatta sammanlagt två årsarbetskrafter under ett och ett halvt år, fördelat på 1,5 årsarbetskrafter (Folkhälsomyndigheten) och 0,5 årsarbetskrafter (Socialstyrelsen). Det ger en skattad kostnad på totalt 2,8 miljoner kronor för det första året (år 1) och 1,4 miljoner kronor för det andra året (år 2).[15]

[15] Kostnaden för en årsarbetskraft baseras antagandet om en genomsnittlig månadslön på 55 000 kronor med schablonpåslag på 50 procent (arbetsgivaravgifter, semestertillägg m.m.) samt därefter ett genomsnittligt OH-tillägg på 40 procent, vilket ger en skattad kostnad på cirka 1,4 miljoner kronor.

Utredningen bedömer att kostnaderna bör belasta anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

14.4.2 Kostnadsfördelningen mellan staten och regionerna i fråga om regionernas beredskap

Bedömning: Våra förslag om regioners beredskap för storskalig testning och smittspårning och som avser en statlig ambitionshöjning bör finansieras av staten enligt den kommunala finansieringsprincipen. Det gäller också förslaget om regionernas beredskap i fråga om gemensam rättslig grund för en epidemi- och pandemiplan.

Under förutsättning att staten beslutar att storskalig testning och smittspårning ska genomföras vid en omfattande smittspridning, bör regionerna stödjas ekonomiskt för den tid som behövs för att få en god följsamhet. För detta syfte bör en tillfällig statlig finansiering ske genom riktade statsbidrag.

Flera av de förslag som utredningen lämnar om storskalig testning och smittspårning och som rör regionerna bör enligt vår bedömning finansieras av staten, vilket beskrivs mer ingående i kapitel 8 (avsnitt 8.11). Statens kostnader avser ekonomisk ersättning till regioner, både för beredskap för och genomförande av storskalig testning och smittspårning vid omfattande smittspridning.

Våra sammanfattande bedömningar av kostnadsfördelningen mellan staten och regionerna redovisas i detta avsnitt. Först beskrivs den kommunala finansieringsprincipen, som enligt utredningens bedömning är tillämplig för några förslag inom storskalig testning och smittspårning samt för förslaget om en gemensam rättslig grund för en epidemi- och pandemiplan.

Den kommunala finansieringsprincipen tillämpas vid nya uppgifter eller en statlig ambitionshöjning

Den kommunala finansieringsprincipen har tillämpats sedan 1993[16] och innebär att kommunsektorn, dvs. kommuner och regioner, inte bör åläggas nya uppgifter utan att samtidigt få möjlighet att finansiera dessa på annat sätt än med höjda skatter. Principen gäller i samtliga fall när kommuner och regioner ska kompenseras för statligt beslutade åtgärder som direkt tar sikte på den kommunala verksamheten. Principen gäller när riksdagen, regeringen eller en statlig myndighet fattar bindande beslut om ändrade regler för en verksamhet. Det kan handla om när kommuner eller regioner får nya uppgifter som de inte tidigare haft, eller att frivilliga uppgifter blir obligatoriska. Finansieringsprincipen är också tillämplig när staten ändrar ambitionsnivåerna för befintliga kommunala uppgifter, vilket kan ske i båda riktningar, dvs. innebära både ökade och minskade ambitionsnivåer. En ökad ambitionsnivå innebär en ökning av statens bidrag till kommuner och regioner och tvärtom. Principen tillämpas också när det kommunala ansvaret för vissa uppgifter tas bort eller regelverket som styr kommunernas verksamheter revideras. Den blir också aktuell vid regeländringar som påverkar kommunernas möjligheter att ta ut avgifter eller påverkar kommunernas möjligheter till andra inkomster.

I vissa fall tillämpas inte finansieringsprincipen. Det gäller bl.a. när förändrade kostnader för kommunsektorn beror på demografiska eller tekniska förändringar, eller på den allmänna pris- och löneutvecklingen.

Den ekonomiska regleringen enligt finansieringsprincipen sker i regel genom en justering i statens budget av nivån på anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Om kommunernas och regionernas uppgifter förändras på ett sådant sätt att kostnaderna minskar görs en motsvarande minskning av anslaget. Ett alternativ till att förändra anslagsnivån på bidraget är att förändra möjligheten för kommuner och regioner att avgiftsfinansiera verksamheten.

Ekonomiska regleringar enligt finansieringsprincipen görs i regel vid ett tillfälle. Regleringsbeloppen kan dock i vissa fall fördelas över flera år, t.ex. vid verksamhetsförändringar som sker successivt.

[16] Prop. 1991/92:150, del II, avsnitt 4.4.1 och prop. 1993/94:150, bilaga 7, avsnitt 2.5.1.

Utgångspunkten i sådana fall är att regleringsbeloppen för samtliga år fastställs när budgetpropositionen överlämnas.

Ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen för några förslag

Regionernas beredskap i fråga om system, data och digitala verktyg för att uppnå nationell interoperabilitet

Regionerna ansvarar för att tillhandahålla diagnostik och smittspårning för att erbjuda god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och vidta behövliga smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen. För att klara av det måste berörda verksamheter ha fungerande system och data. Som framgått ovan kommer dock ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen endast i fråga för förslag på åtgärder som går utöver de förändringar som kommuner och regioner ändå hade behövt vidta till följd av t.ex. demografisk och teknisk utveckling, samt utöver krav i befintliga författningar.

Vi bedömer att våra förslag i fråga om it-system för testning, viss standardisering av data samt digitala verktyg för testning och smittspårning utgör en ambitionshöjning i de delar som ska leda till att nationell interoperabilitet uppnås. Det innebär att en ekonomisk reglering bör gälla för förslagen i dessa delar, och att en sådan reglering ska göras enligt finansieringsprincipen. Utredningen anser att kostnaderna för utveckling av system, data och digitala verktyg bör beräknas och bedömas, bl.a. i syfte att ta fram statens kostnader för nationell interoperabilitet, inom ramen för det regeringsuppdrag som vi föreslår.

Regionernas skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter för storskalig testning

Utredningens förslag avser lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter i form av förbrukningsmaterial för provtagning och laboratorieanalys samt personlig skyddsutrustning för provtagare och laboratoriepersonal i fråga om en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Som framgår i avsnitt 8.8.4 har regioner etablerat en viss beredskap efter covid-19-pandemin, men den avser

ingen säkrad beredskap för storskalig testning. Vi menar att en lagerhållningsskyldighet bidrar till en stärkt beredskap och tydliggör regionernas ansvar för beredskapen inom smittskyddet. En sådan skyldighet bör finansieras av staten enligt finansieringsprincipen, eftersom det handlar om en ambitionshöjning från statens sida.

För att regeringen ska kunna föreskriva om vad regioner ska lagerhålla och i vilken omfattning behöver ett underlag tas fram av ansvariga myndigheter i samverkan med regioner. Därför föreslår vi att Socialstyrelsen får i uppdrag att i nära samverkan med Folkhälsomyndigheten och regioner, redogöra för de närmare kostnaderna för det förslag som avser regioners lagerhållning av sjukvårdsprodukter för provtagning och laboratorieanalys som beredskapen inom smittskyddet kräver. Ett sådant kostnadsunderlag bör ligga till grund för ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen när regeringen meddelar föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning.

Regionernas beredskap i fråga om gemensam rättslig grund för en epidemi- och pandemiplan

Utredningen föreslår att regioner ska besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan). Av kommunallagen (2017:725) följer att ett sådant beslut ska tas av fullmäktige i regionen. Smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till den planen. Som framgått i avsnitt 7.1.1 har samtliga regioner epidemi- och pandemiplaner, men utredningen konstaterar att beslut om en plan fattas på olika nivåer i regionerna. Utredningens förslag innebär ett åliggande som kan ses som en statlig ambitionshöjning genom att det säkerställer en rättslig grund för beslut om en plan för beredskap för alla regioner. Förslaget är därmed av sådant slag som bör medföra ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen. Utredningen bedömer att förslaget endast är förenat med begränsade kostnader som kan tillkomma i samband med beslut om en plan för beredskap.

Det är motiverat med en tillfällig statlig finansiering för storskalig testning och smittspårning i en situation med omfattande smittspridning

För att snabbt skala upp och genomföra en storskalig testning och smittspårning i regionerna anser utredningen att det är motiverat med en tillfällig statlig finansiering i syfte att stödja regionerna i en situation med omfattande smittspridning. Givet att det blir aktuellt med storskalig testning och smittspårning, bör regionerna stödjas ekonomiskt för den tid som behövs för att få en god följsamhet. En tillfällig statlig finansiering via riktade statsbidrag är enligt utredningens bedömning motiverat för att stödja regionernas genomförande av storskalig testning och smittspårning i en sådan situation (för en redovisning av utredningens överväganden, se avsnitt 8.11.3).

14.5 Övriga konsekvenser av utredningens förslag

14.5.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Utredningens författningsförslag som rör regioners skyldigheter i fråga om beredskap inom smittskyddet och kapacitet för laboratorieberedskap syftar sammantaget till att stärka beredskapen inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Förslagen om möjlighet till undantag och anpassningar i fråga om vissa skyldigheter vid en samhällsfarlig sjukdom underlättar för regioner att ställa om för att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Förslagen bedöms inte innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förslagen om regioners ansvar för beredskap inom smittskyddet avser att tydliggöra det ansvar regionerna redan i dag har för att upprätthålla sådan beredskap, och bedöms inte överlag ha konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Förslaget som avser en gemensam rättslig grund för beslut om en plan för beredskap innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen bedöms vara proportionerlig.

Förslagen om regioners ansvar att säkerställa kapacitet för laboratorieberedskap innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Det gäller specifikt förslaget om regioners lager-

hållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter för diagnostik, och på sikt även de föreslagna regeringsuppdragen om att initiera ett utvecklingsarbete av regionernas laboratorieberedskap och smittspårning i syfte att uppnå nationell operabilitet. Förslagen innebär sammantaget bättre möjligheter och lika förutsättningar för regionerna att bygga upp en beredskap för en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Inskränkningen bedöms därför vara proportionerlig.

Principen om kommunal självstyrelse kan sägas ange relationen mellan stat och kommun och är avsedd att ge kommunerna och regionerna en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt. Kortfattat innebär principen att kommuner och regioner själva ska bestämma inom sitt respektive område. De angelägenheter som följer av särskilda bestämmelser ska skötas på den kommunala självstyrelsens grund. Principen avser hela den kommunala verksamheten.[17] Enligt regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den (14 kap. 3 §). Bestämmelsen innebär att det ska göras en proportionalitetsbedömning i lagstiftningsärenden som rör den kommunala självstyrelsen.[18]

Sådana nationella värden som främst kan motivera lagreglering som inskränker den kommunala självstyrelsen anges vara demokrati, samhällsekonomisk stabilitet, rättssäkerhet och effektivitet.

Vi har i tidigare kapitel redogjort för de överväganden som har gjorts för respektive förslag, och som tangerar frågan huruvida inskränkningar i den kommunala självstyrelsen är proportionerliga. I övervägandena framgår närmare varför författningsförslagen är nödvändiga och skälen till att regioner bör åläggas vissa krav på beredskap. Nedan följer våra bedömningar i fråga om konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

[17] Prop. 1990/91:117 s. 146–147.
[18] Prop. 2009/10:80 s. 212–213.

Flertalet författningsförslag innebär förtydliganden och i vissa fall lättnader för regionernas beredskap

Inledningsvis vill utredningen understryka att våra författningsförslag som rör regionerna huvudsakligen handlar om att förtydliga regioners ansvar att ha beredskap att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Detta är enligt vår uppfattning till gagn för befolkningen eftersom syftet med förslagen är att stärka beredskapen. Några förslag innebär lättnader för regionerna att ställa om för en bättre hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Det innebär att flertalet av utredningens författningsförslag inte bedöms medföra några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslagen om regioners skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet innebär ett förtydligande av befintligt ansvar

Utredningen föreslår enligt avsnitt 7.1 att det införs bestämmelser i smittskyddslagen om att regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Vidare föreslår vi att regionen ska besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan). Smittskyddsläkaren i regionen ansvarar för att upprätta ett förslag till den planen.

Vi bedömer att förslagen är ett förtydligande, och att det i sak inte innebär någon skillnad mot vad som redan gäller i dag. Regioner har en skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet, däribland att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område enligt 1 kap. 8 § SmL. Vi bedömer att förslagen inte innebär några särskilda kostnadsökningar för regionerna eftersom regioner redan har en skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet.

Samtliga regioner har epidemi- och pandemiplaner, men utredningen konstaterar att beslut om plan fattas på olika nivåer i regionerna. Vi bedömer att vårt förslag om en gemensam rättslig grund för beslut om plan för beredskap, dvs. epidemi- och pandemiplaner, bidrar till att stärka regionernas beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Regionerna ges på så sätt lika förutsättningar att stärka beredskapen inför en situation med omfattande smittspridning.

Som framgått i avsnitt 7.1.1 innebär förslaget om en gemensam rättslig grund för regionernas beslut om en plan för beredskap att ett beslut om en sådan plan tas av fullmäktige i regionen. På så sätt medför förslaget en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen, vilken bedöms vara proportionerlig.

Förslagen om undantag och anpassningar i fråga om vissa skyldigheter vid en samhällsfarlig sjukdom underlättar för regioner att ställa om för att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning

Utredningen lämnar ett antal förslag på undantag i regelverket för smittskyddet för att underlätta för regionerna att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning. De förslag som avses är sammanfattningsvis följande (se avsnitt 7.5.2–7.5.5 och 7.5.7):

- regeringen ska få meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att utreda sjukdomsfall,
- regeringen ska få meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten för den behandlande läkaren att smittspåra,
- regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten för den behandlande läkaren att ge patienten individuellt utformade råd,
- regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten för den behandlande läkaren att besluta om individuellt utformade förhållningsregler,
- regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om undantag från viss anmälnings- och underrättelseplikt.

Vidare föreslår utredningen vissa anpassningar såsom att regeringen ska få meddela föreskrifter om att enskilda, vid misstanke av en samhällsfarlig sjukdom vid en storskalig smittspridning, ska kunna kontakta hälso- och sjukvården på annat sätt än att söka läkare enligt smittskyddslagens bestämmelser. Vi föreslår också att regeringen ska få meddela föreskrifter om att annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkaren ska kunna undersöka patienten, samt

ta prover och smittspåra (se avsnitt 8.9.3). Vi menar att situationen kan vara sådan att det inte är ändamålsenligt att belasta behandlande läkare inom hälso- och sjukvården för provtagning och smittspårning vid en omfattande smittspridning.

Förslagen om möjlighet till undantag och anpassningar avser sammantaget att underlätta för regionerna att ställa om för att bättre kunna hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Detta gäller både för personal inom de regionala smittskydden och i hälso- och sjukvården. Förslagen innebär enligt utredningens uppfattning på intet sätt att smittskyddsarbetets kvalitet åsidosätts vid en omfattande smittspridning. Det handlar i stället om att anpassa kraven på testning och smittspårning efter behovet av sådana smittskyddsåtgärder, bl.a. för att möjliggöra en storskalig testning och smittspårning likt den som utfördes under covid-19-pandemin. Det ska vara möjligt att genomföra storskalig testning och smittspårning utan att smittskyddslagen ska utgöra ett hinder. Förslagen syftar också till att minska smittskyddsläkarnas och den övriga personalens arbetsbörda i en situation med omfattande smittspridning. Personalen var hårt belastad under covid-19-pandemin och Folkhälsomyndigheten gjorde flera ändringar i föreskrifter och vägledande dokument för att möjliggöra för hälso- och sjukvården att hantera den omfattande smittspridningen, bl.a. togs föreskrifter fram om undantag från anmälningsskyldighet för kliniska anmälningar av covid-19.

Utredningen bedömer att förslagen innebär tidsbesparingar för regionerna (se avsnitt 14.3.2) och avser att underlätta för regioner att hantera en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Syftet med förslagen är att möjliggöra för regioner att genomföra en storskalig testning och smittspårning samtidigt som en viss vårdkapacitet måste upprätthållas utan att kvaliteten i det arbetet åsidosätts. Vidare innebär förslagen en möjlighet för regeringen att meddela föreskrifter om en rad olika undantag och anpassningar vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Denna möjlighet gäller endast under en begränsad tid.

Sammantaget bedöms förslagen inte inskränka den kommunala självstyrelsen.

Förslaget om Folkhälsomyndighetens information till allmänheten avser inte att inskränka regionernas och smittskyddsläkarens informationsansvar

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas i anslutning till den nya lagen, samt om beslut som fattats med stöd av lagen. Som framgått tidigare är ansvaret för kommunikation till allmänheten inom smittskyddsområdet redan i någon mån delat mellan Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren i regionen (avsnitt 9.18).

Avsikten med förslaget är inte att regionernas och smittskyddsläkarens informationsansvar ska inskränkas. Deras ansvar består i att se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 § första stycket SmL). Den kommunikation som Folkhälsomyndigheten svarar för, inklusive sådan kommunikation som enligt förslaget gäller föreskrifter och beslut enligt den nya lagen, behövs för att gemensamt kunna hantera ett ökat informationsbehov vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Den nationella informationen kan enligt utredningens uppfattning också tillgodose behov av information som uppstår hos regioninvånare, men utan att det sker på bekostnad av regionala eller lokala informationsinsatser. Detta bör ses som en positiv effekt som är till gagn för alla i syfte att förhindra smittspridning.

Förslagen om regioners ansvar att säkerställa kapacitet för laboratorieberedskap innebär en inskränkning i vissa delar

Vi föreslår att regionerna ska säkerställa att de har den kapacitet för provtagning, laboratorieanalys och smittspårning som beredskapen kräver. Vi anser dock inte att omfattningen av en sådan kapacitet bör regleras i smittskyddslagen. I stället ges regeringen en möjlighet att meddela föreskrifter om omfattningen av sådan kapacitet.

Som en kapacitetshöjande åtgärd lämnar utredningen ett förslag om att regionerna ska säkerställa viss lagerhållning av sjukvårdsprodukter för diagnostik. Regeringen får meddela föreskrifter om

innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning. Kraven på lagerhållning gäller högst tre månaders normalförbrukning i regionen.

Andra kapacitetshöjande åtgärder är en uppbyggd testkedja med interoperabla system och standardiserade data, och en utvecklad smittspårning. Vi föreslår två regeringsuppdrag: dels att ett utvecklingsarbete ska påbörjas i fråga om it-system för testning och viss standardisering av data i syfte att uppnå nationell interoperabilitet, dels att ta fram digitala verktyg för smittspårning. Det två förslagen kan på sikt medföra en inskränkning för den kommunala självstyrelsen i denna del.

Utredningen bedömer att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som följer av förslagen enligt ovan är proportionerlig. I dag saknas en säkrad beredskap för storskalig testning och smittspårning som är bestående över tid, trots den planering för beredskap som finns i regionerna. Det behöver av den anledningen framgå från statens sida vad som förväntas av regionerna i fråga om beredskap för att klara en omfattande smittspridning. Som framgår i avsnitt 14.4.2 bör förslagen regleras enligt finansieringsprincipen eftersom det rör sig om en ambitionshöjning från statens sida. Förslaget om en viss lagerhållning av produkter för storskalig testning ger regionerna bättre möjligheter och lika förutsättningar att bygga upp en beredskap för en situation med omfattande smittspridning, och man vinner tid för att tillsammans med andra smittskyddsåtgärder initialt bättre kunna hantera en sådan situation. Det gäller framför allt behovet att skydda personer som löper ökad risk att bli allvarligt sjuka. Det handlar sammantaget om att upptäcka fall för att stoppa smittspridning, men också att vidta adekvata smittskyddsåtgärder för att minimera risken att få in smittan i riskmiljöer. Vid en pågående pandemi eller annan omfattande smittspridning drabbas sannolikt alla regioner förr eller senare av smitta. Det innebär enligt utredningens uppfattning att samtliga invånare i Sverige bör garanteras en viss nivå av beredskap.

Förslaget om viss lagerhållning av produkter för storskalig testning och de två uppdragen om att initiera ett utvecklingsarbete inom laboratorieberedskap och smittspårning bidrar sammantaget till att ge regioner lika förutsättningar att stärka sin beredskap och därmed kunna vara bättre rustade inför en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Utredningens sammanfattande bedömning

Utredningens författningsförslag som rör regioners skyldigheter i fråga om beredskap inom smittskyddet och kapacitet för laboratorieberedskap syftar sammantaget till att stärka beredskapen inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Förslagen om möjlighet till undantag och anpassningar i fråga om vissa skyldigheter vid en samhällsfarlig sjukdom underlättar för regioner att ställa om för att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Förslagen bedöms inte innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förslagen som rör regioners ansvar för beredskap inom smittskyddet avser att tydliggöra det ansvar regionerna redan i dag har för att upprätthålla sådan beredskap, bedöms inte överlag ha konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Förslaget som avser en gemensam rättslig grund för regionernas beslut om en plan för beredskap innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen bedöms vara proportionerlig.

Förslagen om regioners ansvar att säkerställa kapacitet för laboratorieberedskap innebär enligt utredningens bedömning en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Det gäller specifikt förslaget om regioners lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter för diagnostik, och på sikt även de två föreslagna regeringsuppdragen om att initiera ett utvecklingsarbete av regionernas laboratorieberedskap och smittspårning i syfte att uppnå nationell interoperabilitet. Förslagen innebär sammantaget bättre möjligheter och lika förutsättningar för regionerna att bygga upp en beredskap för en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Av det skälet bedöms inskränkningen vara proportionerlig.

14.5.2 Konsekvenser för enskilda

Våra förslag ger få omedelbara konsekvenser för enskilda. I händelse av en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning kan det däremot förväntas att våra förslag innebär såväl positiva som negativa konsekvenser för enskilda, både på kort och lång sikt.

På ett övergripande plan kan en stärkt pandemiberedskap ge stora positiva konsekvenser för enskildas hälsa, genom att antalet människor i vårt land som blir allvarligt sjuka eller dör blir lägre än

om samhället inte hade förberett sig på ett adekvat sätt. En stärkt beredskap väntas också innebära bättre möjligheter att inte bara begränsa, utan även förebygga smittspridning. Sammantaget förväntar vi oss också att färre personer blir sjuka samtidigt. Det gör att en tillräcklig vårdkapacitet kan säkerställas, vilket är till gagn för enskilda. Beredskap handlar till del om att undvika att en viss oönskad följd inträffar, t.ex. att tillgången till behövliga tester tar slut eller att smittspridningen inte kan motverkas effektivt. Positiva hälsoeffekter på längre sikt handlar om sådant som att enskilda genom att undvika att insjukna i sjukdomen i fråga även undviker komplikationer eller följdsjukdomar i de fall sjukdomen kan ge upphov till sådana, såsom t.ex. postcovid. En stärkt pandemiberedskap kan enligt utredningens bedömning också medföra minskade undanträngningseffekter för övrig hälso- och sjukvård som kan uppstå, t.ex. i form av uppskjuten vård när omprioriteringar måste göras eller när kapaciteten inte räcker till under en pågående pandemi eller annan omfattande smittspridning. Den uppskjutna vården under covid-19-pandemin innebar sammantaget färre genomförda vårdbesök och behandlingar inom den planerade vården. Regionerna fick göra omprioriteringar och hitta nya arbetssätt där patientnyttan var styrande. En annan tydlig konsekvens var att pandemin ledde till en ojämlik tillgång till vård för flera grupper (se avsnitt 14.5.3).

Vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning kan föreskrifter som påverkar enskilda på flera sätt komma att beslutas. Vid misstanke om den aktuella sjukdomen kan det bli fråga om att den enskildes skyldighet att söka läkare av smittskyddsskäl helt bortfaller eller att kontakten inte måste vara med en läkare och via ett personligt besök. Om smittspårning inte behöver genomföras av läkare bortfaller också den enskildes skyldighet att lämna upplysningar vid smittspårningen. Enskilda kan också komma att inte få individuellt utformade medicinska och praktiska råd eller förhållningsregler enligt vad som annars gäller. Avsikten med förslagen är att göra smittskyddslagen mer anpassningsbar till en situation med omfattande smittspridning så att ett adekvat men anpassat smittskydd så långt det är möjligt kan skydda befolkningen också i en sådan situation. Det bör framhållas att syftet med dessa möjligheter till att föreskriva om undantag till smittskyddslagens bestämmelse inte avser att begränsa befolkningens möjligheter att söka vård och behandling.

Följderna för enskilda vad gäller föreskrifter enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder har vi delvis berört i avsnitt 14.3. Det är fråga om sådant som begränsningar av möjligheter att genom demonstrationer uttrycka sina åsikter, att vid kulturevenemang använda sin yttrandefrihet, att genom möten få tillgång till andlig och social gemenskap med andra och om begränsningar i möjligheten att utöva vissa fritidsintressen. Det är fråga om konsekvenser som kan antas till stor del upplevas som negativa och som inskränkningar av sådant som är en självklar del av livet. Lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder syftar dock samtidigt till att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder. Det innebär bl.a. att vid utformningen av föreskrifter som avser allmänna sammankomster ska vikten av att upprätthålla vidast möjliga demonstrationsfrihet och mötesfrihet särskilt beaktas. Vidare avser de åtgärder som möjliggörs genom våra förslag att vara så flexibla och träffsäkra att de inte behöver vara mer inskränkande än nödvändigt. Avsikten är därför att de negativa effekter för enskilda som torde vara oundvikliga ska vara så kortvariga och så lite inskränkande som är möjligt. Förbud eller nedstängningar som skulle kunna få betydande negativa följder även för enskilda bör så långt som möjligt undvikas. Bland möjliga långsiktiga negativa effekter av de begränsningar som kan komma att beslutas med stöd av den föreslagna lagen finns bl.a. påverkan på enskildas hälsa och välmående till följd av ökad social isolering och utebliven fysisk träning.

Som vi konstaterat i avsnitt 14.3 är flera av våra förslag av författningsberedskapskaraktär. De närmare konsekvenserna för enskilda analyseras får därför analyseras inför att det blir aktuellt att besluta föreskrifter med stöd av dessa bemyndiganden.

Som vi också konstaterat i avsnitt 14.3.3 kan en något större krets av personer komma att omfattas av hälsokontroll vid platsen för inresa. Det kan noterats att bestämmelsen gäller för samtliga samhällsfarliga sjukdomar, vilket i dagsläget är fyra stycken. Det behöver alltså inte vara fråga om en sjukdom som har förmåga att orsaka en pandemi eller annan omfattande smittspridning i den bemärkelse som vi talar om i detta betänkande. Hälsokontrollen är i sig oförändrad, bl.a. med innebörden att den inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Som framgått ovan är det vanskligt

att bedöma i vilken omfattning sådan hälsokontroll kan komma att beslutas. Vi bedömer att det dock är fråga om rena undantagssituationer. Hittills har inga sådana beslut fattats sedan bestämmelsen infördes i smittskyddslagen 2005. Framtida utbrott kan föranleda att nya sjukdomar kan komma att omfattas av bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar. Det är trots det utredningens bedömning att förslaget inte innebär några andra direkta konsekvenser än gällande bestämmelser om hälsokontroll vid inresa. Däremot stärker det beredskapen att hantera en situation med smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom, vilket innebär ett stärkt smittskydd som kommer hela befolkningen till del.

Utredningen bedömer att förslagen i övrigt inte kommer att innebära någon direkt påverkan på enskilda. Däremot gynnas hela samhället, inklusive befolkningen, av en stärkt beredskap för framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning. En mer ändamålsenlig pandemihantering kan således innebära både ekonomiska besparingar och samhällsekonomiska vinster, vilka indirekt kan komma enskilda till gagn.

14.5.3 Jämställdhets- och jämlikhetskonsekvenser

Bedömning: Flera av utredningens förslag kan bidra till jämlik hälsa, både långsiktigt och vid pandemihantering.

Enligt utredningens direktiv ska konsekvenserna av förslagen, om de kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, anges i betänkandet. Bakgrunden beskrivs vara erfarenheterna från covid-19-pandemin och att både pandemin och åtgärderna har drabbat olika grupper av individer på olika sätt, vilket kan få konsekvenser för jämställdheten och jämlikheten i hälsan. Det är därför viktigt att integrera ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv i utredningen.

Flera av utredningens förslag kan enligt utredningens bedömning bidra till jämlik hälsa, både långsiktigt och vid pandemihantering. En pandemi kan öka befintliga ojämlikheter i ohälsa och dödlighet på ett övergripande plan, och kan tänkas få flera negativa konsekvenser för hälsan både direkt och indirekt. Nedan följer en redogörelse för

de förslag som avser att bidra till jämlik hälsa i fråga om beredskap inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Förslag på åtgärder för att nå ut till grupper för att säkerställa god och jämlik tillgång till smittskyddsinformation

Det är enligt utredningens uppfattning angeläget att enskilda har t.ex. god och jämlik tillgång till vaccin och viktig smittskyddsinformation, särskilt när enskilda med begränsad tillgång också kan tillhöra riskgrupp för allvarlig sjukdom. Covid-19-pandemin visade tydligt att det finns stora behov att anpassa kommunikationen så att viktig information når ut till enskilda och grupper som av olika skäl hade svårt att ta del av den för att skydda sig själva och andra mot smitta. En anpassad kommunikation är också en viktig förutsättning för att bl.a. säkerställa att smittskyddsåtgärder är hållbara över tid för att få till stånd en långsiktig följsamhet i samhället. Arbetet med att nå ut innebär enligt utredningens uppfattning att informationen bör vara tydlig, inkluderande och lättillgänglig utifrån målgruppernas olika förutsättningar. Det handlar konkret om att information bör finnas tillgänglig på flera språk eller på annat sätt tillgänglighetsanpassad för att nå ut till olika målgrupper. Det gäller särskilt råd och rekommendationer kring samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för att få en god följsamhet och därmed begränsad smittspridning.

Det är mot denna bakgrund angeläget att ansvariga myndigheter, regioner och andra aktörer når ut med anpassad information till grupper som har begränsad tillgång till digital information eller har språkliga eller andra begränsningar i att tillgodogöra sig information. Vi lyfter detta i uppdraget som rör en nationell strategi för hantering av pandemier (kapitel 10). Vi föreslår också att Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas i anslutning till den nya lagen, samt om beslut som fattats med stöd av lagen. Informationen ska vara lättillgänglig och behovsanpassad (kapitel 9). Det kan innebära att informationen t.ex. behöver översättas, utformas på lätt svenska och anpassas till barn, eller att informationen kan behöva anpassas så att berörda verksamheter får relevant information. Någon motsvarande lagreglerad skyldighet fanns inte under covid-19-pandemin.

Förslag på åtgärder för att planera för att skydda riskgrupper

Som framgått i tidigare kapitel i fråga om förslaget om regioners lagerhållningsskyldighet vid storskalig testning bedömer utredningen att regionerna bör ta hänsyn till att kommunernas vård- och omsorgsverksamheter får tillgång till testning inför och under en omfattande smittspridning. Det gäller både personal inom hälso- och sjukvård och omsorg, personer som bor på särskilda boenden för äldre (säbon) eller i bostäder med särskild service (LSS-boenden). Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar tydligt att både patienter och omsorgstagare drabbades hårt, och vård- och omsorgspersonal fick hantera de problem som blev följden av den omfattande smittspridningen i verksamheterna.

Utredningen vill understryka vikten av god basal hygien i vård- och omsorgsverksamheter för att förebygga smittspridning i normalläge. Det innebär att det smittförebyggande arbetet behöver göras löpande. Detta gäller även om vi inte vet på förhand vilka riskgrupper det kan handla om vid ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne. Utredningen ser med viss oro att följsamheten till basala vårdhygienkrav och rutiner har minskat inom äldreomsorgen efter covid-19-pandemin (se avsnitt 10.8.3).

Utredningen anser att det behövs ett långsiktigt arbete med att stärka beredskapen i fråga om att planera för att skydda riskgrupper inför en situation med omfattande smittspridning. Med riskgrupper avser vi de grupper av personer som kan löpa ökad risk att bli allvarligt sjuka i händelse av omfattande smittspridning av ett mer eller mindre nytt smittämne. Vid influensa och enligt erfarenheter från covid-19-pandemin utgörs riskgrupperna framför allt av de allra äldsta och sköraste personerna i samhället samt personer med allvarliga underliggande sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar eller sådana som medför nedsatt immunförsvar. Andra riskgrupper för allvarlig sjukdom är dock tänkbara, t.ex. spädbarn, barn och unga eller gravida.

Vi föreslår bl.a. att beredskap för att identifiera och skydda riskgrupper ska utgöra ett fokusområde i en nationell strategi (se avsnitt 10.8.3). Vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning är det angeläget att i ett tidigt skede eller inför en sådan situation, identifiera riskgrupper och riskmiljöer för att kunna vidta åtgärder för att skydda riskgrupper. Ett annat förslag avser ett regerings-

uppdrag till Folkhälsomyndigheten om att ta fram ett planeringsstöd som redovisar vilka riskgrupper som kan vara troliga eller tänkbara i händelse av omfattande smittspridning. Stödet bör även innehålla en översikt över vilka åtgärder som kan vara lämpliga för att skydda riskgrupper.

Samtliga våra förslag avser sammantaget att stärka regioners och statliga myndigheters beredskap för att hantera framtida pandemier. Enligt utredningens uppfattning bör verksamheter bl.a. planera för skydd av potentiella riskgrupper i sin beredskapsplanering. Det gäller på alla nivåer, och särskilt regioner som har ett ansvar för beredskapen via bl.a. sina epidemi- och pandemiplaner. Beredskapen bör även omfatta ett ansvar att se till att vård- och omsorgstagare i kommunala verksamheter har tillgång till storskalig testning och smittspårning, i synnerhet mot bakgrund av att det till stor del handlar om sköra grupper som sannolikt löper stor risk för att drabbas hårt av ett nytt eller okänt smittämne.

14.5.4 Övrigt

Det återstår att bedöma om förslagen i betänkandet har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, allt enligt 15 § kommittéförordningen.

Utredningens sammantagna bedömning är att våra lagförslag i sig inte har några av de ovan nämnda konsekvenserna. Om den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder börjar tillämpas kan dock de föreskrifter enligt de bemyndiganden som lagen innehåller innebära långtgående konsekvenser i samhället. Om sådana föreskrifter meddelas aktualiseras frågan om kompletterande åtgärder för bl.a. företag. I avsnitt 14.3 resonerar vi kring vilken typ av konsekvenser det då kan bli fråga om.

När det gäller statlig ersättning och ekonomiska stöd i krislägen kan vidare finnas olika typer av risker. Utredningens förslag avser emellertid inga direkta ersättningsfrågor, vilket innebär att vi inte heller lämnar en närmare konsekvensbedömning i denna del.

14.6 Förhållandet till vissa internationella rättsakter

Bedömningar: Våra förslag är förenliga med relevanta EU-förordningar och det internationella hälsoreglementet.

Våra förslag behöver inte anmälas enligt tjänstedirektivet.

Våra förslag aktualiserar inte anmälningsdirektivets regler.

I detta avsnitt redovisar vi förslagens förhållande till sådan EU-rätt och andra internationella regelverk som inte omfattas av analysen i kapitel 11 eller 12.

14.6.1 EU-bestämmelser om övervakning av smittsamma sjukdomar och folkhälsoåtgärder

Vi lämnar förslag som möjliggör undantag från enskildas skyldighet att söka läkare, behandlande läkares skyldighet att undersöka en patient och ta de prover som behövs samt behandlande läkares skyldighet att smittspåra. I smittskyddslagen finns redan möjligheter att inskränka anmälningsplikten för bl.a. behandlande läkare. Förslagen syftar till att göra smittskyddslagen mer ändamålsenlig vid en omfattande smittspridning av samhällsfarlig sjukdom. De föreslagna bestämmelserna kan, om bemyndigandena utnyttjas, innebära att färre fall av en viss samhällsfarlig sjukdom upptäcks och anmäls till smittskyddsläkarna och Folkhälsomyndigheten än vad som annars hade varit fallet.

På EU-nivå finns bestämmelser om övervakning av smittsamma sjukdomar i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2371 av den 23 november 2022 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 1082/2013/EU, förkortad hälsohotsförordningen. Förordningarna har beskrivits i avsnitt 3.4.3.

Förordningarna innehåller krav på medlemsstaterna att bl.a. rapportera data från övervakningen av smittsamma sjukdomar enligt vissa gemensamma standarder. Utredningens bedömning är att förordningarna inte innehåller bestämmelser som innebär, eller kan innebära, att medlemsstaterna ska genomföra testning eller smitt-

spårning av fall i en viss omfattning under en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Flera av våra förslag syftar till att möjliggöra storskalig testning och smittspårning. Vår bedömning är att de förslag som vi samtidigt lämnar gällande ovannämnda lättnader är förenliga med förordningarnas bestämmelser.

Vi lämnar också förslag till en ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Hälsohotsförordningen innehåller en bestämmelse enligt vilken kommissionen får komplettera medlemsstaternas åtgärder genom att anta rekommendationer om gemensamma tillfälliga folkhälsoåtgärder. Rekommendationerna ska bl.a. respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård (artikel 22). Rekommendationerna är inte bindande (skäl 7). Med folkhälsoåtgärd avses beslut eller åtgärd som syftar till att förebygga, monitorera eller kontrollera spridningen av sjukdomar eller kontaminering, bekämpa allvarliga risker för folkhälsan eller minska deras konsekvenser för folkhälsan (artikel 3.9). Artikel 22 innebär således inget tvång att vidta de rekommenderade åtgärderna eller något förbud mot att vidta andra åtgärder. Inte heller i förordningen i övrigt finns det några sådana förbud. Däremot finns det bl.a. en skyldighet att i samband med att en varning utfärdas enligt artikel 19 samtidigt informera om vilka folkhälsoåtgärder som genomförs eller är avsedda att genomföras på nationell nivå. Utredningens bedömning är således att förslaget till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder är förenligt med hälsohotsförordningen.

Vi lämnar vidare en rad förslag som syftar till att stärka beredskapen för storskalig testning och smittspårning. Även dessa förslag bedömer vi är förenliga med hälsohotsförordningen.

14.6.2 Internationella hälsoreglementet

Det internationella hälsoreglementet, IHR 2005, innehåller bestämmelser om vilka åtgärder stater får vidta mot personer och objekt vid in- och utresa i landet. IHR får därför betydelse för vilka åtgärder som får vidtas vid gränskontroller.

Vårt förslag till ändringar av smittskyddslagens bestämmelser om hälsokontroll vid platsen för inresa innebär en viss utvidgning jämfört med vad som nu gäller. Som förutsättning för Folkhälso-

myndighetens beslut om hälsokontroll föreslås gälla att det finns grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom i ett visst område. Personer som anländer till Sverige från det området eller från ett annat område som står i nära förbindelse med området kan bli föremål för hälsokontroll. I nuvarande bestämmelse förutsätts att det har skett ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom i ett visst område, och enbart resenärer från det området kan omfattas av hälsokontrollen.

Syftet och tillämpningsområdet för IHR 2005 är att förebygga, skydda mot, kontrollera och vidta åtgärder mot internationell spridning av sjukdomar på sätt som är förenliga med och begränsar sig till risk för människors hälsa och som undviker att i onödan störa internationellt resande och internationell handel (artikel 2). Enligt artikel 23 får en part vid ankomst i folkhälsosyfte med avseende på resenärer bl.a.

– kräva uppgift om resenärens färdväg för att kunna fastställa om han eller hon har uppehållit sig inom eller nära ett drabbat område eller eventuellt har haft andra kontakter med infektion före ankomsten, och
– kräva icke-inträngande medicinsk undersökning som är den minst påträngande undersökning som kan uppfylla folkhälsomålet.

Med resenär avses i IHR 2005 en fysisk person som gör en internationell resa. Med internationell resa avses en resa som omfattar inresa i en annan stats territorium än den stats territorium där resan började. Med drabbat område avses ett visst geografiskt område för vilket hälsoåtgärder har rekommenderats av WHO enligt det internationella hälsoreglementet. Med infektion avses införande och utveckling eller mångfaldigande av ett infektiöst ämne som kan utgöra en risk för människors hälsa i människo- eller djurkroppar. Med risk för människors hälsa avses sannolikheten av en händelse som kan skadligt påverka hälsan hos den mänskliga befolkningen, särskilt ett ämne som kan spridas internationellt eller utgöra en allvarlig och direkt fara (artikel 1).

IHR 2005 tillåter alltså att även resenärer som uppehållit sig nära ett drabbat område omfattas av de krav som anges i artikel 23. I de fall WHO inte har rekommenderat hälsoåtgärder med avseende på

området kan i stället andra kontakter med infektion före ankomsten läggas till grund för kraven i fråga.

Utredningens bedömning är att förslaget om ändringar i bestämmelserna om hälsokontroll vid platsen för inresa är förenliga med artikel 23. Det är därmed inte nödvändigt att gå in på de möjligheter att vidta mer långtgående åtgärder än vad som krävs enligt IHR som anges i artikel 43.

14.6.3 Tjänstedirektivet

Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden (tjänstedirektivet) innehåller bestämmelser som syftar dels till att förenkla förfaranden och formaliteter som är tillämpliga på tillträde till och utövande av tjänsteverksamhet, dels till att tjänsteleverantörer ska kunna fullgöra vissa förfaranden och få information genom gemensamma kontaktpunkter i medlemsstaterna. I artiklarna 15.7 och 39.5 andra stycket i tjänstedirektivet finns bestämmelser om skyldighet att anmäla författningsförslag och krav till kommissionen när dessa faller inom direktivets tillämpningsområde och omfattas av anmälningsplikt. Denna skyldighet syftar till att säkerställa att nya eller förändrade krav för att bedriva tjänsteverksamhet som medlemsstaterna inför i lag eller annan författning är förenliga med direktivets bestämmelser.[19]

Tjänstedirektivet har en bred tillämpning. I lagen (2009:1079) om tjänster på den inre marknaden, som har samma tillämpningsområde som direktivet, definieras tillämpningsområdet genom att de tjänster som undantas från tillämpningsområdet anges i 2 §. Det innebär att bland de tjänster som omfattas finns bl.a. tjänster som är relaterade till att arrangera olika typer av evenemang (exempelvis musikfestivaler), tjänster relaterade till turistnäringen (exempelvis resebyråer och turistarrangemang), tjänster inom nöjesindustrin, cirkusar, tivoli och sportanläggningar och hotell- och restaurangtjänster inklusive catering. Direktivet syftar till att underlätta för tjänsteleverantörer att sälja tjänster i ett annat EU-land utan att vara etablerade där, dvs. som enbart tillhandahåller den aktuella tjänsten tillfälligt i Sverige.

[19] Prop. 2012/13:157 s. 9.

För covid-19-lagen och serveringslagen som gällde under pandemin gjorde regeringen bedömningen att de lagarna i sig inte hade någon betydelse för den fria rörligheten för personer och tjänster, men att EU-rättsliga regler kunde behöva beaktas om föreskrifter meddelades med stöd av bemyndigandena i lagarna.[20] Sådana anmälningar gjordes också av regeringen i samband med att föreskrifter i begränsningsförordningen togs fram.

Utredningen bedömer att detsamma gäller den lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi nu föreslår. Det är alltså först inför beslut om nya eller ändrade föreskrifter på lägre normnivå som överväganden gällande tjänstedirektivet behöver göras. Regleringar som det kan vara fråga om är t.ex. begränsningar av serveringsställen, handelsplatser och gym- och sportanläggningar, såväl som deltagarbegränsningar vid offentliga tillställningar och vid upplåtelse av platser för privata sammankomster.

Inte heller de lagförslag som vi lämnar i övrigt bedöms behöva anmälas enligt tjänstedirektivet.

14.6.4 Anmälningsdirektivet

Enligt det anmälningsförfarande som regleras i Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2015/1535 av den 9 september 2015 om ett informationsförfarande beträffande tekniska föreskrifter och beträffande föreskrifter för informationssamhällets tjänster (anmälningsdirektivet), ska nationella krav avseende produkters egenskaper och krav för informationssamhällets tjänster (s.k. e-tjänster) anmälas till kommissionen. Syftet är att motverka handelshinder. Anmälningsdirektivet är genomfört i Sverige bl.a. genom förordningen (1994:2029) om tekniska regler. Av 2 § den förordningen framgår att med teknisk föreskrift avses

– föreskrifter eller andra bestämmelser som utgörs av eller hänvisar till tekniska specifikationer eller andra krav och som är rättsligt eller faktiskt tvingande vid saluföring eller användning av en vara,
– föreskrifter om informationssamhällets tjänster som är rättsligt eller faktiskt tvingande vid tillhandahållande, etablering eller användande av sådana tjänster, samt

[20] Prop. 2020/21:79 s. 86 och prop. 2021/22:69 s. 40.

– föreskrifter som förbjuder tillverkning, import, saluföring eller användning av en vara.

Kravet på anmälan av författningsförslag som omfattas av direktivet omfattar både regeringen och myndigheter. Anmälan görs via Kommerskollegium.

Utredningen bedömer att anmälningsdirektivets regler inte aktualiseras för de lagförslag vi lämnar i betänkandet. Förslagen uppställer enligt vår bedömning inga specifikationer, krav eller förbud avseende varor, och avser inte heller informationssamhällets tjänster.

Det kan dock inte uteslutas att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas med stöd av lagen på förordningsnivå eller genom myndighetsföreskrifter och som rör handelsplatser kan anses utgöra krav som är tvingande vid saluföring av varor och omfattas av direktivet. Om kravet väsentligt kan påverka varans saluföring kan sådana bestämmelser då komma att anses vara anmälningspliktiga. Skulle regeringen föreskriva att handelsplatser ska hållas stängda skulle en sådan föreskrift även kunna komma anses utgöra ett saluförbud och som sådant anses vara anmälningspliktigt.

14.7 Finansiering av utredningens förslag

Bedömning: De förslag som utredningen lämnar beräknas innebära kostnadsökningar för staten både i fråga om direkta kostnadsökningar på statens budget och ekonomiska ersättningar till regioner.

Kostnaderna för utredningens förslag som avser regeringsuppdrag eller nya uppgifter för myndigheter bör i huvudsak belasta anslag inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Föreslagna uppdrag som avser andra myndigheter än de som omfattas av utgiftsområde 9 bör på motsvarande vis i huvudsak belasta anslag inom respektive myndighets utgiftsområde.

Utredningens förslag i fråga om bemyndiganden i den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder samt övriga förslag aktiveras i händelse av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Det innebär att de kostnader som uppkommer till följd av förslagen i en sådan situation bör behandlas och finansieras i kommande ekonomiska propositioner.

Enligt 14 § kommittéförordningen ska utredningen föreslå en finansiering när det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner.

Utredningen bedömer att de förslag som utredningen lämnar kommer att innebära kostnadsökningar för staten. Kostnaderna avser dels direkta kostnadsökningar för att finansiera de regeringsuppdrag som föreslås, dels ekonomiska ersättningar till regioner, både för beredskap och för framtida pandemihantering.

14.7.1 Direkta kostnader för staten finansieras inom respektive utgiftsområde

De förslag som avser statens direkta kostnader i fråga om regeringsuppdrag bör finansieras inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg (se avsnitt 14.4.1), samt genom ökade anslag för de myndigheter som omfattas med motsvarande belopp. Det förslag som rör nya uppgifter för länsstyrelserna bör finansieras på motsvarande vis inom utgiftsområde 1 Rikets styrelse. Utredningens förslag som avser att ge myndigheter i uppdrag att se över regelverk och arbetssätt för att förebygga oklarheter i ansvarsfördelning inom ramen för den nationella strategin bör finansieras inom det utgiftsområde som gäller för den specifika myndigheten.

Vi avstår från att ta ställning till vilket eller vilka anslag som bör komma i fråga för omprioritering inom utgiftsområde 9 eftersom vi bedömer att flera anslag kan vara aktuella. Det ligger emellertid nära till hands att överväga omprioritering av medel på anslaget 1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård vars anslagsändamål redan bedöms omfatta de åtgärder som vi föreslår. För 2026 och 2027 beräknas anslaget till 1 732,5 miljoner kronor respektive år (prop. 2024/25:1 utgiftsområde 9). Även anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård bedöms vara lämpligt som finansieringskälla. Vi utesluter emellertid inte att det även kan finnas ytterligare aktuella anslag.

I den mån våra förslag föranleder permanent ökning av myndigheters förvaltningsanslag behöver man vara medveten om att ett avdrag på 20 procent ska göras när medel på ett s.k. BNB-anslag, dvs. ett sakanslag i bestämda nominella belopp, flyttas för att finansiera åtgärder på ett s.k. PLO-anslag, som avser ett pris- och löneomräknat anslag. Minskningen görs eftersom medlen på förvaltningsanslaget

kommer att omfattas av den årliga pris- och löneomräkningen och därmed indexeras upp över tid.

14.7.2 Ekonomiska ersättningar till regioner och uppkomna kostnader vid omfattande smittspridning bör behandlas och finansieras i kommande ekonomiska propositioner

Statens kostnader som rör ekonomiska ersättningar till regioner enligt finansieringsprincipen eller i form av riktade statsbidrag bör behandlas och finansieras i kommande ekonomiska propositioner. Det gäller både förslag för att stärka pandemiberedskapen och för framtida pandemihantering. Utredningens bedömningar som rör finansiering av förslag om storskalig testning och smittspårning i regionerna har redovisats närmare i avsnitt 8.11 och återgetts i korthet i avsnitt 14.4.2.

Utredningens förslag förväntas medföra omfattande kostnadsökningar för staten vid en pandemi eller en situation med omfattande smittspridning men vi kan inte skatta allvarlighetsgrad, omfattning eller bedöma när i tiden det kan bli aktuellt. Därför är det inte möjligt att lämna förslag till omfördelningar inom och mellan olika utgiftsområden eller anslag i statens budget.

De kostnader som uppkommer i en sådan situation och till följd av våra förslag bör därför finansieras i kommande ekonomiska propositioner. Förslagen avser bestämmelser om hälsokontroll vid inresa, den nya lagen om samhällsinriktade åtgärder i fråga om åtgärder som vidtas i samhället för att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom mellan människor, samt de bemyndiganden som följer av lagen.

Det är också sannolikt att det uppstår behov av extra ändringsbudgetar. Under covid-19-pandemins år 2020 och 2021 lämnade regeringen sammanlagt 20 extra ändringsbudgetar till riksdagen. Propositionerna innehöll mer än 200 enskilda åtgärdsförslag som omfattade drygt 400 miljarder kronor samt stora belopp för höjda garantier och lånemöjligheter.

De direkta kostnaderna för staten som följer av våra förslag som rör beredskap beräknas sammanlagt till 101 miljoner kronor för de två första åren (avsnitt 14.4.1). De kan ställas i relation till statens kostnader för olika åtgärder för att hantera en pågående pandemi. Som framgått tidigare uppgick statens kostnader för storskalig

testning och smittspårning till närmare 33 miljarder kronor under 2020–2022. Under samma period utbetalade staten sammanlagt 165 miljarder kronor till olika former av krisstöd till företag och till aktörer inom kultur- och idrottssektorn. Syftet med åtgärderna är vitt skilda och kan förstås inte jämföras sinsemellan, men vi vill med det understryka betydelsen av en god beredskap. Jämfört med de kostnader som kan tänkas följa av våra förslag, är det vår uppfattning att de sammantagna kostnaderna och konsekvenserna för både samhälle och människor kan bli betydligt mer omfattande om inga åtgärder vidtas alls i fråga om beredskap inför och hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

15 Författningskommentar

15.1 Förslaget till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Lagen är ny och innehåller bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder mot omfattande samhällsspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Lagen utgör en del av författningsberedskapen inom smittskyddet och kompletterar smittskyddslagens (2004:168) bestämmelser om samhällsfarliga sjukdomar. Allmänna överväganden om lagen finns i avsnitt 9.6 och 9.7.

Bestämmelserna i lagen ger regeringen befogenheter att vid ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom agera skyndsamt om det behövs åtgärder för att vidta samhällsinriktade åtgärder, t.ex. för att undvika sådana kontakter mellan människor som kan innebära en risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Sådana åtgärder kan innebära betydande inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter och bestämmelserna innebär en långtgående delegation av normgivningskompetens. Lagen innehåller därför ett särskilt förfarande för att sätta bestämmelserna om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna i kraft. Lagen är indelad i kapitel.

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens syfte

1 § Syftet med denna lag är att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom och att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder.

Paragrafen upplyser om det övergripande syftet med lagen. Övervägandena finns i avsnitt 9.7.

Syftet består av två led. Avsikten med den konstruktionen är att tydliggöra att det är fråga om att hitta en lämplig balans mellan möjligheterna att vidta åtgärder för att minska konsekvenserna av en pandemi eller annan omfattande smittspridning och skyddet av enskildas grundläggande fri- och rättigheter när det allmänna vidtar sådana åtgärder.

Det första ledet avser att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder definieras i 3 §. Med omfattande smittspridning avses en hastigt uppkommen samhällsspridning inom ett begränsat geografiskt område eller över hela landet av en smittsam sjukdom som kan överföras mellan människor. Samhällsspridning innebär att det upptäcks fall utan känd epidemiologisk koppling till utlandet, om smittspridningen kommer därifrån, eller tidigare kända fall om spridningen startar i Sverige.

Lagen gäller för sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga. Det innebär att sjukdomen ska vara angiven i bilaga 2 till smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, (se 1 kap. 3 § femte stycket SmL) eller att regeringen med stöd av 9 kap. 2 § SmL föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen i avvaktan på riksdagens beslut att ange sjukdomen i bilagan. Se närmare om samhällsfarliga sjukdomar i författningskommentaren till 2 kap. 1 §. Om en samhällsfarlig sjukdom omklassificeras enligt smittskyddslagen till att vara t.ex. en allmänfarlig sjukdom kan inte denna lag längre gälla för den sjukdomen. Föreskrifter som saknar stöd i författning kan inte tillämpas (jfr 11 kap. 14 § och 12 kap. 10 § regeringsformen).

Lagen är en del av smittskyddets beredskap. Att ”säkerställa att det allmänna” kan vidta åtgärder tar sikte på att lagen ska kunna användas i oförutsägbara framtida situationer och då ge behövlig flexibilitet, vara träffsäker och ändamålsenlig för de åtgärder som staten, i såväl dess normgivande som verkställande funktion och andra offentligrättsliga subjekt, såsom regioner och kommuner, kan behöva vidta.

Att konsekvenserna av smittspridningen ska minska tar sikte på att undvika sådana konsekvenser av smittspridningen som riskerar att inträda om åtgärder inte vidtas. Det handlar bl.a. om att färre personer än vad som annars vore fallet insjuknar samtidigt. På det sättet kan hälso- och sjukvården och andra samhällsviktiga verksamheter klara sig bättre än annars. Den tidsvinsten som det är fråga om kan också utnyttjas bl.a. för att kartlägga riskgrupper, vinna kunskap om smittämnet och att förbereda samhället i stort. Att undvika andra konsekvenser än sådana som beror på smittspridningen omfattas inte av lagen. Se också gällande syftet med åtgärderna i författningskommentaren till 3 kap. 1 §.

De samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som möjliggörs genom lagen kan innebära långtgående inskränkningar i bl.a. mötesfriheten, demonstrationsfriheten och näringsfriheten. Det andra ledet av syftet avser därför att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med att sådana åtgärder vidtas. Lagen innehåller flera rättssäkerhetsgarantier för användningen av de potentiellt långtgående åtgärder som möjliggörs genom lagen. Att regelverket är beslutat om i förväg ger i sig bättre förutsättningar att utforma åtgärderna på ett sådant sätt att risken för obefogade inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter kan begränsas.

Lagens innehåll

2 § Lagen innehåller bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder mot spridning av sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.

I lagen finns bestämmelser om

– lagens tillämpning (2 kap.),
– allmänna utgångspunkter (3 kap.),
– skyldighet att förebygga smittspridning (4 kap.),
– bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder (5 kap.),
– utformning och tillämpning av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder (6 kap.),
– beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall (7 kap.),
– tillsyn och efterlevnad av åtgärderna (8 kap.),
– kompletterande åtgärder (9 kap.),
– information om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder (10 kap.), och
– överklagande (11 kap.).

Paragrafen innehåller upplysningar om lagens innehåll och struktur.

I *första stycket* anges att lagen innehåller bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder mot spridning av sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.

I *andra stycket* anges i en uppräkning vad de respektive kapitlen i lagen innehåller.

Definitioner

3 § Med samhällsinriktade smittskyddsåtgärder avses i lagen åtgärder som vidtas i samhället för att minska förekomsten av sådana kontakter mellan människor som kan innebära en risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

I paragrafen definieras begreppet samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 9.7.

Med samhällsinriktade smittskyddsåtgärder avses åtgärder som vidtas i samhället för att minska förekomsten av sådana kontakter människor emellan som kan innebära risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Detta till skillnad från åtgärder som i huvudsak riktar sig till enskilda personer som är eller misstänks vara smittade av en sjukdom och som regleras i smittskyddslagen (2004:168).

Att det är fråga om åtgärder som vidtas ”i samhället” tar sikte på att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder främst avser reglering av sådant som pågår i det offentliga rummet, samt att det inte i första hand är enskilda individer som kan bli skyldiga att vidta smittskyddsåtgärderna.

Vilka kontakter som är riskfyllda beror på egenskaperna hos det smittämne det är fråga om, men också på en rad ytterligare faktorer. Genom att ålägga den som bedriver eller anordnar vissa verksamheter, sammankomster eller tillställningar att vidta åtgärder kan kontakter mellan människor ur allmänheten minskas. På så sätt kan det motverkas att nya smittkedjor uppstår. Åtgärder kan också underlätta för människor att bl.a. hålla avstånd till varandra när de befinner sig i eller vid verksamheter, sammankomster eller tillställningar öppna för allmänheten. Av 2 kap. 1 § framgår att lagen enbart får tillämpas i situationer som kan kräva samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

4 § Med verksamheter avses i lagen
– fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten,
– handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats,
– restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten,
– religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten och som inte utgör allmänna sammankomster enligt ordningslagen (1993:1617),
– kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, inklusive lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik, och
– yrkesmässig användning och direkta eller indirekta upplåtelser av lokaler, områden eller utrymmen för tillställningar eller andra privata sammankomster.

Paragrafen innehåller en definition av begreppet verksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 9.10.

Av bestämmelsen framgår att med begreppet verksamhet avses i lagen fritids- och kulturverksamheter, handelsplatser, restauranger och andra serveringsställen, religiösa verksamheter, kollektivtrafik och inrikes flygtrafik och viss upplåtelse av lokaler, områden och utrymmen. För dessa verksamheter finns det i 5 kap. bemyndiganden att meddela föreskrifter med krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Gemensamt för dessa verksamheter är att de vänder sig till och på ett eller annat sätt är öppna för allmänheten. Gemensamt är också att det i verksamheterna finns någon som kan anses som ansvarig för att vidta smittskyddsåtgärder. Den som ansvarar för en verksamhet kan också bli skyldig att identifiera vilka risker som finns i verksamheten för spridning av en sjukdom för vilken lagen har börjat tillämpas på (se vidare författningskommentaren till 4 kap. 1 §) och bli föremål för beslut i enskilda fall (se vidare i författningskommentaren till 7 kap. 1 §).

Den närmare innebörden av de olika begrepp som ingår i definitionen av verksamhet beskrivs i författningskommentaren till 5 kap. 1, 3, 4 och 5 §§.

5 § Begreppen allmänna sammankomster och offentliga tillställningar har i lagen samma innebörd som i ordningslagen (1993:1617).

I paragrafen definieras allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Övervägandena finns i avsnitt 9.10.

I paragrafen anges att begreppen allmänna sammankomster och offentliga tillställningar har samma innebörd i lagen som i ordningslagen (1993:1617). Det innebär att samtliga de sammankomster och tillställningar som omfattas av definitionerna i 2 kap. 1–3 §§ ordningslagen också omfattas av den förevarande lagen. Den omfattar således både sådana arrangemang som kräver tillstånd och sådana som inte gör det.

6 § Med besökare och deltagare avses i lagen personer ur allmänheten som besöker eller deltar i en verksamhet, en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning.

I paragrafen finns en definition av begreppen besökare och deltagare. Övervägandena finns i avsnitt 9.10.

Med begreppen avses i lagen personer ur allmänheten som besöker eller deltar i en verksamhet, allmän sammankomst eller offentlig tillställning.

De samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna avser att minska förekomsten av kontakter som kan innebära risk för att en samhällsfarlig sjukdom sprids mellan människor. Det är i första hand förekomsten av riskfyllda kontakter mellan personer ur allmänheten som lagen syftar till att minska. Den som ”besöker eller deltar i en verksamhet” avser mot den bakgrunden personer ur allmänheten.

Arbetstagare i verksamheten eller vid sammankomsten eller tillställningen är inte personer ur allmänheten. Från begreppen besökare och deltagare undantas således den som är arbetstagare eller likställs med arbetstagare enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). Det innebär att om en föreskrift avser att reglera t.ex. antalet besökare eller deltagare i en viss verksamhet ska den som är arbetstagare där eller likställs med arbetstagare där inte räknas med.

Det kan i en verksamhet eller vid en sammankomst eller tillställning som omfattas av föreskrifter enligt lagen finnas personer som är i tjänst där men anställda av någon annan än den som är ansvarig för att vidta smittskyddsåtgärder. Även sådana personer bör i detta sammanhang likställas med arbetstagare och vid lagens tillämpning inte anses som besökare eller deltagare. Det kan t.ex. vara fråga om konsulter i verksamheten, men det kan också vara individer som är där i annat uppdrag, exempelvis s.k. blåljuspersonal. Slutligen är inte heller en person som, utan att vara anställd är t.ex. funktionär i verk-

samheten eller vid sammankomsten eller tillställningen, att anse som besökare eller deltagare.

7 § Med resenärer avses i lagen personer ur allmänheten som reser med kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik och personer ur allmänheten som nyttjar lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik och flygtrafik.

I paragrafen finns en definition av begreppet resenärer. Övervägandena finns i avsnitt 9.10.

Med resenärer avses i lagen personer ur allmänheten som reser med kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik och personer ur allmänheten som nyttjar lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik och flygtrafik.

Gällande vilka personkategorier inom kollektivtrafiken och flygtrafiken som inte är att betrakta som personer ur allmänheten, se författningskommentaren till 6 § gällande besökare och deltagare.

2 kap. Lagens tillämpning

Regeringen föreskriver när samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas

1 § Regeringen får föreskriva att bestämmelserna i 4 och 5 kap. och 7 kap. 1 § helt eller delvis ska tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer. En sådan föreskrift får endast gälla en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga och som förekommer, eller inom kort kan förekomma, här i landet i en sådan omfattning att det kan krävas samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt denna lag.

Föreskriften ska gälla för en viss tid och längst tolv månader.

Paragrafen innehåller förutsättningarna för att tillämpa lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 9.8.1–9.8.3.

Första stycket innehåller ett bemyndigande som innebär att regeringen får föreskriva att bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder (4 och 5 kap. och 7 kap. 1 §) ska börja tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer. En sådan föreskrift får endast gälla en viss sjukdom som antingen är upptagen i bilaga 2 till smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, eller som

regeringen med stöd av 9 kap. 2 § SmL föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen ska vara tillämpliga på. Regeringen meddelar sådana föreskrifter i en förordning. Något hinder att en förordning enligt 9 kap. 2 § SmL och en förordning enligt förevarande paragraf beslutas samtidigt för sjukdomen finns inte, förutsatt att kraven för att besluta om respektive förordning är uppfyllda.

Att sjukdomen är samhällsfarlig innebär att den uppfyller definitionen av samhällsfarlig sjukdom i 1 kap. 3 § tredje stycket SmL. Det innebär att den ska kunna överföras till eller mellan människor och kunna vara livshotande, innebära långvarig sjukdom och svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och att det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Det innebär också att den ska kunna få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kan kräva extraordinära smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen eller samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt denna lag (se författningskommentaren till 1 kap. 3 § SmL i avsnitt 15.3).

En spridning i samhället som innebär en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner kan uppkomma vid utbredd spridning av sjukdomen genom att merparten av sjukhusens vårdplatser behöver erbjudas dem som insjuknat i sjukdomen. Hela sjukvårdssystemet utsätts då för en stor påfrestning vilket får till följd att personer som behöver sjukhusvård av annan orsak blir utan vårdplats. Även andra viktiga samhällsfunktioner kan störas på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall. En sjukdom som i det enskilda fallet har en hög dödlighet eller medför andra allvarliga konsekvenser men som har begränsad spridningsförmåga bör inte definieras som samhällsfarlig. Sjukdomar som effektivt kan förebyggas genom individinriktade smittskyddsåtgärder bör inte heller komma i fråga att definieras som samhällsfarliga (se författningskommentaren till 1 kap. 3 § SmL i avsnitt 15.3, se även prop. 2003/04:158 s. 103).

En förordning om att bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas förutsätter att den samhällsfarliga sjukdomen förekommer, eller inom kort bedöms kunna förekomma, i Sverige i en sådan omfattning att åtgärderna i lagen bedöms kunna behövas. Smittspridningen ska således dels bedömas inte kunna hanteras endast med de åtgärder som riktar sig till smittade eller miss-

tänkt smittade och som regleras i smittskyddslagen, dels vara eller förväntas bli sådan att samhällsinriktade åtgärder bedöms kunna ha effekt och behövas för att minska förekomsten av sådana kontakter människor emellan som kan innebära risk för smittspridning. Samhällsfarliga sjukdomar som i och för sig får en stor spridning men för vilka de åtgärder som lagen möjliggör inte är verkningsfulla åtgärder, kan inte komma i fråga att tillämpa lagen på. Det gäller bl.a. smittämnen som främst smittar genom direkt eller indirekt kroppskontakt, t.ex. smittämnen med i huvudsak sexuell smittväg. Det gäller också smittämnen som överförs zoonotiskt, t.ex. via insektsbett, eller via vatten och födoämnen.

Det krävs inte att det konstaterats att smittspridning av sjukdomen förekommer i landet. Bestämmelsen ger i stället utrymme för att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan vidtas i ett tidigt skede av t.ex. en pandemi vid vilken sjukdomen bedöms kunna spridas också till och inom Sverige. Bedömningen av behovet av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan grunda sig på t.ex. Folkhälsomyndighetens eller internationella organisationers omvärldsbevakning, kunskap om smittämnet eller liknande smittämnen och bedömning av epidemiologiska data. I bedömningen kan det t.ex. vägas in om Världshälsoorganisationen, WHO, karaktäriserat utbrottet som en pandemi. En sådan bedömning av WHO är dock inte nödvändig eller ensamt avgörande.

Vid bedömningen av om lagens bestämmelser ska kunna tillämpas, ska vidare de allmänna principer som anges i 3 kap. beaktas. Av dem följer bl.a. att föreskrifter och beslut enligt lagen ska vara proportionerliga. Vad som är proportionerligt beror bl.a. på hur omfattande smittspridningen är eller förväntas att bli inom en nära framtid (se vidare författningskommentaren till 3 kap. 2 §). En förordning om att bestämmelserna i lagen ska tillämpas kräver således en bedömning av risken för att sjukdomen får en omfattande spridning i Sverige, av vilken påverkan på samhällsviktiga funktioner spridningen kan få och av om det kan krävas samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för att hantera smittspridningen. Att det förekommer spridning av en samhällsfarlig sjukdom i Sverige, i Sveriges närområde eller i övriga världen är således inte ensamt tillräckligt för att bestämmelserna i lagen ska kunna tillämpas.

Det är vidare viktigt att åtgärder som vidtas för att motverka och förhindra smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom anpassas

till det aktuella smittämnets egenskaper i fråga om t.ex. spridningssätt. Av bestämmelsen följer därför att regeringens förordning om tillämpning av lagen kan omfatta bestämmelserna om de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna i lagen i sin helhet eller en eller flera av dem. Det krävs således att regeringen gör en bedömning av behovet av att tillämpa de åtgärder som lagen ger utrymme för utifrån de omständigheter som råder i fråga om den aktuella sjukdomen. Något hinder att vid olika tidpunkter föreskriva att olika bestämmelser ska tillämpas finns inte. Situationen kan dock vara sådan att det finns behov av att kunna vidta samtliga samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och att samtliga bestämmelser då behöver kunna tillämpas på en och samma gång. Omständigheterna vid smittspridningen kan också vara sådana att bedömningen är att de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna kommer behöva utökas eller på annat sätt anpassas skyndsamt efter smittspridningens förlopp och att det därför finns ett behov av flexibilitet i tillämpningen av bestämmelserna. Även under sådana förhållanden kan regeringen föreskriva att bestämmelserna ska tillämpas i sin helhet. Något krav på att regeringen måste tillämpa en bestämmelse som omfattas av en förordning finns dock inte.

Av *andra stycket* följer att regeringens förordning ska vara tidsbegränsad och gälla som längst tolv månader. Detta innebär att redan inför att förordningen beslutas behöver det övervägas under vilken tid bestämmelserna om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vara tillämpliga. Något hinder mot att vid behov förlänga giltighetstiden när den går ut finns dock inte. En sådan förlängning görs på motsvarande sätt som vid aktiveringen, dvs. genom en förordning som ska underställas riksdagens prövning (angående underställning, se 2 §).

Regeringens föreskrift ska underställas riksdagens prövning

2 § En föreskrift enligt 1 § ska underställas riksdagens prövning inom två veckor från den dag som föreskriften beslutades. Underställs inte föreskriften riksdagen inom denna tid upphör den att gälla.

En föreskrift som innebär att bestämmelser i 4 eller 5 kap., eller 7 kap. 1 § inte längre ska tillämpas behöver inte underställas riksdagens prövning.

Paragrafen innehåller bestämmelser om underställning. Övervägandena finns i avsnitt 9.8.4.

Kravet på underställning i *första stycket* innebär att regeringens förordning med föreskrifter om att bestämmelser i 4 eller 5 kap. eller 7 kap. 1 § ska tillämpas, ska överlämnas till riksdagen genom en proposition. Överlämnandet ska göras inom två veckor från den dag då förordningen beslutades, dvs. från dagen för regeringssammanträdet (prop. 1973:90 s. 321). Vid beräkning av tiden gäller lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid. Om förordningen inte underställs inom denna tid upphör den att gälla.

Regeringen ska föreslå att riksdagen beslutar om förkortad motionstid med anledning av att en sådan proposition måste behandlas skyndsamt (se 9 kap. 13 § riksdagsordningen).

Riksdagen måste aktivt ta ställning till behovet av en underställd förordning. Om riksdagen gör samma bedömning som regeringen, fortsätter förordningen att gälla till dess att giltighetstiden för den har gått ut. Om riksdagen inte gör samma bedömning som regeringen i fråga om behovet av föreskrifterna, kan riksdagen i stället meddela en lag som upphäver regeringens förordning.

Det finns inget hinder mot att regeringens förordning träder i kraft innan den underställs.

Tidsbegränsade föreskrifter gäller under den föreskrivna giltighetstiden, om de inte upphävs tidigare. Enligt *andra stycket* behöver en föreskrift som innebär att en föreskrift om att tillämpa bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder helt eller delvis upphör att gälla inte underställas riksdagens prövning.

3 kap. Allmänna utgångspunkter

Syftet med åtgärderna

1 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får meddelas endast för att motverka spridning av den sjukdom som avses i 2 kap. 1 §.

Paragrafen innehåller en grundläggande bestämmelse om syftet med föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt lagen. Övervägandena finns i avsnitt 9.9.

Bestämmelsen innebär att det måste finnas en koppling mellan smittskyddsåtgärden och den eftersträvade effekten på spridningen av den sjukdom som regeringen föreskrivit att bestämmelserna ska tillämpas på (se 2 kap. 1 §). Om förhållanden som föranlett en särskild åtgärd inte längre är för handen ska den tas bort.

Åtgärderna ska vara proportionerliga

2 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa.

Paragrafen innehåller en grundläggande bestämmelse om proportionalitet. Bestämmelsen har sin motsvarighet i 1 kap. 4 § första stycket andra ledet smittskyddslagen (2004:168). Övervägandena finns i avsnitt 9.9.

Bestämmelsen innebär att föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt lagen inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa. De ska alltså vara proportionerliga. Kravet på proportionalitet innebär att det ska göras en avvägning mellan vad som kan uppnås genom åtgärden i fråga om minskad smittspridning och de negativa konsekvenser som åtgärden kan förväntas få. Tänkbara exempel på positiva effekter är minskad sjuklighet och dödlighet i befolkningen i den aktuella sjukdomen. En annan tänkbar positiv effekt är minskad belastning inom sjukvården. Tänkbara exempel på negativa konsekvenser som ska beaktas är försämrad folkhälsa i andra avseenden än i fråga om sjukdomen, inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter som mötesfrihet, demonstrationsfrihet, näringsfrihet och egendomsskydd, samt negativa konsekvenser för privatpersoner och företag.

Vad som är en proportionerlig åtgärd beror bl.a. på hur hög dödlighet och sjuklighet i befolkningen som sjukdomen ger upphov till, och hur omfattande smittspridningen är vid den aktuella tidpunkten eller kan förväntas bli inom en snar framtid. Kravet på proportionalitet innebär också att en föreskrift eller ett beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder inte får gälla under längre tid eller inom ett större område än vad som kan motiveras i förhål-

lande till syftet att motverka smittspridning (se författningskommentaren till 6 kap. 3 och 4 §§).

Vetenskap och beprövad erfarenhet

3 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Paragrafen innehåller en grundläggande bestämmelse om att föreskrifter och beslut enligt lagen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Bestämmelsen har sin motsvarighet i 1 kap. 4 § första stycket första ledet smittskyddslagen (2004:168). Övervägandena finns i avsnitt 6.5 och 9.9.

Med vetenskap avses vetenskaplig kunskap som har tagits fram med olika forskningsmetoder. Med beprövad erfarenhet avses kunskap som vuxit fram genom att kunskaper från professioner inom smittskyddet har synliggjorts, värderats och systematiserats genom uppföljning, dokumentation, kritisk granskning och spridning.

Att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet innebär att åtgärderna ska vara förenliga med bästa tillgängliga kunskap. Uttrycket vetenskap och beprövad erfarenhet ska inte tolkas alltför snävt. Vid t.ex. ett omfattande utbrott av en ny smittsam sjukdom kan kunskapsläget vara begränsat i fråga om sjukdomens egenskaper, t.ex. smittsamhet och spridningssätt. Under sådana förhållanden bör beaktas vetenskap och beprövad erfarenhet om smittskyddsåtgärder som generellt sett minskar risken för att sjukdomar smittar mellan människor och för att nya smittkedjor uppstår. Kunskapsläget om grundläggande åtgärder som kan minska risken för smittspridning är inte beroende av fullständig kunskap om ett specifikt smittämne och dess egenskaper. Som exempel kan nämnas att om lagen görs tillämplig på ett nytt luftvägsvirus bör åtgärder kunna grundas på kunskap om andra virus i samma familj eller på andra virus med liknande egenskaper.

Respekt för människors lika värde och integritet

4 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bygga på respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

Paragrafen innehåller en grundläggande bestämmelse som slår fast att föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt lagen ska vara förankrade i en humanistisk människosyn. Övervägandena finns i avsnitt 9.9.

Synsättet innebär bl.a. att smittade personer har samma värde och rätt till skydd som andra samhällsmedlemmar. Bestämmelsen har sin motsvarighet i 1 kap. 4 § andra stycket smittskyddslagen (2004:168).

Barnets bästa

5 § Vid föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser verksamheter, sammankomster och tillställningar som riktar sig till barn ska det som bedöms vara barnets bästa särskilt beaktas.

Paragrafen innehåller en grundläggande bestämmelse om principen om barnets bästa. Bestämmelsen har sin motsvarighet i artikel 3.1 i den reviderade svenska översättningen av Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och i 1 kap. 4 § tredje stycket smittskyddslagen (2004:168). Övervägandena finns i avsnitt 9.9.

Av bestämmelsen framgår att vid föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser verksamheter, sammankomster och tillställningar som riktar sig till barn ska det som bedöms vara barnets bästa särskilt beaktas. Vad som menas med verksamheter, tillställningar och sammankomster anges i 1 kap. 4 och 5 §§.

Barnets bästa kan inte fastställas en gång för alla. Det innebär att alla aktörer har att kontinuerligt göra barnrättsliga analyser inför föreskrifter och beslut enligt lagen som rör verksamheter, sammankomster och tillställningar som riktar sig till barn.

Vad som är bäst för barnet ska undersökas och vägas mot andra intressen. Att det som bedöms vara bäst för barnet särskilt ska beaktas innebär att barnets bästa ska ha hög prioritet och inte bara vara ett bland flera överväganden. Det gäller såväl i de fall barn bär

på en smittsam sjukdom som i de fall åtgärder behöver vidtas för att förhindra att barn smittas.

4 kap. Skyldighet att motverka smittspridning

Riskhantering i verksamheter och vid sammankomster och tillställningar

1 § Den som ansvarar för en verksamhet, allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska bedöma vilka risker som finns i verksamheten eller vid sammankomsten eller tillställningen för spridning av den sjukdom som avses i 2 kap. 1 §.

Den ansvarige ska utifrån bedömningen vidta lämpliga åtgärder så att människor kan hålla avstånd från varandra och även på andra sätt motverka smittspridning.

Riskbedömningen och de åtgärder som vidtas ska dokumenteras.

Paragrafen innehåller bestämmelser om verksamhetsansvarigas skyldighet att motverka smittspridning. Övervägandena finns i avsnitt 9.11.

Tillämpningen av paragrafen förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att den ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Vid en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom, eller när en sådan inom kort kan förväntas drabba landet, men där situationen är sådan att tvingande åtgärder och begränsningar enligt 5 kap. inte anses vara nödvändiga för att motverka smittspridningen, kan paragrafen tillämpas som en självständig samhällsinriktad smittskyddsåtgärd. Paragrafen kan dock också tillämpas tillsammans med tvingande åtgärder och begränsningar enligt 5 kap. om situationen är sådan att det anses vara behövligt.

Bestämmelserna i *första stycket* innebär att den som ansvarar för en verksamhet eller anordnar en allmän sammankomst eller offentlig tillställning är skyldig att bedöma risken för spridning av den aktuella sjukdomen i sin verksamhet eller vid sin tillställning eller sammankomst. Den som ansvarar för verksamheten är den som bedriver eller anordnar verksamheten, tillställningen eller sammankomsten. Vad som avses med verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar anges i 1 kap. 4 och 5 §§.

Vid bedömningen ska riskfaktorer för smittspridning identifieras. En sådan faktor kan vara risken för att människor som normalt sett

inte träffas kommer samman och tillbringar tid i varandras närhet på ett sätt som gör att risk för smittspridning uppstår. Vid bedömningen bör hänsyn också tas till typen av aktivitet, t.ex. om den involverar nära eller långvarig kontakt mellan deltagarna eller om den hålls inomhus, vilket normalt innebär en högre risk för smittspridning än under motsvarande förhållanden utomhus. Det bör t.ex. också beaktas att verksamheter som omfattar ett stort antal deltagare kan innebära en större risk för smittspridning eftersom många människor som annars inte hade träffats då kommer samman, vilket kan öka risken för att nya smittkedjor uppstår och att sjukdomen riskerar att spridas vidare när de återvänder hem. Det bör t.ex. också beaktas att arrangemang med internationellt deltagande kan öka risken för smittspridning. Vidare bör beaktas att verksamheter, sammankomster eller tillställningar riktade till människor från identifierade riskgrupper för allvarlig sjukdom gör smittspridning särskilt riskfylld. Se även 6 kap. 1 § för omständigheter som bör beaktas vid bedömningen.

Med bedömningen som grund ska den verksamhetsansvarige enligt bestämmelsen i *andra stycket* vidta lämpliga åtgärder för att förhindra smittspridning. I bestämmelsen nämns särskilt åtgärder som innebär att människor kan hålla avstånd från varandra. Sådana åtgärder kan vara att informera om vikten av att hålla avstånd, markera avstånd i golvet, möblera om eller på annat sätt skapa utrymme för att undvika trängsel eller på annat sätt undvika att flera människor samlas i trånga lokaler genom att begränsa antalet människor som vistas i lokalen samtidigt eller att ta fram alternativa lösningar till kassaköer. Andra lämpliga smittskyddsåtgärder kan vara att i den mån det är möjligt anordna verksamheten utomhus med adekvata smittskyddsåtgärder i stället för inomhus eller att hålla digitala möten. Det kan också handla om att erbjuda möjlighet att tvätta händerna med tvål och vatten och erbjuda handsprit.

Genom bestämmelsen i *tredje stycket* är den verksamhetsansvarige skyldig att dokumentera sin bedömning och de åtgärder som vidtas.

Med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen bör närmare föreskrifter meddelas om riskbedömningen och dokumentationen (se 2 §). Vägledning i fråga om vilka åtgärder som är lämpliga bör ges av Folkhälsomyndigheten.

2 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om riskbedömningen och dokumentationen.

Paragrafen upplyser om att det finns möjlighet för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela verkställighetsföreskrifter. Sådana föreskrifter kan reglera vilka omständigheter som bör beaktas vid riskbedömningen och hur dokumentationen bör utformas. Övervägandena finns i avsnitt 9.11.

Var och ens ansvar

3 § Vid en verksamhet, allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska var och en medverka till att förhindra smittspridning.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om enskilda individers skyldighet att medverka till att förhindra smittspridning vid verksamheterna som omfattas av denna lag. Övervägandena finns i avsnitt 9.11.

I 2 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, finns en bestämmelse som slår fast att utgångspunkten är att var och en så långt som möjligt ska vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot smittrisk. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar (prop. 2003/04:30 s. 214). Förevarande bestämmelse kompletterar 2 kap. 1 § SmL och gäller för enskilda i de verksamheter, sammankomster och tillställningar som omfattas av lagen.

Bestämmelsen innebär att enskilda inte bara genom försiktighetsåtgärder ska förhindra smittspridning av den aktuella sjukdomen, utan även respektera de smittskyddsåtgärder som den verksamhetsansvarige har vidtagit.

Med var och en avses alla som på något sätt deltar i verksamheten, sammankomsten eller tillställningen, dvs. såväl deltagare och besökare, som arbetstagare, funktionärer och andra som är närvarande vid genomförandet.

Tillämpningen av paragrafen förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att den ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom.

5 kap. Bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Vissa verksamheter som är öppna för allmänheten

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

1§ Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som driver en fritids- och kulturverksamhet, en handelsplats eller ett serveringsställe ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet besökare och deltagare,
2. minsta avstånd mellan besökare och deltagare,
3. begränsning av öppettider, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen om att meddela föreskrifter om att den som driver sådana verksamheter som omfattas av lagen ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Regeringen får delegera föreskriftsrätten till den myndighet som regeringen bestämmer. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.1.

Tillämpningen av bemyndigandet förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att det ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Regeringen kan också ha föreskrivit att bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på samma samhällsfarliga sjukdom. I så fall gäller bestämmelserna i 4 kap. tillsammans med föreskrifter som meddelas med stöd av förevarande paragraf.

Bemyndigandet omfattar föreskrifter om att den som driver en fritids- och kulturverksamhet, en handelsplats eller ett serveringsställe ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. I 1 kap. 4 § finns en definition av begreppet verksamhet som bl.a. innefattar fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten, handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats och restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten.

Med fritids- och kulturverksamheter avses verksamheter som erbjuder olika typer av fritidssysselsättningar, kulturaktiviteter, förströelse eller underhållning. Exempel på sådana verksamheter är gym- och sportanläggningar, badanläggningar, campingplatser, bibliotek, museum, djurparker och lekland.

Med gym- och sportanläggningar avses anläggningar som huvudsakligen används för fysisk träning eller sport. Med badanläggning

avses en offentlig badinrättning. Med bibliotek avses en plats där allmänheten får låna eller på annat sätt får tillgång till litteratur och får tillgång till information. Det har för lagens tillämpning ingen betydelse vilket slags bibliotek enligt bibliotekslagens (2013:801) definitioner som det är fråga om. Begreppet museum syftar på en institution som ställer ut materiella och immateriella vittnesbörder om människan och människans omvärld. Med campingplats avses ett avgränsat område för boende i tält eller husvagn. Med djurpark avses ett avgränsat område som erbjuder förevisning av djur.

Verksamheter som bedrivs enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller socialtjänstlagen (2001:453), t.ex. daglig verksamhet, omfattas inte av begreppet fritids- och kulturverksamhet.

Handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats avser det som i dagligt tal benämns butiker och serviceinrättningar. Med butiker bör då avses lokaler för försäljning av varor, t.ex. livsmedel, bruksföremål, vitvaror och kläder. I butiker kan även viss försäljning av tjänster pågå. Inte heller att det också bedrivs viss annan verksamhet i lokalen, t.ex. att det finns en kafédel, utesluter att det är fråga om en butik. Det är den huvudsakliga verksamheten som avgör om det är fråga om en handelsplats i lagens mening. Serviceinrättningar bör avse platser för försäljning av tjänster, t.ex. frisörsalonger, skönhetssalonger och cykelverkstäder. I serviceinrättningar kan även viss försäljning av varor ske. Viss utbildning som t.ex. trafikskolor och kursverksamheter som tydligt bjuds ut till försäljning bör kunna omfattas.

Även det som i dagligt tal benämns köpcentrum och varuhus bör i sig betraktas som handelsplatser i lagens mening. I köpcentrum eller varuhus inryms typiskt sett butiker och serviceinrättningar, men det kan även inrymmas annan verksamhet än butiker eller serviceinrättningar, t.ex. serveringsställen. Även inomhustorg, inomhusgågator och platser där kunder och besökare uppehåller sig en längre tid, t.ex. för att umgås, strosa eller för att sitta ned en stund ingår i handelsplatsen.

Platser för hälso- och sjukvård eller tandvård, t.ex. vårdcentraler och tandläkarmottagningar omfattas inte av begreppet serviceinrättningar. Inte heller t.ex. socialtjänst- eller myndighetslokaler, till vilka allmänheten förvisso kan ha tillträde, omfattas av begreppet serviceinrättning.

En handelsplats kan vara såväl permanent som tillfällig, t.ex. hålla öppet några timmar per vecka, några dagar per år eller sporadiskt. Det krävs inte att det är fråga om försäljning på stället eller att det är möjligt att betala på plats. I vissa verksamheter som omfattas av begreppet förevisas exempelvis produkter i syfte att besökarna ska överväga ett köp först vid senare tillfälle.

Med restauranger och andra serveringsställen avses sådana serveringsställen som omfattades av den tillfälliga lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen som gällde under covid-19-pandemin. Begreppet serveringsställe gavs i den lagen samma innebörd som i lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter. Exempel på sådana serveringsställen är – utöver restauranger – barer, pubar, diskotek, kaféer och konditorier. Inrättningarna har det gemensamt att det där sker servering till besökare som kan vara sittande eller stående.

Begreppet restauranger och andra serveringsställen är i förevarande lag dock inte begränsat till sådana inrättningar som erbjuder möjlighet till förtäring på stället. Begreppet omfattar således även gatukök och liknande inrättningar.

För att det ska vara fråga om ett serveringsställe ska det vara fråga om servering som sker till allmänheten. Ett serveringsställe kan vara såväl permanent som tillfälligt, t.ex. hålla öppet några timmar per vecka, några dagar per år eller sporadiskt.

Även annan verksamhet förutom själva serveringen till besökare kan förekomma på ett serveringsställe, t.ex. ett dansgolv eller platser för olika slags spel. Det är som utgångspunkt den huvudsakliga verksamheten som avgör om det är fråga om ett serveringsställe.

Liksom i lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen bör även serveringsställen som abonneras eller som på annat sätt används eller hyrs ut till slutna sällskap omfattas av begreppet.

Den som bedriver fritids- och kulturverksamhet eller driver en handelsplats eller ett serveringsställe kan vara en fysisk eller juridisk person. Flera personer kan bedriva verksamheten gemensamt. Det finns heller ingen begränsning till vilken associationsform det kan vara fråga om. Även t.ex. ideella verksamheter omfattas.

Föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet behöver inte omfatta alla verksamheter utan kan inskränkas till vissa typer av verksamheter som medför särskilt stora risker för smittspridning.

Enligt *första punkten* får föreskrifterna innebära krav på begränsning av antalet besökare och deltagare. Begreppen besökare och deltagare definieras i 1 kap. 6 §. Det är t.ex. möjligt att ange ett maximalt antal besökare och deltagare i förhållande till storleken på lokalerna och tillhörande områden utomhus som besökare har tillträde till. Det är också möjligt att göra skillnad på t.ex. utomhus- respektive inomhusdelar.

Enligt *andra punkten* är det möjligt att med stöd av bemyndigandet begränsa avståndet mellan besökare och deltagare. Genom sådana föreskrifter kan t.ex. det minsta tillåtna avståndet mellan bord regleras.

Enligt *tredje punkten* får föreskrifterna innebära begränsning av öppettider.

Av *fjärde punkten* framgår att föreskrifterna får innebära även andra krav på åtgärder för att förhindra smittspridning. Uppräkningen i andra stycket 1–3 är alltså inte uttömmande. Exempel på andra smittskyddsåtgärder är att tillhandahålla handdesinfektion och att ha särskilda rutiner för in- och utpassage.

När föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Föreskrifterna får enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §. Vidare ska beaktas vad som sägs i 6 kap. 1 § om att det ska eftersträvas en enhetlig reglering för verksamheter, sammankomster och tillställning som är likvärdiga ur smittrisksynpunkt, samt vad som sägs om 6 kap. 2 § i fråga om allmänna sammankomster.

Föreskrifter om att verksamheter ska hållas stängda

2 § Regeringen får, om åtgärder enligt 1 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om att sådana verksamheter som avses där ska hållas stängda.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen om att meddela föreskrifter om att verksamheter enligt lagen ska hållas stängda. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.1.

Bestämmelsen ger regeringen möjlighet att som en yttersta åtgärd meddela föreskrifter om att fritids- och kulturverksamheter, handelsplatser eller serveringsställen ska hållas stängda. Sådana föreskrifter är mycket långtgående åtgärder och får, så som framgår av bestämmelsen, meddelas endast om andra smittskyddsåtgärder bedöms

otillräckliga. Utgångspunkten bör alltså vara att de åtgärder som införs ska vara mindre långtgående än nedstängning av verksamheter.

Innan föreskrifter meddelas med stöd av bemyndigandet ska noga övervägas vilka följderna blir för utövandet av enskildas grundläggande fri- och rättigheter och för andra aspekter för enskilda, näringslivet, föreningslivet och samhället i stort.

Mot bakgrund av kravet på proportionalitet bör det vidare så långt det är möjligt inte komma i fråga att meddela föreskrifter om att samhällsviktiga handelsplatser som exempelvis livsmedelsbutiker, apotek och bibliotek ska hållas stängda. Skulle situationen vara sådan att en sådan verksamhet behöver stängas behöver allmänhetens tillgång till nödvändiga varor och service säkerställas på annat sätt.

Om föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Sådana föreskrifter får vidare enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §.

Religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten

3 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av trossamfund som bedriver en religiös verksamhet. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet besökare och deltagare,
2. minsta avstånd mellan besökare och deltagare, och
3. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter om att trossamfund som bedriver religiös verksamhet som är öppen för allmänheten ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Regeringen får delegera föreskriftsrätten till den myndighet som regeringen bestämmer. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.2.

Tillämpningen av bemyndigandet förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att den ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Regeringen kan också ha föreskrivit att bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på samma samhällsfarliga sjukdom. I så fall gäller bestämmelserna i 4 kap. tillsammans med föreskrifter som meddelas med stöd av förevarande paragraf.

Med trossamfund avses detsamma som i 2 § första punkten lagen (1998:1593) om trossamfund, dvs. en gemenskap som utövar religiös verksamhet i vilken gudstjänst, bön, meditation eller andra ritualer ingår. Begreppet verksamhet enligt förevarande lag definieras i 1 kap. 4 § och innefattar bl.a. religiös verksamhet som är öppen för allmänheten och som inte utgör en allmän sammankomst enligt ordningslagen (1993:1617).

Begreppet religiös verksamhet är inte självständigt definierat i lagen. Det som avses med religiös verksamhet kan dels bestå i att trossamfundets lokaler står öppna för besökare för t.ex. enskild bön, dels annan religiös verksamhet som utan att vara en allmän sammankomst är öppen för allmänheten. Det är fråga om verksamheter främst i kyrkor, moskéer, synagogor och på andra religiösa platser.

Att allmänna sammankomster inte omfattas av denna bestämmelse innebär bl.a. att gudstjänster och liknande sammankomster inte omfattas. De kan däremot omfattas av föreskrifter som meddelas om allmänna sammankomster enligt 11 och 12 §§.

Föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet behöver inte omfatta all religiös verksamhet utan kan inskränkas till viss typ av verksamhet som medför särskilt stora risker för smittspridning.

Enligt *punkt 1* får föreskrifterna innebära krav på begränsning av antalet besökare och deltagare. Begreppen besökare och deltagare definieras i 1 kap. 6 §. Det är t.ex. möjligt att ange ett maximalt antal besökare och deltagare i förhållande till storleken på lokalerna och tillhörande områden utomhus som besökare har tillträde till. Det är också möjligt att göra skillnad på t.ex. utomhus- respektive inomhusdelar.

Enligt *punkt 2* är det möjligt att med stöd av bemyndigandet begränsa avståndet mellan besökare och deltagare. Genom sådana föreskrifter kan t.ex. det minsta tillåtna avståndet mellan t.ex. sittande deltagare regleras.

Av *punkt 3* framgår att föreskrifterna får innebära även andra krav på åtgärder för att förhindra smittspridning. Uppräkningen i första stycket 1–3 är alltså inte uttömmande. Exempel på andra smittskyddsåtgärder är att tillhandahålla handdesinfektion och att ha särskilda rutiner för in- och utpassage. Det är dock inte möjligt att med stöd av denna punkt begränsa öppettider eller helt stänga religiösa verksamheter.

När föreskrifter meddelas med stöd av bemyndigandet gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Föreskrifterna får enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §. Vidare ska vad som sägs i 6 kap. 1 § beaktas och hänsyn tas till vad som sägs i 6 kap. 2 § i fråga om allmänna sammankomster.

Kollektivtrafik och inrikes flygtrafik

4 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som bedriver eller organiserar verksamhet i form av kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik, ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet resenärer på färdmedel,
2. begränsning av antalet resenärer i lokaler eller på områden som är avsedda att användas av resenärer, och
3. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i fråga om kollektivtrafik och inrikes flygtrafik samt i fråga om lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer. Regeringen får delegera föreskriftsrätten till den myndighet som regeringen bestämmer. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.3.

Tillämpningen av bemyndigandet förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att den ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Regeringen kan också ha föreskrivit att bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på samma samhällsfarliga sjukdom. I så fall gäller bestämmelserna i 4 kap. tillsammans med föreskrifter som meddelas med stöd av förevarande paragraf.

Begreppen kollektivtrafik och inrikes flygtrafik har i denna lag samma innebörd som i den tillfälliga lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (se prop. 2020/21:79 s. 41–45). Med kollektivtrafik avses trafik med allmänna färdmedel. Exempel på sådan trafik är regional kollektivtrafik med t.ex. buss, spårvagn, tunnelbana, pendeltåg eller båt. Paragrafen omfattar även kommersiell kollektivtrafik, t.ex. taxitrafik och långväga tågtrafik samt färdtjänst, riksfärdtjänst, sjukresor och skol-

skjuts. Utöver kollektivtrafik omfattar paragrafen inrikes flygtrafik. Med inrikes flygtrafik avses civil trafik med luftfart mellan flygplatser inom landet.

Föreskrifter om skyldighet att vidta åtgärder som meddelas med stöd av bemyndigandet behöver inte omfatta all kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, utan kan inskränkas till vissa trafikslag som medför särskilt stora risker för smittspridning.

Av *första stycket* framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas. Föreskrifterna i fråga kan rikta sig till både den som bedriver kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller den som organiserar sådan trafik. Både den som sköter den dagliga driften av kollektivtrafik och den som ansvarar för kollektivtrafik och i den egenskapen upphandlar kollektivtrafiktjänster, anses bedriva kollektivtrafik i lagens mening.

Föreskrifter kan också riktas mot den som ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik. Som ansvarig för att vida åtgärder bör den betraktas som i egenskap av ägare eller på någon annan grund disponerar över lokalen eller området och har möjlighet att vidta smittskyddsåtgärder. De lokaler och områden som avses är de delar av t.ex. perronger och andra på- och avstigningsplatser, stationshus, bussterminaler, busshållplatser och flygplatser som resenärer har tillgång till. Även lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i internationell flygtrafik omfattas av bestämmelsen. Begreppet resenär är definierat i 1 kap. 7 §.

Enligt *punkterna 1–3* får föreskrifterna innebära krav på begränsning av antalet resenärer på ett färdmedel, begränsning av antalet resenärer i lokaler eller på områden som är avsedda att användas av resenärer samt andra åtgärder för att förhindra smittspridning. Bestämmelserna har en likartad utformning som 1 § (se författningskommentaren till den paragrafen). Föreskrifterna ger dock inte utrymme för att begränsa öppettiderna eller att helt förbjuda kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik.

Om föreskrifter som avses i paragrafen övervägs måste det särskilt beaktas att kollektivtrafik kan vara samhällsviktig verksamhet och att många människor är beroende av kollektivtrafik för att ta sig till sina arbets- och utbildningsplatser, vilket inkluderar perso-

ner som arbetar i annan samhällsviktig verksamhet. Viss kollektivtrafik tillgodoser därtill rättigheter som regleras i lag, t.ex. färdtjänst.

När föreskrifter meddelas med stöd av bemyndigandet gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Föreskrifter får enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §. Vidare ska vad som sägs i 6 kap. 1 § om en enhetlig utformning beaktas.

Användning och upplåtelse av platser för privata sammankomster

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

5 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av den som yrkesmässigt använder eller, direkt eller indirekt, upplåter en lokal, ett område eller ett utrymme för en tillställning eller någon annan privat sammankomst. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare,
2. minsta avstånd mellan deltagare,
3. begränsning av tiden för sammankomsten, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser lokaler, områden och utrymmen för privata sammankomster. Regeringen får delegera föreskriftsrätten till den myndighet som regeringen bestämmer. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.4.

Tillämpningen av bemyndigandet förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att den ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Regeringen kan också ha föreskrivit att bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på samma samhällsfarliga sjukdom. I så fall gäller bestämmelserna i 4 kap. tillsammans med föreskrifter som meddelas med stöd av förevarande paragraf.

Av paragrafen framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som yrkesmässigt använder eller, direkt eller indirekt, upplåter en lokal, ett område eller ett utrymme för en tillställning eller någon annan privat sammankomst ska vidta smittskyddsåtgärder.

Ordet yrkesmässigt har samma innebörd som i 13 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229). Det innebär att verksamheten ska bedrivas regelbundet och varaktigt samt att den ska ha viss omfattning. Yrkesmässig verksamhet kan exempelvis bedrivas av aktiebolag, handelsbolag, enskilda näringsidkare, ekonomiska föreningar, ideella föreningar, stiftelser och trossamfund. Även kommunal och statlig verksamhet omfattas. Däremot omfattas inte rent privat verksamhet, t.ex. när någon lånar ut sin bostad till en bekant. Det krävs inte heller att själva användningen eller upplåtelsen av lokalen som sådan är regelbunden och varaktig, dvs. även en enstaka upplåtelse inom ramen för en yrkesmässig verksamhet omfattas. Det krävs inte heller att verksamheten bedrivs med vinstsyfte.

Exempel på lokaler, områden och utrymmen som omfattas är festlokaler som hyrs ut på kommersiell grund, gemensamhetslokaler i hyres- och bostadsrättsfastigheter, föreningslokaler, lokaler som tillhör universitet, högskolor och studentkårer samt bussar och båtar som hyrs ut för feständamål. Serveringsställen omfattas inte av denna paragraf. För serveringsställen gäller bemyndigandena i 1 §.

Vidare krävs att verksamhetsutövaren använder eller upplåter lokalen, området eller utrymmet för en sådan privat sammankomst som avses i bestämmelsen. Med användning avses att verksamhetsutövaren har kontroll över den aktuella platsen när sammankomsten äger rum, t.ex. genom att verksamhetsutövaren eller annan personal befinner sig på platsen. Med upplåtelse avses att lokalen, området eller utrymmet på grund av uthyrning, utlåning eller liknande disponeras av den som håller sammankomsten. Det har ingen betydelse om det utgår ersättning för rätten att disponera lokalen, området eller utrymmet eller inte.

Såväl direkt upplåtelse som indirekt upplåtelse, dvs. upplåtelse i flera led, omfattas av bestämmelsen. För att användningen eller upplåtelsen ska omfattas av föreskrifter som har meddelats med stöd av paragrafen krävs att det går att göra en distinktion mellan verksamhetsutövaren och den som håller sammankomsten.

En ytterligare förutsättning är att användningen eller upplåtelsen sker för en viss sammankomst.

Det krävs att det är fråga om en tillställning eller någon annan liknande privat sammankomst som inte utgör en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning. Exempel på sammankomster som omfattas är middagar, fester med anledning av högtider eller

födelsedagar och studentfester. Även t.ex. spelturneringar som inte utgör offentliga tillställningar kan omfattas. Till skillnad från vad som gällde enligt motsvarande bestämmelse i den numera upphävda 11 § lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19, omfattar förevarande bestämmelse även t.ex. begravningsceremonier.

Föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandena behöver inte omfatta all användning eller upplåtelse, utan kan inskränkas till vissa situationer som medför särskilt stora risker för smittspridning.

Enligt *punkterna 1–3* får föreskrifterna innebära krav på begränsning av antalet deltagare, begränsning av tiden för sammankomsten eller andra åtgärder för att förhindra smittspridning. Bestämmelserna har en likartad utformning som 1 § (se författningskommentaren till den paragrafen). Vid utformningen av föreskrifterna bör verksamhetsutövarens praktiska möjligheter att vidta smittskyddsåtgärder beaktas. En möjlig åtgärd är t.ex. att en lokal hyrs ut under villkor att hyrestagaren begränsar antalet deltagare vid sammankomsten. I de fall som verksamhetsutövaren har personal på plats bör det kunna ställas högre krav på vilka smittskyddsåtgärder som ska vidtas.

När föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Vidare får enligt 6 kap. 3 § föreskrifterna inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §. Vidare ska vad som sägs i 6 kap. 1 § om en enhetlig utformning beaktas.

Förbud mot användning och upplåtelse av platser för privata sammankomster

6 § Regeringen får, om åtgärder enligt 5 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om förbud mot sådan användning och upplåtelse som avses där.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande till regeringen om att meddela föreskrifter om förbud mot användning och upplåtelse av platser för privata sammankomster. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.4.

Bestämmelsen ger regeringen möjlighet att som en yttersta åtgärd meddela föreskrifter om förbud mot yrkesmässig användning och upplåtelse av en lokal, ett område eller utrymme för en tillställning eller någon annan privat sammankomst. Ett sådant förbud är en mycket långtgående åtgärd och får, så som framgår av bestämmel-

sen, meddelas endast om andra smittskyddsåtgärder bedöms otillräckliga. Utgångspunkten bör alltså vara att de åtgärder som införs ska vara mindre långtgående än ett förbud.

Innan föreskrifter om förbud meddelas ska noga övervägas vilka följderna blir för utövandet av enskildas grundläggande fri- och rättigheter och för andra aspekter för enskilda, näringslivet, föreningslivet och samhället i stort.

Om föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Sådana föreskrifter får vidare enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §.

Anmälan till länsstyrelsen

7 § Regeringen får föreskriva att den som omfattas av en föreskrift enligt 5 eller 6 § på förhand ska anmäla sådana tillställningar och privata sammankomster till länsstyrelsen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva om de övriga villkor som ska gälla för en sådan anmälan.

Paragrafen innehåller bestämmelser om anmälan om att en tillställning eller privat sammankomst ska hållas. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.4.

I paragrafens *första stycke* finns ett bemyndigande om att regeringen får föreskriva att den som omfattas av föreskrifter enligt 5 eller 6 § ska anmäla till länsstyrelsen att en sådan tillställning eller annan privat sammankomst som omfattas av föreskrifterna ska hållas.

Enligt *andra stycket* får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer föreskriva om de övriga villkor som ska gälla för anmälan enligt första stycket. Sådana villkor kan t.ex. avse formerna och tidpunkten för anmälan.

Offentliga tillställningar

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

8 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som anordnar en offentlig tillställning ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare och besökare,
2. minsta avstånd mellan deltagare och besökare,
3. begränsning av tiden för tillställningen, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Sådana föreskrifter får också avse lokaler, platser eller utrymmen i anslutning till tillställningen och som anordnaren disponerar.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter beträffande samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vid offentliga tillställningar. Regeringen får delegera föreskriftsrätten till den myndighet som regeringen bestämmer. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.5.

Tillämpningen av bemyndigandet förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att det ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Regeringen kan också ha föreskrivit att bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på samma samhällsfarliga sjukdom. I så fall gäller bestämmelserna i 4 kap. tillsammans med föreskrifter som meddelas med stöd av förevarande paragraf.

I *första stycket* finns bemyndigandet till regeringen att meddela föreskrifter om att den som anordnar en offentlig tillställning ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Med offentliga tillställningar avses i paragrafen detsamma som i 2 kap. 3 § ordningslagen (1993:1617). Ansvaret för att smittskyddsåtgärder vidtas vilar på den som enligt ordningslagen är anordnare av den offentliga tillställningen.

Föreskrifter som meddelas med stöd av paragrafen behöver inte omfatta alla offentliga tillställningar utan kan inskränkas till vissa typer av tillställningar som medför särskilt stora risker för smittspridning.

De krav som föreskrifterna får innehålla räknas upp i punktform i första stycket och motsvarar i huvudsak de krav som kan ställas på vissa verksamheter enligt 5 kap. 1 §, se författningskommentaren till den bestämmelsen.

Begränsningen av tiden för tillställningen kan både gälla hur länge tillställningen får pågå och under vilka tider på dygnet tillställningen får hållas.

När föreskrifter meddelas med stöd av bemyndigandet gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Vidare får föreskrifterna enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade enligt 6 kap. 4 §.

Vidare ska beaktas vad som sägs i 6 kap. 1 § om att det ska eftersträvas en enhetlig reglering för verksamheter, sammankomster och tillställning som är likvärdiga ur smittrisksynpunkt.

I *andra stycket* anges att föreskrifter som meddelas enligt första stycket även får avse lokaler, platser eller utrymmen i anslutning till tillställningen och som anordnaren disponerar. Det som avses är att anordnaren disponerar en sådan anslutande lokal, plats eller utrymme i samband med genomförandet av den offentliga tillställningen. Inget hindrar att föreskrifterna, med beaktande av de faktorer som anges i 6 kap. 1 §, skiljer sig åt mellan olika delar av de lokaler, platser eller utrymmen som anordnaren förfogar över. Det kan t.ex. anges vissa begränsningar på läktaren invid en offentlig tillställning och andra i de anslutande lokalerna eller utrymmena.

Förbud mot offentliga tillställningar

9 § Regeringen får, om åtgärder enligt 8 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om att offentliga tillställningar inte får hållas.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen om att meddela föreskrifter om att offentliga tillställningar inte får hållas. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.5.

Bestämmelsen ger regeringen möjlighet att som en yttersta åtgärd meddela föreskrifter om förbud mot att anordna offentliga tillställningar. Ett sådant förbud är en mycket långtgående åtgärd och får, så som framgår av bestämmelsen, meddelas endast om andra smittskyddsåtgärder bedöms otillräckliga. Utgångspunkten bör alltså vara att de åtgärder som införs ska vara mindre långtgående än ett förbud.

Innan föreskrifter meddelas ska noga övervägas vilka följderna blir för utövandet av enskildas grundläggande fri- och rättigheter och för andra aspekter för enskilda, näringslivet, föreningslivet och samhället i stort.

Om föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Sådana föreskrifter får vidare enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §.

Offentliga tillställningar i en verksamhet eller vid en allmän sammankomst

10 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser offentliga tillställningar gäller också för en offentlig tillställning som hålls inom en verksamhet eller allmän sammankomst.

I paragrafen upplyses om att föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser offentliga tillställningar också gäller för en offentlig tillställning som hålls inom en verksamhet eller vid en allmän sammankomst. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.5.

Allmänna sammankomster

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

11 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som anordnar en allmän sammankomst ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare och besökare,
2. minsta avstånd mellan deltagare och besökare,
3. begränsning av tiden för sammankomsten, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Sådana föreskrifter får också avse lokaler, platser eller utrymmen i anslutning till sammankomsten och som anordnaren disponerar.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter beträffande samhällsinriktade smittskyddsåtgärder vid allmänna sammankomster. Regeringen får delegera föreskriftsrätten till den myndighet som regeringen bestämmer. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.5.

Tillämpningen av bemyndigandet förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att det ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Regeringen kan också ha föreskrivit att bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på samma samhällsfarliga sjukdom. I så fall gäller bestämmelserna i 4 kap. tillsammans med föreskrifter som meddelas med stöd av förevarande paragraf.

I *första stycket* finns bemyndigandet till regeringen att meddela föreskrifter om att den som anordnar en allmän sammankomst ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Med allmänna sammankomster avses i paragrafen detsamma som i 2 kap. 1 och 2 §§ ord-

ningslagen (1993:1617). Ansvaret för att smittskyddsåtgärder vidtas vilar på den som enligt ordningslagen är anordnare av den allmänna sammankomsten.

Föreskrifter som meddelas med stöd av paragrafen behöver inte omfatta alla allmänna sammankomster utan kan inskränkas till vissa typer av sammankomster som medför särskilt stora risker för smittspridning.

De krav som föreskrifterna får innehålla räknas upp i punktform i första stycket och motsvarar i huvudsak de krav som kan ställas på vissa verksamheter enligt 5 kap. 1 §, se författningskommentaren till den bestämmelsen.

Begränsningen av tiden för sammankomsten kan både gälla hur länge sammankomsten får pågå och under vilka tider på dygnet sammankomsten får hållas.

När föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Föreskrifterna får enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade enligt 6 kap. 4 §. Vidare ska beaktas vad som sägs i 6 kap. 1 § om att det ska eftersträvas en enhetlig reglering för verksamheter, sammankomster och tillställningar som är likvärdiga ur smittrisksynpunkt. Härvid ska dock särskilt beaktas att vid allmänna sammankomster utövas grundläggande fri- och rättigheter i form av mötesfriheten och demonstrationsfriheten. Begränsningar av mötesfriheten och demonstrationsfriheten får enligt 2 kap. 21 § regeringsformen aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett dem och inte heller sträcka sig så långt att de utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte heller göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning. En bestämmelse om vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet finns i 6 kap. 2 §.

I *andra stycket* anges att föreskrifter som meddelas enligt första stycket även får avse lokaler, platser eller utrymmen i anslutning till sammankomsten och som anordnaren disponerar. Det som avses är att anordnaren disponerar lokalen, platsen eller utrymmet i samband med genomförandet av den allmänna sammankomsten. Inget hindrar att föreskrifterna, med beaktande av de faktorer som anges i 6 kap. 1 §, skiljer sig åt mellan olika delar av de lokaler, platser eller utrym-

men som anordnaren förfogar över. Det kan t.ex. anges vissa begränsningar i biografsalong och andra i de anslutande lokalerna eller utrymmena.

Förbud mot allmänna sammankomster

12 § Regeringen får, om åtgärder enligt 11 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster inte får hållas.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen om att meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster inte får hållas. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.5.

Bestämmelsen ger regeringen möjlighet att som en yttersta åtgärd meddela föreskrifter om förbud mot att anordna allmänna sammankomster. Ett sådant förbud är en mycket långtgående åtgärd och får, så som framgår av bestämmelsen, meddelas endast om andra smittskyddsåtgärder bedöms otillräckliga. Utgångspunkten bör alltså vara att de åtgärder som införs ska vara mindre långtgående än ett förbud.

Innan föreskrifter meddelas ska noga övervägas vilka följderna blir för utövandet av enskildas grundläggande fri- och rättigheter och för andra aspekter för enskilda, näringslivet, föreningslivet och samhället i stort. Det ska särskilt beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet, vilket följer av 6 kap. 2 §. För de överväganden som härvid bör göras, se författningskommentaren till den bestämmelsen.

När föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Föreskrifterna får enligt 6 kap. 3 § inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §.

Allmänna sammankomster i en verksamhet eller vid en offentlig tillställning

13 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för allmänna sammankomster gäller också för en allmän sammankomst som hålls inom en verksamhet eller offentlig tillställning.

I paragrafen upplyses om att föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser allmänna sammankomster också gäller för en allmän sammankomst som hålls inom en verksamhet eller vid en offentlig tillställning. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.5.

Förbud mot att vistas på vissa särskilt angivna platser

Möjlighet att meddela förbud not att vistas på en viss plats

14 § Regeringen eller den kommun som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förbud mot att vistas i en park, på en badplats, på en parkering eller på någon annan särskilt angiven plats, om det på platsen finns en påtaglig risk för sådana kontakter mellan människor som kan innebära en risk för spridning av den sjukdom som avses i 2 kap. 1 §.

Sådana föreskrifter får inte innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebär ett hinder mot att förflytta sig inom riket.

Innan en kommun meddelar föreskrifter ska Folkhälsomyndigheten ges tillfälle att yttra sig över kommunens förslag.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande att meddela föreskrifter om förbud mot att vistas på en viss särskilt angiven plats. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.7.

Tillämpningen av paragrafen förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att den ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Regeringen kan också ha föreskrivit att bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på samma samhällsfarliga sjukdom. I så fall gäller bestämmelserna i 4 kap. tillsammans med de föreskrifter som meddelas med stöd av förevarande paragraf.

Enligt *första stycket* får regeringen eller den kommun som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om förbud mot att vistas i en park, på en badplats, på en parkering eller på någon annan särskilt angiven plats, om det på platsen finns en påtaglig risk för sådana kontakter mellan människor som kan innebär spridning av den samhällsfarliga sjukdomen. Regeringens subdelegation kan avse en, flera eller alla landets kommuner.

Det är endast platser som allmänheten typiskt sett har tillträde till som omfattas av bemyndigandet. Det är alltså inte möjligt att med stöd av bemyndigandet införa förbud mot att vistas i en bostad. Platser där det bedrivs näringsverksamhet eller offentlig verksamhet av mer betydande omfattning, t.ex. köpcentrum och biblio-

tek, och platser som framför allt används för att förflytta sig från en plats till en annan, t.ex. gågator och bilvägar, omfattas inte heller av bemyndigandet.

En förutsättning för att införa ett förbud med stöd av bemyndigandet är vidare att det på platsen ska finnas en påtaglig risk för sådana kontakter människor emellan som kan innebära spridning av den aktuella sjukdomen. Att risken ska vara påtaglig innebär att det inte är tillräckligt med en avlägsen eller teoretisk risk för att sådana kontakter ska uppstå. Det måste finnas konkreta omständigheter som talar för att sådana kontakter kan komma att uppstå. En sådan risk kan t.ex. erfarenhetsmässigt finnas i samband med vissa högtider som återkommande firas på samma plats och lockar människor som normalt inte träffas att komma samman. Detsamma kan gälla t.ex. i anslutning till ett visst evenemang, vissa tider på dygnet eller under vissa delar av året. Risken kan också vara högre till följd av att begränsningar införts i andra delar av samhället med stöd av andra bestämmelser i denna lag. Bedömningen av om det finns en sådan risk ska alltså göras på förhand.

Det som kan förbjudas med stöd av bestämmelsen är att vistas på en viss särskilt angiven plats. En sådan plats måste i föreskrifterna anges med namn eller identifieras på något annat sätt. Det är inte möjligt att införa ett generellt förbud mot att vistas på en viss typ av plats, t.ex. alla badplatser i en viss kommun.

Om ett förbud införs bör det kommuniceras till allmänheten på lämpligt sätt, t.ex. genom anslag eller avspärrningar. En konsekvens av att det införs ett förbud mot att vistas på en viss plats är att det inte är möjligt att hålla en allmän sammankomst eller offentlig tillställning på den platsen.

I *andra stycket* förtydligas att föreskrifterna inte får innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebär ett hinder mot att förflytta sig inom riket. Ett förbud får alltså inte innebära en begränsning av den grundlagsskyddade rörelsefriheten (2 kap. 8 § regeringsformen). Det är t.ex. inte tillåtet att införa ett förbud mot att vistas inom ett område som omsluter en bostadsfastighet. Det är den sammanlagda effekten av regeringens eller kommunens föreskrifter som ska bedömas i förhållande till rörelsefriheten. Även föreskrifter om förbud som var för sig framstår som väl avvägda kan alltså föranleda en otillåten inskränkning i rörelsefriheten när de bedöms i ett sammanhang.

Av *tredje stycket* framgår att en kommun, innan den meddelar föreskrifter, ska ge Folkhälsomyndigheten tillfälle att yttra sig över kommunens förslag till föreskrifter. Kommunen ska inför ett sådant yttrande förse myndigheten med underlag, bl.a. avseende relevanta lokala förhållandena, som är tillräckligt för att myndigheten ska kunna yttra sig.

Föreskrifter om förbud som har meddelats med stöd av paragrafen riktar sig till var och en som uppehåller sig på en plats i strid med ett förbud. Den som bryter mot en sådan föreskrift kan enligt 15 § dömas till penningböter. Det följer dock av allmänna principer att myndigheters personal i tjänsteutövning får vidta nödvändiga och trängande åtgärder på en plats som omfattas av ett vistelseförbud. Det gäller t.ex. polis, sjukvård och totalförsvar.

Om föreskrifter meddelas med stöd av paragrafen gäller de allmänna utgångspunkter som anges i 3 kap. Föreskrifterna ska gälla för viss tid enligt 6 kap. 4 §.

Straff

15 § Den som bryter mot en föreskrift som har meddelats med stöd av 14 § döms till penningböter.

I paragrafen finns en straffbestämmelse. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.7.

Enligt 14 § får regeringen eller den kommun som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om förbud mot att vistas i en park, på en badplats, på en parkering eller på någon annan särskilt angiven plats, om det på platsen finns en påtaglig risk för trängsel. Genom förevarande paragraf straffbeläggs överträdelser av sådana förbud.

Om inte något annat framgår av förbudet, krävs för straffansvar uppsåt endast i förhållande till den omständigheten att personen befinner sig på den aktuella platsen. Det krävs inte att personen har kännedom om att det är förbjudet att vistas där.

Den som bryter mot ett förbud som har meddelats med stöd av 14 § döms till penningböter. Straffbestämmelsen innebär vidare att vanliga regler för ingripanden i samband med brott aktualiseras. Enligt 13 § polislagen (1984:387) får en polisman avvisa eller avlägsna en person från ett visst område, om det behövs för att en straffbelagd gärning ska kunna avvärjas. Vidare kan personen till-

fälligt omhändertas, om ett avvisande eller avlägsnande är otillräckligt för att uppnå avsett resultat. Enligt 29 § tredje stycket polislagen har en ordningsvakt samma befogenheter.

6 kap. Utformning och tillämpning av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Enhetlig utformning av föreskrifterna ska eftersträvas

1 § Vid utformningen av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt 5 kap. ska det eftersträvas att regleringen för verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som är likartade avseende risk för smittspridning utformas så enhetligt som möjligt.

Vid utformningen ska särskilt beaktas

1. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum inomhus eller utomhus,
2. om besökare, deltagare eller resenärer har anvisade platser som kan minska risken för smittspridning,
3. om besökarnas, deltagarnas eller resenärernas samtidiga närvaro vid ett givet tidsintervall är en förutsättning för verksamheten, sammankomsten eller tillställningen,
4. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum på en avgränsad yta,
5. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen kan sektioneras på ett sådant sätt att risken för smittspridning kan minska,
6. hur långvariga kontakter mellan besökare, deltagare eller resenärer som typiskt sett förekommer.

Paragrafen innehåller bestämmelser om utformningen av föreskrifter enligt 5 kap. Övervägandena finns i avsnitt 9.13.1.

Enligt *första stycket* ska det eftersträvas att regleringen för verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som är likartade avseende risk för smittspridning utformas så enhetligt som möjligt. Det innebär att regleringens utformning så långt som möjligt ska ta hänsyn till relevanta faktorer för risken för smittspridning. Vilka faktorer som är relevanta avgörs av vilket smittämne som orsakar den sjukdom som lagen tillämpas på. Gemensamt för de smittämnen som kan bli aktuella att tillämpa lagen på är dock att de sprids mellan människor som befinner sig i varandras närhet.

I *andra stycket* anges sådana omständigheter som särskilt ska beaktas vid utformningen av föreskrifterna. Det är fråga om sådana faktorer som kan ha betydelse för spridningen av sådana smittämnen

som sprids på ett sådant sätt att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan vara verksamma.

Enligt *första punkten* ska det särskilt beaktas om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum inomhus eller utomhus. Vad som avses med inomhus respektive utomhus får bedömas med utgångspunkt i vad som enligt normalt språkbruk läggs i dessa ord. Vid behov kan vägledning ges i regeringens förordning, förordningsmotiv eller genom myndighetsföreskrifter.

Enligt *andra punkten* ska det särskilt beaktas om besökare och deltagare eller resenärer har anvisade platser som kan minska risken för smittspridning. Det är förhållandena under den pågående verksamheten, sammankomsten eller tillställningen som därvid är avgörande.

Enligt *tredje punkten* ska det särskilt beaktas om besökarnas och deltagarnas samtidiga närvaro vid ett givet tidsintervall är en förutsättning för verksamhetens, sammankomstens eller tillställningens genomförande. Det som avses är sådana verksamheter, sammankomster och tillställningar som förutsätter att samtliga deltagare eller besökare infinner sig till en given tidpunkt, stannar under lika lång tid och lämnar samtidigt. Exempel på företeelser som typiskt sett träffas av denna punkt är idrottsmatcher och konserter. Även andra företeelser kan under normala förhållanden innebära samtidig närvaro. Vid sådana företeelser kan t.ex. övervägas om besökarna, deltagarna eller resenärerna ändå kan spridas ut i tiden genom att t.ex. anvisas skilda ankomsttider för ett evenemang, begränsningar i hur lång tid före en avgång man får uppehålla sig i en lokal för resenärer, eller andra s.k. slottider.

Enligt *fjärde punkten* ska det särskilt beaktas om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum på en avgränsad yta. I praktiken torde detta främst vara aktuellt att beakta utomhus, eftersom inomhusarrangemang normalt sett får anses äga rum på en avgränsad yta.

Enligt *femte punkten* ska det särskilt beaktas om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen kan sektioneras på ett sådant sätt att risken för smittspridning kan minska. Med sektionering avses att den lokal, det område eller utrymme där verksamheten bedrivs eller där sammankomsten eller tillställningen anordnas delas upp i sektioner, så att deltagare från olika sektioner inte kommer i kontakt

med varandra under eller i direkt anslutning till verksamheten, sammankomsten eller tillställningen.

Enligt *sjätte punkten* ska det särskilt beaktas hur långvariga kontakter mellan besökare, deltagare eller resenärer som typiskt sett förekommer.

Faktorerna i 1–6 har ingen inbördes rangordning. Att faktorerna särskilt ska beaktas vid beslut om föreskrifter betyder att det ska övervägas om det är möjligt att föreskriva om olika regleringar utifrån dem. Det innebär inte ett krav på att det faktiskt ska göras en sådan skillnad i föreskrifterna. Även andra faktorer än de som anges i punkt 1–6 får beaktas om det är relevant för risken för smittspridning. Punkterna utgör alltså inte en uttömmande uppräkning.

Särskild hänsyn ska tas till skyddet mot inskränkningar i fri- och rättigheter

2 § Trots vad som sägs i 1 § om enhetligt utformade föreskrifter vid likartad risk för smittspridning, ska vid utformningen av föreskrifter som avser allmänna sammankomster särskilt beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet.

Paragrafen innehåller ytterligare en bestämmelse om utformningen av föreskrifter enligt 5 kap. Övervägandena finns i avsnitt 9.12.6.

Av 1 § följer att föreskrifter som meddelas med stöd av 5 kap. för olika typer av verksamheter, sammankomster och tillställningar ska utformas så enhetligt som möjligt i fråga om situationer där risken för smittspridning är likartad.

Av förevarande bestämmelse följer att när det gäller föreskrifter som avser allmänna sammankomster ska, trots detta, särskilda hänsyn tas. Med allmänna sammankomster avses enligt 1 kap. 5 § detsamma som avses med det begreppet i ordningslagen (1993:1617). Vid sådana sammankomster utövas grundläggande fri- och rättigheter i form av mötesfriheten och demonstrationsfriheten. Begränsningar av mötesfriheten och demonstrationsfriheten får enligt 2 kap. 21 § regeringsformen aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett dem och inte heller sträcka sig så långt att de utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte heller göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Av förevarande bestämmelse framgår att vid utformningen av föreskrifter ska särskilt beaktas vikten av att upprätta vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet. Bestämmelsen säkerställer att medborgares möjligheter att t.ex. genom demonstrationer uttrycka sina åsikter, att genom möten utöva sin religion och att vid kulturevenemang använda sin yttrandefrihet, får en särskild ställning när bemyndigandena om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder tillämpas.

I praktiken kan bestämmelsen innebära att annan verksamhet begränsas framför allmänna sammankomster vid vilka opinionsfriheterna utövas. Det ska dock framhållas att under en pandemi eller en annan omfattande smittspridning kan situationen vara så pass allvarlig att det ur ett smittskyddsperspektiv inte är ändamålsenligt att undanta allmänna sammankomster från begränsningar. När det epidemiologiska läget är sådant att det finns utrymme för att använda de föreslagna samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna på det differentierade sätt som de är avsedda att kunna användas, bör dock sådana överväganden vara centrala. Se också författningskommentaren till 9 kap. 1 § och vad som där sägs om att en samhällsinriktad smittskyddsåtgärd som kan kompenseras ekonomiskt kan övervägas framför en åtgärd som begränsar mötesfriheten eller demonstrationsfriheten.

Ytterligare ett sätt att tillämpa bestämmelsen kan vara att, så långt det epidemiologiska läget tillåter, medge undantag för vissa särskilt angelägna allmänna sammankomster. Här kan som exempel nämnas de förhöjda deltagartak som gällde under covid-19-pandemin i fråga om allmänna sammankomster som hölls för religionsutövning med anledning av dödsfall (se de numera upphävda bestämmelserna i 1 § andra stycket förordningen [2020:114] om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar och i 3 kap. 1 § andra stycket förordningen [2021:8] om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19).

Föreskrifterna kan begränsas geografiskt

3 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt 5 kap. får inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område.

Paragrafen reglerar möjligheten att geografiskt inskränka en föreskrift om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 9.13.2.

Enligt paragrafen får föreskrifter som meddelas med stöd av 5 kap. inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område. Tänkbara exempel är en inskränkning i ett visst län eller en viss kommun.

Skäl för en sådan inskränkning kan vara att smittspridningen skiljer sig åt mellan olika delar av landet eller inom ett visst län.

Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade

4 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt 5 kap. ska gälla för en viss tid.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om att föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas med stöd av 5 kap. ska vara tidsbegränsade. Övervägandena finns i avsnitt 9.13.3.

Regeringens föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt 5 kap. meddelas i förordningsform. Att föreskrifterna ska vara tidsbegränsade innebär att det redan inför att förordningen beslutas behöver övervägas under vilken tid kraven på att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna ska gälla. Något hinder att vid behov besluta om förlängning av en förordning när tiden går ut finns inte. Något hinder att upphäva förordningen i förtid finns inte heller.

En föreskrift som meddelas med stöd av 5 kap. kan av naturliga skäl inte gälla längre än regeringens förordning om att bestämmelserna i 5 kap. ska tillämpas, se författningskommentaren till 2 kap. 1 §.

Regeringen får meddela de övergångsbestämmelser som behövs.

7 kap. Beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall

Länsstyrelsen får besluta i enskilda fall

1 § Länsstyrelsen får i enskilda fall besluta om sådana samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avses i 5 kap.

Paragrafen reglerar beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall. Tillämpningen av paragrafen förutsätter att regeringen med stöd av 2 kap. föreskrivit att den ska tillämpas på en viss samhällsfarlig sjukdom. Övervägandena finns i avsnitt 9.14.

Enligt bestämmelsen får länsstyrelsen i enskilda fall besluta om sådana åtgärder som omfattas av 5 kap. En förutsättning är att beslutet endast får fattas för att förhindra spridning av den sjukdom som avses i 2 kap. 1 § (se 3 kap. 1 §). Det kan t.ex. vara fallet om det har konstaterats att det förekommer smittspridning som kan kopplas till en viss verksamhet eller om det på goda grunder kan förutses att ett planerat evenemang kommer att medföra stora risker för smittspridning. Det krävs inte att den som bedriver verksamheten har överträtt en föreskrift om krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Ett beslut får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa (3 kap. 2 §). Ett beslut ska riktas till en viss fysisk eller juridisk person, t.ex. anordnaren av en offentlig tillställning eller den som driver en verksamhet. Beslut i enskilda fall får ta sikte på alla typer av verksamheter, sammankomster och tillställningar som omfattas av lagen, men ska gälla en specifik enskild sådan verksamhet, sammankomst eller tillställning.

Ett beslut kan innebära alla typer av sådana samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som anges i bestämmelserna i 5 kap., under förutsättning att regeringen enligt bestämmelserna i 2 kap. föreskrivit att bestämmelsen i 5 kap. ska vara tillämpliga på den aktuella sjukdomen.

I första hand bör ett beslut som meddelas enligt första stycket innebära att den som bedriver en verksamhet ska vidta en viss smittskyddsåtgärd. Om det är nödvändigt av smittskyddsskäl får länsstyrelsen som en yttersta åtgärd dock besluta att en viss verksamhet, sammankomst eller tillställning ska förbjudas eller stängas.

2 § Länsstyrelsen ska vid behov samråda med smittskyddsläkaren.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om att länsstyrelsen vid behov ska samråda med smittskyddsläkaren i den aktuella regionen. Smittskyddsläkaren måste inte rådfrågas inför varje beslut. Det är länsstyrelsen som i det enskilda fallet avgör om smittskyddsläkaren kompetens behövs. Övervägandena finns i avsnitt 9.14.

Utformningen av beslut

3 § Det som anges i 6 kap. 1 och 2 §§ om utformningen av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas vid länsstyrelsens beslut enligt 1 § om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om utformningen av beslut i enskilda fall. Övervägandena finns i avsnitt 9.14.

Vad som anges i 6 kap. 1 § om hänsyn till olika typer av verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, och vad som anges i 6 kap. 2 § om särskilda hänsyn till skyddet mot inskränkningar i fri- och rättigheter, ska beaktas också vid länsstyrelsens beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall. Se vidare författningskommentarerna till 6 kap. 1och 2 §§.

När ett beslut får genomföras genast

4 § Länsstyrelsens beslut enligt 1 § gäller genast, om länsstyrelsen inte bestämmer något annat.

Paragrafen reglerar när länsstyrelsens beslut får verkställas. Övervägandena finns i avsnitt 9.16.

Av paragrafen framgår att länsstyrelsens beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser en viss verksamhet enligt 1 § gäller genast, om något annat inte beslutas. Det finns alltså en presumtion för att beslutet får verkställas även om det inte har fått laga kraft.

8 kap. Tillsyn och efterlevnaden av åtgärderna

Länsstyrelsen utövar tillsyn

1 § Länsstyrelsen utövar tillsyn över att bestämmelserna i 4 kap. 1 §, föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, och de beslut som fattas med stöd av 7 kap. 1 § följs.

Paragrafen reglerar tillsynsansvaret enligt lagen. Övervägandena finns i avsnitt 9.15.1.

Enligt paragrafen utövar länsstyrelsen tillsyn över de verksamhetsutövare och anordnade av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som berörs av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Tillsynen gäller följsamhet till de bestämmelser i lagen som regeringen beslutat enligt 2 kap. 1 § ska vara tillämpliga. Tillsynen gäller följsamheten också till de föreskrifter som har meddelats i anslutning till dessa bestämmelser. Med uttrycket föreskrifter som meddelas i anslutning till lagen avses såväl föreskrifter som meddelats med direkt eller indirekt stöd av lagen som föreskrifter som meddelats med stöd av regeringens restkompetens eller rätten att meddela verkställighetsföreskrifter enligt 8 kap. regeringsformen. Tillsynen gäller också följsamhet till de beslut som länsstyrelsen har fattat i enskilda fall med stöd av 7 kap. 1 §.

Upplysningar, handlingar och tillträde för tillsynen

2 § Den som står under tillsyn enligt denna lag är skyldig att på begäran av länsstyrelsen lämna de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen.

Länsstyrelsen har rätt att få tillträde till lokaler, områden och utrymmen där verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs.

Paragrafen innehåller bestämmelser om länsstyrelsens befogenheter vid utövandet av tillsyn. Övervägandena finns i avsnitt 9.15.1.

Länsstyrelsen får enligt *första stycket* begära att få upplysningar och ta del av handlingar av den som ansvarar för verksamheten, sammankomsten eller tillställningen som står under tillsyn. Sådana upplysningar och handlingar kan ha betydelse för bedömningen av om de smittskyddsåtgärder som krävs har vidtagits. Upplysningar som kan behöva lämnas in kan avse exempelvis hur många besökare som en

verksamhet brukar ha vid olika tidpunkter. Handlingar som kan vara av betydelse för tillsynen kan vara den dokumentation om riskbedömning och riskhantering som anges i 4 kap. och exempelvis planritningar över verksamhetens lokaler.

Enligt *andra stycket* har länsstyrelsen också rätt att få tillträde till de lokaler, områden och utrymmen där verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs.

Handräckning av Polismyndigheten

3 § Polismyndigheten ska på begäran lämna länsstyrelsen den hjälp som behövs vid tillämpningen av 2 § andra stycket.

En begäran enligt första stycket får göras endast om

1. det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan vidtas utan att en polismans särskilda befogenheter enligt 10 § polislagen (1984:387) behöver tillgripas, eller
2. det annars finns synnerliga skäl.

Paragrafen reglerar Polismyndighetens skyldighet att bistå vid länsstyrelsens tillsyn. Övervägandena finns i avsnitt 9.15.1.

Länsstyrelsen har enligt *första stycket* möjlighet att begära den hjälp av Polismyndigheten som behövs när länsstyrelsen ska utöva tillsyn på plats.

I *andra stycket* anges när en sådan begäran får göras. Av andra stycket *första punkten* framgår att det får ske när det finns skäl att anta att åtgärden inte kan vidtas utan att en polismans särskilda befogenhet att använda våld behöver användas. Det kan t.ex. vara fallet när verksamhetsutövaren tidigare har satt sig till motvärn, framfört hot eller förklarat sig vägra tillträde.

Enligt andra stycket *andra punkten* kan biträde också begäras om det annars finns synnerliga skäl. Synnerliga skäl kan t.ex. föreligga om det finns en överhängande risk att människor kommer till skada och man inte kan avvakta att situationen löses på annat sätt.

Förelägganden

4 § Länsstyrelsen får besluta de förelägganden som behövs för tillsynen och för att lagen och de föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, samt de beslut som fattas med stöd av 7 kap. 1 §, ska följas.

Länsstyrelsen ska vid behov samråda med smittskyddsläkaren.

Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Länsstyrelsen beslut enligt första stycket gäller genast, om länsstyrelsen inte bestämmer något annat.

Paragrafen innehåller bestämmelser om tillsynsförelägganden. Övervägandena finns i avsnitt 9.15.1 och 9.16.

Enligt *första stycket* får länsstyrelsen besluta de förelägganden som behövs för tillsynen och för att lagen, föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen samt länsstyrelsens beslut enligt 7 kap. 1 § i enskilda fall ska följas. Ett beslut om föreläggande kan innebära en skyldighet för den som bedriver verksamheten att göra något, t.ex. att vidta en viss smittskyddsåtgärd eller lämna uppgifter till länsstyrelsen. Det kan också innebära att mottagaren ska avstå från att göra något, t.ex. ett förbud mot att bedriva en viss verksamhet.

Vid tillsynen bör det i första hand eftersträvas att rättelse görs frivilligt. Förelägganden bör komma i fråga först om frivillig rättelse inte sker, om det är uppenbart att så inte kommer ske eller om saken brådskar. Är överträdelsen mindre allvarlig kan länsstyrelsen söka rättelse genom enbart råd eller uppmaningar. Hörsammas inte länsstyrelsens uppmaningar kan länsstyrelsen i stället besluta att rikta ett beslut om föreläggande mot den som bedriver verksamheten att t.ex. anpassa möbleringen i en lokal på ett sätt som minskar risken för trängsel. I vissa situationer, t.ex. vid allvarliga överträdelser som leder till omfattande trängsel, kan länsstyrelsen dock behöva besluta om ett förbud mot fortsatt verksamhet.

Ett beslut om föreläggande får inte vara mer långtgående än vad som är befogat i förhållande till vad som kan uppnås i form av minskad smittspridning.

Av *andra stycket* framgår att länsstyrelsen vid behov ska samråda med smittskyddsläkaren i den aktuella regionen innan den beslutar ett föreläggande. Smittskyddsläkaren måste inte rådfrågas inför varje beslut. Det är länsstyrelsen som i det enskilda fallet avgör om smittskyddsläkarens kompetens behövs.

Enligt *tredje stycket* får länsstyrelsens beslut om föreläggande förenas med vite. Allmänna bestämmelser om vite finns i lagen (1985:206) om viten. Det är länsstyrelsen som i varje enskilt fall ska bedöma om det är lämpligt att förena ett beslut om föreläggande med vite.

Fjärde stycket anger att länsstyrelsens beslut om förelägganden gäller genast, om länsstyrelsen inte bestämmer något annat.

Innehållet i ansökan eller anmälan om allmän sammankomst eller offentlig tillställning

5 § Anordnaren av en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning ska i ansökan eller i anmälan enligt ordningslagen (1993:1617) uppge de åtgärder som anordnaren avser att vidta i enlighet med de föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen och med beslut som har fattats med stöd av 7 kap. 1 §.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om vad en ansökan om tillstånd att anordna och en anmälan om en allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska innehålla. Övervägandena finns i avsnitt 9.15.3.

Bestämmelsen kompletterar 2 kap. 7 § ordningslagen (1993:1617) och innebär att anordnaren av en allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska uppge de smittskyddsåtgärder som avses att vidtas.

Den information som lämnas ska vara tillräcklig för att Polismyndigheten ska kunna bedöma om den allmänna sammankomsten eller offentliga tillställningen kan hållas i enlighet med de krav som ställs i fråga om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Vad ansökan eller anmälan ska innehålla är således beroende av vilka föreskrifter som meddelats i anslutning till lagen och som berör den allmänna sammankomsten eller den offentliga tillställningen, samt vilka enskilda beslut som meddelats. Anordnaren ska alltså ange åtgärder som vidtas eller kommer att vidtas för att följa föreskrifter som meddelats med stöd av 5 kap. 8 eller 11 § eller att anordnaren vidtagit eller kommer att vidta åtgärder för att uppfylla krav som ställts i ett beslut som länsstyrelsen fattat i enlighet med 7 kap. 1 §.

Polismyndighetens rätt att ställa in eller upplösa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

6 § Polismyndigheten får ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med en föreskrift som har meddelats med stöd av 5 kap. 8–13 §§ eller ett beslut enligt 7 kap. 1 §.

En allmän sammankomst eller offentlig tillställning får upplösas endast om mindre ingripande åtgärder har visat sig vara otillräckliga för att hindra fortsatta överträdelser av föreskriften eller beslutet.

Polismyndighetens beslut enligt första stycket gäller genast, om myndigheten inte bestämmer något annat.

Paragrafen innehåller bestämmelser om Polismyndighetens befogenheter i samband med allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Övervägandena finns i avsnitt 9.15.4 och 9.16.

Första stycket har sin motsvarighet i 2 kap. 22 § ordningslagen (1993:1617) och innebär att Polismyndigheten får ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning vid vilken föreskrifter eller beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelats med stöd av förevarande lag inte följs.

Andra stycket motsvarar 2 kap. 24 § ordningslagen i tillämpliga delar och innebär att mindre ingripande åtgärder än att ställa in eller upplösa en sammankomst eller tillställning ska vidtas i första hand.

I *tredje stycket* anges att Polismyndighetens beslut om att ställa in eller upplösa en sammankomst eller tillställning gäller genast, om myndigheten inte bestämmer något annat.

7 § Om Polismyndigheten har beslutat att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning, får en polisman avvisa eller avlägsna deltagare och åskådare, om det behövs för att syftet med beslutet ska uppnås.

Polismyndigheten får också, om det är nödvändigt för att syftet med beslutet ska uppnås, förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme.

Polismyndighetens beslut enligt andra stycket gäller genast, om myndigheten inte bestämmer något annat.

Paragrafen innehåller ytterligare bestämmelser om Polismyndighetens och en polismans befogenheter. Övervägandena finns i avsnitt 9.15.4 och 9.16.

Bestämmelserna gäller när Polismyndigheten har beslutat att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning. Om det behövs för att syftet med beslutet att ställa in eller upplösa sammankomsten eller tillställningen ska uppnås, får en polisman enligt *första stycket* avvisa eller avlägsna deltagare och åskådare.

Enligt *andra stycket* får Polismyndigheten under samma förutsättningar förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme.

Bestämmelserna motsvarar 13 b och 24 §§ första stycket polislagen (1984:387).

I *tredje stycket* anges att Polismyndighetens beslut om att förbjuda tillträde gäller genast, om myndigheten inte bestämmer något annat.

8 § Om det behövs för att en föreskrift som har meddelats med stöd av 5 kap. 4 § eller ett beslut enligt 7 kap. 1 § ska kunna följas, får tillträde vägras till

1. färdmedel i kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik, och
2. lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik.

Den som bedriver kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik får ge resenärer och andra personer de anvisningar och tillsägelser som behövs för att föreskrifterna och besluten ska kunna följas. Den som inte följer en anvisning eller tillsägelse är skyldig att på uppmaning lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område.

Om den som har vägrats tillträde eller uppmanats att lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område inte gör som han eller hon blir tillsagd, får en polisman, en ordningsvakt eller en befattningshavare i säkerhets- eller ordningstjänst hos en infrastrukturförvaltare eller ett järnvägsföretag avvisa eller avlägsna honom eller henne.

Paragrafen reglerar befogenheter i kollektivtrafik och inrikes flygtrafik. Övervägandena finns i 9.15.5.

Paragrafen motsvarar delvis 4 kap. 3 och 7–9 §§ ordningslagen (1993:1617) och 5 kap. 3 § järnvägssäkerhetslagen (2022:367).

Enligt *första stycket* får tillträde till färdmedel (*första punkten*) och lokaler och områden som används av resenärer (*andra punkten*) vägras om det behövs för att en föreskrift som meddelats med stöd av 5 kap. 4 § eller ett beslut enligt 7 kap. 1 § ska kunna följas.

Det kan t.ex. vara fråga om en föreskrift som innebär en begränsning av hur många personer som samtidigt får befinna sig på en buss.

Av *andra stycket* framgår att den som bedriver kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller ansvarar för lokaler eller områden som används av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik, får ge nödvändiga anvisningar och tillsägelser för att föreskrifterna och besluten ska kunna följas. Den som inte följer en anvisning eller uppmaning är skyldig att på uppmaning lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område. Även lokaler och områden som är avsedda för resenärer i internationell flygtrafik omfattas av bestämmelserna.

Tredje stycket innebär att en polisman, en ordningsvakt eller en befattningshavare i säkerhets- eller ordningstjänst hos en infrastrukturförvaltare eller ett järnvägsföretag får avvisa eller avlägsna en person som har vägrats tillträde eller uppmanats att lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område, men inte gjort som han eller hon har blivit tillsagd.

9 kap. Kompletterande åtgärder

1 § När regeringen meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av denna lag ska regeringen överväga kompletterande åtgärder för de verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som drabbas av kostnader och förluster med anledning av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förutsättningarna för sådana kompletterande åtgärder.

Paragrafen innehåller bestämmelser om kompletterande åtgärder för verksamheter och för anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som drabbas av kostnader och förluster som en följd av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 9.19.

Enligt *första stycket* ska regeringen när den meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av lagen överväga kompletterade åtgärder för de verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som drabbas av kostnader och förluster med anledning av smittskyddsåtgärderna.

Med kompletterande åtgärder avses t.ex. ersättning som kompenserar för kostnader eller förluster som verksamhetsutövare och anordnare drabbas av som en följd av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna. Det kan också röra sig om andra typer av kompensatoriska åtgärder, t.ex. anstånd med inbetalning av skatter, sänkta arbetsgivaravgifter och liknande åtgärder.

Att regeringen ska överväga kompletterande åtgärder innebär att regeringen är förbunden att överväga frågan om kompensatoriska ekonomiska åtgärder eller andra kompletterande åtgärder för de verksamheter som kommer att omfattas av föreskrifter och beslut som meddelas med stöd av lagen. Bestämmelsen lagfäster således vad som gäller i fråga om ersättning för samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vidtas med stöd av lagen (jfr 2 kap. 15 § tredje stycket regeringsformen). Bestämmelsen reglerar dock inte i sig en rätt till ersättning eller andra kompletterande åtgärder. Någon möjlighet att som verksamhetsutövare eller anordnare av en allmän sammankomst eller offentlig tillställning utkräva en rätt till ersättning ger bestämmelsen således inte.

Att regeringen ska överväga frågan i samband med att regeringen meddelar föreskrifter med stöd av lagen innebär att regeringen både ska överväga frågan när regeringen meddelar föreskrifter om att be-

stämmelser i lagen ska aktiveras och i samband med att regeringen meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av lagen. Överväganden i samband med att bestämmelser i lagen aktiveras görs lämpligen i den proposition som ska lämnas till riksdagen vid underställningen enligt 2 kap. 2 §.

Andra stycket innehåller ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter om förutsättningar för kompletterande åtgärder. Regeringen ges också möjlighet att delegera föreskriftsrätten till en myndighet.

10 kap. Information om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Samlad information om föreskrifter och beslut

1 § Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas i anslutning till lagen, samt om beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som fattats med stöd av 7 kap. 1 §.

Informationen ska vara lättillgänglig och behovsanpassad.

Paragrafen reglerar en skyldighet för Folkhälsomyndigheten att tillhandahålla information om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 9.18.

Behovet av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder under en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan variera och föreskrifter och beslut om sådana åtgärder kan över tid behöva anpassas i förhållande till förändringar av det epidemiologiska läget. Genom bestämmelsen i *första stycket* har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillhandahålla information om föreskrifter och beslut som meddelas under en omfattande smittspridning.

Med uttrycket föreskrifter som meddelas i anslutning till lagen avses såväl föreskrifter som meddelats med direkt eller indirekt stöd av lagen, som föreskrifter som meddelats med stöd av regeringens restkompetens eller rätten att meddela verkställighetsföreskrifter enligt 8 kap. regeringsformen.

Med beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som fattas med stöd av 7 kap. 1 § avses länsstyrelsens beslut för en viss verksamhet.

Att informationen ska vara relevant och samlad innebär att gällande föreskrifter och beslut ska framgå på ett överskådligt sätt. Det

kan även vara relevant att informera om tidigare meddelade föreskrifter och beslut under en pågående omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Också sådan information bör därför ges på ett överskådligt sätt.

Enligt *andra stycket* ska informationen vara lättillgänglig och behovsanpassad. Med lättillgänglig menas att det ska vara enkelt för såväl allmänheten som för verksamhetsutövare m.fl. att ta del av informationen, t.ex. genom att den finns tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats. För att informationen ska vara lättillgänglig för alla bör den dock också finnas tillgänglig på annat sätt än digitalt.

Med att informationen ska vara behovsanpassad avses att den ska vara utformad utifrån målgruppernas förutsättningar att tillgodogöra sig den. Det kan innebära att informationen behöver översättas, utformas på lätt svenska och barnanpassas. Det kan också innebära att den kan behöva anpassas så att berörda verksamheter får relevant information.

Rapportering av beslut

2 § Kommuner som meddelat föreskrifter med stöd av 5 kap. 14 § om förbud att vistas på en viss plats och länsstyrelser som fattat beslut i enskilda fall med stöd av 7 kap. 1 §, ska informera Folkhälsomyndigheten om föreskrifterna och besluten.

Paragrafen innehåller en informationsskyldighet för kommuner och länsstyrelser. Övervägandena finns i avsnitt 9.18.

Av bestämmelsen följer att en kommun som meddelat föreskrifter om förbud att visas på en viss plats och en länsstyrelse som fattat beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i ett enskilt fall ska underrätta Folkhälsomyndigheten om föreskriften respektive beslutet.

Informationen ligger till grund för den information till allmänheten som Folkhälsomyndigheten har ansvar att tillhandahålla enligt 1 §. Informationen bör därför ges till myndigheten utan dröjsmål.

11 kap. Överklagande

1 § Länsstyrelsens beslut enligt 7 kap. 1 § eller 8 kap. 4 § och Polismyndighetens beslut enligt 8 kap. 6 eller 7 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Andra beslut enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Paragrafen reglerar vilka beslut som får överklagas. Övervägandena finns i avsnitt 9.17.

Enligt *första stycket* får vissa beslut enligt lagen överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det gäller länsstyrelsens beslut om begränsningar som avser en viss verksamhet enligt 7 kap. 1 § och tillsynsföreläggande enligt 8 kap. 4 §. Det gäller också Polismyndighetens beslut enligt 8 kap. 6 och 7 §§ om att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning respektive om att förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme i samband med att myndigheten ställt in eller upplöst en sådan sammankomst eller tillställning. Andra beslut enligt lagen får inte överklagas.

Enligt *andra stycket* krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

15.2 Förslaget till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)

2 kap.

7 §

En ansökan om tillstånd att anordna och en anmälan om en allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska innehålla uppgifter om anordnaren, tiden för sammankomsten eller tillställningen, dennas art och huvudsakliga utformning samt de åtgärder i fråga om ordning och säkerhet som anordnaren avser att vidta.

I 8 kap. 5 § lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns ytterligare bestämmelser om vad en ansökan och en anmälan ska innehålla när allmänna sammankomster och offentliga tillställningar är begränsade med anledning av omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Paragrafen innehåller bestämmelser om vad en ansökan om tillstånd att anordna och en anmälan om en allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska innehålla. Övervägandena finns i avsnitt 9.20.2.

Ett nytt *andra stycke* upplyser om att det i 8 kap. 5 § lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bestämmelser om vad en ansökan och en anmälan om en allmän sammankomst eller offentlig tillställning också ska innehålla i en situation då förekommer, eller inom kort kan förekomma, en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom i landet och allmänna sammankomster och offentliga tillställningar därför är begränsade genom samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt den lagen. Tillämpningen av bestämmelserna i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder förutsätter att regeringen har föreskrivit att de ska tillämpas, se 2 kap. 1 § den lagen.

10 §

Tillstånd till en allmän sammankomst får vägras endast om det är nödvändigt med hänsyn till ordningen eller säkerheten vid sammankomsten eller, som en direkt följd av den, i dess omedelbara omgivning eller med hänsyn till trafiken eller för att motverka spridning av en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.

Tillstånd till en allmän sammankomst eller offentlig tillställning *ska* vägras, om sammankomsten eller tillställningen är avsedd att hållas i ett samlingstält som inte är godkänt eller inte får användas enligt vad som sägs i 12 § eller i ett annat tält som inte erbjuder betryggande säkerhet mot brand och andra olycksfall.

Paragrafen innehåller bestämmelser om förutsättningarna för att vägra tillstånd till allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Övervägandena finns i avsnitt 9.20.2.

I *första stycket* byts ordet epidemi ut mot spridning av en sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.

Ändringen innebär att Polismyndighetens möjlighet att vägra tillstånd för en allmän sammankomst av smittskyddsskäl begränsas till samhällsfarliga sjukdomar. Hittills har bestämmelsen gällt utan närmare koppling till klassificeringen av allvarliga och smittsamma sjukdomar i smittskyddslagen. Genom ändringen anpassas bestämmelsen till att avse samma typ av sjukdomar som de extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen är tillämpliga på och som bestämmelserna i lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan omfatta. Något krav på att bestämmelserna om sam-

hällsinriktade smittskyddsåtgärder i den lagen är tillämpliga på den aktuella sjukdomen krävs dock inte.

Ändringen i *andra stycket* är endast redaktionell.

15 §

Regeringen får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område, om förbudet är nödvändigt med hänsyn till att Sverige är i krig eller krigsfara eller för att förebygga eller bekämpa epizooti enligt epizootilagen (1999:657).

Efter regeringens bemyndigande får en länsstyrelse i fråga om länet eller del därav föreskriva att allmänna sammankomster inte får hållas, om förbudet är nödvändigt för att förebygga eller bekämpa epizooti enligt epizootilagen (1999:657), och att offentliga tillställningar inte får hållas, om förbudet är nödvändigt med hänsyn till att Sverige är i krig eller krigsfara eller förebygga och bekämpa epizooti enligt epizootilagen (1999:657).

Föreskrifter enligt andra stycket *ska*, såvitt avser epizooti, föregås av samråd med Statens jordbruksverk.

I lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bemyndiganden om att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Paragrafen innehåller bemyndiganden om att förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar under vissa förhållanden. Övervägandena finns i avsnitt 9.20.1.

I *första och andra styckena* tas bemyndigandena om att förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka epidemi bort. Möjligheterna att av smittskyddsskäl begränsa eller förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar regleras i stället i lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Ändringen innebär att möjligheten att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar av smittskyddsskäl begränsas till samhällsfarliga sjukdomar, se författningskommentaren till lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i avsnitt 15.1.

Ändringen i *tredje stycket* är endast redaktionell.

I ett nytt *fjärde stycke* förs en upplysning in om att det i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bestämmelser om möjligheterna att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar av smittskyddsskäl.

24 a §

I 8 kap. 6 § lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bestämmelser om Polismyndighetens rätt att ställa in och upplösa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som hålls i strid med föreskrifter som har meddelats med stöd av den lagen.

Paragrafen, som är ny, innehåller en upplysningsbestämmelse om att det i lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns ytterligare bestämmelser som ger Polismyndigheten rätt att ställa in och upplösa en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning. Tillämpningen av bestämmelserna i lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder förutsätter att regeringen har föreskrivit att de ska tillämpas, se 2 kap. 1 § den lagen. Övervägandena finns i avsnitt 9.20.1.

15.3 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

1 kap.

2 §

I denna lag ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.

I lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärder mot omfattande spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658).

Paragrafen innehåller bestämmelser om lagens innehåll och upplysningar om annan smittskyddslagstiftning. Övervägandena finns i avsnitt 9.7.

I paragrafen införs ett nytt *andra stycke* som upplyser om att det finns ytterligare bestämmelser om smittskyddsåtgärder i lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Nuvarande andra stycket blir ett nytt *tredje stycke*.

3 §

Med smittsamma sjukdomar avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

Med allmänfarliga sjukdomar avses 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.

Med samhällsfarliga sjukdomar avses 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 *kan kräva* extraordinära smittskyddsåtgärder *enligt 3 kap. 8–10 §§ eller åtgärder enligt lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.*

De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar *ska* anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till denna lag.

Paragrafen definierar vilka sjukdomar som omfattas av lagen. Övervägandena finns i avsnitt 7.4.

I definitionen av samhällsfarliga sjukdomar (se prop. 2003/04:158 s. 103) i *tredje stycket* ersätts kravet på att ett sådan sjukdom ska kräva extraordinära smittskyddsåtgärder med ett krav på att sjukdomen ska vara sådan att den kan kräva extraordinära smittskyddsåtgärder enligt 3 kap. 8–10 §§ eller åtgärder enligt lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Genom ändringen tydliggörs att det är fråga om en bedömning om att smittspridningen är, eller i närtid riskerar bli, sådan att det är nödvändigt och ändamålsenligt att säkerställa möjligheten att kunna vidta sådana åtgärder. Att de extraordinära smittskyddsåtgärderna nu specificeras med en hänvisning till relevanta paragrafer innebär ingen ändring i sak.

I fråga om när åtgärder enligt lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan vidtas, se författningskommentaren till 2 kap. 1 § den lagen i avsnitt 15.1.

Ändringen i *fjärde stycket* är endast redaktionell.

Beredskap för omfattande smittspridning

11 §

Regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Regionen ska besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan).

Smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till planen.

Paragrafen är ny och reglerar regionernas beredskap för en omfattande smittspridning. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.1.

Första stycket reglerar regionens ansvar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Med omfattande smittspridning avses en hastigt uppkommen samhällsspridning inom ett begränsat geografiskt område eller över hela landet av en smittsam sjukdom som kan överföras mellan människor. Samhällsspridning innebär att det upptäcks fall utan känd epidemiologisk koppling till utlandet, om smittspridningen kommer därifrån, eller till tidigare kända fall om spridningen startar i Sverige. Bestämmelsen tar sikte på när den omfattande smittspridningen avser en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom (se 3 §).

Skyldigheten att upprätthålla beredskapen innebär ett planeringsansvar för smittskyddsberedskapen inom regionen och av *andra stycket* följer därför att varje region ska upprätta en plan för beredskapen, en s.k. epidemi- och pandemiplan.

Av 5 kap. 1 § första stycket första punkten kommunallagen (2017:725) följer att det är fullmäktige i regionen som beslutar i ärenden om mål och riktlinjer för verksamheten.

I *tredje stycket* anges att smittskyddsläkaren i regionen ansvarar för att upprätta ett förslag till planen. Förslaget bör tas fram utifrån den samlade bild av smittskyddsläget i länet som smittskyddsläkaren erhåller i sitt arbete. Smittskyddsläkaren bör ta fram förslaget i samarbete med de andra aktörer i länet som kan ha betydelse för planen, inte minst den regionala hälso- och sjukvårdsförvaltningen, länsstyrelserna och länets kommuner.

Planeringen bör bygga på bl.a. kontinuitetsplanering och risk- och sårbarhetsanalyser. Den bör återspegla en pandemis alla faser och avse beredskapsplanering, hantering, nedtrappning och återhämtning. De verksamhetsområden som kan påverkas och som behöver upp-

rätthållas behöver identifieras, liksom de åtgärder som behöver vidtas för att minska sårbarheten. Regionen behöver t.ex. planera vården och smittskyddsåtgärderna och se till att regionens verksamheter kan fullfölja sina åtaganden enligt smittskyddslagstiftningen under en epidemi eller pandemi. Epidemi- och pandemiplanen bör vara uppdaterad och övad.

Folkhälsomyndigheten stöttar inom sitt samordningsansvar för smittskyddet enligt 7 § regionernas arbete genom bl.a. kunskapsstöd. Folkhälsomyndighetens samordningsansvar förändras inte med anledning av regleringen av regionernas skyldighet att upprätta epidemi- och pandemiplaner.

Av 12 och 13 §§ framgår att i beredskapsansvaret ingår också att upprätthålla kapacitet för provtagning, laboratorieanalys och smittspårning och att ha viss lagerhållning (se författningskommentaren till dessa bestämmelser).

12 §

Regionen ska säkerställa den kapacitet för provtagning, laboratorieanalys och smittspårning som krävs för att upprätthålla beredskapen enligt 11 §.

Regeringen får meddela föreskrifter om omfattningen av sådan kapacitet.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om regionernas beredskapskapacitet i fråga om provtagning, laboratorieanalys och smittspårning. Övervägandena finns i avsnitt 8.8.2.

I *första stycket* regleras en skyldighet för regionen att säkerställa att den har kapacitet att ta och analysera prover och att genomföra smittspårning i en omfattning som beredskapen enligt 11 § kräver för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Med beredskap för provtagning och laboratorieanalys i detta sammanhang avses provtagning och analys som krävs enligt 3 kap. 1 § för att konstatera om smittsamhet föreligger hos en person som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom och som kan få omfattade smittspridning i landet. Med smittspårning avses smittspårning enligt 3 kap. 4 §. Se dock författningskommentaren till 3 kap. 7 b § om regeringens möjlighet att meddela föreskrifter om justeringar i ordningen för provtagning och smittspårning för en samhällsfarlig sjukdom.

Med kapacitet avses sådant som tillgång till laboratorier som kan utföra mikrobiologisk analys, apparatur för testning och en planering för utökning av andra resurser.

I *andra stycket* finns ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om omfattningen av regionernas kapacitet. Med kapacitet avses vilken typ av provtagning och laboratorieanalys som avses och omfattningen av dem.

13 §

Regionen ska säkerställa en lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen enligt 11 § kräver.

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning. Regionens skyldighet att hålla sådana lager får dock inte överstiga tre månaders normalförbrukning i regionen.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om regionernas beredskapskapacitet i fråga om lagerhållning. Övervägandena finns i avsnitt 8.8.4.

I *första stycket* regleras en skyldighet för regionen att lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen enligt 11 § kräver för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Med uttrycket sjukvårdsprodukter för provtagning och laboratorieanalys avses förbrukningsmaterial i form av medicintekniska produkter och tillverkningsmaterial för dessa ändamål samt personlig skyddsutrustning för provtagare och laboratoriepersonal (jfr 2 kap. 8 § i hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]).

I *andra stycket* finns ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av lagerhållningen. Regionens skyldighet att hålla sådana lager begränsas till att den inte får överstiga tre månaders normalförbrukning i regionen.

Med normalförbrukning i regionen avses den genomsnittliga omsättning av de aktuella sjukvårdsprodukterna och som används inom ramen för den offentligfinansierade provtagningen och laboratorieanalysen inom regionens ansvarsområde.

14 §

Den som deltar eller har deltagit i en regions verksamhet med beredskap enligt 11 § får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon därigenom har fått veta om

1. förhållanden av betydelse för beredskapen,
2. en enskild persons ekonomiska förhållanden, eller
3. ett företags affärs- eller driftsförhållanden.

Paragrafen är ny och reglerar tystnadsplikt för den som deltar eller har deltagit i en regions beredskapsverksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.2.

Enligt bestämmelsen får den som deltar eller har deltagit i regionens beredskapsarbete för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon därigenom har fått veta om förhållanden av betydelse för beredskapen (*första punkten*), en enskilds persons ekonomiska förhållanden (*andra punkten*) och ett företags affärs- och driftförhållanden (*tredje punkten*).

Bestämmelsen tar sikte på privata aktörer som deltar eller har deltagit i regionens beredskapsverksamhet. Regionens anställda och andra uppdragstagare omfattas av tystnadsplikt enligt bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning eller att uppgiften lämnas ut till den registrerade själv. Det är inte heller fråga om obehörigt röjande om utlämnande sker i en situation när motsvarande skulle ha fått lämnas ut enligt offentlighets- och sekretesslagen.

I 44 kap. 5 § OSL finns en bestämmelse som innebär att tystnadsplikten enligt denna paragraf inskränker den grundlagsskyddade rätten att meddela och offentliggöra uppgifter.

3 kap.

Bemyndiganden om vissa undantag

7 a §

Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga meddela föreskrifter om undantag från bestämmelserna om

1. skyldigheten att söka läkare och om läkarundersökning, provtagning och anmälan enligt 1 §, och

2. skyldigheten för den behandlande läkaren att genomföra smittspårning enligt 4 §.

Paragrafen är ny och innehåller bemyndiganden till regeringen att meddela föreskrifter om undantag från vissa bestämmelser i kapitlet. Övervägandena finns i avsnitt 7.5.2 och 7.5.3.

Möjligheten för regeringen att meddela föreskrifter om undantag gäller för en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga. Det innebär att sjukdomen ska vara angiven i bilaga 2 (se 1 kap. 3 § femte stycket) eller att regeringen med stöd av 9 kap. 2 § föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen i avvaktan på riksdagens beslut att ange sjukdomen i bilagan.Se närmare om samhällsfarliga sjukdomar i författningskommentaren till 1 kap. 3 §.

Att det ska vara fråga om en viss sjukdom innebär att det i regeringens föreskrifter behöver anges vilken sjukdom de ska tillämpas på. Av 7 c § framgår att föreskrifter om undantag ska vara tidsbegränsade.

Enligt *första punkten* får regeringen meddela undantag från skyldigheten för den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på den samhällsfarliga sjukdomen att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. Första punkten ger också regeringen möjlighet att meddela undantag från läkarens skyldighet att skyndsamt undersöka och ta prover på en patient som läkaren misstänker bär på sjukdomen och från läkarens skyldighet att utan dröjsmål anmäla till smittskyddsläkaren om patienten inte samtycker till undersökningen och provtagningen. I fråga om skyldigheterna, se prop. 2003/04:30 s. 217–219.

Bemyndigandet bör användas med försiktighet. Skyldigheten att få till stånd en läkarundersökning och provtagning fyller under normala förhållanden en viktig funktion ur smittskyddshänseende. Vid en omfattande smittspridning kan skyldigheten vidare vara avgörande för att tidigt upptäcka fall av smitta i landet och för den epidemiologiska övervakningen. En omfattande smittspridning kan därför kräva en storskalig testning. Vid en omfattande smittspridning kan dock situationen också vara sådan att skyldigheten att uppsöka läkare och få till stånd en undersökning och provtagning inte fyller någon

egentlig funktion ur smittskyddssynpunkt, vare sig för att kunna begränsa smittspridningen eller för den enskilde. Så kan t.ex. vara fallet när en sjukdom har fått en omfattande spridning i samhället och kännedom om ytterligare milda sjukdomsfall inte leder till ökad kunskap om spridningen eller nytta för den smittade eller för samhället. I stället riskerar provtagning och läkarundersökning av sådana smittfall att bidra till ökad smittspridning och arbetsbelastning. Även i en situation där sjukvården är mycket ansträngd och där milda fall av sjukdomen är sådana att det inte krävs en läkarundersökning för att ge råd om hur den enskilde kan minimera risken för att föra smittan vidare, kan ett krav på att uppsöka läkare vid varje symtom på sjukdomen anses vara omotiverat. Likaså kan situationen vara sådan att det inte är möjligt att få svar på prover i tid för att vidta effektiva smittskyddsåtgärder och att ett krav på obligatorisk provtagning därför förlorar syftet att möjliggöra åtgärder som begränsar smittspridningen.

Undantag enligt bestämmelsen får inte innebära att den som är i behov av vård och behandling inte ska söka läkare och få den vård och behandling som han eller hon är i behov av.

Se också bemyndigandena i 7 b § om regeringens möjlighet att föreskriva att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på sjukdomen ska kontakta hälso- och sjukvården på annat sätt än att söka läkare och att vad som sägs om läkare i 1 § också ska gälla viss annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Enligt *andra punkten* får regeringen meddela undantag från den behandlande läkarens skyldighet att genomföra smittspårning om läkaren konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av sjukdomen. I fråga om smittspårningen, se prop. 2003/04:30 s. 220 och 221.

En omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan å ena sidan kräva att smittspårning görs i stor skala. Å andra sidan kan omständigheterna också vara sådana under en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom att krav på smittspårning inte är ändamålsenligt. Under sådana förhållanden kan det således behöva göras undantag i fråga om den behandlande läkarens skyldighet att smittspåra. Bemyndigandet bör användas med försiktighet.

7 b §

Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga meddela föreskrifter om

1. att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på sjukdomen ska kontakta hälso- och sjukvården på ett annat sätt än genom att söka läkare enligt 1 § första stycket,

2. att vad som sägs om läkare i 1 § och behandlande läkare i 4 och 5 §§ också ska gälla viss annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och

3. att vad som sägs om att uppsöka läkare i 4 § och att låta sig undersökas av läkare i 6 § också ska gälla att ta kontakt med hälso- och sjukvården på ett annat sätt.

Paragrafen är ny och innehåller bemyndiganden till regeringen att meddela föreskrifter om vissa anpassningar av smittskyddsåtgärderna i lagen. Övervägandena finns i avsnitt 8.9.3.

Bemyndigandena gäller för en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga. Det innebär att sjukdomen ska vara angiven i bilaga 2 (se 1 kap. 3 § femte stycket) eller att regeringen med stöd av 9 kap. 2 § föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen i avvaktan på riksdagens beslut att ange sjukdomen i bilagan. Se närmare om samhällsfarliga sjukdomar i författningskommentaren till 1 kap. 3 §.

Att det ska vara fråga om en viss sjukdom innebär att det i regeringens föreskrifter behöver anges vilken sjukdom de ska tillämpas på. Av 7 c § framgår att föreskrifter om undantag ska vara tidsbegränsade.

Enligt *första punkten* får regeringen meddela föreskrifter om att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på sjukdomen ska kontakta hälso- och sjukvården på annat sätt än att söka läkare enligt 1 § första stycket. Bestämmelsen gör det möjligt att vid en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom genomföra en storskalig testning utan att belasta behandlande läkare inom hälso- och sjukvården för sådan provtagning.

Med att kontakta sjukvården på annat sätt avses t.ex. att kontakt kan tas via en e-tjänst eller att kontakta en särskilt angiven provtagningsenhet. Närmare föreskrifter om hur kontakten bör tas kan meddelas genom verkställighetsföreskrifter.

Enligt *andra punkten* får regeringen meddela föreskrifter om att läkares skyldighet att undersöka, ta prover och smittspåra enligt

1 och 4 §§ också ska gälla viss annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detsamma gäller skyldigheten att anmäla till smittskyddsläkaren i enlighet med 1 § om patienten inte samtycker till undersökningen eller provtagningen, liksom skyldigheten att underrätta smittskyddsläkaren om smittspårningen inte går att fullgöra enligt 5 §. Bestämmelsen gör det möjligt att vid en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom genomföra en storskalig smittspårning utan att belasta behandlande läkare inom hälso- och sjukvården med detta.

Att det ska vara fråga om en viss annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal innebär att det av regeringens föreskrifter ska framgå vilken eller vilka kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal som sätts i läkares ställe. Med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avses sådan hälso- och sjukvårdspersonal som har legitimation i enlighet med 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Av *tredje punkten* följer att regeringen även på motsvarande sätt som enligt första punkten får meddela föreskrifter om att den som vid en smittspårning misstänkts kan ha smittats av sjukdomen ska uppmanas att uppsöka hälso- och sjukvården på annat sätt än att uppsöka läkare enligt 4 § och om han eller hon inte gör det ska detta anmälas till smittskyddsläkaren enligt 6 §.

7 c §

Föreskrifter enligt 7 a och 7 b §§ ska vara tidsbegränsade.

Paragrafen är ny och anger att regeringens föreskrifter enligt 7 a och 7 b §§ ska vara tidsbegränsade. Övervägandena finns i avsnitt 7.5.2 och 8.9.3.

Att föreskrifterna ska gälla för en viss tid innebär att det redan inför att de beslutas ska övervägas under vilken tid undantagsbestämmelserna bör gälla. Något hinder mot att vid behov förlänga giltighetstiden finns dock inte. Det rör sig dock om avsteg från krav och skyldigheter som under normala förhållanden är viktiga ur smittskyddshänseende. Möjligheten att göra undantag från sådana åtgärder bör därför användas med försiktighet.

8 §

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå *en* hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det *finns grundad anledning att anta att det* i ett visst geografiskt område *pågår ett* utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område *eller från ett annat område som står i nära förbindelse med området,* samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå *en* hälsokontroll på platsen för inresan.

Smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut enligt andra stycket.

Paragrafen innehåller bestämmelser om att den som anländer till Sverige ska genomgå en hälsokontroll på platsen för inresan. Övervägandena finns i avsnitt 7.6.

Ändringen i *första stycket* är endast redaktionell.

I *andra stycket* ersätts uttrycket ”skett utbrott” med ”grundad anledning att anta att det […] pågår ett utbrott”. Med grundad anledning att anta avses att det ska föreligga konkreta omständigheter som talar för att det pågår en smittspridning av en viss samhällsfarlig sjukdom.

I stycket görs även ett tillägg som innebär att Folkhälsomyndighetens beslut även får omfatta personer som anländer till Sverige från ett område som står i nära förbindelse med det geografiska område där myndigheten bedömt att det finns grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom.

Att områdena står i nära förbindelse med varandra behöver inte betyda att de ligger geografiskt nära varandra. Med nära förbindelse avses att det finns en omfattande rörlighet av människor mellan områdena. Det kan t.ex. handla om handelsutbyte, turister, migranter eller gästarbetare. Det ställs inget krav på hur omfattande rörligheten mellan områdena behöver vara utan det får göras en samlad bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Det ska dock handla om en sådan mängd resor att det finns en grundad anledning att anta att sjukdomen kan ha spridit sig mellan områdena.

Det nuvarande tredje stycket utgår. Det nuvarande fjärde stycket blir ett nytt *tredje stycke*.

8 a §

Hälsokontrollen enligt 8 § ska mynna ut i en individuell medicinsk bedömning av behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder med anledning av den samhällsfarliga sjukdomen. Kontrollen ska innefatta ett samtal om personens nuvarande fysiska hälsotillstånd. Samtalet ska även innehålla frågor om exponering för smitta och de övriga uppgifter som kan behövas från smittskyddssynpunkt.

Om det finns anledning till det ska personen uppmanas att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

Personen ska informeras om vad för slags undersökning och prov som avses och syftet med åtgärderna. Informationen ska dokumenteras.

Om personen inte medverkar till undersökningen eller provtagningen får det tillmätas den betydelse som omständigheterna motiverar för beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om hälsokontroll vid platsen för inresan enligt 8 §. Övervägandena finns i avsnitt 7.6.

I *första stycket* anges att en hälsokontroll på platsen för inresan ska mynna ut i en individuell medicinsk bedömning av behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder med anledning av den samhällsfarliga sjukdomen. Vidare framgår att kontrollen ska innefatta ett samtal om personens nuvarande fysiska hälsotillstånd och att samtalet även ska innehålla frågor om exponering för smitta och de övriga uppgifter som kan behövas från smittskyddssynpunkt. Syftet med en hälsokontroll är att försöka fastställa att personer som har för avsikt att resa in i landet inte är smittade av en samhällsfarlig sjukdom.

Det som avses med uttrycket andra smittskyddsåtgärder är sådana andra smittskyddsåtgärder som regleras i smittskyddslagen. Det kan t.ex. avse läkarundersökning eller provtagning men vid behov även tvångsåtgärder under förutsättning att rekvisiten för sådana beslut är uppfyllda.

Frågor om personens nuvarande hälsotillstånd bör i första hand avse frågor om symtom som är relevanta för den samhällsfarliga sjukdom det är fråga om. Det kan också avse om personen har något annat hälsotillstånd som kan ge liknande symtom.

Frågor om exponering för smitta kan t.ex. avse var i det aktuella färdmedlet personen befunnit sig för att utreda om personen kan ha varit utsatt för smitta under resan. Så kan t.ex. vara fallet om det finns en misstänkt smittad medresenär. Frågorna kan även avse att

utröna om personen före avresan befunnit sig i ett geografiskt område där det finns grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott.

Vilka övriga uppgifter som kan behövas ur smittskyddssynpunkt beror bl.a. på vilken samhällsfarlig sjukdom det rör sig om. Om det rör sig om en samhällsfarlig sjukdom för vilken det finns vaccin som förhindrar sjukdom eller bärarskap är det exempelvis relevant att fråga om vaccinationsstatus. Det kan även handla om frågor för att utreda om personen tillhör någon riskgrupp. Finns det anledning att anta att en person kan ha varit utsatt för smitta kan det exempelvis vara relevant att ställa frågor för att utröna om personen kan ha utsatt andra medresenärer för smittan.

I fråga om vilka som kan utföra hälsokontrollen, se förarbetena till 8 §, prop. 2003/04:158 s. 64.

Av *andra stycket* framgår att om den som genomför hälsokontrollen anser att det finns behov av ytterligare utredningsåtgärder för att kunna bedöma behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder ska han eller hon uppmana personen att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. En sådan uppmaning är inte tvingande. Undersökningen avser de moment i en kroppsundersökning som bedöms relevanta utifrån den aktuella samhällsfarliga sjukdomen. Vilken provtagning som kan vara aktuell beror också på vilken sjukdom det är fråga om.

Bedömningen av behovet av ytterligare utredningsåtgärder bör baseras på den information som framkommit under hälsokontrollen. Eftersom ytterligare undersökning eller provtagning innebär en ingripande åtgärd i förhållande till den enskildes personliga sfär, ska en uppmaning om detta föregås av en behovs- och proportionalitetsbedömning. Behovet av ytterligare utredningsåtgärder ska bedömas nödvändigt och ingreppet vara så liten som möjligt.

Enligt *tredje stycket* ska personen informeras om vad för slags undersökning och prov som avses och syftet med åtgärderna. Informationen ska dokumenteras.

Av *fjärde stycket* framgår att om personen inte medverkar till undersökningen eller provtagningen får det tillmätas den betydelse som omständigheterna motiverar för beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder. Bestämmelsen innebär att om den som genomfört hälsoundersökningen bedömt att det finns behov av ytterligare utredningsåtgärder, har uppmanat personen att låta en läkare göra de

undersökningar och ta de prover som behövs men personen väljer att inte medverka till detta, måste en bedömning göras av om det är aktuellt att vidta någon av smittskyddslagens tvångsbestämmelser. En bedömning måste göras för varje enskilt fall om huruvida rekvisiten för den aktuella undersökningen är uppfyllda.

4 kap.

Bemyndiganden om vissa undantag

9 a §

Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga, meddela föreskrifter om undantag från

1. skyldigheten att ge individuellt utformade medicinska och praktiska råd enligt 1 §,

2. skyldigheten att besluta om individuellt utformade förhållningsregler enligt 2 §, och

3. anmälningsskyldigheten och underrättelseskyldigheten i 8 §.

Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

Paragrafen är ny och innehåller bemyndiganden till regeringen att meddela föreskrifter om undantag från vissa bestämmelser i kapitlet. Övervägandena finns i avsnitt 7.5.4, 7.5.5 och 7.5.7.

Möjligheten för regeringen att meddela föreskrifter om undantag gäller för en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga. Det innebär att sjukdomen ska vara angiven i bilaga 2 (se 1 kap. 3 § femte stycket) eller att regeringen med stöd av 9 kap. 2 § föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen i avvaktan på riksdagens beslut att ange sjukdomen i bilagan. Se närmare om samhällsfarliga sjukdomar i författningskommentaren till 1 kap. 3 §.

Att det ska vara fråga om en viss sjukdom innebär att det i regeringens föreskrifter behöver anges vilken sjukdom de ska tillämpas på.

Enligt *första stycket första och andra punkterna* får regeringen göra undantag från den skyldighet som den behandlande läkaren har enligt 1 och 2 §§ att ge den som bär på eller misstänks bära på den samhällsfarliga sjukdomen individuellt utformade medicinska och praktiska råd och förhållningsregler om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Se prop. 2023/04:30 s. 222–225 i fråga om skyldigheten att meddela sådana råd och förhållningsregler.

Under normala förhållanden kan individuellt utformade råd och förhållningsregler vara avgörande för att den enskilde ska kunna ta sitt ansvar för att förhindra att smittan förs vidare. Bestämmelsen gör det dock möjligt att göra undantag från skyldigheten att ge sådana råd och förhållningsregler. Sådana undantag kan behöva meddelas t.ex. vid en omfattade smittspridning vid vilken sjukdomsbilden är relativt likartad för majoriteten av de smittade och skyldigheten att uppsöka läkare och få individuellt utformade råd skulle ge ytterligare belastning på en hälso- och sjukvård som redan är belastad av att ta hand om dem som blivit allvarligt sjuka i sjukdomen. För undantag från skyldigheten att söka läkare och möjligheten att införa krav på att kontakt ska tas med hälso- och sjukvården också på andra sätt, se 3 kap. 7 a och 7 b §§.

Enligt *första stycket tredje punkten* är det även möjligt att meddela undantag från behandlande läkares skyldighet enligt 8 § att till smittskyddsläkaren anmäla misstanke om att patienten inte följt sin informationsplikt och informerat närstående om sjukdomen, liksom från smittskyddsläkarens skyldighet att under vissa förhållanden då underrätta den närstående. Sådana undantag kan bli aktuella i en situation där ett eller flera undantag från bestämmelserna i 3 kap. och 4 kap. har gjorts i fråga om den aktuella sjukdomen.

När undantag meddelas har samhället alltjämt ett långtgående ansvar att ge information om åtgärder för att minska smittspridning. Det gäller inte minst information till dem som har symtom på sjukdomen. Undantag enligt bestämmelsen får inte heller innebära att den som är i behov av vård och behandling inte ska söka läkare och få den vård och behandling som han eller hon är i behov av.

I *andra stycket* finns en bestämmelse om att föreskrifterna ska vara tidsbegränsade. Det innebär att det redan inför att undantagen beslutas ska övervägas under vilken tid de bör gälla. Något hinder mot att vid behov förlänga giltighetstiden finns dock inte. Det rör sig dock om avsteg från smittskyddsåtgärder som under normala förhållanden är viktiga ur smittskyddshänseende. Möjligheten att göra undantag från sådana åtgärder bör därför användas med försiktighet.

9 kap.

6 §

Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

Paragrafen innehåller regeringens bemyndigande att meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet vid en fredstida kris. Övervägandena finns i avsnitt 7.7.

Andra stycket är nytt och anger att föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet ska vara tidsbegränsade. Det innebär att det redan inför att föreskrifterna ska beslutas ska övervägas under vilken tid de bör gälla. Något hinder mot att vid behov förlänga giltighetstiden finns dock inte. Inte heller finns något hinder att upphäva en föreskrift i förtid.

15.4 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

38 kap.

7 §

Sekretess gäller hos kommuner och regioner i verksamhet som avser beredskap för extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap eller planering enligt förfogandelagen (1978:262), *samt hos regioner i verksamhet som avser beredskap enligt smittskyddslagen (2004:168)*

1. för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, uppfinningar eller forskningsresultat, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs, och

2. för uppgift om andra ekonomiska eller personliga förhållanden än som avses i 1 för den som har trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för verksamheten.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst tjugo år.

Paragrafen innehåller bestämmelser om sekretess för uppgifter i kommunernas och regionernas beredskap. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.2.

I *första stycket* läggs regionernas verksamhet som avser beredskap enligt smittskyddslagen (2004:168) till, se författningskommentaren till 1 kap. 11 § den lagen i avsnitt 15.3. Ändringen innebär att sekretess gäller i den verksamheten för sådana uppgifter som räknas upp i bestämmelsen.

44 kap.

5 §

Rätten enligt 1 kap. 1 och 7 §§ tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 1 och 10 §§ yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter inskränks av den tystnadsplikt som följer

1. av beslut som har meddelats med stöd av 7 § lagen (1999:988) om förhör m.m. hos kommissionen för granskning av de svenska säkerhetstjänsternas författningsskyddande verksamhet,
2. av 7 kap. 1 § 1 lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap,
3. av 4 kap. 16 § försäkringsrörelselagen (2010:2043),
4. av 5 kap. 15 § lagen (1998:293) om utländska försäkringsgivares och tjänstepensionsinstituts verksamhet i Sverige,
5. av 32 § lagen (2020:62) om hemlig dataavläsning,
6. av 4 § lagen (2020:914) om tystnadsplikt vid utkontraktering av teknisk bearbetning eller lagring av uppgifter, och
7. av 3 kap. 7 § lagen (2024:1146) om vissa forskningsdatabaser.
8. *av 1 kap. 14 § 1 smittskyddslagen (2004:168).*

Paragrafen reglerar i vilka fall tystnadsplikt i vissa författningar inskränker den grundlagsskyddade rätten att meddela och offentliggöra uppgifter. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.2.

Åttonde punkten är ny. I 1 kap. 14 § första punkten smittskyddslagen (2004:168) föreskrivs att den som deltar eller har deltagit i en regions verksamhet med beredskap enligt 1 kap. 11 § den lagen inte obehörigen får röja eller utnyttja vad han eller hon därigenom har fått veta om förhållanden av betydelse för beredskapen. Av åttonde punkten framgår att den tystnadsplikten är en sådan tystnadsplikt som inskränker rätten att meddela och offentliggöra uppgifter.

Kommittédirektiv 2023:106

Stärkt beredskap inför framtida pandemier

Beslut vid regeringssammanträde den 29 juni 2023

Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning. I uppdraget ingår också att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, att se över vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare samt att lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor. Syftet är att stärka beredskapen inför framtida pandemier.

Utredaren ska bl.a.

- analysera och ta ställning till om smittskyddslagen (2004:168) ska anpassas till situationer med omfattande smittspridning,
- analysera och föreslå nya bestämmelser för att motverka trängsel,
- analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas,
- lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier,
- analysera och ta ställning till vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare,
- analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2025.

Beredskapen inför framtida pandemier behöver stärkas

Världen har nyligen upplevt en av de mest omfattande hälsokriserna i modern tid, då covid-19-pandemin spred sig och fick stor påverkan på samhällen i de flesta av världens länder. På kort tid hanterades en stor mängd frågor. Samtidigt kunde det konstateras att det saknades rättsliga förutsättningar att vidta vissa typer av åtgärder.

Nya hälsohot av känt eller okänt ursprung, epidemier och pandemier har uppstått återkommande genom historien. Det finns nu möjlighet att ta vara på lärdomarna från covid-19-pandemin och ta ett samlat grepp om frågorna kopplat till beredskap för framtida pandemier och hälsohot.

Hanteringen av covid-19-pandemin har utvärderats och granskats på olika sätt och ytterligare granskningar pågår. Utöver Coronakommissionens (S 2020:09) betänkanden kan nämnas rapporten Att lära av en kris – kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin, som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) publicerade i mars 2023, och Socialstyrelsens rapport Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – översyn och förslag till utveckling, från december 2022 (S2021/06173). Vidare redovisade Riksrevisionen i maj 2023 en granskning av effektiviteten i styrningen av den nationella smittskyddsverksamheten, både i normalläge och krisläge: Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning (RiR 2023:9).

Regeringen tillsatte den 2 september 2021 Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04). I takt med olika omvärldshändelser och att flera utvärderingar och granskningar kopplade till covid-19-pandemin har redovisats, har regeringen beslutat om ändringar i utredningens direktiv. Utredaren har nu bl.a. i uppdrag att analysera bestämmelserna om smittbärarpenning samt att analysera och lämna förslag gällande vissa bestämmelser om smittskyddsåtgärder inom särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.

För att samhället ska stå bättre rustat inför framtida hälsohot, såsom omfattande epidemier eller pandemier av känt eller okänt ursprung och oavsett om de sprids avsiktligt eller oavsiktligt, behöver

beredskapen stärkas. Detta gäller såväl författningsberedskapen som beredskapen i övrigt.

Uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd

Det behövs god beredskap för att undvika brådskande beredningar av lagförslag under såväl fredstida kriser som höjd beredskap. Genom så kallad författningsberedskap, dvs. att ha bemyndiganden och annan reglering på plats, kan en kris hanteras mer effektivt än vad som annars hade varit fallet.

Vid omfattande spridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom bör det därför finnas en beredskap inom gällande lagar och förordningar, t.ex. utrymme för att vidta vissa extraordinära smittskyddsåtgärder. Utgångspunkten för en sådan författningsberedskap är att grundläggande fri- och rättigheter så långt som möjligt kan upprätthållas även vid en pandemi och att inskränkningar inte är mer långtgående än vad som är absolut nödvändigt för att motverka en omfattande smittspridning.

Det finns mot bakgrund av erfarenheterna från covid-19-pandemin skäl att se över regleringen om smittskydd ur ett beredskapsperspektiv, dels smittskyddslagen (2004:168) och vid behov annan lagstiftning som t.ex. lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, dels behovet av regler för att motverka trängsel. Det finns även skäl att närmare analysera om det bör införas en handlingsprincip, dvs. att man bör vidta de åtgärder som enligt tillgänglig kunskap kan förmodas begränsa smittspridning.

En utgångspunkt vid uppdragets genomförande bör vara erfarenheterna av hanteringen av covid-19-pandemin. Kunskapen om vilka smittskyddsåtgärder som hade goda effekter respektive fungerade mindre väl bör tas till vara. Även andra länders erfarenheter under covid-19-pandemin bör beaktas. Det bör också beaktas att framtida pandemier kan orsakas av andra smittämnen, ha olika smittvägar och drabba olika grupper i samhället olika hårt, dels på grund av olika levnadsvillkor och underliggande hälsotillstånd, dels på grund av olika stor mottaglighet för infektion och risk för svår sjukdom. Det är därför viktigt att i hanteringen av pandemier arbeta för att undvika stigmatisering och skuldbeläggande av de grupper som drabbas.

Behöver smittskyddslagen anpassas till situationer med omfattande smittspridning?

I smittskyddslagen finns bestämmelser som i huvudsak avser åtgärder i förhållande till enskilda personer som är eller misstänks vara smittade av en smittsam sjukdom. Med smittsamma sjukdomar avses alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. I smittskyddslagen definieras även allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar. Med allmänfarliga sjukdomar avses 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. Med samhällsfarliga sjukdomar avses 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. De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar ska anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelser i smittskyddslagen och därtill hörande författningar. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.

För att inte begränsa utredaren till de nuvarande begreppen för smittsamma sjukdomar i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen (2004:255) används i direktiven uttrycket smittsamma sjukdomar. Begreppet hälsohot omfattar både kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära hot mot människors hälsa. Eftersom fokus i utredningen är smittsamma sjukdomar används härefter uttrycken pandemier och omfattande spridning av smittsamma sjukdomar. Det som avses är situationer när smittspridningen får allvarliga konsekvenser för människors hälsa eller för samhället.

Enligt smittskyddslagen ska smittskyddsåtgärder bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärderna får inte 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 enskildas integritet. När åtgärder rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Den humanistiska grundsyn som ligger till grund för samhällets smittskydd betonas i lagens förarbeten (prop. 2003/04:30).

Det framgår vidare av smittskyddslagen att var och en har ett ansvar för att så långt som möjligt vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot smittsamma sjukdomar. Covid-19-pandemin har visat att det kan finnas anledning att införa bindande regler för ett effektivare smittskyddsarbete inom vissa områden. Det finns enligt nuvarande lagstiftning t.ex. inte möjlighet att i fråga om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning utöva tillsyn eller besluta om sanktioner. Under pandemin och den då gällande lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (den så kallade covid-19-lagen eller pandemilagen), kunde den som bröt mot t.ex. föreskrifter om förbud mot att samlas i sällskap av viss storlek på allmän plats dömas till penningböter.

Enligt Socialstyrelsens bedömning har det största hindret för att genomföra nödvändiga smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin varit att bestämmelserna i smittskyddslagen om provtagning och smittspårning inte är ändamålsenligt utformade för att hantera en situation med omfattande smittspridning (S2021/06173). Bestämmelserna är inte utformade på ett sådant sätt att det är praktiskt möjligt att följa dem vid en så omfattande spridning av en smittsam sjukdom. Den diagnostik som i vanliga fall utförs inom regionerna är i första hand dimensionerad för att hantera provtagning för individers vårdbehov. Det innebär att regionerna har kapacitet att ta prover på dem som söker vård inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller smittskyddslagen, och inte för provtagning vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar. På motsvarande sätt är den smittspårning som utförs inom regionerna inte heller dimensionerad för att hantera en stor mängd potentiellt smittade där tiden mellan exponering och smittsam fas är kort. Vid omfattande smittspridning kan det uppstå ett akut behov av att identifiera smittade för att tidigt bryta smittkedjor. Det kan också finnas behov av att se över hur bestämmelserna i smittskyddslagen förhåller sig till bestämmelser i annan tvångslagstiftning såsom lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård i situationer med omfattande smittspridning, eftersom det kan uppstå oklarheter när lagstiftning på båda dessa områden blir aktuella.

De olika målen med provtagning – att ta prover och smittspåra för att minska smittspridning på nationell nivå och att ta prover för individers vårdbehov – kan skapa en otydlighet, bl.a. när det gäller

ansvaret för dimensionering av kapaciteten för provtagning och smittspårning.

I enlighet med smittskyddslagen ska en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom anmäla detta till smittskyddsläkaren i regionen och till Folkhälsomyndigheten. I situationer med omfattande smittspridning kan anmälningsplikten bli administrativt betungande för vården, vilket i sin tur kan medföra att det blir bristfällig kvalitet på anmälningarna. Även smittskyddslagens krav om att den som vet eller misstänker att han eller hon bär på en allmänfarlig eller annan smittspårningspliktig sjukdom utan dröjsmål ska söka läkare, kan bli en belastning för vården i en situation med omfattande smittspridning.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om utredning av sjukdomsfall ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar, t.ex. skyldigheten för den enskilde att uppsöka läkare och skyldigheten för läkare att undersöka patienten och smittspåra,
- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om förhållningsregler ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och ta ställning till om smittskyddslagen, under vissa förutsättningar, bör ha företräde i förhållande till annan tvångslagstiftning i situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om anmälan av sjukdomsfall ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och, om det bedöms lämpligt, föreslå en ordning där statliga myndigheter och regioner har beredskap och tekniska förutsättningar för att vid omfattande spridning av smittsamma sjuk-

domar skyndsamt utföra relevant storskalig provtagning, analys och smittspårning,

- analysera och ta ställning till hur beslutsbefogenheterna ska fördelas mellan riksdagen, regeringen, myndigheterna under regeringen, regionerna och kommunerna i fråga om smittskyddsåtgärder, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Om utredaren finner att smittskyddslagens definitioner av smittsamma sjukdomar behöver ändras eller kompletteras får utredaren lämna sådana förslag. Vid analysen ska utredaren beakta hur förslagen förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som de kommer till uttryck i regeringsformen och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). En noggrann avvägning ska göras av åtgärdernas lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och att giltighetstiden för begränsande åtgärder omprövas kontinuerligt. Vad gäller bestämmelser om provtagning och smittspårning bör hänsyn tas till att det, i vart fall i inledningen av en pandemi eller en omfattande epidemi, kan saknas kunskap om hur den specifika sjukdomen sprids, med vilket intensitet och allvarlighetsgrad.

Behöver möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder utökas?

Smittskyddslagen är i första hand reaktiv och förutsätter konstaterad eller misstänkt smitta. Lagens bestämmelser är i vissa delar inte anpassade till en pandemisituation.

Extraordinära smittskyddsåtgärder kan enligt smittskyddslagen vidtas vid smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Bland annat kan smittskyddsläkaren besluta att personer som anländer till Sverige ska genomgå en hälsokontroll om det finns skäl att misstänka att de har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. En sådan hälsokontroll får dock inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Under covid-19-pandemin uppstod vissa frågor kring extraordinära smittskyddsåtgärder, bl.a. möjligheterna att, även i fall där det inte finns någon konstaterad smitta, vidta preventiva extraordinära åtgärder i syfte att förhindra att smitta förs in i landet eller sprids vidare till nya områden.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om det vid situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska vara möjligt att utföra en hälsokontroll vid inresa i landet, även i de fall det saknas konstaterat utbrott i avreselandet,
- analysera och ta ställning till om det ska vara möjligt att vid en hälsokontroll vid inresa till landet utföra provtagning av individer,
- analysera och ta ställning till om det vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska finnas möjlighet att besluta om regionala reserestriktioner inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta till och från områden som är smittfria eller har begränsad smittspridning,
- analysera och ta ställning till om det ska införas andra extraordinära smittskyddsåtgärder,
- analysera och ta ställning till hur beslutsbefogenheterna ska fördelas mellan riksdagen, regeringen, myndigheterna under regeringen, regionerna och kommunerna när det gäller extraordinära smittskyddsåtgärder, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredaren ska vid analysen beakta de grundläggande fri- och rättigheterna som de kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. En noggrann avvägning ska göras av åtgärdernas lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och att giltighetstiden för begränsande åtgärder omprövas kontinuerligt.

Vilka nya bestämmelser för att motverka trängsel bör införas?

En grundläggande åtgärd för att minska risken för smittspridning är att motverka trängsel vid folksamlingar. Som en yttersta åtgärd kan vissa verksamheter behöva stängas ned eller folksamlingar där trängsel kan uppstå helt förbjudas.

Under pandemin beslutades ett antal nya tillfälliga lagar. Bestämmelserna i lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen och anslutande föreskrifter innebar att den som driver ett serveringsställe skulle ansvara för att vidta vissa åtgärder för att förhindra spridning av viruset. Med stöd av lagen om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 kunde särskilda begränsningar införas för bl.a. allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, platser för fritids- eller kulturverksamhet som är öppna för allmänheten, kollektivtrafik samt platser för privata sammankomster.

Covid-19-pandemin har aktualiserat behovet av flexibla, träffsäkra och ändamålsenliga bestämmelser för att vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar möjliggöra begränsningar av folksamlingar i syfte att minska risken för trängsel och därmed risken för smittspridning.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till i vilken utsträckning folksamlingar vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska kunna begränsas på platser dit allmänheten har tillträde respektive platser dit allmänheten inte har tillträde, t.ex. någons hem,
- analysera och ta ställning till i vilka verksamheter som begränsningar ska kunna införas samt vilka typer av begränsningar som ska kunna beslutas och under vilka förutsättningar,
- analysera och föreslå hur en reglering som begränsar folksamlingar kan utformas inbegripet regler om tillsyn och sanktioner,
- analysera och ta ställning till hur beslutsbefogenheterna ska fördelas mellan riksdagen, regeringen, myndigheterna under regeringen, regionerna och kommunerna i fråga om bestämmelser som syftar till att begränsa folksamlingar,

- analysera och ta ställning till om det bör införas bestämmelser om rätt till ersättning till verksamheter som träffas av begränsningar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Vid analysen ska utredaren beakta de grundläggande fri- och rättigheterna som de kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. Det ska särskilt beaktas att demonstrationer, opinionsbildande möten och religiösa sammankomster har särskild betydelse i ett demokratiskt samhälle. Demonstrationsfriheten, mötesfriheten och religionsfriheten har därför ett särskild skydd i regeringsformen. Utrymmet för begränsningar av allmänna sammankomster ska inte vara större än vad som är absolut nödvändigt och bör omprövas kontinuerligt. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet. Dessutom ska utredaren ha de enskilda i åtanke som har behov av insatser enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade så att deras grundläggande fri- och rättigheter tillvaratas. En noggrann avvägning ska göras av förslagens lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Vid övervägandet om begränsningar av allmänna sammankomster ska införas bör det beaktas om motsvarande effekt kan uppnås genom att smittskyddsåtgärder i stället införs för andra verksamheter.

Vid analysen ska även möjligheterna att bedriva olika verksamheter och arrangemang på ett smittsäkert sätt beaktas. Begränsningarna ska inte vara mera långtgående än vad som krävs för att skydda liv och hälsa. Även det regionala perspektivet bör beaktas eftersom reglerna kan behöva tillämpas olika i hela eller delar av landet samt i hela eller delar av ett län.

Bör regleringen om smittskyddsåtgärder kompletteras med en handlingsprincip?

I sitt slutbetänkande Sverige under pandemin (SOU 2022:10) lyfter Coronakommissionen återkommande fördelarna med en så kallad försiktighets- eller handlingsprincip. Den kan ses som ett grundläggande förhållningssätt för att möta en hotande situation när den till-

gängliga informationen är obefintlig eller osäker och ofullständig. Principen innebär att beslutsfattare i sådana situationer inte bör vänta passivt på bättre kunskap, utan aktivt vidta åtgärder utifrån tillgänglig kunskap för att motverka hotet. Den innebär alltså att det är bättre att handla än att vänta på bättre beslutsunderlag. Därefter kan man modifiera sitt handlande när ny kunskap blir tillgänglig.

Katastrofkommissionen slog i sitt betänkande Sverige och tsunamin – granskning och förslag (SOU 2005:104) fast att en av de återkommande bristerna i svensk krishantering var att aktörer som ska hantera en kris ofta väljer ett passivt förhållningssätt med hänvisning till att man inte har fullständig information. För att motverka konsekvenserna förknippade med ett sådant förhållningssätt menade Katastrofkommissionen att det är bättre att tillämpa en sorts försiktighets- eller handlingsprincip. Kommissionen beskrev hur en sådan princip i vardagen styr räddnings- och brandförsvarsinsatser. Grundregeln i de verksamheterna är att rycka ut med de resurser som krävs för en relativt stor olycka och återkalla en del av styrkan om den sedan visar sig inte behövas, snarare än att skicka ett fordon och först därefter rekvirera mer om situationen kräver det. I detta sammanhang bör påpekas att en pandemi, till skillnad från en olycka, pågår under en lång tidsperiod. Det kan under en pandemi vara svårt att avgöra när situationen är tillräckligt stabil för att ta bort restriktioner eller andra åtgärder som införts med avsikten att vara tillfälliga.

Den ekonomiska politiken i Sverige under covid-19-pandemin följde enligt Coronakommissionen en försiktighets- eller handlingsprincip, och man valde att hellre göra för mycket än för lite. Vidare var en skillnad mellan de nordiska ländernas agerande under pandemin hur man förhöll sig till principens krav på handlande trots bristande kunskap.

Det svenska systemet för krisberedskap och krishantering bygger på ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna. Principerna finns angivna i olika utredningar, propositioner och planeringsdokument, men är inte definierade i lag utan ska i stället förstås som en bakgrund till dagens regelverk för krisberedskap samt det uppdrag och mandat som olika aktörer har. Principerna om ansvar, likhet och närhet räcker inte i en kris, enligt Coronakommissionen, utan de bör kompletteras med en försiktighets- eller handlingsprincip. Smittskyddslagens allmänt hållna regel om att åtgärder ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet är viktig som grundval när det gäller att

hantera kända smittsamma sjukdomar. Men när vetenskapen är begränsad, beprövad erfarenhet saknas och smittskyddsåtgärder ändå måste vidtas får de ansvariga inte låta en sådan regel stoppa åtgärder som kan antas begränsa smittan. Den som ansvarar för en verksamhet har alltså inte bara fog för – utan bör också ha skyldighet – att tillämpa den principen inför ett omfattande samhällshot, enligt Coronakommissionen.

Med osäker kunskap och avsaknad av beprövad erfarenhet kan det vara önskvärt att en handlingsprincip präglar smittskyddsarbetet och att åtgärder som kan antas begränsa en annars omfattande smittspridning bör vidtas, även om det saknas evidens för hur effektiva de är. Samtidigt anges som allmän riktlinje för smittskyddet i 1 kap. 4 § smittskyddslagen att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utredaren ska därför

- analysera hur en handlingsprincip skulle förhålla sig till principen om att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet,
- analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas i fråga om smittskyddsåtgärder och hur en sådan princip i så fall kan regleras samt förutsättningarna för när den ska tillämpas, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Vid analysen ska utredaren beakta de grundläggande fri- och rättigheterna som de kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. En noggrann avvägning ska göras av förslagens lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och att giltighetstiden för begränsande åtgärder omprövas kontinuerligt.

Uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier

Covid-19-pandemin har visat att det är viktigt att samhället har en god beredskap inför omfattande spridning av nya typer av smittämnen som kan komma att påverka stora delar av samhället. Folkhälsomyndigheten samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå, där det operativa arbetet bedrivs. Myndigheten har tagit fram planeringsstöd för influensapandemier och för pandemier orsakade av andra virus.

En strategi för hantering av pandemier bör beakta det faktum att de flesta nya infektionssjukdomar hos människor är zoonoser, dvs. sjukdomar och smittämnen som kan spridas mellan djur och människor. Förebyggande, upptäckt och hantering av nästa pandemi är alltså en tvärsektoriell fråga som involverar flera myndigheter.

I enlighet med det internationella hälsoreglementet (IHR) ska varje medlemsstat i Världshälsoorganisationen anta en beredskapsplan för hälsohot. Denna beredskapsplan bör med fördel vara tvärsektoriell. I november 2022 antog Europaparlamentet och rådet en ny förordning om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa (EU) 2022/2371. I syfte att skapa ett gemensamt ramverk för krisberedskap och respons ska enligt förordningen bl.a. en EU-plan för hälsokriser och pandemier tas fram. Medlemsländerna ska också ta fram nationella planer som kompletterar EU-planen.

Coronakommissionen konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU 2022:10) att regeringens ledarskap inom smittskyddet var otydligt. Enligt kommissionen var den strategi som publicerades på regeringens webbplats ett tecken på otydligt ledarskap. Strategin angav vad som vägledde regeringen i dess arbete, inte vad regeringen ansåg borde prägla en sammanhållen nationell krishantering. Strategin var heller inte beslutad av regeringen, vilket hade krävts om regeringen hade avsett att strategin skulle styra andra aktörers arbete.

Regeringen anser att det är viktigt att det finns en nationell strategi för att bemöta och hantera framtida hälsohot, framför allt med sikte på omfattande epidemier och pandemier. En sådan strategi bör beakta alla relevanta sektorers del i pandemiberedskapen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer. Strategin bör uppfylla de krav som ställs i

relevanta regelverk inom EU och globalt. En sådan strategi bör beslutas av regeringen.

Utredaren ska därför

- lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, med tvärsektoriell utgångspunkt i relevanta regelverk inom EU, NATO och globalt, men med tydlig nationell inriktning,
- analysera och beskriva de utmaningar kring ansvarsfördelning som kan finnas mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer i pandemins olika skeden,
- föreslå hur sådana utmaningar bör hanteras inom ramen för en nationell strategi, och
- vid behov lämna förslag på åtgärder, t.ex. författningsändringar, som är nödvändiga för att genomföra en sådan strategi.

Uppdraget att analysera vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare

De regionala smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag enligt smittskyddslagen har enligt Socialstyrelsens rapport Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – översyn och förslag till utveckling (S2021/06173) inte några betydande strukturella problem eller brister. Strukturen där regionen har det övergripande ansvaret och smittskydds-läkaren har det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet i regionen har visat sig vara ändamålsenlig och hållbar. Däremot finns vissa avgränsade problem och utmaningar vad gäller smittskyddets kapacitet, organisation och samverkan med andra aktörer, vilket blev tydligt under covid-19-pandemin.

Hur kan sårbarheten för smittskyddsläkare minska?

Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering bedöms i stort vara tillräcklig för att i ett normalläge utföra uppdraget som det framgår av smittskyddslagen. Det finns dock en sårbarhet som följer av att smittskyddsläkare i vissa regioner inte har någon biträdande smittskyddsläkare att konsultera och ha ett konti-

nuerligt kunskapsutbyte med. Denna sårbarhet blir särskilt tydlig i händelse av en situation med omfattande smittspridning. Men även i ett normalläge finns behov av en biträdande smittskyddsläkare. De minsta regionerna har förvisso färre smittskyddsärenden i absoluta tal, men smittskyddsuppdraget och kraven på smittskyddsläkarna är desamma i små regioner som i de större.

Socialstyrelsen gör i sin rapport (S2021/06173) bedömningen att det i lag bör regleras att det ska finnas minst en obligatorisk biträdande smittskyddsläkare i varje region, i syfte att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris eller höjd beredskap. Att ha en biträdande smittskyddsläkare skulle kunna stärka likvärdigheten mellan smittskydden i landet vad avser kapacitet och förutsättningar att genomföra uppdraget i både normalläge och vid omfattande smittutbrott. Socialstyrelsens förslag behöver analyseras vidare.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till hur kontinuiteten och robustheten för smittskyddsläkare kan stärkas, och
- om det bedöms lämpligt, lämna författningsförslag.

Hur bör smittskyddsläkaren placeras organisatoriskt i regionen?

Strukturen och organisationen av regionernas smittskyddsläkare och smittskyddsenheter varierar mellan regionerna. Smittskyddsläkaren kan vara direkt underställd regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören eller en chef längre ned i organisationen. Under pandemin har vissa smittskydds-läkare periodvis ingått i så kallad regional särskild sjukvårdsledning (RSSL), medan andra inte har gjort det, eller endast i begränsad omfattning. Vidare har smittskyddet i ett antal regioner flyttats runt i organisationen flera gånger, även under pandemin.

Som Coronakommissionen framhåller är förhållandet mellan regionen och smittskyddsläkaren inte helt tydligt. En stor del av smittskyddsläkarens arbetsuppgifter ska enligt smittskyddslagen kunna utföras med stor självständighet i förhållande till regionen. Det gäller inte enbart myndighetsutövning mot enskilda individer, utan också smittskyddsläkarens skyldighet att uppmärksamma brister i smittskyddet i olika verksamheter. Samtidigt är det regionen som ansvarar

för tilldelning av resurser för smittskyddet och som därmed bestämmer ramarna för smittskyddsarbetet.

En centralt placerad smittskyddsläkare som är direkt underställd antingen en hälso- och sjukvårdsdirektör eller en regiondirektör har möjlighet att verka med en högre grad av självständighet. Det kan i sin tur leda till en bättre samverkan med regionen. Behovet av en sådan samverkan kring det gemensamma smittskyddsarbetet har blivit särskilt tydligt under covid-19-pandemin.

Smittskyddsläkaren ansvarar för att planera, organisera och leda smittskyddet i regionen. Den organisatoriska placeringen kan påverka förutsättningarna att utföra dessa uppgifter, särskilt i en kris. Förutsättningarna för att smittskyddsarbetet ska bedrivas enhetligt över landet kan också påverkas av smittskyddsläkarens position i respektive region.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till lämplig organisatorisk placering i regionen av smittskyddsläkaren, och
- om det bedöms lämpligt, lämna författningsförslag.

I analysen ska förslagets påverkan på den kommunala självstyrelsen särskilt beaktas.

Uppdraget att föreslå ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor

Vårdhygien är ett samlingsnamn för arbetet med att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner inom vård och omsorg. Regionerna har, inom ramen för sitt smittskyddsansvar, ansvar för att samordna vårdhygienarbetet och att samverka med kommunerna. Tillgången till vårdhygienisk expertis varierar dock i landet, och organiseringen av vårdhygien och smittskydd ser olika ut. Olikheterna blev särskilt tydliga under covid-19-pandemin. I kommunernas vård- och omsorgsverksamheter blev dessutom smittspridningen utbredd, med svåra konsekvenser för patienter och brukare.

Det nationella ansvaret för vårdhygienfrågor delas i dag mellan Socialstyrelsen, som i första hand har ett patientsäkerhetsperspektiv på frågorna, och Folkhälsomyndigheten, som framför allt arbetar

med frågornas koppling till vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Både i Socialstyrelsens rapport (S2021/06173) och i Riksrevisionens granskning av det nationella smittskyddet (RiR 2023:9) påtalas behovet av en ökad nationell samordning av vårdhygienfrågorna. Enligt Riksrevisionens rapport har regionala smittskydd och professionsnätverk återkommande efterfrågat en nationell samordning av vårdhygienfrågorna. Socialstyrelsen menar att en ökad samordning behövs för att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt, och att detta behov har blivit tydligt under tiden med covid-19-pandemin. Riksrevisionen konstaterar att det delade nationella ansvaret för vårdhygienfrågor mellan de två myndigheterna leder till en otydlig styrning på området. Det har också medfört att det nationella arbetet med vårdhygien inte bedrivs på ett tillräckligt systematiskt och strategiskt sätt.

Ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete för att motverka smitta. Detta skulle sannolikt underlätta arbetet för aktörer inom vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och lokal nivå. Det skulle också ge möjlighet till ökad likvärdighet över landet.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågorna bör utformas, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska utöver vad som följer av kommittéförordningen (1998:1474) särskilt redovisa konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer.

I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Om något av förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver förslagets konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Utredaren ska utforma förslagen så att de inte leder till högre administrativ belastning, högre kostnader eller större negativa effekter än nödvändigt för myndigheter, regioner, kommuner eller företag.

Utredaren ska även analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och Europakonventionen och beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin, och de åtgärder som vidtagits med anledning av den, är att både pandemin och åtgärderna har drabbat olika grupper av individer på olika sätt, vilket kan få konsekvenser för jämställdheten och jämlikheten i hälsan. Det är därför viktigt att integrera ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv i utredningen. Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska inhämta kunskap, erfarenheter och synpunkter från Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt, länsstyrelserna och andra berörda statliga myndigheter, SKR, Smittskyddsläkarföreningen, näringslivsorganisationer samt övriga relevanta aktörer. Utredaren ska även samråda med företrädare för regioner och kommuner och privata aktörer som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I den mån det bedöms motiverat ska utredaren även inhämta kunskap och erfarenheter från andra länder.

Utredaren ska beakta relevant arbete inom området, exempelvis Riksrevisionens granskning Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning (RiR 2023:9) samt betänkanden från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Coronakommissionen (S 2020:09) och Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04). Utredaren ska även beakta relevanta internationella arbeten inom området, såsom översynen av det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) och förhandlingarna mellan Världshälsoorganisationens medlemsländer om ett pandemifördrag, samt arbete som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2371 av den 23 november 2022 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upp-

hävande av beslut nr 1082/2013/EU och Sveriges ansökan om medlemskap i NATO.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2025.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2024:88

Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 19 september 2024

Utvidgning och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 29 juni 2023 kommittédirektiv om en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning (dir. 2023:106). Syftet är att stärka beredskapen inför framtida pandemier.

Uppdraget utvidgas. Utredaren ska nu även bl.a.

- göra en översyn av vissa frågor kopplade till smittskyddslagen (2004:168) och smittskyddsförordningen (2004:255),
- analysera och föreslå kompletterande reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet SmiNet, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningstiden förlängs. Enligt de ursprungliga direktiven skulle uppdraget slutredovisas senast den 28 februari 2025. Uppdraget ska i stället slutredovisas senast den 30 januari 2026. Utredaren ska dock senast den 28 februari 2025 lämna ett delbetänkande avseende följande delar i de ursprungliga direktiven:

- uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd, och
- uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier.

Uppdraget att se över vissa frågor kopplade till smittskyddslagen och smittskyddsförordningen

Är smittskyddslagens bestämmelser om vissa skyldigheter, förhållningsregler och tvingande åtgärder ändamålsenliga?

Målet för samhällets smittskydd är enligt 1 kap. 1 § smittskyddslagen att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Enligt smittskyddslagen har enskilda en skyldighet att förebygga smittspridning, t.ex. genom att var och en som vet om eller misstänker att de bär på en smittsam sjukdom ska vidta åtgärder för att skydda andra mot smittrisk.

Enligt smittskyddslagen klassificeras vissa sjukdomar som allmänfarliga eftersom de kan vara livshotande, orsaka långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser. En allmänfarlig sjukdom kan också klassificeras som samhällsfarlig ifall den kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

Om en person bär på en allmänfarlig sjukdom är denne skyldig att enligt 2 kap. 2 § andra stycket smittskyddslagen lämna information om smittan till dem som personen kommer i sådan kontakt med att det finns en beaktansvärd risk för överföring av smitta (den s.k. informationsplikten). I 4 kap. 2 § smittskyddslagen finns även bestämmelser som innebär att personer som bär på, eller misstänks bära på, en allmänfarlig sjukdom ska få individuellt utformade förhållningsregler av sin behandlande läkare. Förhållningsreglerna kan endast avse vissa i lagen angivna moment, bl.a. en skyldighet att informera sexualpartner och vårdgivare om smittbärarskap.

Nuvarande bestämmelser om skyldigheter och förhållningsregler i smittskyddslagen tillkom bl.a. för att säkerställa likabehandling och rättssäkerhet. Bestämmelserna om skyldigheter och förhållningsregler gäller för alla allmänfarliga sjukdomar och ambitionen har varit att undvika särreglering av enstaka sjukdomar. Informationsplikten har bl.a. inneburit att sexualpartner har fått möjlighet att ta ställning till risken för smittspridning.

Smittsamheten för olika allmänfarliga sjukdomar varierar och i vissa fall är behandlingen så effektiv att personen som bär på sjukdomen inte längre är smittsam. Möjligheten att ta hänsyn till detta när det kommer till skyldigheter och förhållningsregler har dock av vissa uppfattats som otydlig i lagstiftningen.

Under 2013 publicerade dåvarande Smittskyddsinstitutet (nuvarande Folkhälsomyndigheten), tillsammans med Referensgruppen för Antiviral Terapi (RAV) ett kunskapsunderlag där det konstaterades att risken för överföring av hivinfektion vid samlag är försumbar om den hivinfekterade parten uppfyller kriterierna för en välinställd behandling. Detta ledde till att Socialstyrelsen, som då ansvarade för föreskrifter på smittskyddsområdet, uppdaterade sina skrivningar så att behandlande läkare kan meddelaundantag från informationsskyldighet gentemot sexpartner.

Flera åtgärder i smittskyddslagen är tvingande när en diagnos har ställts. I en situation där det kan räcka med råd och stöd till en patient riskerar ett beslut om förhållningsregler att bli en administrativ börda. Den enskildes skyldigheter och förhållningsregler ska enligt smittskyddslagen alltid stå i proportion till risken för smittspridning och dess konsekvenser. Eftersom det för många sjukdomar har skett en betydande utveckling när det kommer till epidemiologisk situation, kunskap, läkemedel och behandling är det påkallat att se över proportionaliteten och ändamålsenligheten i vissa av dessa bestämmelser. Den utveckling som har skett sedan smittskyddslagen trädde i kraft kan också, för vissa sjukdomar, innebära att ytterligare förhållningsregler kan vara aktuella att införa.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om regleringen av informationsplikten vid hivinfektion är ändamålsenlig och proportionerlig,
- analysera och ta ställning till om övriga bestämmelser i smittskyddslagen avseende den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning är ändamålsenliga och proportionerliga,
- analysera och ta ställning till om de förhållningsregler som läkare kan ge patienter, särskilt vid hivinfektion och hepatit C, är ändamålsenliga och proportionerliga,
- ta ställning till om ytterligare förhållningsregler ska kunna ges till personer som bär på, eller misstänks bära på, en allmänfarlig sjukdom och vid behov lämna förslag på sådana, ta ställning till om det bör finnas en möjlighet att föreskriva om undantag från tvingande åtgärder i samband med att en sjukdom klassificeras som allmänfarlig eller samhällsfarlig,

- ta ställning till om skyldigheter och förhållningsregler i smittskyddslagen ska baseras på andra kriterier än allmänfarlig sjukdom, t.ex. risken för smittsamhet, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Är systemet med de s.k. rikskoderna ändamålsenligt?

En anmälan om misstänkt eller konstaterat fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom ska enligt 2 kap. 6 § smittskyddslagen innehålla uppgifter om den smittades eller misstänkt smittades namn och personnummer, i syfte att kunna vidta smittskyddsåtgärder. Undantag från detta görs dock i 4 § smittskyddsförordningen för anmälningspliktiga sjukdomar med huvudsakligen sexuell smittväg: gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis. I stället för namn och personnummer ska anmälan innehålla uppgifter om de två första och de fyra sista siffrorna i den smittades eller misstänkt smittades personnummer, s.k. rikskod.

Skälen bakom identitetsskyddet för de sexuellt överförbara sjukdomarna framgår av förarbetena till smittskyddslagen. Där anförs bl.a. att uppgivandet av identitetsuppgifter vad gäller sexuellt överförbara sjukdomar kan motverka möjligheten att minska smittspridningen, eftersom en person som misstänker att han eller hon kan vara smittad skulle kunna avhålla sig från att uppsöka sjukvården om hans eller hennes identitetsuppgifter sprids (prop. 2003/04:30 s. 96).

Smittskyddsläkarföreningen föreslår i en skrivelse till Socialdepartementet att regeringen ska ompröva bestämmelsen i smittskyddsförordningen om att vissa sjukdomar ska anmälas till smittskyddsläkaren med ofullständig identitet (S2007/05542). I skrivelsen pekar föreningen på att systemet med rikskoder kan medföra brister i patientsäkerheten samt utgöra ett hinder för ett fullgott smittskydd.

Av skrivelsen framgår bl.a. att systemet med rikskoder kan medföra problem att återfinna journaluppgifter utifrån de ofullständiga identitetsuppgifterna, vilket orsakar förseningar i kommunikationen till personer med allmänfarliga sjukdomar och kan medföra att nödvändig information och behandling av en sjukdom försenas. I skrivelsen framhåller Smittskyddsläkarföreningen även att det för smittskyddsarbetet är problematiskt att samma rikskod i många fall delas av flera individer. I de fall samma rikskod förekommer är det inte

möjligt att veta om det rör sig om en och samma person eller olika personer som har samma rikskod.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om systemet med ofullständiga identitetsuppgifter, s.k. rikskoder, för anmälan av vissa anmälningspliktiga sjukdomar är ändamålsenligt och vid behov föreslå förändringar som medför ett tillfredsställande integritetsskydd för den enskilde, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Hur ska klassificeringen av sjukdomar enligt smittskyddslagen hållas uppdaterad?

Av bilaga 1 och 2 till smittskyddslagen framgår vilka sjukdomar som klassificeras som allmänfarliga respektive samhällsfarliga. Smittämnen och sjukdomar uppkommer och förändras dock över tid, och det finns därför behov av att se över klassificeringen löpande eller med viss regelbundenhet. I dagsläget saknas det bestämmelser om hur och när klassificeringen av sjukdomar enligt smittskyddslagen bör eller ska ses över.

I de ursprungliga utredningsdirektiven ges utredaren möjlighet att se över definitionerna av smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen. För att säkerställa att definitionerna är ändamålsenliga bör utredaren, i samband med att en översyn av klassificeringen ska göras, även se över definitionerna av smittsamma sjukdomar i 1 kap. 3 § smittskyddslagen.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om smittskyddslagens definitioner av smittsamma sjukdomar behöver ändras eller kompletteras,
- föreslå en ordning för hur och hur ofta klassificeringen av sjukdomar enligt smittskyddslagen bör uppdateras, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Vilka smittskyddsåtgärder ska kunna vidtas vid misstanke om smitta som ännu inte har identifierats eller klassificerats?

Att ha möjlighet att snabbt kunna agera vid smittspridning som riskerar att bli allvarlig eller omfattande är en viktig del i beredskapen inför framtida hälsohot. Bestämmelserna i smittskyddslagen förutsätter att en smitta är känd och även klassificerad för att smittskyddsåtgärder ska kunna vidtas. Innan ett smittämne har identifierats saknas möjlighet att exempelvis kunna spärra av ett område eller vidta andra åtgärder enligt smittskyddslagen. Det finns därför behov av att utreda möjligheten att vid misstanke om smittsam sjukdom som ännu inte har identifierats kunna vidta åtgärder i enlighet med smittskyddslagen.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till vilka smittskyddsåtgärder som ska kunna vidtas vid misstanke om smittsam sjukdom som inte har identifierats eller klassificerats, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Ska benämningen ”smittskyddsläkare” för den regionala myndighetsfunktionen ändras?

Enligt Socialstyrelsens rapport Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – översyn och förslag till utveckling (S2021/06173) kan begreppet smittskyddsläkare missförstås som en särskild utsedd läkare och inte en regional myndighetsfunktion. Det riskerar att försvaga betydelsen av funktionen och kan skapa missförstånd i kontakter med aktörer inom och utom hälso- och sjukvården samt medallmänheten.

Regeringen anser att ett annat namn bör övervägas i syfte att förstärka och förtydliga att smittskyddsläkaren är en myndighet med ett regionindelat ansvarsområde.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om det finns behov av att förtydliga eller ändra benämningen på smittskyddsläkaren samt, om det bedöms lämpligt, föreslå en alternativ benämning, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att analysera och föreslå en rättslig reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet SmiNet

I dag är ett 60-tal sjukdomar anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen och smittskyddsförordningen. Anmälningsplikten innebär att behandlande läkare, läkare vid mikrobiologiska laboratorier och läkare som utför obduktion ska anmäla misstänkta och konstaterade fall av anmälningspliktiga sjukdomar till Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare. Anmälan görs elektroniskt i systemet SmiNet, som är ett samprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare. Folkhälsomyndigheten ansvarar för drift, support, förvaltning och utveckling av systemet.

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY), dåvarande Datainspektionen, påtalade i en skrivelse till Socialdepartementet 2007 (S2007/05468) att behandlingen av personuppgifter i SmiNet saknar särskild reglering. Efter genomförd tillsyn (Datainspektionens diarienummer 989-2006) ansåg myndigheten att frågan om huruvida det är tillåtet för Folkhälsomyndigheten (dåvarande Smittskyddsinstitutet) att behandla känsliga personuppgifter i SmiNet behövde utredas och klargöras för att skapa ett tillfredsställande integritetsskydd för de registrerade, då systemet innebär en storskalig hantering av känsliga personuppgifter.

Sedan skrivelsen inkom har Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning, trätt i kraft. Det bedöms dock alltjämt finnas skäl att se över och analysera vilka kompletterande bestämmelser som behövs för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet i syfte att värna integriteten för de registrerade. Utgångspunkten är att regleringen ska vara ändamålsenlig och tydlig med beaktande av de bestämmelser som gäller enligt EU:s dataskyddsförordning och lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Frågor att analysera är bl.a. den rättsliga grunden för behandlingen, personuppgiftsansvar, ändamålet med behandlingen och lämpliga skyddsåtgärder.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå kompletterande reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i SmiNet för att skapa ett tillfredsställande integritetsskydd för de registrerade,
- beakta förslagen i betänkandet Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57) samt kommande lagstiftning på hälsodataområdet, såsom exempelvis förordningen om det europeiska hälsodataområdet (EHDS), och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska beskriva konsekvenserna av förslagen på samma sätt som anges i de ursprungliga direktiven och i enlighet med förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar. Utredaren ska utöver detta beskriva konsekvenserna av förslagen om reglering av den personuppgiftsbehandling som utförs i SmiNet för Folkhälsomyndigheten, smittskyddsläkarna och, i den utsträckning det är relevant, andra användare av SmiNet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren hämta in synpunkter från berörda myndigheter och andra berörda aktörer. Kunskap, erfarenhet och synpunkter bör bl.a. inhämtas från Integritetsskyddsmyndigheten, E-hälsomyndigheten samt andra aktörer i enlighet med de ursprungliga direktiven.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 januari 2026. Utredningen ska dock senast den 28 februari 2025 lämna ett delbetänkande avseende följande delar i de ursprungliga direktiven:

- uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd, och
- uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2025:9

Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 6 februari 2025

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 29 juni 2023 kommittédirektiv om en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning (dir. 2023:106). Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 19 september 2024 utvidgades uppdraget och utredningstiden förlängdes till den 30 januari 2026 (dir. 2024:88).

Enligt tilläggsdirektiven ska ett delbetänkande lämnas senast den 28 februari 2025. Delbetänkandet avser uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd samt uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier.

Utredningstiden för dessa delar av uppdraget förlängs. Delbetänkandet ska i stället redovisas senast den 25 april 2025. Utredningstiden i övrigt ligger fast. Uppdraget ska alltså slutredovisas senast den 30 januari 2026.

(Socialdepartementet)

Genomförda möten och övrig samverkan

Genomförda möten med myndigheter, andra utredningar och övriga aktörer

Sekretariatet har, utöver de möten som genomförts med experter och sakkunniga som förordnats av Regeringskansliet, under utredningsarbetet haft möten med följande tjänstepersoner:

Utredningen Kommuners och regioners grundläggande ansvar inför och under fredstida kriser och höjd beredskap (Fö 2023:02), den 16 oktober 2023

– Ari Soppela, huvudsekreterare.

Utredningen Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården (S 2023:02), den 23 oktober 2023

– Ingela Alverfors, särskild utredare.
– Carina Gustafsson, utredningssekreterare.

Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse (S 2022:10) den 25 oktober 2023

– Kristina Hedberg, utredningssekreterare.
– Bessam Saleh, huvudsekreterare.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, den 13 november 2023

– Susanne Johansson, biträdande projektledare.
– Karin Wilbe Ramsay, projektledare.
– Pernilla Östlund, avdelningschef.

Folkhälsomyndigheten, den 5 april 2024

– Sara Byfors, avdelningschef.
– Erik Sturegård, utredare och sakkunnig läkare.

Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare, den 15 maj 2024 (inom ramen för nätverkets årliga möten)

Uppdrag att möjliggöra för internationellt samarbete på hälso- och sjukvårdsområdet (S 2023:E), den 5 juni 2024

– Gunnar Karlson, utredare.
– Lars-Anders Kring, utredningssekreterare.
– Lisa Wiberg, utredningssekreterare.

Folkhälsomyndigheten, den 24 juni 2024

– Sara Byfors, avdelningschef.
– Anneli Carlander, enhetschef.
– Lisa Gellerhed, jurist.
– Magnus Gisslén, statsepidemiolog.
– Li Nordström, jurist.

Socialstyrelsen, den 27 augusti 2024

– Erika Baraldi, utredare och projektledare.
– Pontus Strålin, medicinskt sakkunnig.

Centrum för hälsokriser, den 30 september 2024

– Jessica Alm, expertkoordinator laboratorie- och diagnostikberedskap.
– Maja Carlberg, administrativ samordnare.
– Caroline De Groot, samverkansansvarig.
– Anneli Eriksson, forskningsspecialist i global katastrofmedicin.
– Maja Fjaestad, expertkoordinator samhällspolitik och beredskap.
– Hedvig Glans, expertkoordinator utbrottsberedskap och respons.
– Märit Halmin, expertkoordinator intensivvård med knappa resurser.
– Helena Hervius Askling, expertkoordinator infektionssjukdomar och vaccinberedskap.
– Johan von Schreeb, föreståndare.
– Anna Zorzet, strategisk processledare.

Folkhälsomyndigheten, regionernas smittskyddsläkare och företrädare för smittskydds och vårdhygienverksamheter, den 9 oktober 2024 (inom ramen för nätverkets årliga möten).

Svenska Covidföreningen, den 17 oktober 2024

– Lisa Norén, styrelseledamot.
– Cecilia Meldahl, verksamhetsutvecklare och projektledare.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer), den 24 oktober 2024

- Lilas Ali, sakkunnig.
- Göran Collste, sakkunnig.
- Lotta Eriksson, kanslichef och huvudsekreterare.
- Åsa Gyberg Karlsson, ledamot.
- Michael Lövtrup, utredningssekreterare.
- Mikael Sandlund, sakkunnig.
- Carolina Östgren, utredningssekreterare.

Nätverk av chefsöverläkare och verksamhetschefer inom psykiatrin, den 6 november 2024

- Linn Andersson, verksamhetschef Länsvuxenpsykiatri Falun-Säter, Region Dalarna.
- Andrea Christoffersson, chefsöverläkare och läkarchef Specialistpsykiatrin barn, unga och vuxna, Region Kronoberg.
- Karl Engström, Region Gävleborg.
- Sandor Eriksson, Region Kronoberg.
- Malin Hamrén, medicinsk chef och chefsöverläkare, psykiatrin i Umeå, Region Västerbotten.
- Christian Jansson, Region Kalmar.
- Charlotta Jarl, chefsöverläkare, medicinskt ledningsansvarig heldygnsvård Varberg och Halmstad, Region Halland.
- Tarmo Kariis, Region Värmland.
- Richard Kindgren, chefsöverläkare Vuxenpsykiatri Norr och Rättspsykiatrin, Region Kalmar.
- Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Regioner.
- Carina Occasus, Region Uppsala.
- Magnus Oléni, Region Halland.
- Björn Owe-Larsson, Region Stockholm.

– Ulrika Rosenqvist, Region Kalmar.
– Christine Senter, Region Västmanland.
– Magnus Sjögren, Region Västernorrland.
– Magnus Skog, Västra Götalandsregionen.
– Carina Söderholm, Region Blekinge.
– Ulrika Tägnfors, chefsöverläkare rättspsykiatri Region Värmland.
– Erik Zettby, chefsöverläkare och läkarchef för Länsvuxenpsykiatrin i Falun och Säter, Region Dalarna.
– Kathy Öberg Larsson, Region Värmland.
– Anna Öhrström, Region Örebro.

Nätverk av chefsöverläkare och verksamhetschefer inom psykiatrin, den 21 november 2024

– Anders Forsell, Region Gävleborg
– Adam Frih, chefsöverläkare psykiatri västra Blekinge (Region Blekinge).
– Mats Gidlund, Region Västernorrland.
– Charlotta Jarl, chefsöverläkare, medicinskt ledningsansvarig heldygnsvård Varberg och Halmstad (Region Halland).
– Malin Hamrén, medicinsk chef och chefsöverläkare, psykiatrin i Umeå (Region Västerbotten).
– Ieva Matisone, Region Gävleborg.
– Paun Poposki, Region Värmland.
– Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Regioner.
– Björn Owe-Larsson, Region Stockholm.
– Marcus Svennerud, chefsöverläkare för Länsgemensam psykiatri i Blekinge och Vuxenpsykiatri Öst (Region Blekinge).

Smittskyddsläkarföreningen, den 13 november 2024

– Eva Melander, smittskyddsläkare Region Skåne.
– Maria Rotzén Östlund, smittskyddsläkare Region Stockholm.
– Thomas Wahlberg, smittskyddsläkare Västra Götalandsregionen samt expert i utredningen.

Smittskydd Stockholm, den 13 november 2024

– Owe Källman, biträdande smittskyddsläkare Region Stockholm.

Folkhälsomyndigheten, den 13 november 2024

– Stephan Stenmark, utredare, Folkhälsomyndigheten, och tidigare smittskyddsläkare Region Västerbotten.

Svenska Kyrkan, den 15 november 2024

– Lisa-Gun Bernerstedt, chef för enheten för civil beredskap.

Arbetsmiljöverket, den 20 november 2024

– Jonas Hamark, jurist.
– Fredrik Haux, sakkunnig.
– Cecilia Sverin, jurist.
– Tatjana Weigelt, handläggare.

Inspektionen för vård och omsorg, den 29 november 2024

– Anders Granberg, biträdande chefsjurist.
– Pia Karlsson, enhetschef.
– Alexandra Kjellin, utredare.
– Lennart Pettersson, enhetschef.

Statens institutionsstyrelse, den 10 december 2024

– Liselotte Krylborn, utvecklingsstrateg hälso- och sjukvård.
– Joachim Sandberg, medicinsk rådgivare.
– Erla Thorisdottir, sektionschef rättsavdelningen.

Genomförda intervjuer

Karolinska Universitetslaboratoriet/Föreningen för klinisk mikrobiologi, den 20 november 2023

– Tobias Allander, överläkare, ordförande.

Folkhälsomyndigheten, den 17 januari 2024

– Johan Carlson, nationell expert vid EU-kommissionens folkhälsodirektorat, f.d. generaldirektör.

Folkhälsomyndigheten, den 17 januari 2024

– Anders Tegnell, senior rådgivare, f.d. statsepidemiolog.

Genomförda möten med referensgrupper

Trängselfrågor

Referensgrupp för trängselfrågor, möten den 21 mars 2024 och den 6 maj 2024

– Henrik Ekelund, enhetschef näringspolitik, Svensk Handel.
– Peter Fornstam, delägare Svenska Bio och ordförande Sveriges Biografägareförbund.
– Mikael Jansson, VD, Fairlink.
– Elin Johansson, chefsjurist, RF-Sisu.
– Stefan Lundin, chefsjurist, Visita.

– Tomas Nodbrink, administrativ chef, Svensk Scenkonst.
– Sara Rhudin, expert kollektivtrafik, Sveriges Kommuner och Regioner.

Enskilda möten med referenternas nätverk

– Den 5 september 2024: Peter Fornstam, delägare Svenska Bio och ordförande Sveriges Biografägareförbund, John Hedlund, CFO Svenska Bio, Irene Hernberg, PR-chef Filmstaden, Pontus Forsberg, controllerchef Filmstaden och Per Mårtensson, programdirektör Filmstaden.
– Den 6 september 2024: Elin Johansson, chefsjurist RF-Sisu, Mattias Hjelmberg, intressepolitisk chef RF-Sisu, Johan Fyrberg, generalsekreterare Svenska Ridsportförbundet, Robert Wedberg, generalsekreterare Svenska Handbollförbundet och Staffan Movin, ordförande Svenska Motionslopp.
– Den 10 september 2024: Stefan Lundin, chefsjurist, Torbjörn Granevärn, avdelningschef för arbetsrättsliga avdelningen och Thomas Jakobsson, chefsekonom, samtliga Visita.
– Den 19 september 2024: Mikael Jansson, VD Fairlink, Anders Tufvesson, Svenska Mässan, Jennie Rosander, Easyfairs, Mathias Lindroth, Stockholmsmässan, Erik Säfvenberg, Nolia, Pelle Almén, Elmia.

Nationell strategi för pandemifrågor (beredskap och hantering)

Möte den 23 september 2024

– Arbetsmiljöverket: Jonas Hamark, jurist, Fredrik Haux, sakkunnig, och Tatjana Weigelt, handläggare.
– Jordbruksverket: Anna Brådenmark, biträdande chefsveterinär.
– Myndigheten för samhällsskydd och beredskap: Maria Wahlberg, strateg, och Svante Werger, särskild rådgivare samt expert i utredningen.

– Smittskyddsläkarföreningen: Malin Bengnér, smittskyddsläkare Region Jönköping, Eva Melander, smittskyddsläkare Region Skåne, och Thomas Wahlberg, smittskyddsläkare Västra Götalandsregionen samt expert i utredningen.
– Socialstyrelsen: Axana Haggar, utredare samt expert i utredningen, och Therese Sjöberg, utredare.
– Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA): Mia Holmberg, epidemiolog, och Jenny Frössling, epidemiolog.

Möte den 27 september 2024

– Folkhälsomyndigheten: Lisa Brouwers, enhetschef och Anders Wallensten, biträdande statsepidemiolog.
– Försvarsmakten: Lena Bäck, stabsveterinär, och Niklas Edner, stabsläkare, klinisk mikrobiolog.
– Livsmedelsverket: Mats Lindblad, smittskyddssamordnare.
– Länsstyrelsen i Dalarnas län: Anna Carlsson, avdelningschef samt expert i utredningen.
– Länsstyrelsen Skåne: Södra civilområdet, Niklas Nordgren, civilområdeskanslichef.
– Sveriges Kommuner och Regioner: Pål Resare, jurist, Michaela Stenman, strateg, och Ulrika Vestin, utredare samt expert i utredningen.

Sekretariatets deltagande vid externa seminarier

Seminarium i riksdagen om betänkandet SOU 2023:75 Stärkt konstitutionell beredskap, den 2 oktober 2024.

Genomförda utskick (enkätfrågor)

Sekretariatet har skickat ut enkätfrågor till följande mottagare:

- Föreningen för klinisk mikrobiologi, den 20 december 2023.
- Svenska Hygienläkarföreningen och Föreningen för svensk vårdhygien, den 24 januari 2024.
- NAG Vårdhygien, den 2 februari 2024.
- Smittskyddsläkaren i samtliga regioner, den 8 februari 2024.
- Regionledningen i samtliga regioner, den 15 februari 2024.
- Statens Serum Institut (Danmark), Folkehelseinstituttet (Norge), Institutet för hälsa och välfärd (Finland): en svensk version den 22 februari 2024 samt en engelsk version den 10 april 2024.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Danmark), Helse- og omsorgsdepartementet (Norge), Social- och hälsovårdsministeriet (Finland): en svensk version den 22 februari 2024, en engelsk version den 10 april 2024 samt en reviderad enkät den 3 september (Norge och Danmark).

Genomförda utskick (synpunkter)

Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) inhämtade under 2023 synpunkter om den tillfälliga reglering av trängsel som gällde under pandemin. Vår utredning skickade under 2024 en förfrågan om att lämna ytterligare synpunkter till de mottagare som svarade på det första utskicket.

Följande aktörer lämnade synpunkter på det första utskicket och fick den kompletterande frågan om ersättning:

Bostadsrätterna, Fairlink, Fastighetsägarna, Folkets hus och parker, Högskolan Dalarna, Jernhusen, Kungl. Biblioteket, Lunds universitet, Riksidrottsförbundet, SJ, Svenska resebranschföreningen, Svenska Filminstitutet, Stockholms universitet, Svensk biblioteksförening, Svensk dagligvaruhandel, Svensk handel, Svensk kollektivtrafik, Svensk scenkonst, Svensk sjöfart, Svenska fotbollförbundet, Svenska ishockeyförbundet, Svenska motionslopp, Sveriges biografägareförbund, Sveriges bussföretag, Sveriges förenade studentkårer,

Sveriges kristna råd, Sveriges museer, Sveriges universitets- och högskoleförbund, Tågföretagen, Umeå universitet samt Visita.

Några aktörer fick därefter ytterligare uppföljande frågor.

Följande kommuner och myndigheter har, utöver de som anges i uppräkningen ovan, bidragit med andra synpunkter och erfarenheter från pandemin och den tillfälliga reglering som då gällde.

- Degerfors kommun.
- Falu kommun.[1]
- Jönköpings kommun.
- Kungälvs kommun.
- Lunds kommun.
- Malung-Sälens kommun.[2]
- Mariestads kommun.
- Skolverket.
- Södertälje kommun.
- Trollhättans kommun.
- Universitetskanslersämbetet.
- Uppsala kommun.
- Vaxholms kommun.
- Örnsköldsviks kommun.

Övriga inhämtningar av uppgifter

Utredningen har fortlöpande hämtat in uppgifter från myndigheter och offentliga aktörer. Dessa inhämtningar framgår i delbetänkandet (källhänvisningar).

[1] Samverkan skedde med Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04).
[2] Samverkan skedde med Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04).

Statens offentliga utredningar 2025

Kronologisk förteckning

1. Skärpta krav för svenskt medborgarskap. Ju.
2. Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter. Ju.
3. Skatteincitament för forskning och utveckling. En översyn av FoU-avdraget och expertskattereglerna. Fi.
4. Moderna och enklare skatteregler för arbetslivet. Fi.
5. Avgift för områdessamverkan – och andra åtgärder för trygghet i byggd miljö. LI.
6. Plikten kallar! En modern personalförsörjning av det civila försvaret. Fö.
7. Ny kärnkraft i Sverige – effektivare tillståndsprövning och ändamålsenliga avgifter. KN.
8. Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan. U.
9. På språklig grund. U.
10. En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. S.
11. Straffbarhetsåldern. Ju.
12. AI-kommissionens Färdplan för Sverige. Fi.
13. En effektivare organisering av mindre myndigheter – analys och förslag. Fi.
14. En skärpt miljöstraffrätt och ett effektivt sanktionssystem. KN.
15. Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare. Volym 1 och 2. S.
16. Ett nytt regelverk för uppsikt och förvar. Ju.
17. Anpassning av svensk rätt till EU:s avskogningsförordning. LI.
18. Ett likvärdigt betygssystem. Volym 1 och 2. U.
19. Kunskap för alla – nya läroplaner med fokus på undervisning och lärande. U.
20. Kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet. Fi.
21. Miljömålsberedningens förslag om en strategi för hur Sverige ska leva upp till EU:s åtaganden inom biologisk mångfald respektive nettoupptag av växthusgaser från markanvändningssektorn (LULUCF). KN.
22. Förbättrad konkurrens i offentlig och privat verksamhet. KN.
23. Ersättningsregler med brottsoffret i fokus. Ju.
24. Publiken i fokus – reformer för ett starkare filmland. Ku.
25. Arbetslivskriminalitet – upplägg, verktyg och åtgärder, fortsatt arbete. A.
26. Tid för undervisningsuppdraget – åtgärder för god undervisning och läraryrkenas attraktivitet. U.
27. En socionomutbildning i tiden. U.
28. Frihet från våld, förtryck och utnyttjande. En jämställdhetspolitisk strategi mot våld och en stärkt styrning av centrala myndigheter. A.
29. Ökad kvalitet hos Samhall och fler vägar till skyddat arbete. A.
30. Enklare mervärdesskatteregler vid försäljning av begagnade varor och donation av livsmedel. Fi.
31. Utmönstring av permanent uppehållstillstånd och vissa anpassningar till miniminivån enligt EU:s migrations- och asylpakt. Ju.
32. Vissa förändringar av jaktlagstiftningen. LI.
33. Skärpta och tydligare krav på vandel för uppehållstillstånd. Ju.
34. Ett modernare konsumentskydd vid distansavtal. Ju.
35. Etableringsboendelagen – ett nytt system för bosättning för vissa nyanlända. A.

36. Skydd för biologisk mångfald i havsområden utanför nationell jurisdiktion. UD.
37. Skärpta villkor för friskolesektorn. U.
38. Att omhänderta barn och unga. S.
39. Digital teknik på lika villkor. En reglering för socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. S.
40. Säkrare tivoli. Ju.
41. Pensionsnivåer och pensionsavgiften – analyser på hundra års sikt. S.
42. Säkerhetsskyddslagen – ytterligare kompletteringar. Ju.
43. Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer. S.
44. Förbättrat stöd i skolan. U.
45. Ökat informationsutbyte mellan myndigheter – några anslutande frågor. Ju.
46. Tryggare idrottsarrangemang. Ju.
47. Spänning i tillvaron – hur säkrar vi vår framtida elförsörjning? KN.
48. Stärkt pandemiberedskap. S.

Statens offentliga utredningar 2025

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Arbetslivskriminalitet – upplägg, verktyg och åtgärder, fortsatt arbete. [25]

Frihet från våld, förtryck och utnyttjande. En jämställdhetspolitisk strategi mot våld och en stärkt styrning av centrala myndigheter. [28]

Ökad kvalitet hos Samhall och fler vägar till skyddat arbete. [29]

Etableringsboendelagen – ett nytt system för bosättning för vissa nyanlända. [35]

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning och utveckling. En översyn av FoU-avdraget och expertskattereglerna. [3]

Moderna och enklare skatteregler för arbetslivet. [4]

AI-kommissionens Färdplan för Sverige. [12]

En effektivare organisering av mindre myndigheter – analys och förslag. [13]

Kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet. [20]

Enklare mervärdesskatteregler vid försäljning av begagnade varor och donation av livsmedel. [30]

Försvarsdepartementet

Plikten kallar! En modern personalförsörjning av det civila försvaret. [6]

Justitiedepartementet

Skärpta krav för svenskt medborgarskap. [1]

Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter. [2]

Straffbarhetsåldern. [11]

Ett nytt regelverk för uppsikt och förvar. [16]

Ersättningsregler med brottsoffret i fokus. [23]

Utmönstring av permanent uppehållstillstånd och vissa anpassningar till miniminivån enligt EU:s migrations- och asylpakt. [31]

Skärpta och tydligare krav på vandel för uppehållstillstånd. [33]

Ett modernare konsumentskydd vid distansavtal. [34]

Säkrare tivoli. [40]

Säkerhetsskyddslagen – ytterligare kompletteringar. [42]

Ökat informationsutbyte mellan myndigheter – några anslutande frågor. [45]

Tryggare idrottsarrangemang. [46]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Ny kärnkraft i Sverige – effektivare tillståndsprövning och ändamålsenliga avgifter. [7]

En skärpt miljöstraffrätt och ett effektivt sanktionssystem. [14]

Miljömålsberedningens förslag om en strategi för hur Sverige ska leva upp till EU:s åtaganden inom biologisk mångfald respektive nettoupptag av växthusgaser från markanvändningssektorn (LULUCF). [21]

Förbättrad konkurrens i offentlig och privat verksamhet [22]

Spänning i tillvaron – hur säkrar vi vår framtida elförsörjning? [47]

Kulturdepartementet

Publiken i fokus – reformer för ett starkare filmland. [24]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Avgift för områdessamverkan – och andra åtgärder för trygghet i byggd miljö. [5]

Anpassning av svensk rätt till EU:s avskogningsförordning. [17]

Vissa förändringar av jaktlagstiftningen. [32]

Socialdepartementet

En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. [10]

Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare Volym 1 och 2. [15]

Att omhänderta barn och unga. [38]

Digital teknik på lika villkor. En reglering för socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. [39]

Pensionsnivåer och pensionsavgiften – analyser på hundra års sikt. [41

Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer. [43]

Stärkt pandemiberedskap. [48]

Utbildningsdepartementet

Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan. [8]

På språklig grund. [9]

Ett likvärdigt betygssystem Volym 1 och 2. [18]

Kunskap för alla – nya läroplaner med fokus på undervisning och lärande. [19]

Tid för undervisningsuppdraget – åtgärder för god undervisning och läraryrkenas attraktivitet. [26]

En socionomutbildning i tiden [27]

Skärpta villkor för friskolesektorn. [37]

Förbättrat stöd i skolan [44]

Utrikesdepartementet

Skydd för biologisk mångfald i havsområden utanför nationell jurisdiktion. [36]

Stärkt pandemiberedskap

Volym 1

Delbetänkande av Utredningen om stärkt framtida smittskydd

Stockholm 2025

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2025:48

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2025

ISBN 978-91-525-1233-3 (tryck)
ISBN 978-91-525-1234-0 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Jakob Forssmed

Regeringen beslutade den 29 juni 2023 att ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning, att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, att se över vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare samt att lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor. Syftet är att stärka beredskapen inför framtida pandemier (dir. 2023:106).

Professorn och överläkaren Jan Albert förordnades som särskild utredare från och med den 4 september 2023.

Som huvudsekreterare anställdes från och med den 4 september 2023 revisionsdirektören Ann-Christin Johnreden. Som sekreterare anställdes juristen Fredrik Robertsson från och med den 2 september 2023, enhetschefen Peter Gröön från och med den 11 september 2023 och kanslirådet Annika Pallvik Fransson från och med den 23 december 2023. Juristen Jessica Storm var anställd som sekreterare mellan den 11 september 2023 och den 31 mars 2025.

Praktikanten Elsa Solvin deltog i sekretariatets arbete mellan den 15 januari 2024 och den 31 maj 2024.

Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 19 september 2024 utvidgades utredningens uppdrag till att även omfatta en översyn av vissa ytterligare frågor kopplade till smittskyddslagen och smittskyddsförordningen samt att analysera och föreslå en kompletterande reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet SmiNet. Utredningstiden förlängdes till den 30 januari 2026. Ett delbetänkande avseende de ursprungliga uppdragen att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd och att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier skulle dock läm-

nas senast den 28 februari 2025 (dir. 2024:88). Tiden för delbetänkandet förlängdes genom tilläggsdirektiv som beslutades den 6 februari 2025 (dir. 2025:9).

För det fortsatta uppdraget anställdes som sekreterare juristen Li Nordström från och med den 1 februari 2025, departementssekreteraren Kristina Ingemarsdotter Persson från och med den 8 mars 2025 och rådmannen Karin Erkenstam från och med den 17 mars 2025. Rådmannen Kerstin Andres var anställd som sekreterare mellan den 1 november 2024 och den 31 januari 2025.

Som sakkunniga förordnades från och med den 19 december 2023 departementssekreteraren Annica Edgarsson (Socialdepartementet), departementssekreteraren Lars Karlander (Finansdepartementet), ämnesrådet Helena Rosén (Socialdepartementet), rättssakkunniga Ida Ståhle (Kulturdepartementet) och kanslirådet Theresa Winnberg Elliot (Finansdepartementet).

Annica Edgarsson entledigades från och med den 26 juni 2024. Ida Ståhle entledigades från och med den 23 oktober 2024.

Ämnesrådet Andreas Johansson (Socialdepartementet) förordnades som sakkunnig från och med den 26 juni 2024. Ämnesrådet Emma Alskog (Kulturdepartementet) förordnades som sakkunnig från och med den 23 oktober 2024.

Som experter förordnades från och med den 19 december 2023 professorn Petter Brodin (Karolinska institutet), avdelningschefen Sara Byfors (Folkhälsomyndigheten), avdelningschefen Anna Carlsson (Länsstyrelsen Dalarna), infektionsläkaren David Ekqvist (Svenska Infektionsläkarföreningen), utredaren Axana Haggar (Socialstyrelsen), handläggaren Fredrik Landberg (Polismyndigheten), utredaren Ulrika Vestin (Sveriges Kommuner och Regioner), smittskyddsläkaren Thomas Wahlberg (Smittskyddsläkarföreningen) och särskilde rådgivaren Svante Werger (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap).

Utredningen har samlat experter och sakkunniga till sju möten under utredningstiden, fått skriftliga synpunkter under arbetets gång samt utifrån behov haft enskilda möten med flera av expertернas respektive organisationer. Arbetet har bedrivits i nära samråd med expertgruppen och betänkandet är därför skrivet med användande av vi-form.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08).

Härmed överlämnas delbetänkandet *Stärkt pandemiberedskap* (SOU 2025:48).

Utredningen fortsätter sitt arbete med slutbetänkandet utifrån de tilläggsdirektiv som beslutades den 19 september 2024.

Stockholm i april 2025

Jan Albert

Ann-Christin Johnreden
Peter Gröön
Annika Pallvik Fransson
Fredrik Robertsson
Jessica Storm

Innehåll

Volym 1

Sammanfattning **27**

Summary **39**

1 Författningsförslag **51**

1.1 Förslag till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 51

1.2 Förslag till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617) 65

1.3 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) 68

1.4 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 75

1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) 77

1.6 Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) 78

1.7 Förordning om ändring i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten 80

1.8 Förordning om ändring i förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion 81

2 Utredningens förhållningssätt och arbete 83

2.1 Utredningens förhållningssätt 84
2.1.1 Frivillighet är och bör förbli utgångspunkten 84
2.1.2 Omfattande smittspridning ställer krav på andra typer av smittskyddsåtgärder 85
2.1.3 Reglering är inget självändamål 86
2.1.4 Vikten av proportionalitet 88
2.1.5 Förvaltningsmodellen frångås inte 89
2.1.6 En generisk ansats med vissa antaganden 90

2.2 Utredningens arbete 91
2.2.1 Allmänt om hur arbetet bedrivits 91
2.2.2 Metod 91
2.2.3 Kunskap och erfarenheter från andra länder 94

2.3 Betänkandets upplägg 95

3 Smittskyddet och beredskapen i Sverige och internationellt 97

3.1 Smittskyddslagen 98
3.1.1 Lagens utgångspunkter 98
3.1.2 Hur smittskyddet är organiserat 99
3.1.3 Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering 100
3.1.4 Övriga bestämmelser 104
3.1.5 Smittskyddsförordningen 105

3.2 Annan relevant reglering 105
3.2.1 Lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa 105
3.2.2 Lagen om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar 105
3.2.3 Livsmedelslagen 106
3.2.4 Miljöbalken 107
3.2.5 Arbetsmiljölagen 108
3.2.6 Lagen om skyddsympning vid krig eller krigsfara och lagen om skyddsympning inom försvarsväsendet 109

3.2.7 Socialförsäkringsbalken och 1956 års ersättningsförordning ... 110
3.2.8 Ordningslagen ... 110
3.2.9 Lagstiftning på skolområdet ... 111
3.2.10 Smittspridning och straffrättsligt ansvar ... 111
3.2.11 Epizootilagen ... 112
3.2.12 Zoonoslagen ... 113
3.2.13 Förordningen om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet ... 114

3.3 Det civila beredskapssystemet ... 115
3.3.1 Beredskapsmyndigheter och beredskapssektorer ... 115
3.3.2 Det geografiska områdesansvaret ... 115
3.3.3 Principer för krisberedskap ... 117

3.4 Regelverk och samarbeten på europeisk och internationell nivå ... 117
3.4.1 Världshälsoorganisationen ... 118
3.4.2 Nato ... 123
3.4.3 Europeiska unionen ... 128
3.4.4 Norden ... 145

3.5 En översiktlig bild av smittskyddet i våra grannländer ... 147
3.5.1 Danmark ... 147
3.5.2 Finland ... 151
3.5.3 Norge ... 156

4 Pandemi, epidemi och annan omfattande smittspridning ... 163

4.1 Pandemi, epidemi, PHEIC och omfattande smittspridning ... 164
4.1.1 Pandemi ... 164
4.1.2 Epidemi ... 165
4.1.3 Allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning (PHEIC) ... 165
4.1.4 Pandemier kan ha snabbt eller långsamt förlopp ... 166
4.1.5 Vårt uppdrag avgränsas till omfattande smittspridning ... 166

4.2 Pandemins faser ... 168

4.3 Hur uppstår en pandemi? ... 169
4.3.1 Kort historik ... 170
4.3.2 Faktorer som påverkar ett smittämnes pandemikapacitet ... 172

4.4 Nästa pandemi kommer sannolikt att orsakas av ett nytt luftvägsvirus ... 178
4.4.1 Ett tidigare helt okänt virus ... 179
4.4.2 Ett virus som överförts från en djurart ... 180
4.4.3 Ett påtagligt förändrat humant virus ... 180
4.4.4 Disease X och Pathogen X ... 183
4.4.5 Vektorburna infektioner och andra zoonoser ... 184
4.4.6 Avsiktlig spridning av smitta ... 186

5 Icke-medicinska åtgärders effekt på smittspridning ... 189

5.1 Forskning och kunskap kring icke-medicinska åtgärders effekt för att minska smittspridning ... 190
5.1.1 Flera systematiska översikter på området har genomförts ... 190
5.1.2 Åtgärdernas effekt på smittspridning och sjukdomsbörda står i fokus ... 191
5.1.3 WHO:s systematiska översikt och rekommendationer från 2019 ... 192
5.1.4 ECDC:s riktlinjer för covid-19 från 2020 ... 195
5.1.5 Systematisk översikt från Royal Society i Storbritannien från 2023 ... 196
5.1.6 SBU:s kartläggning från 2024 ... 197

5.2 Svårigheter med att vetenskapligt klarlägga effekten av icke-medicinska åtgärder ... 199

5.3 Kombinationer av icke-medicinska åtgärder ... 201
5.3.1 Minskad smittspridning med kombinationer av åtgärder ... 201
5.3.2 Överdödlighet och samband mellan smittskyddsåtgärdernas omfattning och effekt ... 203
5.3.3 Trängselrelaterade åtgärder ... 206
5.3.4 Storskalig testning och smittspårning ... 211

5.3.5 Isolering och karantän ... 217
5.3.6 Skolåtgärder och skolstängningar ... 221
5.3.7 Arbetsplatsåtgärder och arbetsplatsstängningar ... 226
5.3.8 Reserelaterade åtgärder ... 230
5.3.9 Munskydd och andningsskydd ... 234

6 Ett krav på handling ingår i ansvarsprincipen ... 239

6.1 Grundläggande principer vid en kris ... 240

6.2 Utveckling och problematisering av principerna för krisberedskap ... 241
6.2.1 2005 års katastrofkommission ... 241
6.2.2 Tydliggörande i samband med MSB:s bildande ... 243
6.2.3 Utredningar efter skogsbranden i Västmanland ... 244
6.2.4 Coronakommissionen ... 246
6.2.5 MSB:s utvärdering 2024 ... 248
6.2.6 Andra uttalanden från regeringen ... 249

6.3 Att agera i komplexa situationer ... 250

6.4 Överväganden om en särskild handlingsprincip för smittskyddsåtgärder ... 252
6.4.1 Ett krav på att agera ingår i ansvarsprincipen ... 252
6.4.2 En samhällskris till följd av omfattande smittspridning bör hanteras utifrån enhetliga principer ... 253
6.4.3 Förutsättningar att agera inom smittskyddet bör ges på annat sätt än genom en särskild handlingsprincip ... 261
6.4.4 Stärkt beredskap ger ökad förmåga att handla ändamålsenligt vid omfattande smittspridning ... 262

6.5 Krav på vetenskap och beprövad erfarenhet hindrar inte handling inom smittskyddet ... 265
6.5.1 En riktlinje för smittskyddet ... 265
6.5.2 Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet ... 266
6.5.3 Vetenskap och beprövad erfarenhet när kunskapsläget om den nya smittspridningen är ofullständigt ... 269

7 Omfattande smittspridning ställer särskilda krav på smittskyddet ... 271

7.1 Regionernas skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet bör tydliggöras ... 273
7.1.1 Bestämmelser om beredskap och epidemi- och pandemiplan bör införas ... 273
7.1.2 Sekretess och tystnadsplikt för vissa uppgifter ... 276

7.2 Närmare om behovet av att se över klassificeringen inför en omfattande smittspridning ... 279

7.3 Definitionen av allmänfarliga sjukdomar bör inte ändras ... 281

7.4 Definitionen av samhällsfarliga sjukdomar bör ändras ... 298

7.5 Undantag från vissa skyldigheter bör kunna göras vid en samhällsfarlig sjukdom ... 307
7.5.1 Regeringen och Folkhälsomyndigheten har möjlighet att föreskriva om undantag från anmälningsskyldigheten ... 307
7.5.2 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att utreda sjukdomsfall ... 311
7.5.3 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att smittspåra ... 317
7.5.4 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att lämna individuellt utformade råd ... 324
7.5.5 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att lämna individuellt utformade förhållningsregler ... 329

7.5.6 En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag att erbjuda vård och behandling bör inte införas 332
7.5.7 Det bör vara möjligt att göra undantag från viss anmälnings- och underrättelseplikt 334
7.5.8 En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag för den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning bör inte införas 335

7.6 Bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa bör göras mer ändamålsenliga 339
7.6.1 Folkhälsomyndigheten bör få fatta beslut om hälsokontroll även om ett utbrott inte konstaterats 339
7.6.2 Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll bör kunna omfatta en vidare krets av resenärer ... 344
7.6.3 Innebörden av en hälsokontroll och möjligheten att provta personer vid inresa bör tydliggöras 346
7.6.4 Innebörden av en hälsokontroll bör regleras 359
7.6.5 Det bör regleras hur ytterligare undersökning och provtagning ska hanteras vid en hälsokontroll 363
7.6.6 Tillgången till karantänsplatser bör säkerställas .. 367

7.7 Särskilda föreskrifter om smittskyddet vid en fredstida kris bör vara tidsbegränsade 374
7.7.1 Smittskyddslagens bemyndigande om särskilda föreskrifter vid en fredstida kris 374
7.7.2 Bemyndigandet fyller en funktion också tillsammans med utredningens övriga förslag 376
7.7.3 De särskilda föreskrifter det kan bli fråga om bör vara tidsbegränsade 377

7.8 Smittskyddslagens förhållande till annan tvångslagstiftning 378
7.8.1 Avgränsning 378
7.8.2 Aktuell reglering 379
7.8.3 Erfarenheter från covid-19-pandemin 385
7.8.4 Utredningens överväganden 389

8 En ordning för storskalig testning och smittspårning.... 399

8.1 Allmänt om testning och smittspårning 402
8.1.1 Rättslig reglering 402
8.1.2 Processen för testning 409
8.1.3 Övergripande om smittspårning 415
8.1.4 Processen för smittspårning 416
8.1.5 Smittspårningsprocessen av covid-19 när sjukdomen var klassificerad som allmän- och samhällsfarlig 417
8.1.6 Centrala system för övervakning av smittsamma sjukdomar..... 420

8.2 Storskalig testning och smittspårning – erfarenheter från covid-19-pandemin 422
8.2.1 En lagstiftning som inte är anpassad för storskalig testning och smittspårning..... 423
8.2.2 Nationella rekommendationer och statlig finansiering för storskalig testning 424
8.2.3 Ansvaret för testning och smittspårning blev föremål för diskussion under covid-19-pandemins initiala fas..... 425
8.2.4 Storskalig testning har inte tidigare setts som en självklar smittskyddsåtgärd för pandemihantering..... 426
8.2.5 Mycket få länder hade en beredskap för storskalig testning och smittspårning men det fanns skillnader i hanteringen 427
8.2.6 Regionala skillnader i volymer och arbetssätt för storskalig testning och smittspårning..... 429
8.2.7 Laboratoriediagnostiken – materialbrist initialt och it-system som inte kommunicerar mellan verksamheter 430
8.2.8 Digitala verktyg för smittspårning och system för att identifiera riskmiljöer saknades under covid 19-pandemin..... 431
8.2.9 Flera utredningar och regeringsuppdrag på hälsodataområdet har initierats för att förbättra tillgången till och användningen av hälsodata..... 432

8.2.10 Flera utredningar och regeringsuppdrag för att stärka beredskapen inom hälso- och sjukvården som en följd av bristen på sjukvårdsmaterial 448

8.3 Storskalig testning och smittspårning – en länderjämförelse 455
8.3.1 Finland 455
8.3.2 Danmark 457
8.3.3 Norge 460
8.3.4 Erfarenheter av digitala verktyg för smittspårning från covid-19-pandemin – en europeisk utblick 462

8.4 Kunskapsläget för storskalig testning och smittspårning 465
8.4.1 Sammanställning av kunskap för testning och smittspårning vid omfattande smittspridning 465
8.4.2 Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning för misstänkta fall av covid-19 466

8.5 Identifierade frågor som har betydelse för storskalig testning och smittspårning 471
8.5.1 Regionerna har ansvaret för testning och smittspårning 471
8.5.2 Folkhälsomyndighetens rekommendationer är inte rättsligt bindande men blev styrande för den storskaliga testningen och smittspårningen 473
8.5.3 Rättsliga frågor som rör hantering och användning av hälsodata på ett mer ändamålsenligt sätt 477

8.6 Regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning 482
8.6.1 Viss centralisering av smittspårningen i regionerna men intresset för ett gemensamt smittspårningsverktyg är lågt 482
8.6.2 Visst utvecklingsarbete inom provtagning 485

8.6.3 Regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning – utredningens enkäter och Folkhälsomyndighetens utvärdering 486
8.6.4 Beredskap för storskalig testning och smittspårning – exemplet Region Stockholm..... 502
8.6.5 Storskalig testning och smittspårning nämns i det nationella planeringsstödet för pandemier .. 506
8.6.6 Tillsynen över smittskyddet och hälso- och sjukvårdens beredskap har varit begränsad..... 507

8.7 Ekonomiska aspekter av storskalig testning och smittspårning, lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter samt hälsodata 511
8.7.1 Statlig finansiering av vissa smittskyddsåtgärder har diskuterats tidigare 511
8.7.2 Omfattande kostnader för storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin..... 512
8.7.3 Volymer och kostnader för storskalig testning och smittspårning enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering 514
8.7.4 Regionernas syn på finansieringen av testningen för SARS-CoV-2 516
8.7.5 Kostnader för lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter inom ramen för vårdens försörjningsberedskap..... 517
8.7.6 De statliga myndigheternas kostnader för en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet 522
8.7.7 Statens kostnader för att genomföra EHDS 524
8.7.8 Överenskommelser och insatser via riktade statsbidrag är ifrågasatta som effektiva styrmedel 529
8.7.9 Det statliga åtagandet i en beredskap vid fredstida kriser har behandlats i flera utredningar 532

8.8 Beredskap för storskalig testning och smittspårning..... 538
8.8.1 Det behövs beredskap för snabb uppskalning av storskalig testning och smittspårning 538

8.8.2 Regionerna ska säkerställa den kapacitet för testning och smittspårning som beredskapen kräver 542
8.8.3 Beredskap för storskalig testning upprätthålls bäst på laboratorier som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge 544
8.8.4 Regionerna ska säkerställa viss lagerhållning av sjukvårdsprodukter för diagnostik..... 548
8.8.5 Regeringens föreskrifter om lagerhållning bör baseras på underlag från berörda aktörer 553
8.8.6 Regionerna kan behöva fördela sjukvårdsprodukter för testning till andra regioner för att hantera uppkomna regionala bristsituationer..... 555
8.8.7 En mer strukturerad planering behövs för att stärka regionernas laboratorieberedskap 558

8.9 Genomförande av storskalig testning och smittspårning... 563
8.9.1 En storskalig testning och smittspårning är beroende av korta ledtider..... 564
8.9.2 Traditionell smittspårning överbelastas sannolikt vid omfattande smittspridning 565
8.9.3 Ett flexibelt regelverk möjliggör en ändamålsenlig storskalig testning och smittspårning 567
8.9.4 Storskalig testning kräver kommunicerande it-system och viss standardisering av data..... 573
8.9.5 Förbättrade system och digitala verktyg behövs för storskalig smittspårning 580
8.9.6 Det pågående reformarbetet på hälsodataområdet bör beaktas..... 586

8.10 IVO:s tillsyn omfattar regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning..... 588

8.11 Finansiering av storskalig testning och smittspårning 589
8.11.1 Staten bör finansiera utveckling av it-system, data och digitala verktyg för att uppnå nationell interoperabilitet..... 590

8.11.2 Staten bör finansiera regionernas skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter för storskalig testning ... 593
8.11.3 Staten bör bistå regionerna med en tillfällig finansiering för storskalig testning och smittspårning i en situation med omfattande smittspridning ... 594

Volym 2

9 Stärkt beredskap med en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ... 601

9.1 Vad är god författningsberedskap? ... 602

9.2 Grundlagsregler som möjliggör smittskyddsberedskap ... 604

9.3 Beredskap i smittskyddslagen i dag ... 605

9.4 Den särskilda lagstiftningen om smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin ... 607
9.4.1 Föreskrifter och råd för att motverka trängsel och folksamlingar ... 607
9.4.2 Andra föreskrifter och beslut för att begränsa smittspridning ... 626

9.5 Erfarenheter av regelverket om smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin ... 629
9.5.1 Berörda verksamhetsutövare och andra aktörer ... 629
9.5.2 Centrala myndigheter, kommuner och länsstyrelser ... 631
9.5.3 Rättslig prövning ... 639

9.6 Det finns behov av en ny reglering ... 644

9.7 Det bör införas en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ... 650

9.8 En särskild ordning för lagens tillämpning 658
9.8.1 Lagens tillämpningsområde 658
9.8.2 Regeringen bestämmer när lagens bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska aktiveras 661
9.8.3 Tillämpningen ska vara tidsbegränsad 667
9.8.4 Regeringens aktiveringsföreskrift ska underställas riksdagen 669

9.9 Allmänna utgångspunkter som bör gälla för samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 675

9.10 Lagen bör omfatta verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar 685

9.11 Skyldighet att motverka smittspridning 689

9.12 Bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 691
9.12.1 Vissa verksamheter som är öppna för allmänheten 691
9.12.2 Religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten 702
9.12.3 Kollektivtrafik och inrikes flyg 706
9.12.4 Upplåtelser för privata sammankomster 715
9.12.5 Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar 722
9.12.6 Särskilda överväganden ska göras i fråga om mötes- och demonstrationsfriheten 732
9.12.7 Förbud att samlas på en viss plats dit allmänheten har tillträde 740

9.13 Utformning och tillämpning av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 745
9.13.1 Hänsyn ska tas till smittspridning i olika typer av verksamheter, sammankomster och tillställningar 745
9.13.2 Föreskrifterna får inskränkas geografiskt 750
9.13.3 Föreskrifterna bör vara tidsbegränsade 752
9.13.4 Underställning till riksdagen bör inte krävas 753

9.14 Beslut om begränsningar i enskilda fall 755

9.15 Tillsyn och befogenheter 758
9.15.1 Länsstyrelsen bör ha tillsynsansvaret..... 758
9.15.2 Nationell tillsynsvägledning och tillsynssamordning 761
9.15.3 Innehållet i ansökan eller anmälan enligt ordningslagen 765
9.15.4 Befogenheter i samband med allmänna sammankomster och offentliga tillställningar..... 767
9.15.5 Befogenheter i kollektivtrafik och inrikes flygtrafik 769
9.15.6 Förhållandet mellan länsstyrelsens och Polismyndighetens uppgifter 770

9.16 När beslut får verkställas..... 773

9.17 Överklagande..... 774

9.18 Information till allmänheten om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 776

9.19 Kompletterande åtgärder för den som berörs av samhällsinriktade smittskyddsåtgärder..... 779
9.19.1 Åtgärderna innebär kostnader och inkomstbortfall för de verksamheter som berörs 779
9.19.2 Åtgärderna kan innebära inskränkningar i egendomsskyddet och närings- och yrkesfriheten..... 780
9.19.3 Den grundlagsskyddade rätten till ersättning 786
9.19.4 Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder omfattas inte av den grundlagsreglerade rätten till ersättning..... 789
9.19.5 En utfästelse om att överväga kompletterande åtgärder bör framgå av lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder..... 797

9.20 Ändringar i ordningslagen 813
9.20.1 Bemyndiganden om förbud vid epidemier bör tas bort 813
9.20.2 Polismyndighetens befogenheter bör anpassas till den nya lagen..... 816

9.21 Regionala reserestriktioner 817

9.22 Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder på arbetsplatser och utbildningsområdet 822

9.23 Hur föreskrifter med stöd av lagen kan utformas 824
9.23.1 Syftet bör vara vägledande 825
9.23.2 De särskilda faktorer som ska beaktas 826
9.23.3 Enkla och inte allt för detaljerade föreskrifter bör eftersträvas 826
9.23.4 Förordningsmotiv kan underlätta tillämpningen 827
9.23.5 Bestämmelser som indirekt avser hur besökare och deltagare ska bete sig 828
9.23.6 Olika typer av begränsningar 828
9.23.7 Samma plats kan omfattas av olika föreskrifter ... 830
9.23.8 Föreskrifter om stängning bör så långt som möjligt undvikas 830
9.23.9 Framtida kunskap om covid-19-pandemins långsiktiga effekter behöver beaktas 831
9.23.10 Scenarier kan läggas till grund för planering för föreskrifter 831

10 Underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier 833

10.1 Strategier som styrmedel 835
10.1.1 Statskontorets rapport 835
10.1.2 Flera utredningar behandlar strategi som begrepp och styrmedel 837
10.1.3 Nationella strategier är vanliga inom hälso- och sjukvården och ofta med otraditionella styrmedel 838
10.1.4 Regeringens nationella säkerhetsstrategi 839
10.1.5 Nationella strategier eller planer för hantering av pandemier – Finland 841
10.1.6 Nationell strategi för hantering av pandemier – Danmark 846

10.2 Övergripande om hälsohot och pandemiberedskap i en nationell strategi 849
10.2.1 Unionsplan och nationell plan enligt hälsohotsförordningen 849
10.2.2 Nationell plan enligt IHR 2005 856
10.2.3 WHO:s pandemifördrag 858
10.2.4 Övriga styrdokument från WHO 859
10.2.5 Natos civila beredskapsarbete 862
10.2.6 Folkhälsomyndighetens uppgifter inom smittskydds- och pandemiberedskap 864
10.2.7 Smittskyddsläkarens förebyggande uppgifter 869

10.3 Sektorsövergripande samverkan inom smittskydd, pandemi- och zoonosberedskap 870
10.3.1 Samverkansgrupper inom smittskydd och pandemiberedskap 870
10.3.2 Samverkansgrupper inom zoonosberedskap 872

10.4 Utmaningar i fredstida kriser 874
10.4.1 Otydligt ansvar vid hanteringen av covid-19-pandemin och vid tidigare fredstida kriser 875
10.4.2 Återkommande brister i samverkan vid kriser 879
10.4.3 Det saknas en uppbyggd struktur för datainsamling och stödsystem för nationell lägesbild 887
10.4.4 Kommunikation vid kriser och pandemier 889
10.4.5 Lärdomar från tidigare kriser tas inte tillvara 892

10.5 Utgångspunkter för en nationell strategi för hantering av pandemier 897
10.5.1 En nationell strategi bör utgå ifrån gällande regelverk, styrdokument och aktuella kunskapsunderlag 898
10.5.2 En nationell strategi bör bygga på långsiktighet och ha en generisk ansats 898
10.5.3 Aktörers ansvarsområden och uppgifter bör vara tydliga i normalläge för att hantera en pandemis alla faser 900
10.5.4 Strategiarbetet bör involvera många aktörer 901

10.5.5 En välfungerande samverkan är central för både pandemiberedskap och pandemihantering ... 902
10.5.6 Åtgärder i en nationell strategi bör kunna följas upp ... 904
10.5.7 Avsatta resurser för strategiarbete kan underlätta styrning och uppföljning ... 905

10.6 Vissa avgränsningar i en nationell strategi för hantering av pandemier ... 905
10.6.1 Det pågår ett reformarbete inom försörjningsberedskap för att stärka vårdens kapacitet ... 906
10.6.2 Förebyggande hälsofrämjande åtgärder ... 907
10.6.3 Internationellt samarbete ... 909

10.7 En nationell strategi för hantering av pandemier ... 912
10.7.1 Strategins syfte och mål ... 912
10.7.2 En nationell strategi för både pandemiberedskap och pandemihantering ... 916
10.7.3 En nationell strategi bör bygga på en bred involvering av aktörer ... 917

10.8 Stärk pandemiberedskapen ... 919
10.8.1 Säkerställ att ansvarsfördelning och beslutsfattande fungerar under en pandemi ... 920
10.8.2 Säkerställ en god beredskapsplanering ... 925
10.8.3 Planera för skydd av riskgrupper för allvarlig sjukdom ... 930
10.8.4 Genomför övningar utifrån dimensionerade scenarier ... 934
10.8.5 Stärk laboratorieberedskapen ... 938
10.8.6 Säkerställ beredskap för vaccin och antimikrobiella läkemedel ... 940
10.8.7 Initiera forskning som bidrar till stärkt pandemiberedskap ... 946
10.8.8 Stärk nationell dataförsörjning för övervakning och forskning vid pandemier ... 953

10.9 Begränsa smittspridning och negativa konsekvenser av en pandemi för individ och samhälle 955
10.9.1 Ta fram samlade lägesbilder för beslut..... 956
10.9.2 Identifiera riskgrupper och riskmiljöer i ett tidigt skede samt vidta åtgärder för att skydda riskgrupper 960
10.9.3 Vidta rätt smittskyddsåtgärder vid rätt tillfälle ... 962
10.9.4 Kommunicera för att skapa god följsamhet till åtgärder som bidrar till minskad smittspridning... 967
10.9.5 Dela information och använd uppbyggda rapporteringsvägar vid samverkan..... 976
10.9.6 Snabbstarta allsidig pandemiforskning 979
10.9.7 Följ upp och lär av en pandemi 982

10.10 Förslag på åtgärder utifrån den nationella strategin 985
10.10.1 Uppdrag att kartlägga oklara ansvarsförhållanden..... 986
10.10.2 Uppdrag att ta fram ett stöd för planering för skydd av riskgrupper..... 989

11 En samlad integritetsskyddsanalys av förslagen..... 991

11.1 Rättsliga utgångspunkter 992

11.2 Förslaget om lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder och dess betydelse för den personliga integriteten..... 996

11.3 Förslagen om ändring i ordningslagen och smittskyddslagen 1006

12 Förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter samt barns rättigheter..... 1011

12.1 Rättsliga utgångspunkter 1012

12.2 Förslagen om vissa ändringar i smittskyddslagen 1018
12.2.1 Förslagen om bemyndiganden om tidsbegränsade undantag, anpassningar och särskilda föreskrifter 1018
12.2.2 Förslagen om ändringar i bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa 1021

12.3 Förslagen om regionernas beredskap 1027
12.4 Förslaget om en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder..... 1028
12.5 Förslagen om ändringar i ordningslagen 1038
12.6 God författningsberedskap ger förutsättningar för att skyddet för grundläggande fri- och rättigheter upprätthålls..... 1039

13 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser 1041

13.1 Ikraftträdandebestämmelser..... 1041
13.2 Övergångsbestämmelser..... 1043

14 Förslagens konsekvenser 1045

14.1 Vad ska utredningens förslag leda till? 1045
14.2 Krav på konsekvensanalysen 1047
14.2.1 Krav enligt kommittéförordningen..... 1047
14.2.2 Krav enligt utredningens direktiv..... 1049
14.3 Möjliga konsekvenser av vissa beredskapsregler..... 1050
14.3.1 Den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 1050
14.3.2 Förslag om undantag från vissa skyldigheter vid en samhällsfarlig sjukdom 1056
14.3.3 Förslag om mer ändamålsenliga bestämmelser om hälsokontroll vid inresa..... 1059
14.3.4 Förslag om ändringar i ordningslagen..... 1060
14.4 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag 1061
14.4.1 Konsekvenser för staten..... 1061
14.4.2 Kostnadsfördelningen mellan staten och regionerna i fråga om regionernas beredskap 1075
14.5 Övriga konsekvenser av utredningens förslag 1079
14.5.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. 1079
14.5.2 Konsekvenser för enskilda..... 1086
14.5.3 Jämställdhets- och jämlikhetskonsekvenser 1089
14.5.4 Övrigt..... 1092

14.6 Förhållandet till vissa internationella rättsakter 1093
14.6.1 EU-bestämmelser om övervakning av smittsamma sjukdomar och folkhälsoåtgärder .. 1093
14.6.2 Internationella hälsoreglementet 1094
14.6.3 Tjänstedirektivet 1096
14.6.4 Anmälningsdirektivet 1097

14.7 Finansiering av utredningens förslag 1098
14.7.1 Direkta kostnader för staten finansieras inom respektive utgiftsområde 1099
14.7.2 Ekonomiska ersättningar till regioner och uppkomna kostnader vid omfattande smittspridning bör behandlas och finansieras i kommande ekonomiska propositioner 1100

15 Författningskommentar 1103

15.1 Förslaget till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder 1103

15.2 Förslaget till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617) 1156

15.3 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) 1159

15.4 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 1174

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2023:106 1177

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2024:88 1197

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2025:9 1205

Bilaga 4 Genomförda möten och övrig samverkan 1207

Sammanfattning

Utredningens uppdrag och förhållningssätt

Utredningens uppdrag har syftat till att stärka beredskapen inför framtida pandemier. Uppdraget kan delas in i två delar; att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier och att på olika sätt stärka författningsberedskapen. I den senare delen ingår att ta ställning till om en handlingsprincip ska införas i fråga om smittskyddsåtgärder. God författningsberedskap går ut på att de bestämmelser som behövs för att hantera kriser i så stor utsträckning som möjligt har beslutats i förväg.

När detta delbetänkande överlämnas har det gått fem år sedan Sverige befann sig i den första vågen av covid-19-pandemin. Bakgrunden till uppdraget är de allvarliga konsekvenser som pandemin medförde för många människor och den stora belastning och påverkan på vården och samhället i stort som den innebar. Den utredning, samverkan och kunskapsinhämtning som vi genomfört har varit tydligt inriktad på att omhänderta kunskap och erfarenheter från pandemin. Vår ansats har dock avsett att vara generisk eftersom nästa pandemi kan orsakas av ett smittämne vars allvarlighet, smittvägar och smittsamhet kan skilja sig avsevärt från SARS-CoV-2 som orsakar sjukdomen covid-19. Utredningsarbetet grundas trots detta på några centrala antaganden. Ett antagande är att nästa pandemi sannolikt kommer att orsakas av ett nytt luftvägsvirus mot vilket immunitet saknas hos stora delar av jordens befolkning. Ett sådant virus kan vara ett tidigare helt okänt virus, ett känt djurvirus som nyligen överförts till människa, eller ett känt humant virus som påtagligt har förändrats.

I betänkandet har vi inte begränsat oss till pandemier utan använder återkommande begreppet *omfattande smittspridning.* Vi använder begreppet i betydelsen ”en hastigt uppkommen samhällsspridning

inom ett begränsat geografiskt område eller över hela landet av en smittsam sjukdom som kan överföras mellan människor.” En sådan smittspridning kan antas i första hand orsakas av luftvägsvirus.

En pandemi eller annan omfattande smittspridning som drabbar landet är en angelägenhet för hela samhället. Det är utredningens uppfattning att det svenska smittskyddets inriktning på frivilligt förebyggande arbete samt det ansvar som var och en har för att förhindra smittspridning även fortsatt ska gälla. Vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom är det avgörande att uppnå en beteendeförändring som begränsar smittspridningen och som bidrar till att samhällsviktiga funktioner klarar belastningen. Tvingande smittskyddsåtgärder bör endast användas om frivilliga åtgärder eller beteendeförändringar bedöms vara eller bli otillräckliga. Enligt vetenskapliga studier och översikter finns inget tydligt samband mellan långtgående smittskyddsåtgärder, såsom nedstängningar, och lägre nivå av överdödlighet under covid-19-pandemin. Skillnader mellan länder i överdödlighet kan snarare bero på skillnader i socioekonomiska faktorer och vaccinationstäckning. De bemyndiganden som vi föreslår om att kunna vidta åtgärder bör därför användas med försiktighet. Rena förbud och nedstängningar bör så långt som möjligt undvikas.

Att vi i detta betänkande lämnar förslag på åtgärder som, om de behöver vidtas, kan innebära långtgående inskränkningar för allmänhet, näringsliv och civilsamhälle handlar om att ha samhällelig och rättslig beredskap för nya smittämnen och en framtida omfattande smittspridning vars allvarlighet och följder vi i dag inte fullt ut kan förutse. Alla smittskyddsåtgärder måste dock föregås av noggranna proportionalitetsbedömningar.

Den svenska förvaltningsmodellen har varit en viktig utgångspunkt för utredningens bedömningar och förslag som rör ansvarsfördelning och befogenheter. Förvaltningsmodellen innebär bl.a. hög grad av sektoriserade och specialiserade myndigheter med stort beslutsmandat och expertkunskaper samt en långtgående decentralisering med ett kommunalt självstyre som ger kommuner och regioner ansvar för större delen av välfärdssektorn, däribland smittskyddet.

Huvuddragen i våra förslag och bedömningar sammanfattas i det följande.

Underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier

Utredningen har haft i uppdrag att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, med tvärsektoriell utgångspunkt i relevanta regelverk inom EU, Nato och globalt, men med tydlig nationell inriktning. Vi har tolkat uppdraget som att det avser en strategi för såväl pandemiberedskap som pandemihantering och att detta också omfattar beredskap och hantering av annan omfattande smittspridning.

Vi föreslår att *syftet* med den nationella strategin ska vara att ange målen för samhällets hantering och hur de ska uppnås. Därvid ska *samhällets mål* vid en pandemi vara att skydda människors liv och hälsa genom att begränsa smittspridningen och samtidigt begränsa andra negativa konsekvenser för individen och samhället. Vi föreslår också att det ska framgå av strategin att smittskyddsåtgärder i första hand ska bygga på frivillighet och en strävan att hålla samhället så öppet som möjligt.

Vi har identifierat ett antal fokusområden som är centrala för pandemiberedskap och pandemihantering. För att nå samhällets mål vid en pandemi föreslår vi att *pandemiberedskapen* inriktas på följande fokusområden:

- säkerställ att ansvarsfördelning och beslutsfattande fungerar under en pandemi,
- säkerställ en god beredskapsplanering,
- planera för skydd av riskgrupper för allvarlig sjukdom,
- genomför övningar utifrån dimensionerade scenarier,
- stärk laboratorieberedskapen,
- säkerställ beredskap för vaccin och antimikrobiella läkemedel,
- initiera forskning som bidrar till stärkt pandemiberedskap, och
- stärk nationell dataförsörjning för övervakning och forskning vid pandemier.

För att nå samhällets mål vid en pandemi föreslår vi att *pandemihanteringen* inriktas på följande fokusområden:

- ta fram samlade lägesbilder för beslut,
- identifiera riskgrupper och riskmiljöer i ett tidigt skede samt vidta åtgärder för att skydda riskgrupper,
- vidta rätt smittskyddsåtgärd vid rätt tillfälle,
- kommunicera för att skapa god följsamhet till åtgärder som bidrar till minskad smittspridning,
- dela information och använd uppbyggda rapporteringsvägar vid samverkan,
- snabbstarta allsidig pandemiforskning, och
- följ upp och lär av en pandemi.

Utredningen bedömer att den nationella strategin bör involvera relevanta aktörer för att återspegla att en pandemi är en samhällskris. Strategin bör fånga en sådan bredd och ses som ett ramverk för ett fortsatt och fördjupat arbete hos berörda myndigheter, regioner, kommuner och andra aktörer. I ett sådant arbete, som avser såväl beredskap som hantering, bör ingå att ta fram handlingsplaner med åtgärder och indikatorer eller mått för uppföljning.

Stärkt författningsberedskap i fråga om smittskydd

En lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder införs

Vi föreslår att det införs en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som ska komplettera gällande smittskyddslagstiftning och därmed stärka beredskapen inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Till grund för förslagen ligger bl.a. en genomgång av kunskapsläget vad gäller icke-medicinska smittskyddsåtgärders effekt på smittspridning och bedömningen att nästa pandemi sannolikt kommer att orsakas av ett virus som sprids via luften.

Lagen utgår från den tillfälliga reglering som gällde under covid-19-pandemin, men med flera betydande skillnader. Lagens *syfte* är dubbelt – dels att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en

omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom, dels att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder.

Med *samhällsinriktade smittskyddsåtgärder* avses i lagen åtgärder som vidtas i samhället för att minska förekomsten av sådana kontakter mellan människor som kan innebära en risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Lagen ska vara beslutad och i kraft men regeringen måste genom en särskild förordning aktivera de bärande bestämmelserna i den, dvs. föreskriva att alla eller vissa av bestämmelserna ska börja tillämpas. En sådan förordning ska underställas riksdagens prövning inom två veckor och gälla en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga och som förekommer, eller inom kort kan förekomma, här i landet i en sådan omfattning att det kan krävas samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt den nya lagen. En ändring i enlighet med detta föreslås också i definitionen av samhällsfarlig sjukdom i smittskyddslagen.

Med stöd av lagen kan regeringen eller den eller de myndigheter som regeringen bestämmer föreskriva att smittskyddsåtgärder ska vidtas vid verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Åtgärderna ska syfta till att motverka smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Begreppet verksamheter omfattar fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten, handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats, restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten, religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten och som inte utgör allmänna sammankomster enligt ordningslagen, kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, inklusive lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik samt yrkesmässig användning och direkta eller indirekta upplåtelser av lokaler, områden eller utrymmen för tillställningar eller andra privata sammankomster. Privata fester och andra tillställningar i den egna bostaden omfattas inte av våra förslag.

Exempel på föreskrifter som kan beslutas med stöd av bemyndigandena i lagen är sådana som begränsar hur många personer ur allmänheten som får vistas samtidigt i en viss verksamhet eller vid en sammankomst eller tillställning, eller sådana som anger att det ska upprätthållas ett visst avstånd mellan personer ur allmänheten.

Ansvarig för att vidta åtgärderna är normalt den som driver en verksamhet eller anordnar en sammankomst eller tillställning. För vissa av de verksamheter, sammankomster och tillställningar som omfattas av lagen kan det, om andra smittskyddsåtgärder visar sig vara otillräckliga, bli fråga om förbud eller stängning. Sådana föreskrifter får enbart regeringen besluta om.

Regeringen bemyndigas vidare att ge kommuner möjlighet att under vissa omständigheter förbjuda tillträde till vissa platser. Överträdelser av ett sådant förbud ska kunna straffas med penningböter.

Länsstyrelserna och Polismyndigheten utövar tillsyn enligt lagen. Länsstyrelsen får också fatta beslut i enskilda fall.

Vid utformningen av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska det eftersträvas att regleringen utformas så enhetligt som möjligt med avseende på risken för smittspridning. Faktorer som har betydelse för risken för spridning av sådana smittämnen som vi har bedömt kan orsaka en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom ska särskilt beaktas. För föreskrifter som avser allmänna sammankomster ska därtill beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet. Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade och får avgränsas geografiskt.

Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter och beslut som meddelas enligt den nya lagen. Informationen ska vara lättillgänglig och behovsanpassad.

Vidare föreslår vi att det av lagen ska framgå att när regeringen meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska den överväga kompletterande åtgärder för de verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som drabbas av kostnader och förluster med anledning av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna. Förslaget innehåller också ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förutsättningarna för sådana kompletterande åtgärder. Förslaget innebär dock ingen lagreglerad rätt till ersättning.

Vi föreslår också ändringar i ordningslagen, bl.a. att tröskeln ska höjas för när allmänna sammankomster och offentliga tillställningar ska få begränsas med stöd av den lagen.

Smittskyddslagen justeras för stärkt beredskap och flexibilitet

Vi bedömer att regionernas skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet bör tydliggöras. Vi föreslår därför bestämmelser i smittskyddslagen om att regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Regionen ska besluta om en plan för beredskapen (en epidemi- och pandemiplan). Smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till planen. Vi föreslår också bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt för vissa uppgifter som berör beredskapen.

Vi föreslår därtill flera andra ändringar i smittskyddslagen för att göra den mer flexibel och ändamålsenlig under en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Det handlar dels om bemyndiganden till regeringen att föreskriva om tidsbegränsade lättnader i form av anpassningar och undantag för skyldigheter som gäller i ett normalläge, dels om ändringar i bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa.

Genom de föreslagna bemyndigandena ska föreskrifter kunna meddelas bl.a. om att den som misstänker sig vara smittad av en viss samhällsfarlig sjukdom ska kontakta hälso- och sjukvården på annat sätt än genom att söka läkare. Den aktuella sjukdomen ska även helt kunna undantas från den enskildes skyldighet att söka läkare och från behandlande läkares skyldighet att t.ex. smittspåra, att lämna individuellt utformade råd och att besluta om förhållningsregler. Sådana undantag kan vara betydelsefulla när en samhällsfarlig sjukdom har fått en omfattande spridning i samhället och kännedom om ytterligare milda sjukdomsfall inte leder till ökad kunskap om spridningen eller nytta för den smittade eller för samhället. I stället riskerar t.ex. en skyldighet att uppsöka läkare vid sådana smittfall att bidra till ökad arbetsbelastning inom sjukvården.

Ändringarna i bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa innebär att en något större krets av inresande kan bli föremål för hälsokontroll efter beslut av Folkhälsomyndigheten. I stället för att det ska ha skett ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom i ett visst geografiskt område ska det räcka att det finns en grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott. Vidare kan även personer som anländer till Sverige från ett område som står i nära förbindelse med det aktuella geografiska området omfattas av hälsokontrollen. Vi föreslår också ändringar för att förtydliga vad hälsokontrollen innebär.

Smittskyddslagen bör inte ges företräde framför psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning

Vad gäller förhållandet mellan smittskyddslagen och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), i situationer med omfattande smittspridning, konstaterar vi att det inte finns något hinder mot att besluta om isolering eller tillfällig isolering enligt smittskyddslagen för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV. Det finns heller inget hinder mot att beslutet verkställs på en regiondriven vårdinrättning där patienten är intagen, så länge isoleringens innehåll följer smittskyddslagens krav.

Det bör enligt vår bedömning inte gälla några andra krav för att besluta om isolering eller tillfällig isolering vid en pandemi eller någon annan omfattande smittspridning än vad som annars gäller.

En ordning som anger att åtgärder enligt smittskyddslagen i vissa situationer ska ha företräde framför åtgärder enligt LPT eller LRV bör inte införas.

En ordning för storskalig testning och smittspårning inrättas

Vi bedömer att förutsättningarna för storskalig testning och smittspårning bör stärkas på flera sätt. Det handlar både om beredskap och genomförande.

Vad gäller beredskapen föreslår vi bl.a. att regionerna ska säkerställa att de har den kapacitet för provtagning, laboratorieanalys och smittspårning som beredskapen kräver. Regionerna ska också säkerställa en lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen inom smittskyddet kräver. Bestämmelser om detta förs in i smittskyddslagen. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att ta fram ett underlag över vilka närmare sjukvårdsprodukter som kan vara aktuella för lagerhållning.

Vad gäller genomförandet bedömer vi att en uppbyggd testkedja hos regionerna är centralt för en laboratorieberedskap för storskalig testning. En sådan beredskap kräver förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data, vilket bör utvecklas, valideras och användas i ett normalläge. Vi föreslår därför att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att på nationell nivå samordna arbetet med att utveckla sådan laboratorieberedskap. Vi bedömer också att storskalig smittspårning kräver förbättrade system och digitala verk-

tyg. Vi föreslår att Folkhälsomyndigheten även får i uppdrag att samordna regionernas arbete med att utveckla smittspårningen på nationell nivå, däribland att utveckla den digitala kommunikationen av svarsrapporteringen till enskilda för att vidta åtgärder som förhindrar eller begränsar smittspridning.

Staten bör finansiera den del av regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning som avser att ta fram interoperabla it-system för testning och viss standardisering av data samt digitala verktyg för smittspårning för att uppnå nationell interoperabilitet. Kostnaderna för utveckling av system, data och digitala verktyg behöver beräknas och bedömas, bl.a. för att ta fram statens kostnader för nationell interoperabilitet. Dessa analyser och beräkningar bör genomföras inom ramen för ovannämnda uppdrag till Folkhälsomyndigheten.

Våra förslag ger ökad förmåga att handla proaktivt

Utredningen har haft i uppdrag att analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas i fråga om smittskyddsåtgärder och hur en sådan princip i så fall kan regleras och tillämpas. Vi har även haft i uppdrag att analysera hur en handlingsprincip skulle förhålla sig till att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vi bedömer att hanteringen av en sådan samhällskris som en pandemi eller en annan omfattande smittspridning kan innebära behöver ske samordnat. Utgångspunkten bör vara de grundläggande principer som gäller i dag för hanteringen av andra kriser i samhället, nämligen ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna. I ansvarsprincipen ingår krav på berörda aktörer att agera proaktivt och vara beredda på att vidta nödvändiga åtgärder vid en kris. Det gäller även när informationsbrist råder. Ett ansvar att agera finns på såväl regional som nationell nivå. Vi föreslår därför inte någon ny särskild handlingsprincip. I stället är det vår bedömning att våra förslag i betänkandet ger ökad förmåga att handla proaktivt och ändamålsenligt inför och i en situation med omfattande smittspridning.

Det är också vår uppfattning att ett krav på att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet inte hindrar att

smittskyddsåtgärder vidtas i en situation då kunskapsläget är ofullständigt.

Konsekvenser

Våra förslag är till stor del av beredskapskaraktär. De övergripande följderna av dem bör därför betraktas i ljuset av vad det kan innebära om inga av förslagen genomförs. En bristfällig pandemiberedskap kan medföra allvarliga konsekvenser på en rad sätt. Utredningens övergripande uppfattning är att våra förslag för att stärka pandemiberedskapen kommer att förbättra möjligheterna att i första hand skydda människors liv och hälsa. En mer ändamålsenlig pandemihantering kan också innebära stora ekonomiska besparingar och andra slags vinster.

Flera förslag, även de som initialt medför kostnader för staten, bedöms på sikt leda till effektiviseringar för berörda verksamheter som kan tillvaratas även i ett normalläge. Vidare är kostnaderna för de förslag som utgörs av bemyndiganden eller på annat sätt är av författningsberedskapskaraktär inte möjliga att närmare beräkna.

Statens kostnader för de förslag som låter sig beräknas uppgår till cirka 54,9 miljoner kronor för det första året (år 1) och cirka 46 miljoner kronor för det andra året (år 2). Av de beräknade kostnaderna utgör cirka 18,5 miljoner kronor permanenta utgiftsökningar. I det ingår förslagen om beredskap för tillsynsansvar enligt den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, tillsyn över regionernas beredskap samt regeringsuppdrag i fråga om storskalig testning och smittspårning, nationell strategi, och kartläggning av tillgång till karantänsplatser i regioner.

Våra förslag om regioners beredskap för storskalig testning och smittspårning och som avser en statlig ambitionshöjning, bör finansieras av staten enligt den kommunala finansieringsprincipen. Det gäller också förslaget om regionernas beredskap i fråga om gemensam rättslig grund för en epidemi- och pandemiplan.

Under förutsättning att staten beslutar att storskalig testning och smittspårning ska genomföras vid en omfattande smittspridning, bör regionerna stödjas ekonomiskt för den tid som behövs för att få en god följsamhet. För detta syfte bör en tillfällig statlig finansiering ske genom riktade statsbidrag.

Utredningens förslag som avser regeringsuppdrag eller nya uppgifter för myndigheter bör finansieras i huvudsak inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, och med utökade anslag med motsvarande belopp. Föreslagna uppdrag som avser andra myndigheter än de som omfattas av utgiftsområde 9 bör på motsvarande vis finansieras inom respektive myndighets utgiftsområde.

Utredningens förslag i fråga om bemyndiganden i den nya lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder samt övriga förslag aktiveras först i händelse av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Vår uppfattning är att de sammantagna kostnaderna och konsekvenserna för både samhälle och människor kan bli betydligt mer omfattande om inga åtgärder vidtas alls i fråga om beredskap inför och hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

Förslaget som avser en för regionerna gemensam rättslig grund för beslut om en plan för beredskap (epidemi- och pandemiplan) innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Detsamma gäller förslagen om regioners ansvar att säkerställa kapacitet för laboratorieberedskap. Förslagen innebär sammantaget bättre möjligheter och lika förutsättningar för regionerna att bygga upp en beredskap för en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Inskränkningen bedöms därför vara proportionerlig.

Ikraftträdande

Utredningen föreslår att den nya lagen och övriga författningsändringar ska träda i kraft den 1 september 2026.

Summary

The Inquiry's remit and approach

The aim of the Inquiry's remit is to strengthen preparedness for future pandemics. This remit can be divided into two parts: (1) presenting a basis for a national strategy for pandemic response and (2) proposing various ways to enhance statutory preparedness. The latter part includes taking a position on whether a principle of action should be introduced as regards infection prevention and control measures. Good statutory preparedness requires that the necessary crisis response provisions are already in place, to the extent possible.

At the time of the submission of this report, five years have passed since Sweden was hit by the first wave of the COVID-19 pandemic. We received our remit in the wake of the COVID-19 pandemic, which had serious consequences for many people, placed a heavy burden on health care and had a massive impact on society as a whole. Our investigative, collaborative and knowledge-gathering efforts have focused on the knowledge and lessons learned from the pandemic. However, our approach has been broad, as the next pandemic could be caused by an infectious pathogen whose seriousness, transmission routes and transmissibility may differ significantly from SARS-CoV-2 that causes COVID-19. The report is nevertheless based on a few core assumptions. One assumption is that the next pandemic will probably be caused by a new respiratory virus against which a majority of the world's population lack immunity. Such a virus could be a previously unknown virus, a known animal virus recently transmitted to humans, or a known human virus that has changed substantially.

In the report, we have not limited ourselves to the use of the term pandemics, but also recurrently use the term 'widespread transmis-

sion'. We define this term as 'a sudden occurrence of community transmission within a limited geographic area or the entire country of a communicable disease that is transmitted from person to person'. Such transmission can primarily be caused by a respiratory virus.

A pandemic, or other widespread transmission of communicable diseases is a concern for the entire society. It is the opinion of the Inquiry that the focus on voluntary preventive efforts and every individual's responsibility to prevent pathogen transmission should continue to apply in Sweden. In the event of a pandemic or other widespread transmission of a communicable disease classified as dangerous to society, it is essential to promote behavioural changes that counteract continued transmission and help vital societal functions overcome transmission peaks. Compulsory infection prevention and control measures should only be implemented during a pandemic if voluntary measures or behaviour changes have been deemed to be or have become inadequate. According to scientific studies and reviews, there is no clear link between prohibitive infection prevention and control measures, such as lockdowns, and lower level of excess mortality during the COVID-19 pandemic. Differences in excess mortality between countries may more likely depend on differences in socioeconomic factors and vaccination coverage. The authorisations that we propose to enable measures to be taken should be exercised with care. Prohibitive measures and lockdowns should be avoided as far as possible.

Although the proposals for measures we present in this report could, if adopted and implemented, entail prohibitive limitations for the general public, the business sector and civil society, the aim is to achieve societal and legal preparedness for a future widespread transmission of new infectious pathogens whose seriousness and consequences we cannot currently foresee. However, all infection prevention and control measures must be preceded by thorough proportionality assessments.

The Swedish public administration model has provided an important basis for the Inquiry's assessments and proposals concerning division of responsibility and powers. The public administration model is characterised by sector-specific and specialised government agencies having a decision-making mandate and expertise, and extensive decentralisation where municipalities and regions have re-

sponsibility for major parts of the welfare sector, including infection prevention and control.

The main elements of our proposals and assessments are summarised below.

A basis for a national strategy for pandemic response

The Inquiry has been tasked with presenting a basis for a national pandemic response strategy, with a cross-sectoral perspective in relevant regulatory frameworks within the EU, NATO and globally, but with a clear domestic focus. Our interpretation is that the mandate concerns both preparedness and response measures to a future pandemic or other widespread transmission.

We propose that the *aim* of a national strategy should be to identify objectives for society's response and ways by which to achieve them. Thereby, *society's objective* in the event of a pandemic should be to protect people's lives and health by limiting the spread of the pathogen while at the same time limiting other negative consequences for individuals and society. We also propose that the strategy specify that infection prevention and control measures should be based primarily on voluntarism and the ambition to keep society as open as possible.

We have identified a number of focus areas that are key to pandemic preparedness and response. To achieve society's objective in the event of a pandemic, we propose that *pandemic preparedness* should target the following focus areas:

- ensuring that the division of responsibility and decision-making functions appropriately during a pandemic;
- ensuring good contingency planning;
- planning for protection of groups at risk of serious illness;
- carrying out exercises based on dimensioned scenarios;
- enhancing laboratory preparedness;
- ensuring preparedness for vaccines and antimicrobials;
- initiating research that contributes to enhanced pandemic preparedness; and

– strengthening supply of national data for monitoring and research in case of pandemics.

To achieve society's objectives in the event of a pandemic, we propose that the *pandemic response* should target the following focus areas:

– producing comprehensive status reports for decision-making;
– identifying risk groups and environments at an early stage, and taking measures to protect risk groups;
– implementing the right communicable disease control measures at the right time;
– communicating to achieve good compliance with measures that help reduce transmission;
– sharing information and using established reporting channels for collaboration;
– rapidly initiating comprehensive pandemic research; and
– following up and drawing lessons from a pandemic.

The Inquiry considers that the national strategy should involve relevant actors to reflect that a pandemic is a societal crisis. The strategy should capture such breadth and be viewed as a framework for continued and intensified work at relevant government agencies, regions, municipalities and other actors. Such work, which concerns both preparedness and response, should include the drafting of response plans with measures and indicators for follow-up.

Enhanced statutory preparedness for communicable disease control

Introduction of an act on community-level infection prevention and control measures

We propose introducing an act on community-level infection prevention and control measures that complements applicable communicable disease legislation and thereby strengthens preparedness for a pandemic or other widespread transmission. The proposals are

based on a review of the current state of knowledge as regards the effect of non-pharmaceutical interventions on pathogen transmission and the assessment that the next pandemic will likely be caused by a virus that is transmitted through the air.

The act should be based on the temporary regulations that was in place during the COVID-19 pandemic but include several significant differences. The *aim* of the act is two-fold: (1) to ensure that society can mitigate the consequences of an extensive transmission of a communicable disease classified as dangerous to society (samhällsfarlig sjukdom) by taking community-level infection prevention and control measures; and (2) to safeguard the fundamental rights and freedoms of natural persons in connection with such measures.

Under the act, 'community-level infection and prevention control measures' would entail measures taken to reduce the occurrence of contact between individuals that could carry a risk of transmission of a communicable disease classified as dangerous to society.

The act should be adopted and entered into force, but the Government would have to activate its fundamental provisions through a special ordinance, i.e. prescribe that all or some of the provisions should begin to apply. Such an ordinance would be subject to examination by the Riksdag within two weeks and apply to a certain communicable disease to which the provisions on communicable diseases classified as dangerous to society under the Communicable Diseases Act are applicable and which is present or may soon be present, in Sweden to such an extent that may necessitate community-level infection and prevention control measures in accordance with the new act. In accordance with this, the Inquiry also proposes amending the definition of communicable disease classified as dangerous to society in the Communicable Diseases Act.

Under the act, the Government or the government agency or agencies mandated by the Government would prescribe whether communicable disease control measures should be taken with respect to activities, public gatherings and public events. The measures should aim to counter transmission of a communicable disease classified as dangerous to society.

'Activities' comprise recreational and cultural activities that are open to the general public, places of commerce where goods or services are sold to or presented to the general public, restaurants and other public eating and drinking establishments, religious activities

that are open to the general public and do not constitute public gatherings in accordance with the Public Order Act, public transport and domestic air traffic, including premises and areas intended for use by public transport or air traffic travellers, and professional use of direct or indirect provision of premises, areas or spaces for events or other private gatherings. Private parties and other events in private residences are not covered by our proposals.

Examples of provisions that can be adopted based on authorisations in the proposed act are those that would limit the number of people from the general public allowed to attend a certain activity, gathering or event at the same time, or those that require people from the general public to maintain a certain distance from each other. The organiser of an activity, gathering or event is normally responsible for implementing the measures. For certain activities, gatherings and events covered by the act, a prohibition or shutdown could come into consideration if other communicable disease control measures prove inadequate. Whereby only the Government can enact such provisions.

Moreover, the Government is authorised to empower municipalities to prohibit access to certain places under certain circumstances. Infringements of such a prohibition could be subject to monetary fines.

The county administrative boards and the Swedish Police Authority would carry out supervision in accordance with the act. The county administrative boards would also be able to take decisions on a case-by-case basis.

Provisions on community-level infection prevention and control measures should be formulated as uniformly as possible with regard to the risk of pathogen transmission. Special consideration should be given to factors associated with increased risk for widespread transmission of a communicable disease classified as dangerous to society. For provisions concerning public gatherings, particular care should be taken to uphold the widest possible freedom to assemble and demonstrate. These provisions should be temporary and may be geographically restricted.

The Public Health Agency of Sweden should ensure that the general public has access to relevant and comprehensive information on provisions and decisions announced under the new act. The information should be easily accessible and based on needs.

Furthermore, we propose that the act should state that when the Government announces provisions on community-level infection prevention and control measures, it should consider supplementary measures for the activities and organisers of public gatherings and events impacted by costs and losses as a result of the community-level infection prevention and control measures. This proposal also includes authorising the Government or government agency mandated by the Government to enact provisions on the conditions for such supplementary measures. However, the proposal does not entail a legislated right to compensation.

We also propose amendments to the Public Order Act, such as raising the threshold for when it is possible to place limits on public gatherings and events in accordance with the act.

Amendment of the Communicable Diseases Act for enhanced preparedness and flexibility

We consider that the regions' obligation to maintain preparedness in the area of communicable disease control needs clarification. We therefore propose introducing provisions in the Communicable Diseases Act stipulating that the regions are responsible for ensuring preparedness to respond to an extensive spread of a communicable disease classified as dangerous to society. The regions should adopt an epidemic and pandemic preparedness plan. County medical officers should be responsible for drafting a plan proposal. We also propose provisions on secrecy and duty of confidentiality for certain information concerning the preparedness.

Furthermore, we propose several other amendments to the Communicable Diseases Act to make it more flexible and fit for purpose in the event of a pandemic or other widespread pathogen transmission. This entails authorising the Government to prescribe temporary relief in the form of adjustments and exemptions to obligations that apply during normal circumstances, and amendments to the border health screening regulations.

Through the proposed authorisations, it would be possible to impose regulations, such as a requirement that individuals suspected of being infected with a communicable disease classified as dangerous to society should seek health and medical care in a manner other than visiting a physician. It should also be possible to make the

disease in question fully exempt from the individual's obligation to visit a physician and from the responsible physician's obligations such as contact tracing, providing individualised advice and determining rules of conduct. Such exemptions may be important in the event of a widespread outbreak of a communicable disease classified as dangerous to society, where awareness of additional mild cases of illness does not lead to increased knowledge about the spread of disease or benefit to the infected individual or the general public. In such cases, an obligation to visit a physician may risk contributing to an increased workload for health and medical care.

The amendments to the provisions on health screening at points of entry would mean that a somewhat higher number of those entering could be subject to health screening at points of entry following a decision by the Public Health Agency of Sweden. Instead of an outbreak of a communicable disease classified as dangerous to society having to have taken place within a certain geographic area, it should suffice that there is a justifiable reason to presume that an outbreak is in progress. Moreover, those who enter Sweden from areas closely linked to the geographic area of an outbreak could be subject to border health screening. We also propose amendments to clarify what health screening at points of entry entails.

The Communicable Diseases Act should not take precedence over compulsory mental care legislation

As regards the relationship between the Communicable Diseases Act, the Compulsory Mental Care Act and the Forensic Mental Care Act, in situations of widespread transmission, we do not find any impediment to decisions on isolation or temporarily isolation in accordance with the Communicable Diseases Act for a patient receiving care in accordance with the Compulsory Mental Care Act or the Forensic Mental Care Act. Moreover, there is no impediment to the decision being enforced in a regionally operated care institution to which the patient has been admitted, as long as the isolation takes place in compliance with the requirements under the Communicable Diseases Act.

It is our opinion that the same requirements for a decision on isolation or temporary isolation should apply in the event of a pan-

demic or other widespread pathogen transmission as applies otherwise.

An arrangement where measures in accordance with the Communicable Diseases Act would take precedence over measures in accordance with the Compulsory Mental Care Act or the Forensic Mental Care Act should not be introduced.

Establishment of large-scale testing and contact tracing arrangement

The Inquiry finds that the conditions for large-scale testing and contact tracing should be improved in several ways. This concerns both preparedness and implementation.

As regards preparedness, we propose that the regions ensure they have the capacity for the sampling, laboratory analysis and contact tracing required for preparedness. The regions should also ensure that they have stockpiles of health care products for sampling and laboratory analysis to the extent required for communicable disease control preparedness. Provisions concerning this should be introduced in the Communicable Diseases Act. We propose tasking the National Board of Health and Welfare with producing information on what health care products should come into consideration for stockpiling.

As regards implementation, we find that an established testing chain within the regions is essential for laboratory preparedness for large-scale testing. Such preparedness requires improved communication between IT systems and a certain standardisation of data, which we believe should be developed, validated and used under non-pandemic periods. Consequently, we propose tasking the Public Health Agency of Sweden with coordinating work on developing such laboratory preparedness at national level. We also consider that large-scale contact tracing requires improved systems and digital tools. We propose that the Public Health Agency of Sweden also be tasked with coordinating the work of the regions on developing contact tracing capacity at national level, which includes developing means for digital communication to report results to individuals so as to take measures that prevent or limit pathogen transmission.

Central government should fund the part of the regions' preparedness for large-scale testing and contact tracing that concerns

developing interoperable IT systems for testing and a certain standardisation of data and digital tools for contact tracing in order to achieve national interoperability. The costs for developing systems, data and digital tools should be calculated and assessed, to determine the central government costs for national interoperability, within the scope of the aforementioned assignment of the Public Health Agency of Sweden.

Our proposals provide increased ability to act proactively

The Inquiry has been tasked with analysing and taking a position on whether a principle of action should be introduced for matters concerning communicable disease control measures and, if so, how such a principle could be regulated and applied. We have had the task of analysing how a principle of action would comply with the requirement that communicable disease control measures should be based on scientific evidence and established practice.

We find that the response to a public crisis like a pandemic or other widespread pathogen transmission requires coordinated efforts. The fundamental principles that currently apply for responses to other crises in society should serve as a basis. They are the principles of responsibility, proximity and equality. The principle of responsibility includes requirements on concerned actors to be proactive and prepared to take necessary measures in the event of a crisis. This also applies even when there is a scarcity of relevant information. There is a responsibility to act at both regional and national level. For this reason, we do not propose any specific principle of action. Instead, we consider that our proposals in this report provide increased ability to act proactively and effectively in a situation with widespread transmission.

We also find that a requirement that communicable disease control measures should be based on scientific evidence and established practice is not an impediment to communicable disease control measures being taken in a situation where the current state of knowledge is incomplete.

Consequences

Our proposals are primarily aimed at preparedness. Their overall consequences should therefore be considered in light of possible negative consequences if none of the proposals were implemented. Inadequate pandemic preparedness could entail serious consequences in a number of ways. The Inquiry's general view is that our proposals to strengthen pandemic preparedness would improve possibilities for protecting people's lives and health. Our proposals could also entail major economic savings and other benefits.

Although they would initially entail costs for the central government, several of the proposals would ultimately result in streamlining relevant activities, which could also be beneficial in a normal situation.

It is not possible to make a detailed cost estimate for the proposals that constitute authorisations or are in some other way aimed at statutory preparedness.

The central government costs for the proposals are estimated at approximately SEK 54.9 million in the first year (year 1) and approximately SEK 46 million in the second year (year 2). Of the estimated costs, approximately SEK 18.5 million represent permanent expenditure increases. This includes proposals concerning preparedness for supervisory responsibility in accordance with the new act on community-level infection prevention and control measures, supervision of the regions' preparedness and government assignments concerning large-scale testing and contact tracing, a national strategy and surveying access to quarantine facilities at points of entry.

Our proposals on the regions' preparedness for large-scale testing and contact tracing and those which concern raising the level of central government ambition should be funded by central government in accordance with the municipal financing principle. This also applies to the proposal on the regions' preparedness as regards a common legal basis for an epidemic and pandemic preparedness plan.

If central government decides to implement large-scale testing and contact tracing in the event of a widespread transmission, the regions should be supported economically for as long as necessary to achieve good compliance. With this aim, temporary funding should be provided through targeted government grants.

The Inquiry's proposals concerning government assignments or new tasks for government agencies should be funded primarily within expenditure area 9 'Health care, medical care and social services', with appropriations being increased by the equivalent amount. Proposed assignments concerning government agencies other than those covered by expenditure area 9 should be funded in an equivalent manner within the relevant government agency's expenditure area.

The Inquiry's proposals concerning authorisations under the new act on community-level infection prevention and control measures and other proposals would only be activated in the event of a pandemic or another widespread transmission. We consider that the overall costs and consequences for both the society and individuals could be substantially more extensive if no measures are taken at all with regard to preparedness ahead of, and in response to, a pandemic or another widespread transmission.

The proposal concerning a common legal basis for the regions for decisions on a plan for epidemic and pandemic preparedness entails a certain limitation of local self-governance. The same applies to the proposals on regions' responsibility to ensure capacity for laboratory preparedness. In summary, the proposals provide better possibilities and equal conditions for the regions to build up preparedness ahead of a pandemic or another widespread transmission. We therefore consider the limitation of local self-governance to be proportional.

Entry into force

The Inquiry proposes that the new act and other legislative amendments enter into force on 1 September 2026.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens syfte

1 § Syftet med denna lag är att säkerställa att det allmänna genom att vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom och att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter i samband med sådana åtgärder.

Lagens innehåll

2 § Lagen innehåller bestämmelser om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder mot spridning av sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.

I lagen finns bestämmelser om

– lagens tillämpning (2 kap.),

– allmänna utgångspunkter (3 kap.),

– skyldighet att förebygga smittspridning (4 kap.),

– bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder (5 kap.),

– utformning och tillämpning av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder (6 kap.),

– beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall (7 kap.),
– tillsyn och efterlevnad av åtgärderna (8 kap.),
– kompletterande åtgärder (9 kap.),
– information om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder (10 kap.), och
– överklagande (11 kap.).

Definitioner

3 § Med samhällsinriktade smittskyddsåtgärder avses i lagen åtgärder som vidtas i samhället för att minska förekomsten av sådana kontakter mellan människor som kan innebära en risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

4 § Med verksamheter avses i lagen
– fritids- och kulturverksamheter som är öppna för allmänheten,
– handelsplatser vid vilka varor eller tjänster försäljs till eller förevisas allmänheten på plats,
– restauranger och andra serveringsställen där det serveras mat eller dryck till allmänheten,
– religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten och som inte utgör allmänna sammankomster enligt ordningslagen (1993:1617),
– kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, inklusive lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik, och
– yrkesmässig användning och direkta eller indirekta upplåtelser av lokaler, områden eller utrymmen för tillställningar eller andra privata sammankomster.

5 § Begreppen allmänna sammankomster och offentliga tillställningar har i lagen samma innebörd som i ordningslagen (1993:1617).

6 § Med besökare och deltagare avses i lagen personer ur allmänheten som besöker eller deltar i en verksamhet, en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning.

7 § Med resenärer avses i lagen personer ur allmänheten som reser med kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik och personer ur allmänheten som nyttjar lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik och flygtrafik.

2 kap. Lagens tillämpning

Regeringen föreskriver när samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas

1 § Regeringen får föreskriva att bestämmelserna i 4 och 5 kap. och 7 kap. 1 § helt eller delvis ska tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer. En sådan föreskrift får endast gälla en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga och som förekommer, eller inom kort kan förekomma, här i landet i en sådan omfattning att det kan krävas samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt denna lag.

Föreskriften ska gälla för en viss tid och längst tolv månader.

Regeringens föreskrift ska underställas riksdagens prövning

2 § En föreskrift enligt 1 § ska underställas riksdagens prövning inom två veckor från den dag som föreskriften beslutades. Underställs inte föreskriften riksdagen inom denna tid upphör den att gälla.

En föreskrift som innebär att bestämmelser i 4 eller 5 kap., eller 7 kap. 1 § inte längre ska tillämpas behöver inte underställas riksdagens prövning.

3 kap. Allmänna utgångspunkter

Syftet med åtgärderna

1 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får meddelas endast för att motverka spridning av den sjukdom som avses i 2 kap. 1 §.

Åtgärderna ska vara proportionerliga

2 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors liv och hälsa.

Vetenskap och beprövad erfarenhet

3 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Respekt för människors lika värde och integritet

4 § Föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska bygga på respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

Barnets bästa

5 § Vid föreskrifter och beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser verksamheter, sammankomster och tillställningar som riktar sig till barn ska det som bedöms vara barnets bästa särskilt beaktas.

4 kap. Skyldighet att motverka smittspridning

Riskhantering i verksamheter och vid sammankomster och tillställningar

1 § Den som ansvarar för en verksamhet, allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska bedöma vilka risker som finns i verksamheten eller vid sammankomsten eller tillställningen för spridning av den sjukdom som avses i 2 kap. 1 §.

Den ansvarige ska utifrån bedömningen vidta lämpliga åtgärder så att människor kan hålla avstånd från varandra och även på andra sätt motverka smittspridning.

Riskbedömningen och de åtgärder som vidtas ska dokumenteras.

2 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om riskbedömningen och dokumentationen.

Var och ens ansvar

3 § Vid en verksamhet, allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska var och en medverka till att förhindra smittspridning.

5 kap. Bemyndiganden att meddela föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Vissa verksamheter som är öppna för allmänheten

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

1§ Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som driver en fritids- och kulturverksamhet, en handelsplats eller ett serveringsställe ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet besökare och deltagare,
2. minsta avstånd mellan besökare och deltagare,
3. begränsning av öppettider, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Föreskrifter om att verksamheter ska hållas stängda

2 § Regeringen får, om åtgärder enligt 1 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om att sådana verksamheter som avses där ska hållas stängda.

Religiösa verksamheter som är öppna för allmänheten

3 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av trossamfund som bedriver en religiös verksamhet. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet besökare och deltagare,
2. minsta avstånd mellan besökare och deltagare, och
3. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Kollektivtrafik och inrikes flygtrafik

4 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som bedriver eller organiserar verksamhet i form av kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik, ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet resenärer på färdmedel,
2. begränsning av antalet resenärer i lokaler eller på områden som är avsedda att användas av resenärer, och
3. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Användning och upplåtelse av platser för privata sammankomster

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

5 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska vidtas av den som yrkesmässigt använder eller, direkt eller indirekt, upplåter en lokal, ett område eller ett utrymme för en tillställning eller någon annan privat sammankomst. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare,
2. minsta avstånd mellan deltagare,
3. begränsning av tiden för sammankomsten, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Förbud mot användning och upplåtelse av platser för privata sammankomster

6 § Regeringen får, om åtgärder enligt 5 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om förbud mot sådan användning och upplåtelse som avses där.

Anmälan till länsstyrelsen

7 § Regeringen får föreskriva att den som omfattas av en föreskrift enligt 5 eller 6 § på förhand ska anmäla sådana tillställningar och privata sammankomster till länsstyrelsen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva om de övriga villkor som ska gälla för en sådan anmälan.

Offentliga tillställningar

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

8 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som anordnar en offentlig tillställning ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare och besökare,
2. minsta avstånd mellan deltagare och besökare,
3. begränsning av tiden för tillställningen, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Sådana föreskrifter får också avse lokaler, platser eller utrymmen i anslutning till tillställningen och som anordnaren disponerar.

Förbud mot offentliga tillställningar

9 § Regeringen får, om åtgärder enligt 8 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om att offentliga tillställningar inte får hållas.

Offentliga tillställningar i en verksamhet eller vid en allmän sammankomst

10 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avser offentliga tillställningar gäller också för en offentlig tillställning som hålls inom en verksamhet eller allmän sammankomst.

Allmänna sammankomster

Möjlighet att ställa krav på samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

11 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att den som anordnar en allmän sammankomst ska vidta samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Sådana föreskrifter får innebära krav på

1. begränsning av antalet deltagare och besökare,
2. minsta avstånd mellan deltagare och besökare,
3. begränsning av tiden för sammankomsten, och
4. andra åtgärder för att motverka smittspridning.

Sådana föreskrifter får också avse lokaler, platser eller utrymmen i anslutning till sammankomsten och som anordnaren disponerar.

Förbud mot allmänna sammankomster

12 § Regeringen får, om åtgärder enligt 11 § bedöms otillräckliga, meddela föreskrifter om att allmänna sammankomster inte får hållas.

Allmänna sammankomster i en verksamhet eller vid en offentlig tillställning

13 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för allmänna sammankomster gäller också för en allmän sammankomst som hålls inom en verksamhet eller offentlig tillställning.

Förbud mot att vistas på särskilt angivna platser

Möjlighet att meddela förbud mot att vistas på en viss plats

14 § Regeringen eller den kommun som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förbud mot att vistas i en park, på en badplats, på en parkering eller på någon annan särskilt angiven plats, om det på platsen finns en påtaglig risk för sådana kontakter mellan människor som kan innebära en risk för spridning av den sjukdom som avses i 2 kap. 1 §.

Sådana föreskrifter får inte innebära förbud mot att vistas inom områden av sådan omfattning att det innebär ett hinder mot att förflytta sig inom riket.

Innan en kommun meddelar föreskrifter ska Folkhälsomyndigheten ges tillfälle att yttra sig över kommunens förslag.

Straff

15 § Den som bryter mot en föreskrift som har meddelats med stöd av 14 § döms till penningböter.

6 kap. Utformning och tillämpning av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Enhetlig utformning av föreskrifterna ska eftersträvas

1 § Vid utformningen av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt 5 kap. ska det eftersträvas att regleringen för verksamheter, allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som är likartade avseende risk för smittspridning utformas så enhetligt som möjligt.

Vid utformningen ska särskilt beaktas

1. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum inomhus eller utomhus,

2. om besökare, deltagare eller resenärer har anvisade platser som kan minska risken för smittspridning,

3. om besökarnas, deltagarnas eller resenärernas samtidiga närvaro vid ett givet tidsintervall är en förutsättning för verksamheten, sammankomsten eller tillställningen,

4. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs eller äger rum på en avgränsad yta,

5. om verksamheten, sammankomsten eller tillställningen kan sektioneras på ett sådant sätt att risken för smittspridning kan minska,

6. hur långvariga kontakter mellan besökare, deltagare eller resenärer som typiskt sett förekommer.

Särskild hänsyn ska tas till skyddet mot inskränkningar i fri- och rättigheter

2 § Trots vad som sägs i 1 § om enhetligt utformade föreskrifter vid likartad risk för smittspridning, ska vid utformningen av föreskrifter som avser allmänna sammankomster särskilt beaktas vikten av att upprätthålla vidast möjliga mötesfrihet och demonstrationsfrihet.

Föreskrifterna kan begränsas geografiskt

3 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt 5 kap. får inskränkas till att gälla inom ett visst geografiskt område.

Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade

4 § Föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder enligt 5 kap. ska gälla för en viss tid.

7 kap. Beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall

Länsstyrelsen får besluta i enskilda fall

1 § Länsstyrelsen får i enskilda fall besluta om sådana samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som avses i 5 kap.

2 § Länsstyrelsen ska vid behov samråda med smittskyddsläkaren.

Utformningen av beslut

3 § Det som anges i 6 kap. 1 och 2 §§ om utformningen av föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder ska tillämpas vid länsstyrelsens beslut enligt 1 § om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder i enskilda fall.

När ett beslut får genomföras genast

4 § Länsstyrelsens beslut enligt 1 § gäller genast, om länsstyrelsen inte bestämmer något annat.

8 kap. Tillsyn och efterlevnaden av åtgärderna

Länsstyrelsen utövar tillsyn

1 § Länsstyrelsen utövar tillsyn över att bestämmelserna i 4 kap. 1 §, föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, och de beslut som fattas med stöd av 7 kap. 1 § följs.

Upplysningar, handlingar och tillträde för tillsynen

2 § Den som står under tillsyn enligt denna lag är skyldig att på begäran av länsstyrelsen lämna de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen.

Länsstyrelsen har rätt att få tillträde till lokaler, områden och utrymmen där verksamheten, sammankomsten eller tillställningen bedrivs.

Handräckning av Polismyndigheten

3 § Polismyndigheten ska på begäran lämna länsstyrelsen den hjälp som behövs vid tillämpningen av 2 § andra stycket.

En begäran enligt första stycket får göras endast om

1. det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan vidtas utan att en polismans särskilda befogenheter enligt 10 § polislagen (1984:387) behöver tillgripas, eller
2. det annars finns synnerliga skäl.

Förelägganden

4 § Länsstyrelsen får besluta de förelägganden som behövs för tillsynen och för att lagen och de föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, samt de beslut som fattas med stöd av 7 kap. 1 §, ska följas.

Länsstyrelsen ska vid behov samråda med smittskyddsläkaren.

Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Länsstyrelsen beslut enligt första stycket gäller genast, om länsstyrelsen inte bestämmer något annat.

Innehållet i ansökan eller anmälan om allmän sammankomst eller offentlig tillställning

5 § Anordnaren av en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning ska i ansökan eller i anmälan enligt ordningslagen (1993:1617) uppge de åtgärder som anordnaren avser att vidta i enlighet med de föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen och med beslut som har fattats med stöd av 7 kap. 1 §.

Polismyndighetens rätt att ställa in eller upplösa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

6 § Polismyndigheten får ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med en föreskrift som har meddelats med stöd av 5 kap. 8–13 §§ eller ett beslut enligt 7 kap. 1 §.

En allmän sammankomst eller offentlig tillställning får upplösas endast om mindre ingripande åtgärder har visat sig vara otillräckliga för att hindra fortsatta överträdelser av föreskriften eller beslutet.

Polismyndighetens beslut enligt första stycket gäller genast, om myndigheten inte bestämmer något annat.

7 § Om Polismyndigheten har beslutat att ställa in eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning, får en polisman avvisa eller avlägsna deltagare och åskådare, om det behövs för att syftet med beslutet ska uppnås.

Polismyndigheten får också, om det är nödvändigt för att syftet med beslutet ska uppnås, förbjuda tillträde till ett visst område eller utrymme.

Polismyndighetens beslut enligt andra stycket gäller genast, om myndigheten inte bestämmer något annat.

8 § Om det behövs för att en föreskrift som har meddelats med stöd av 5 kap. 4 § eller ett beslut enligt 7 kap. 1 § ska kunna följas, får tillträde vägras till

1. färdmedel i kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik, och
2. lokaler och områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik.

Den som bedriver kollektivtrafik eller inrikes flygtrafik eller ansvarar för lokaler eller områden som är avsedda att användas av resenärer i kollektivtrafik eller flygtrafik får ge resenärer och andra personer de anvisningar och tillsägelser som behövs för att föreskrifterna och besluten ska kunna följas. Den som inte följer en anvisning eller tillsägelse är skyldig att på uppmaning lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område.

Om den som har vägrats tillträde eller uppmanats att lämna ett färdmedel, en lokal eller ett område inte gör som han eller hon blir tillsagd, får en polisman, en ordningsvakt eller en befattningshavare i säkerhets- eller ordningstjänst hos en infrastrukturförvaltare eller ett järnvägsföretag avvisa eller avlägsna honom eller henne.

9 kap. Kompletterande åtgärder

1 § När regeringen meddelar föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av denna lag ska regeringen överväga kompletterande åtgärder för de verksamheter och anordnare av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som drabbas av kostnader och förluster med anledning av de samhällsinriktade smittskyddsåtgärderna.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förutsättningarna för sådana kompletterande åtgärder.

10 kap. Information om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Samlad information om föreskrifter och beslut

1 § Folkhälsomyndigheten ska se till att allmänheten har tillgång till relevant och samlad information om föreskrifter om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som meddelas i anslutning till lagen, samt om beslut om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som fattats med stöd av 7 kap. 1 §.

Informationen ska vara lättillgänglig och behovsanpassad.

Rapportering av beslut

2 § Kommuner som meddelat föreskrifter med stöd av 5 kap. 14 § om förbud att vistas på en viss plats och länsstyrelser som fattat beslut i enskilda fall med stöd av 7 kap. 1 §, ska informera Folkhälsomyndigheten om föreskrifterna och besluten.

11 kap. Överklagande

1 § Länsstyrelsens beslut enligt 7 kap. 1 § eller 8 kap. 4 § och Polismyndighetens beslut enligt 8 kap. 6 eller 7 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Andra beslut enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 september 2026.

1.2 Förslag till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)

Härigenom föreskrivs i fråga om ordningslagen (1993:1617)

dels att 2 kap. 7, 10, och 15 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 2 kap. 24 a §, med följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
7 §[1]	
En ansökan om tillstånd att anordna och en anmälan om en allmän sammankomst eller offentlig tillställning ska innehålla uppgifter om anordnaren, tiden för sammankomsten eller tillställningen, dennas art och huvudsakliga utformning samt de åtgärder i fråga om ordning och säkerhet som anordnaren avser att vidta.	*I 8 kap. 5 § lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns ytterligare bestämmelser om vad en ansökan och en anmälan ska innehålla när allmänna sammankomster och offentliga tillställningar är begränsade med anledning av omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom.*
10 §	
Tillstånd till en allmän sammankomst får vägras endast om det är nödvändigt med hänsyn till ordningen eller säkerheten vid sammankomsten eller, som en direkt följd av den, i dess omedelbara omgivning eller med hänsyn till trafiken eller för att motverka *epidemi*.	Tillstånd till en allmän sammankomst får vägras endast om det är nödvändigt med hänsyn till ordningen eller säkerheten vid sammankomsten eller, som en direkt följd av den, i dess omedelbara omgivning eller med hänsyn till trafiken eller för att motverka *spridning av en sjukdom på vilken*

[1] Senaste lydelse 2021:6.

	bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.
Tillstånd till en allmän sammankomst eller offentlig tillställning *skall* vägras, om sammankomsten eller tillställningen är avsedd att hållas i ett samlingstält som inte är godkänt eller inte får användas enligt vad som sägs i 12 § eller i ett annat tält som inte erbjuder betryggande säkerhet mot brand och andra olycksfall.	Tillstånd till en allmän sammankomst eller offentlig tillställning *ska* vägras, om sammankomsten eller tillställningen är avsedd att hållas i ett samlingstält som inte är godkänt eller inte får användas enligt vad som sägs i 12 § eller i ett annat tält som inte erbjuder betryggande säkerhet mot brand och andra olycksfall.
15 §[2]	
Regeringen får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område, om förbudet är nödvändigt med hänsyn till att Sverige är i krig eller krigsfara eller *för att motverka epidemi eller* för att förebygga eller bekämpa epizooti enligt epizootilagen (1999:657).	Regeringen får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område, om förbudet är nödvändigt med hänsyn till att Sverige är i krig eller krigsfara eller för att förebygga eller bekämpa epizooti enligt epizootilagen (1999:657).
Föreskrifter enligt andra stycket *skall*, såvitt avser epizooti, föregås av samråd med Statens jordbruksverk.	Föreskrifter enligt andra stycket *ska*, såvitt avser epizooti, föregås av samråd med Statens jordbruksverk.
	I lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bemyndiganden om att begränsa och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar för att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

[2] Senaste lydelse 2005:103.

24 a §

I 8 kap. 6 § lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns bestämmelser om Polismyndighetens rätt att ställa in och upplösa allmänna sammankomster och offentliga tillställningar som hålls i strid med föreskrifter som har meddelats med stöd av den lagen.

Denna lag träder i kraft den 1 september 2026.

1.3 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)

dels att 1 kap. 2 och 3 §§, 3 kap. 8 § och 9 kap. 6 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas nio nya paragrafer, 1 kap. 11–14 §§, 3 kap. 7 a–7 c och 8 a §§ och 4 kap. 9 a §, och närmast före 1 kap. 11 §, 3 kap. 7 a § och 4 kap. 9 a § nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

1 kap.

2 §[1]

I denna lag ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.

I lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder finns ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärder mot omfattande spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658).

3 §[2]

Med smittsamma sjukdomar avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

Med allmänfarliga sjukdomar avses 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.

[1] Senaste lydelse 2006:831.
[2] Senaste lydelse 2004:877.

Med samhällsfarliga sjukdomar avses 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.	Med samhällsfarliga sjukdomar avses 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 *kan kräva* extraordinära smittskyddsåtgärder *enligt 3 kap. 8–10 §§ eller åtgärder enligt lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.*
De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar *skall* anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.	De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar *ska* anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till denna lag.

Beredskap för omfattande smittspridning

11 §

Regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Regionen ska besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan).

Smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till planen.

12 §

Regionen ska säkerställa den kapacitet för provtagning, laboratorieanalys och smittspårning som krävs för att upprätthålla beredskapen enligt 11 §.

Regeringen får meddela föreskrifter om omfattningen av sådan kapacitet.

13 §

Regionen ska säkerställa en lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen enligt 11 § kräver.

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning. Regionens skyldighet att hålla sådana lager får dock inte överstiga tre månaders normalförbrukning i regionen.

14 §

Den som deltar eller har deltagit i en regions verksamhet med beredskap enligt 11 § får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon därigenom har fått veta om

1. förhållanden av betydelse för beredskapen,

2. en enskild persons ekonomiska förhållanden, eller

3. ett företags affärs- eller driftsförhållanden.

3 kap.

Bemyndiganden om vissa undantag

7 a §

Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga meddela föreskrifter om undantag från bestämmelserna om

1. skyldigheten att söka läkare och om läkarundersökning, provtagning och anmälan enligt 1 §, och

2. skyldigheten för den behandlande läkaren att genomföra smittspårning enligt 4 §.

7 b §

Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga meddela föreskrifter om

1. att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på sjukdomen ska kontakta hälso- och sjukvården på ett annat sätt än genom att söka läkare enligt 1 § första stycket,

2. att vad som sägs om läkare i 1 § och behandlande läkare i 4 och 5 §§ också ska gälla viss annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och

3. att vad som sägs om att uppsöka läkare i 4 § och att låta sig undersökas av läkare i 6 § också

ska gälla att ta kontakt med hälso- och sjukvården på ett annat sätt.

7 c §

Föreskrifter enligt 7 a och 7 b §§ ska vara tidsbegränsade.

8 §[3]

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område *skett* utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå *en* hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det *finns grundad anledning att anta att det* i ett visst geografiskt område *pågår ett* utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område *eller från ett annat område som står i nära förbindelse med området*, samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå *en* hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra styckena får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut enligt andra stycket.

[3] Senaste lydelse 2014:1549.

8 a §

Hälsokontrollen enligt 8 § ska mynna ut i en individuell medicinsk bedömning av behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder med anledning av den samhällsfarliga sjukdomen. Kontrollen ska innefatta ett samtal om personens nuvarande fysiska hälsotillstånd. Samtalet ska även innehålla frågor om exponering för smitta och de övriga uppgifter som kan behövas från smittskyddssynpunkt.

Om det finns anledning till det ska personen uppmanas att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

Personen ska informeras om vad för slags undersökning och prov som avses och syftet med åtgärderna. Informationen ska dokumenteras.

Om personen inte medverkar till undersökningen eller provtagningen får det tillmätas den betydelse som omständigheterna motiverar för beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder.

4 kap.

Bemyndiganden om vissa undantag

9 a §

Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är

tillämpliga, meddela föreskrifter om undantag från

1. skyldigheten att ge individuellt utformade medicinska och praktiska råd enligt 1 §,

2. skyldigheten att besluta om individuellt utformade förhållningsregler enligt 2 §, och

3. anmälningsskyldigheten och underrättelseskyldigheten i 8 §.

Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

9 kap.

6 §

Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

Denna lag träder i kraft den 1 september 2026.

1.4 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att 38 kap. 7 § och 44 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
38 kap.	
7 §[1]	
Sekretess gäller hos kommuner och regioner i verksamhet som avser beredskap för extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap eller planering enligt förfogandelagen (1978:262)	Sekretess gäller hos kommuner och regioner i verksamhet som avser beredskap för extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap eller planering enligt förfogandelagen (1978:262), *samt hos regioner i verksamhet som avser beredskap enligt smittskyddslagen (2004:168)*

1. för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, uppfinningar eller forskningsresultat, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs, och

2. för uppgift om andra ekonomiska eller personliga förhållanden än som avses i 1 för den som har trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för verksamheten.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst tjugo år.

[1] Senaste lydelse 2019:937.

44 kap.

5 §[2]

Rätten enligt 1 kap. 1 och 7 §§ tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 1 och 10 §§ yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter inskränks av den tystnadsplikt som följer

1. av beslut som har meddelats med stöd av 7 § lagen (1999:988) om förhör m.m. hos kommissionen för granskning av de svenska säkerhetstjänsternas författningsskyddande verksamhet,

2. av 7 kap. 1 § 1 lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap,

3. av 4 kap. 16 § försäkringsrörelselagen (2010:2043),

4. av 5 kap. 15 § lagen (1998:293) om utländska försäkringsgivares och tjänstepensionsinstituts verksamhet i Sverige,

5. av 32 § lagen (2020:62) om hemlig dataavläsning,

6. av 4 § lagen (2020:914) om tystnadsplikt vid utkontraktering av teknisk bearbetning eller lagring av uppgifter, och

7. av 3 kap. 7 § lagen (2024:1146) om vissa forskningsdatabaser.

8. av 1 kap. 14 § 1 smittskyddslagen (2004:168).

Denna lag träder i kraft den 1 september 2026.

[2] Senaste lydelse 2024:1147.

1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617)

Härigenom föreskrivs att 3 § förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §[1]	
En länsstyrelse får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom länet eller del av detta, om det är nödvändigt *för att motverka epidemi eller* för att förebygga eller bekämpa epizooti enligt epizootilagen (1999:657).	En länsstyrelse får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom länet eller del av detta, om det är nödvändigt för att förebygga eller bekämpa epizooti enligt epizootilagen (1999:657).

I 2 kap. 15 § ordningslagen (1993:1617) finns en bestämmelse om samråd med Statens jordbruksverk.

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2026.

[1] Senaste lydelse 2011:440.

1.6 Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)

Härigenom föreskrivs att bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) ska ha följande lydelse.

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2026.

Bilaga 1[1]

Verksamheten består i	Särskilda begränsningar i sekretessen
173. tillsyn enligt lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder	*sekretessen gäller inte beslut i ärenden*

Sakregister till bilagan

Siffrorna avser punkter i bilagan

Läkemedelsverket	33, 34, 41, 46, 82, 115, 126
Länsstyrelser	24, 31, 88, 106, 163, 164, *173*
Läromedel	54

[1] Senaste lydelse 2024:1245.

1.7 Förordning om ändring i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

Härigenom föreskrivs att 40 § förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
40 §	
Myndigheten ska svara för tillsynsvägledning i frågor som gäller hälsoskydd enligt 2, 5, 6 och 9 kap. miljöbalken och tillhandahålla underlag för tillämpningen av 3 och 4 kap. miljöbalken och plan- och bygglagen (2010:900).	
	Myndigheten ska vidare svara för tillsynsvägledning för den tillsyn som länsstyrelsen ska utöva enligt 8 kap. 1 § lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2026.

1.8 Förordning om ändring i förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

4 §[1]

Länsstyrelsens uppgifter omfattar också

1. tillsyn över att fastighetsinnehav avvecklas enligt 18 kap. 7 § ärvdabalken,

2. Barentssamarbetet i Västerbottens och Norrbottens län,

3. i Norrbottens, Västernorrlands och Västra Götalands län att göra de utredningar om det allmänna fiskeintresset som begärs av andra myndigheter i ansökningsmål enligt 22 kap. miljöbalken,

4. i Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län att ansvara för och utföra de uppgifter som framgår av förordningen (2022:1379) om förvaltning av program för vissa EU-fonder,

5. i Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län att vara behörig myndighet enligt lagen (2017:244) om kontroller och inspektioner på plats av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning, vid kontroller och inspektioner avseende Interregprogrammen Sverige-Norge, Norra Periferin och Arktis samt Aurora, och

6. i Dalarnas, Värmlands och Västra Götalands län att, utöver de uppgifter som följer av jordförvärvslagen (1979:230) och jordförvärvsförordningen (2005:522), verka för en förbättrad fastighetsstruktur i respektive län.

7. i Dalarnas län att samordna länsstyrelsernas tillsynsarbete enligt 8 kap. 1 § lagen (0000:000) om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2026.

[1] Senaste lydelse 2023:77.

2 Utredningens förhållningssätt och arbete

När detta delbetänkande överlämnas har det gått fem år sedan Sverige befann sig mitt i den första vågen av covid-19-spridning. Utbrottet av det nya coronaviruset hade startat i slutet av 2019, och den 11 mars 2020 hade Världshälsoorganisationens generaldirektör Tedros Adhanom Ghebreyesus betecknat utbrottet som en pandemi.

Covid-19-pandemin drabbade många människor hårt. Knappast någon i vårt land genomlevde pandemiåren utan att påverkas på något sätt. Många av oss fick se en nära anhörig bli allvarligt sjuk eller avlida i den nya infektionssjukdomen. Därutöver har personer utvecklat långvariga symtom efter covid-19, s.k. postcovid.

Pandemin fick också kraftig påverkan på sysselsättning och samhällsekonomi. De riktigt långsiktiga effekterna av pandemin väntar vi kanske fortfarande på att se.

Flera utvärderingar och utredningar har följt i pandemins spår. I denna utredning är fokus på lagstiftningens beredskap för att kunna vidta smittskyddsåtgärder i händelse av framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning. Vi har också i uppdrag att utreda aspekter av smittskyddsberedskapen som ligger på strategisk och operativ nivå genom att lämna ett underlag till nationell strategi för hantering av pandemier och bedöma om en handlingsprincip ska införas.

Testning och smittspårning genomfördes under covid-19-pandemin i en omfattning utan tidigare motstycke, i vårt land såväl som internationellt. Pandemin ledde också till en omfattande reglering för att motverka smittspridning vid trängsel och folksamlingar, främst i offentliga miljöer. Under 2020 och 2021 ålades i stort sett hela befolkningen och samhällslivet ett gemensamt ansvar för att minska smittspridningen genom såväl rekommendationer som lagstiftning.

Det hade inte tidigare förutsetts att det vid en pandemi kunde anses behövas, och även förväntas, tillgång till smittskyddsåtgärder i en sådan skala. Covid-19-pandemin blev på det sättet hela samhällets angelägenhet.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin och beredskapen inför kommande pandemier aktualiserar flera principiella frågor vad gäller samhällets smittskydd som denna utredning har behövt, och i nästa led lagstiftaren behöver, förhålla sig till. Det gäller t.ex. hur man bör se på kravet på evidens, dvs. solida vetenskapliga bevis, för en viss smittskyddsåtgärds effekt för att den ska få vidtas, och motsatsvis, om frånvaron av evidens för åtgärdens effekt ska innebära att den inte ska få vidtas. En annan fråga är vilka förväntningar som är realistiska att ha på en reglering i syfte att begränsa en pandemi eller annan omfattande smittspridning, och hur långtgående ingrepp i grundläggande fri- och rättigheter som kan tolereras i en sådan reglering. En ytterligare fråga gäller vem eller vilka som bör omfattas av bindande regler och vilka eventuella undantag som bör göras.

I detta inledande kapitel redogör vi för vårt grundläggande förhållningssätt avseende några av dessa frågor (avsnitt 2.1). Vi beskriver också närmare hur utredningsarbetet har bedrivits (avsnitt 2.2). I avsnitt 2.3 beskrivs betänkandets upplägg.

2.1 Utredningens förhållningssätt

2.1.1 Frivillighet är och bör förbli utgångspunkten

Det svenska smittskyddet betonar sedan smittskyddslagens tillkomst, tydligare än tidigare, det frivilliga förebyggande arbetet samt det ansvar som var och en har för att förhindra smittspridning.[1] Det är utredningens uppfattning att den ordningen fortsatt ska gälla.

Åtgärder enligt smittskyddslagen förutsätter som regel ett bekräftat fall eller en individuell misstanke gällande en viss smittsam sjukdom. Den absoluta majoriteten av de individer som berörs medverkar frivilligt till att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas, inte minst av det enkla skälet att smittskyddsåtgärderna samtidigt ofta innebär behandling av den smittsamma sjukdomen i fråga. Behövliga smittskyddsåtgärder sammanfaller med andra ord med

[1] Se t.ex. prop. 2003/04:30 s. 83–85.

behövliga sjukvårdsåtgärder. Smittskyddslagen medger att vissa åtgärder får vidtas mot den enskildes vilja, dvs. med tvång. Det är dock sällsynt att denna möjlighet behöver utnyttjas.

Enskilda kommer även vid framtida pandemier eller vid annan omfattande smittspridning behöva ta ett eget ansvar att skydda sin egen och andras hälsa och bidra till att minska den totala smittspridningen i samhället. Utgångspunkten måste enligt utredningens uppfattning vara att de allra flesta gör detta helt frivilligt. Vid en pandemi är det närmast definitionsmässigt fråga om en smittspridning som inte låter sig begränsas även med en mycket hög följsamhet till råd och restriktioner på individnivå.

Utredningens grundläggande inställning är att möjligheten att vidta smittskyddsåtgärder mot enskilda, t.ex. genom isolering eller karantän, inte ska vara större i en pandemi än annars. I betänkandet föreslår vi vissa justeringar av smittskyddslagens bestämmelser om hälsokontroll vid platsen för inresa. Dessa justeringar bör mot bakgrund av det sagda alltid gälla för samhällsfarliga sjukdomar, dvs. oavsett om smittspridningen är omfattande eller mer begränsad. I vårt slutbetänkande kommer vi att återkomma till frågor om enskildas ansvar att förhindra smittspridning i ett normalläge.

Att var och en ska kunna ta sitt individuella ansvar förutsätter att den information som ges är enhetlig, lättbegriplig och kommer från offentliga aktörer med kompetens och trovärdighet inom området. Tydliga och enkla budskap underlättar möjligheterna till att vinna acceptans för tillfälligt förändrade förutsättningar i vardagslivet. Det är framför allt viktigt för att få en följsamhet till smittskyddsåtgärder och att ytterst bibehålla tilliten för det offentliga.

2.1.2 Omfattande smittspridning ställer krav på andra typer av smittskyddsåtgärder

En del av vårt uppdrag handlar om att föreslå regler för att motverka trängsel och folksamlingar i syfte att minska smittspridning i händelse av omfattande smittspridning. De förslag som vi lämnar i den delen skiljer sig i flera avseenden från den individuellt inriktade reglering som finns i smittskyddslagen. En reglering av folksamlingar förutsätter inte att det finns något misstänkt eller bekräftat fall av sjukdom hos någon av de individer som ingår i folksamlingen. Detta bör enligt utredningens uppfattning få betydelse för vem som åläggs ansvar

för att vidta åtgärder för att motverka smittspridningen i de verksamheter där det kan anses behövligt. Enskilda näringsidkare och andra verksamhetsutövare behöver redan i andra avseenden tåla vissa ingrepp för att värna folkhälsan. Den tillfälliga reglering som fanns under covid-19-pandemin hade principiella likheter med social skyddslagstiftning som t.ex. tobakslagstiftningen, genom verksamhetsutövares ansvar för efterlevnaden av ett visst eftersträvansvärt beteende i publika miljöer. Individen är däremot inte föremål för sanktioner i tobakslagstiftningen och var det enbart i begränsad omfattning enligt de tillfälliga lagar som gällde under pandemin.

Utredningen anser att denna inriktning när det gäller ansvaret för smittskyddsåtgärder vid pandemier eller annan omfattande smittspridning är rimlig. De bärande delarna i den tillfälliga reglering av trängsel och folksamlingar som gällde under pandemin bör kunna läggas till grund även för den författningsberedskap vi är satta att ta fram. Det finns dock skäl att, med utgångspunkt i direktiven, erfarenheterna från covid-19-pandemin och kunskapsläget om smittämnen som vi bedömer kan bli pandemiska, eftersträva en reglering som betonar upprätthållandet av grundlagsfästa fri- och rättigheter och att lika fall ska behandlas lika (se vidare kapitel 9).

2.1.3 Reglering är inget självändamål

Pandemier riskerar att fortsätta att drabba oss. Historien, inte minst erfarenheterna från covid-19-pandemin, har visat att smittskyddsåtgärder inte kan förhindra att ett smittämne med pandemisk potential som fått fäste i vår omgivning förr eller senare når ett land med Sveriges geografiska position och nära förbindelser med omvärlden.

Reglering är dock inte ett självändamål. Tvingande smittskyddsåtgärder bör under en pandemi endast användas om frivilliga åtgärder eller beteendeförändringar bedöms vara eller bli otillräckliga. Att vi i detta betänkande lämnar förslag på åtgärder som om de behöver vidtas kan innebära långtgående inskränkningar för allmänhet, näringsliv och civilsamhälle handlar om att ha samhällelig och rättslig beredskap för en framtida omfattande smittspridning vars allvarlighet och följder vi i dag inte fullt ut kan förutse. Det ska inte misstolkas som att vi som utredning förespråkar bindande regler i stället för frivillighet, eller att det är visat att länder som införde mer långt-

gående smittskyddsåtgärder än Sverige klarade sig bättre under covid-19-pandemin som helhet. Enligt studier och forskningsöversikter finns inget tydligt samband mellan långtgående smittskyddsåtgärder, såsom nedstängningar, och utfall i form av lägre nivå av överdödlighet. Skillnader mellan länder i överdödlighet, dvs. antalet dödsfall utan hänsyn till deras underliggande orsak, kan snarare bero på skillnader i socioekonomiska faktorer och vaccinationstäckning (för en närmare redovisning, se avsnitt 5.3.2). Sett till överdödlighet hade Sverige den lägsta överdödligheten i Europa under pandemin som helhet. Vi får dock inte glömma att läget var ett annat i början av pandemin, med en hög överdödlighet i Sverige i april 2020. Härutöver drabbades också ett stort antal människor av sjukdom och lidande vilket även ledde till en mycket stor belastning i hälso- och sjukvården och för dess personal.

Utredningen bedömer att det är avgörande vid nästa pandemi, liksom i den som vi genomlevde våren 2020 och framåt, att uppnå en tillfällig beteendeförändring som motverkar smittspridningen och därmed hjälper samhällsviktiga funktioner att klara den tillfälliga belastningen och skyddar människors liv och hälsa. Individers beteende under en kris, inklusive egna anpassningar och följsamhet till restriktioner och rekommendationer, påverkas av komplexa samband som bl.a. innefattar medicinska, psykologiska och kommunikativa aspekter.

En hel del av denna beteendeförändring kommer troligen att ske spontant och kräver inte lagreglering. Covid-19-pandemin gav anledning till en rad åtgärder som vidtogs av enskilda, företag, civilsamhälle och det offentliga utan att det fanns ett författningskrav. Det går att beskriva det som att samhället, i vart fall tillfälligt, ställde om. Det kanske främsta exemplet är arbete hemifrån som ökade explosionsartat. Stora anpassningar och uppoffringar gjordes av enskilda, och av näringsliv, civilsamhälle, lärosäten och skolväsende.

Mot denna bakgrund är det utredningens slutsats att de bemyndiganden som vi föreslår om att kunna vidta åtgärder, i första hand för regeringen, bör användas med försiktighet. Rena förbud mot allmänna sammankomster, offentliga tillställningar nedstängningar av verksamheter bör så långt som möjligt undvikas. I stället bör så långt det är möjligt ges utrymme för verksamheter att hålla öppet och sammankomster och tillställningar genomföras genom olika anpassningar som motverkar risken för smittspridning. Det finns

ett starkt stöd för detta förhållningssätt bland de aktörer som utredningen har samrått med. Under en pandemi bör livet så långt som möjligt fortgå som vanligt, även om det sker med vissa anpassningar och uppoffringar. Att åtgärderna bör användas med försiktighet är dock inte detsamma som att ansvariga myndigheter ska dröja med att använda åtgärderna när situationen så kräver.

2.1.4 Vikten av proportionalitet

Pandemier är förutsägbara i den betydelsen att vi vet att de sannolikt kommer att inträffa igen, och oförutsägbara i betydelsen att vi inte vet närmare när de kommer att inträffa, hur allvarliga de kan bli, vilka som kommer att vara riskgrupper eller vilka långsiktiga följder de kan få i samhället och för smittade individer.

De effekter som uppnåddes av den storskaliga testningen och de samhälleliga smittskyddsåtgärderna under covid-19-pandemin är komplicerade att analysera och svåra att utvärdera resultaten av (se avsnitt 5.3.4). Allt talar för att samma svårigheter att analysera effekterna av en viss åtgärd kommer att föreligga även vid nästa pandemi. Till detta kommer de mycket omfattande ekonomiska konsekvenser som blev följden av covid-19-pandemin, däribland av regleringarna, och som kan bli följden av en framtida pandemi. Även om covid-19-pandemins första våg nu ligger fem år tillbaka i tiden återstår det ännu att se pandemins långsiktiga konsekvenser för folkhälsan i Sverige.

Alla smittskyddsåtgärder måste föregås av noggranna proportionalitetsbedömningar där såväl ändamålsenligheten som behovet av åtgärderna beaktas och möjliga fördelar i form av minskad smittspridning och minskad belastning på t.ex. hälso- och sjukvården vägs mot risken för restriktioners negativa effekter, t.ex. ekonomiska och sociala skadeverkningar och negativa konsekvenser för folkhälsan. Den initiala osäkerheten med ett begränsat kunskapsläge vid en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning innebär att dessa proportionalitetsbedömningar som regeringen, myndigheter och aktörer inom smittskyddet har att göra, sannolikt kommer att vara mycket krävande.

2.1.5 Förvaltningsmodellen frångås inte

Den svenska förvaltningsmodellen har varit en viktig utgångspunkt för utredningens bedömningar och förslag som rör ansvarsfördelning och befogenheter inför pandemier eller annan omfattande smittspridning. Förvaltningsmodellen innebär en hög grad av sektoriserade och specialiserade myndigheter med stort beslutsmandat och en långtgående decentralisering med ett kommunalt självstyre som ger kommuner och regioner ansvar för större delen av välfärdssektorn, däribland hälso- och sjukvården och smittskyddet. Modellen bygger också på stor tillit till myndigheternas expertkunskaper. Att myndigheter har en relativt självständig roll och stort inflytande även i kristid är inget nytt. Krisberedskapen vilar på etablerade principer med ansvarsprincipen som utgångspunkt. Principerna bygger i sin tur på att förvaltningsmodellen gäller även vid en kris.

Covid-19-pandemin påverkade alla sektorer i samhället och ställde stora krav på en sammanhållen styrning av regeringen och en god samverkan mellan myndigheter, regioner och kommuner och andra berörda aktörer. Den offentliga aktör som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har det också under en krissituation. Trots det fick myndigheter såsom Socialstyrelsen många operativa regeringsuppdrag i syfte att hantera uppkomna situationer, däribland att säkerställa tillgången på personlig skyddsutrustning, vilket vanligen är regionernas ansvar.

Tidigare fredstida kriser såsom tsunamikatastrofen 2004, stormen Gudrun 2005 och skogsbränderna 2018 har tydligt visat att det har varit svårt för regering och myndigheter att styra och samverka i kris. Covid-19-pandemin har dessutom haft långtgående konsekvenser för både människor och samhället i stort, och med påverkan under lång tid. Det är utredningens uppfattning att beredskapen inför en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning måste förbättras på flera sätt, och det arbetet måste påbörjas redan i dag. Mot denna bakgrund lämnar utredningen bedömningar och förslag på hur den framtida pandemiberedskapen kan stärkas för att bättre klara framtida situationer med pandemier eller annan omfattande smittspridning.

Förvaltningsmodellen som sådan har dock inte frångåtts inom ramen för denna utredning. Det betyder att våra överväganden och förslag som rör ansvarsfördelning och befogenheter mellan regering,

myndigheter och regioner har sin utgångspunkt i modellen. Det är avgörande att säkerställa att tilliten till regering, expertmyndigheter, regioner, kommuner och övriga offentliga aktörer kan bibehållas i en kris.

2.1.6 En generisk ansats med vissa antaganden

I våra utredningsdirektiv förekommer flera uttryck som avser olika former eller nivåer av smittspridning: framför allt begreppen omfattande smittspridning, epidemi och pandemi. I betänkandet använder vi främst begreppen omfattande smittspridning och pandemi. Vi beskriver terminologin närmare i kapitel 4.

Vi har i uppdrag att dra lärdom av erfarenheter från covid-19-pandemin, och vi konstaterar att tillgängliga kunskapsunderlag till stor del baseras på studier från den pandemin och på influensapandemier som också orsakas av virus som smittar via luftvägar. Det gäller dock samtidigt att utgå från att nästa pandemi sannolikt kommer att orsakas av ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne vars allvarlighet, smittvägar och smittsamhet kan skilja sig avsevärt från SARS-CoV-2 som orsakar sjukdomen covid-19. På så sätt försöker vi hålla en generisk ansats i våra överväganden och förslag i fråga om beredskap inför och hantering av en omfattande smittspridning. Det är dock sannolikt att en framtida omfattande smittspridning med risk för allvarliga samhällskonsekvenser kommer att orsakas av ett smittämne – troligen ett virus – som smittar via luftvägar och som har hög smittsamhet. Vi utvecklar även detta i kapitel 4.

Att bedöma vilka smittskyddsåtgärder som bör sättas in vid en situation med risk för omfattande smittspridning och allvarliga konsekvenser för individer och samhälle är komplext. Styrande faktorer för bedömningen i en sådan situation är bl.a. typen av smittämne, smittsamhet, hastigheten i smittförlopp, smittvägar, omfattningen av smittspridning från symptomfria individer, allvarlighetsgrad och dödlighet. Vi går närmare in på detta i kapitel 5.

2.2 Utredningens arbete

I detta avsnitt beskriver vi närmare hur utredningsarbetet har bedrivits. I de fall det har varit nödvändigt att tolka eller avgränsa utredningsuppdraget framgår det av respektive kapitel.

2.2.1 Allmänt om hur arbetet bedrivits

Utredningens arbete har präglats av den bredd i frågorna som ryms i direktiven. De olika delarna av uppdraget har det gemensamt att de handlar om beredskap inför pandemier eller annan omfattande smittspridning men är i övrigt inbördes olika. Detta har krävt ett utåtriktat arbete i form av samråd med en rad olika aktörer på både den offentliga och den privata sidan. Några aktörer, såsom Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarföreningen, har lämnat synpunkter inom flera olika delar av uppdraget.

Utredningsarbetet har bestått i sedvanlig faktainsamling via dokumentstudier och statistik- och kostnadsbeställningar, bearbetning och analys. I avsnitt 2.2.2 nedan beskriver vi närmare vilka andra metoder som vi använt oss av.

Utredningen har tagit hjälp av konsultföretaget Governo i fråga om ekonomiska konsekvensberäkningar av vissa förslag.

En fullständig sammanställning över möten, intervjuer, enkäter och övrig samverkan som genomförts finns i bilaga 4.

2.2.2 Metod

Enkät till professionsföreningar och regioner

Utredningen skickade ut en enkät med öppna frågor till följande mottagare:

– Föreningen för klinisk mikrobiologi gällande storskalig testning inför framtida situationer med pandemier eller annan omfattande smittspridning,

– Svenska Hygienläkarföreningen, Föreningen för svensk vårdhygien och NAG Vårdhygien gällande vårdhygien,

– Ett bredare batteri av frågor om smittskydd och pandemiberedskap ställdes till smittskyddsläkaren respektive regionledningen i samtliga regioner. Frågorna avsåg smittskyddsläkarens organisation och uppdrag, pandemiberedkap, vårdhygien samt storskalig testning och smittspårning. Samråd skedde med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inför utskick av frågor.

Enkät till de nordiska länderna

Utredningen skickade ut en enkät med öppna frågor utifrån utredningens olika delar i uppdraget till de nordiska ländernas motsvarighet till Socialdepartementet samt till expertmyndigheterna inom smittskyddet. Frågorna skickades ut vid tre tillfällen. Utskicken avsåg en svensk version följt av en engelsk version samt ett reviderat frågebatteri till Danmark och Norge. Mottagarna var Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Danmark), Helse- og omsorgsdepartementet (Norge) och Social- och hälsovårdsministeriet (Finland), samt expertmyndigheterna Statens Serum Institut (Danmark), Folkehelseinstituttet (Norge) och Institutet för hälsa och välfärd (Finland).

Enkät om regleringen av trängsel

Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) genomförde inom ramen för sin utredning en enkät gällande den reglering av trängsel som gällde under covid-19-pandemin. Enkäten ställdes till drygt 60 olika aktörer som på olika sätt berörts av de restriktioner som infördes under pandemin. Frågorna rörde bl.a. hur regleringens upplevdes som helhet och hur de olika regelverken samspelade. Respondenterna fick också lämna synpunkter på regleringens bestämmelser om tillsyn, sanktioner och överprövning samt förslag gällande en framtida reglering. Vi tog över enkätsvaren och ställde i januari 2024 en kompletterande fråga till dem som svarat på enkäten. Den kompletterande frågan gällde uppdraget om rätt till ersättning till verksamheter som träffas av begränsningar.

Intervjuer och möten

Utredningen genomförde en rad möten och semistrukturerade intervjuer med enskilda tjänstepersoner och organisationer. Förfarandet bestod normalt i att utredningen på förhand skickade underlag i form av frågor som besvarades och diskuterades vid mötet. Skriftliga svar eller kompletteringar har också förekommit. Kontakter har normalt initierats av utredningen, men det omvända har också förekommit.

Referensgrupper

Nya bestämmelser för att motverka trängsel

Utredningen bildade under våren 2024 en referensgrupp för samverkan i den del av uppdraget som avser nya bestämmelser för att motverka trängsel. Gruppens sammansättning framgår av sammanställningen i bilaga 4. Gruppen sammanträdde vid två tillfällen. Därefter genomfördes ytterligare fyra möten där deltagarna från referensgruppen hade satt samman en grupp inom sitt verksamhetsområde för att fördjupa frågeställningarna. Deltagarna i referensgruppen har utöver medverkan i nämnda möten bidragit med skriftliga underlag och synpunkter.

Underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier

Under hösten 2024 bildade utredningen en referensgrupp för samråd kring den del av uppdraget som handlar om att ta fram ett underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier. I gruppen ingick företrädare för Arbetsmiljöverket, Folkhälsomyndigheten, Försvarsmakten, Jordbruksverket, Livsmedelsverket, Länsstyrelsen i Dalarnas län, Länsstyrelsen Södra civilområdet (Länsstyrelsen i Skåne län), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Smittskyddsläkarföreningen, Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt och SKR. Referensgruppen har bidragit med synpunkter på struktur, fokusområden och avgränsningar i fråga om såväl beredskap inför som hantering av pandemier eller annan omfattande smittspridning. Fokus för inspel har varit på erfarenheter från covid-19-pandemin och tidigare kriser.

Överlämnat material från Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier

Handlingar från de samråd som Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) hade gällande uppdraget som avser trängsel har i relevanta delar lämnats över till denna utredning och utgör därmed också en del av grunden för vårt arbete.

Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier gav Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att göra en kartläggning i form av en systematisk kunskapsöversikt om specifika icke-medicinska åtgärders effekter på smittspridning vid pågående pandemier eller utbrott av infektionssjukdomar (covid-19, influensa, sars, mers eller ebola). Vi tog över kartläggningen, som därefter utvecklades på eget initiativ av SBU och publicerades på myndighetens webbplats den 8 oktober 2024.

2.2.3 Kunskap och erfarenheter från andra länder

Ett ändamålsenligt smittskyddsarbete behöver vila på bästa tillgängliga kunskap och i vårt uppdrag har det ingått att inhämta kunskap och erfarenheter från andra länder, i den mån vi har bedömt det vara motiverat.

De bedömningar och förslag som vi presenterar vilar på en omfattande genomgång av internationella vetenskapliga studier om hur epidemier och pandemier uppstår och utvecklas och om ickemedicinska åtgärders effekter på smittspridning. I fråga om storskalig testning och smittspårning har vi härutöver närmare undersökt erfarenheterna i de nordiska grannländerna.

Som vi beskriver ovan har vi bett om ytterligare information genom att rikta en enkät till departement och myndigheter i Danmark, Finland och Norge, varvid aktörerna i Danmark och Norge avböjde att svara. Ytterligare information om dessa två länder har vi i stället inhämtat genom allmänt tillgängligt publicerat material.

2.3 Betänkandets upplägg

Utredningens ursprungliga direktiv bestod av fyra delar; uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd, uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, uppdraget att analysera vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare och uppdraget att föreslå ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor.

Uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd är mest omfattande. I det ingår att utreda om smittskyddslagen behöver anpassas till situationer med omfattande smittspridning, om möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder behöver utökas, att utreda vilka nya bestämmelser för att motverka trängsel som bör införas samt att utreda om regleringen om smittskyddsåtgärder bör kompletteras med en handlingsprincip.

Det tilläggsdirektiv som regeringen beslutade i september 2024 innebar ett utvidgat utredningsuppdrag, förlängd utredningstid samt att utredningen skulle lämna ett delbetänkande avseende två av de fyra ursprungliga delarna, vilka avser uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd och uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier. Förändringarna som beslutades genom tilläggsdirektiven innebar att uppdraget till delbetänkandet fick en tydlig inriktning på pandemiberedskap. Delbetänkandet har därför fått titeln Stärkt pandemiberedskap. I detta ingår också beredskap för det vi i betänkandet kallar annan omfattande smittspridning.

Det andra tilläggsdirektivet som beslutades i februari 2025 innebar att utredningen fick förlängd tid för arbetet med delbetänkandet.

Efter detta inledande kapitel följer en övergripande beskrivning av beredskapen i dag och gällande rätt på smittskyddsområdet (kapitel 3). Därefter följer två kapitel där vi beskriver några vetenskapliga utgångspunkter för övriga kapitel (kapitel 4 och 5). I kapitel 6–9 omhändertas uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd. I kapitel 10 omhändertas uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier. Kapitel 11 och 12 innehåller analyser av förslagens förenlighet med EU:s dataskyddsreglering och med grundläggande fri- och rättigheter. I kapitel 13 redovisar vi våra förslag och bedömningar gällande ikraftträdande- och övergångsbestämmelser. I kapitel 14 finns konsekvensutred-

ningar av våra förslag. Först respektive sist ligger på sedvanligt sätt våra författningsförslag och författningskommentarer (kapitel 1 och 15).

Betänkandet består av två volymer. I volym 1 finns kapitel 1–8 och i volym 2 finns kapitel 9–15.

3 Smittskyddet och beredskapen i Sverige och internationellt

I detta kapitel ges en översiktlig beskrivning av rättsliga och organisatoriska utgångspunkter för utredningens arbete.

Uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd berör främst nationell reglering som på olika sätt syftar till att motverka eller hindra smittspridning mellan människor. Den del av uppdraget som avser beredskap för storskalig testning och smittspårning aktualiserar därtill frågor om bl.a. datadelning och medicinteknik som i större utsträckning styrs direkt av EU-rätten. Den del av uppdraget som avser handlingsprincipen aktualiserar frågor om beredskap i en bredare bemärkelse än enbart smittskydd.

Uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier aktualiserar internationella regelverk. Underlaget ska enligt direktiven ha en tvärsektoriell utgångspunkt i relevanta regelverk inom EU, Nato och globalt, men med tydlig nationell inriktning.

I avsnitt 3.1 finns en översiktlig genomgång av smittskyddslagen (2004:168), som är central i vårt uppdrag. I avsnitt 3.2 beskrivs annan lagstiftning än smittskyddslagen som har direkt eller indirekt betydelse för smittskyddet som avser människor. I avsnitt 3.3 beskrivs översiktligt det svenska civila beredskapssystemet och relevanta författningar. I avsnitt 3.4 beskrivs översiktligt relevanta regelverk, organisationer och samarbeten inom smittskydd och beredskap på nordisk, EU- och internationell nivå.

Kapitlet redogör inte för all reglering som förekommer i betänkandet. Det gäller t.ex. planerna på reglering av ett europeiskt hälsodataområde (The European Health Data Space, EHDS). EHDS beskrivs i kapitel 8. Viss numera upphävd reglering som gällde under covid-19-pandemin beskrivs i kapitel 9.

3.1 Smittskyddslagen

3.1.1 Lagens utgångspunkter

Smittskyddslagen trädde i kraft den 1 juli 2004. I lagens första bestämmelse anges att samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar (1 kap. 1 §). Lagen innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor (1 kap. 2 §). Smittskyddslagen innehåller bl.a. skyldigheter för enskilda och förutsättningar för ingripande med tvång i vissa undantagsfall. Smittskyddslagen kan sägas ge uttryck för synen att enskilda måste vara beredda att acceptera vissa intrång i sin integritet när det krävs för att skydda andra människor från smitta. Den nuvarande lagen betonar dock, tydligare än äldre smittskyddslagstiftning, att smittskyddsarbetet ska baseras på en humanistisk människosyn och att tyngdpunkten ska ligga på det frivilliga och förebyggande arbetet.[1]

Smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa (1 kap. 4 § första stycket). Att en åtgärd inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa är ett uttryck för proportionalitetsprincipen. Det innebär att varje enskild åtgärd ska vara motiverad av ett klart epidemiologiskt behov och det behovet ser olika ut för olika sjukdomar och kan även växla beroende på hur den epidemiologiska situationen för sjukdomen ser ut.[2] Vidare ska åtgärderna vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. När åtgärder rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds (1 kap. 4 § andra–fjärde styckena).

[1] Prop. 2003/04:30 s. 83 och 84.
[2] Prop. 2003/04:30 s. 84 och 211.

3.1.2 Hur smittskyddet är organiserat

Regionen och smittskyddsläkaren

Varje region ansvarar enligt 1 kap. 8 § för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område. I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare. Denne utses av den nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen. I frågor som inte gäller myndighetsutövning ska smittskyddsläkaren verka under nämnden. Motsatsvis är smittskyddsläkaren självständig inom ramen för sin myndighetsutövning. Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter enligt lagen (1 kap. 9 §).

Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 §). Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 §). I 6 kap. 2 § finns en katalog av uppgifter som ankommer på smittskyddsläkaren. Av uppräkningen följer att smittskyddsläkaren har i uppgift att följa smittskyddsläget i området och på olika sätt stödja allmänheten inklusive grupper som är särskilt utsatta för smittrisk, hälso- och sjukvårdspersonal inklusive behandlande läkare, och vårdgivare att förebygga smittspridning. Andra uppgifter för smittskyddsläkaren avser övertagande av smittspårningsärenden (3 kap. 5 §) och överprövning av förhållningsregler (4 kap. 3 §).

Smittskyddsläkaren har även centrala uppgifter gällande flera av de mer ingripande åtgärder som smittskyddslagen medger: tvångsundersökning, isolering, tillfällig isolering, hälsokontroll vid platsen för inresa och karantän (se vidare avsnitt 3.1.3).

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska följa och vidareutveckla

smittskyddet och följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt (1 kap. 7 §).

Folkhälsomyndigheten får besluta om hälsokontroll vid platsen för inresa och avspärrning (se vidare avsnitt 3.1.3). Myndigheten har bemyndiganden att meddela föreskrifter bl.a. om den anmälningsplikt som finns för vissa smittsamma sjukdomar och om ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd och till skydd för enskilda (5 och 12 §§ smittskyddsförordningen [2004:255]). Bestämmelser om myndighetens uppgifter inom smittskyddet finns också i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Behandlande läkare

Den läkare som har det omedelbara medicinska ansvaret för en patient benämns behandlande läkare. Misstänker någon att han eller hon smittats av en smittsam sjukdom och uppsöker läkare för undersökning blir alltså den läkaren automatisk patientens behandlande läkare. Behandlande läkare har en rad uppgifter. Till de centrala uppgifterna hör läkarundersökning inklusive behövlig provtagning för att konstatera om smittsamhet föreligger (3 kap. 1 §), anmälan av sjukdomsfall (2 kap. 5 §), smittspårning (3 kap. 4 §) och beslut om förhållningsregler (4 kap. 2 §). Smittspårning ankommer som utgångspunkt på behandlande läkare men får dels delegeras till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften, dels under vissa förutsättningar övertas av smittskyddsläkaren, som i sin tur också kan lämna över uppgiften till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet (3 kap. 4 och 5 §§).

3.1.3 Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering

Systematiken

Smittskyddslagens systematik skiljer på smittsamma, anmälningspliktiga, smittspårningspliktiga, allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar (1 kap. 3 §).

Med *smittsam sjukdom* avses en sjukdom som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot

människors hälsa (1 kap. 3 § första stycket). Förkylningssjukdomar, endagsdiarréer och liknande enkla och vanligen förekommande sjukdomar omfattas därmed inte.[3] Var och en har ett ansvar att genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar (2 kap. 1 §). Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom har ytterligare skyldigheter – nämligen att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta, den s.k. skyddsplikten (2 kap. 2 § första stycket). Den som vet eller misstänker sig vara smittad kan söka vägledning i de medicinska och praktiska råd som behandlande läkare ska ge dessa personer enligt 4 kap. 1 § och de förhållningsregler som ska ges enligt 4 kap. 2 § vid allmänfarlig sjukdom. Det kan också handla om välkända försiktighetsåtgärder som t.ex. handhygien vid toalettbesök.[4]

Misstänkta eller konstaterade fall av *anmälningspliktiga sjukdomar* ska anmälas av behandlande läkare, läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik, den som är ansvarig för sådant laboratorium och läkare som utför obduktion. Behandlande läkare ska även anmäla annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form. Mottagare av anmälan är smittskyddsläkaren i regionen och Folkhälsomyndigheten (2 kap. 5 §). För *smittspårningspliktiga sjukdomar* ska den behandlande läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Patienten är skyldig att lämna de upplysningar han eller hon förmår. Den som ansvarar för smittspårningen ska se till att andra personer som misstänks kan ha smittats underrättas om detta och uppmana den eller dessa att uppsöka läkare (3 kap. 4 §).

Med *allmänfarliga sjukdomar* avses 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 (1 kap. 3 § andra stycket). Allmänfarliga sjukdomar är alltid anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Därtill gäller informationsplikt för den som vet att han eller hon bär på en allmän-

[3] Prop. 2003/04:30 s. 208.
[4] Prop. 2003/04:30 s. 214.

farlig sjukdom (2 kap. 2 § andra stycket). Informationsplikten innebär en skyldighet för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom att lämna information om smittan till andra som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma. Beaktansvärd risk är en risk som inte är alltför obetydlig. När en sådan risk föreligger och informationsplikten därmed gäller beror på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar.[5]

Den behandlande läkaren ska besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse sådana instruktioner som anges i lagen; det kan exempelvis handla om inskränkningar i arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet, förbud mot att donera blod och organ eller en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner (4 kap. 2 §). Om patienten begär det ska smittskyddsläkaren pröva beslutet om förhållningsregler. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begäran eller på eget initiativ ändra förhållningsreglerna (4 kap. 3 §). Smittskyddsläkarens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol (8 kap. 1 § första stycket första punkten).

Under vissa förutsättningar kan tvångsåtgärder vidtas mot personer som är smittade eller misstänkt smittade av en allmänfarlig sjukdom, såsom tvångsundersökning (3 kap. 2 §) och isolering (5 kap. 1 och 3 §). Isolering får endast ske på en vårdinrättning som drivs av en region. Allmän förvaltningsdomstol beslutar om tvångsundersökning och isolering enligt 5 kap. 1 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren beslutar om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §. Beslutet förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs förvaltningsrätten.

Samhällsfarliga sjukdomar är 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 (1 kap. 3 § tredje stycket). Samtliga bestämmelser som gäller för allmänfarliga sjukdomar gäller alltså också för samhällsfarliga sjukdomar. I förarbetena nämns som exempel att en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner kan uppkomma genom att sjukhusens vårdplatser tas upp av smittade personer med följden att andra som behöver vård riskerar

[5] Prop. 2003/04:30 s. 214.

att bli utan vårdplats eller att andra viktiga samhällsfunktioner störs på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall.[6]

De *extraordinära smittskyddsåtgärderna* är förbehållna samhällsfarliga sjukdomar. För sådana sjukdomar får smittskyddsläkaren besluta om hälsokontroll på platsen för inresan för den som misstänks ha smittats och för andra som anländer med samma transportmedel (3 kap. 8 § första stycket). Smittskyddsläkaren kan också besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom ska hållas i karantän (3 kap. 9 §). Folkhälsomyndigheten kan besluta att personer som anländer från ett visst geografiskt område där ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom skett ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan (3 kap. 8 § andra stycket). Folkhälsomyndigheten kan också besluta att ett visst område ska vara avspärrat om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning där (3 kap. 10 §).

Klassificeringen

Vilka sjukdomar som är klassificerade som allmänfarliga respektive samhällsfarliga anges i bilaga 1 respektive 2 till smittskyddslagen. (1 kap. 3 § femte stycket SmL). För att klassificera en sjukdom som allmänfarlig respektive samhällsfarlig krävs alltså att sjukdomen förs in i respektive bilaga, vilket görs genom en lagändring. Detsamma gäller om en sjukdom ska tas bort från bilagan och inte längre vara klassificerad. Om riksdagens beslut att föra in en sjukdom inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket SmL. Detta följer av 9 kap. 2 § första stycket SmL. Denna möjlighet för regeringen innebär således ett snabbförfarande för klassificeringen av sjukdomar. Förfarandet får endast tillämpas om det vid smittskyddslagens ikraftträdande inte var känt att den aktuella sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket, eller att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet. När föreskrifter meddelas med stöd av detta för-

[6] Prop. 2003/04:158 s. 103.

farande ska de snarast underställas riksdagens prövning (9 kap. 2 § andra och tredje stycket SmL).

Regeringen får meddela vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara anmälningspliktiga. Detta görs genom att regeringen för in sjukdomen i bilaga 1 till smittskyddsförordningen (9 kap. 3 § första stycket SmL, 2 § SmF).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara smittspårningspliktiga. (9 kap. 3 § andra stycket SmL). Genom 7 § SmF bemyndigar regeringen Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter om vilka av de anmälningspliktiga sjukdomarna i bilaga 1 till smittskyddsförordningen som ska vara smittspårningspliktiga. Vilka sjukdomar som är smittspårningspliktiga anges i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar.

3.1.4 Övriga bestämmelser

Bestämmelser om kostnadsfrihet för patienten gällande läkemedel, undersökning, vård, behandling och vaccinationer finns i 7 kap. Där framgår också att hälsokontroll vid platsen för inresa är kostnadsfri för den som genomgår kontrollen.

I 8 kap. finns bestämmelser om bl.a. överklagande och handläggningen i domstol.

I 9 kap. 1 § finns bestämmelser om tillsyn. Smittskyddet står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid tillsynen ska IVO tillämpa 7 kap. 20–28 §§ och 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Smittskyddet inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk står dock under tillsyn av försvarsinspektören för hälsa och miljö.[7]

Bemyndiganden att meddela föreskrifter finns i 2 kap. 7 § och 9 kap.

I den utsträckning föreskrifterna inte gäller en tvångsåtgärd mot en enskild får Försvarsmakten meddela föreskrifter om undantag från smittskyddslagens tillämpning på Försvarsmakten och Försvarets materielverk, se 9 kap. 4 § andra stycket och 26 § första stycket

[7] Se också förordningen (2017:799) om försvarsinspektören för hälsa och miljös tillsyn över hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet.

tredje punkten förordningen (2017:799) om försvarsinspektören för hälso och miljös tillsyn över hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet.

3.1.5 Smittskyddsförordningen

I smittskyddsförordningen finns kompletterande bestämmelser till smittskyddslagen. De smittsamma sjukdomar som utöver de allmänfarliga sjukdomarna ska vara anmälningspliktiga anges i bilaga till förordningen (se avsnitt 3.1.3). I förordningen finns också bl.a. ett flertal bemyndiganden till Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter (5, 7, 7 g och 12 §§).

3.2 Annan relevant reglering

3.2.1 Lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

Lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, förkortad IHR-lagen, innehåller bestämmelser för genomförande av det internationella hälsoreglementet, IHR 2005. IHR-lagen beskrivs närmare tillsammans med IHR 2005 i avsnitt 3.4.1.

3.2.2 Lagen om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar

Enligt lagen (1997:982) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar får regeringen, för att skydda liv, personlig säkerhet eller hälsa meddela föreskrifter om anmälan av andra misstänkta eller konstaterade allvarliga sjukdomar än sådana som ska anmälas enligt smittskyddslagen.

Bakgrunden till lagen var förekomsten hos nötkreatur av sjukdomen bovin spongiform encefalopati, förkortad BSE och även benämnd galna ko-sjukan. Det misstänktes finnas en koppling mellan BSE och förekomsten hos människor av den smittsamma prionrelaterade sjukdomen Creuzfeldt-Jakobs sjukdom (CJS). En ny variant av CJS, nv-CJS, hade upptäckts i Storbritannien 1996. Det var dock inte klarlagt vad som orsakade CJS eller nv-CJS eller om det fanns

ett samband med BSE. Regeringen bedömde att CJS och nv-CJS inte borde göras till anmälningspliktiga sjukdomar enligt smittskyddslagen. Regeringen föreslog i stället en ny lag med bemyndiganden för regeringen att meddela föreskrifter.[8]

Med stöd av bemyndigandet har regeringen föreskrivit att en läkare som i sin verksamhet misstänker eller konstaterar att någon har insjuknat i eller avlidit av CJS eller någon annan besläktad human spongiform encefalopati ska anmäla detta till Folkhälsomyndigheten (1 § förordningen [1998:58] om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar).

3.2.3 Livsmedelslagen

Livsmedelslagen (2006:804) syftar till att säkerställa en hög skyddsnivå för människors hälsa och för konsumenternas intressen när det gäller livsmedel (1 §). I 25 § anges att kontrollmyndigheten efter en underrättelse från smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas genom livsmedel omedelbart ska vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning. Kontrollmyndigheter är Livsmedelsverket, länsstyrelserna, andra statliga myndigheter och kommunerna som utövar offentlig kontroll enligt föreskrifter som regeringen meddelar (11 §). Sådana bestämmelser om kontrollmyndigheter har regeringen meddelat i 25–29 §§ livsmedelsförordningen (2006:813).

I 8–11 §§ livsmedelsförordningen finns bestämmelser och bemyndiganden om personalhygien. I 8 § anges att om det behövs av livsmedelshygieniska skäl ska den som är sysselsatt med livsmedelsverksamhet på uppmaning av kontrollmyndigheten genomgå läkarundersökning. Sådan undersökning bekostas av myndigheten om den inte ska ersättas enligt smittskyddslagen.

I 39 § livsmedelsförordningen finns bestämmelser om anmälningsskyldighet som på olika sätt avser smitta i livsmedel. Enligt första stycket ska livsmedelsföretagare och innehavaren av eller föreståndaren för ett laboratorium under vissa omständigheter anmäla till Livsmedelsverket och Folkhälsomyndigheten när sjukdomsalstrande bakterier eller främmande ämnen iakttagits vid undersökning av livsmedel och andra kontrollprov. Enligt andra stycket ska en läkare

[8] Prop. 1997/98:21 s. 11.

eller veterinär som har grundad anledning att anta att matförgiftning orsakats av att livsmedel vid yrkesmässig verksamhet förorenats av sjukdomsalstrande bakterier eller något främmande ämne anmäla det till länsstyrelsen, smittskyddsläkaren eller den kontrollmyndighet som utövar kontroll enligt livsmedelslagen. Enligt tredje stycket ska en läkare som har grundad anledning att anta att en person som i en yrkesmässig livsmedelsverksamhet handhar oförpackade livsmedel har smitta som kan göra livsmedel icke säkra som livsmedel anmäla detta till den kontrollmyndigheten för den aktuella verksamheten. Kontrollmyndigheten ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.

3.2.4 Miljöbalken

Miljöbalkens bestämmelser syftar till att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö (1 kap. 1 § första stycket). I 2 kap. miljöbalken finns rättsligt bindande principer och allmänna hänsynsregler. I 9 kap. miljöbalken finns bestämmelser om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd. Bestämmelserna om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd ligger i samma kapitel eftersom de ytterst gäller regler till skydd för människors hälsa och miljön och möjligheter att kunna ingripa mot verksamheter som kan påverka dessa skadligt. I propositionen till miljöbalken uttalas att skyddet för människors hälsa ska utgöra en integrerad del i miljöbalken och samma grundläggande hänsynsregler ska gälla för hälsoskyddet som för exempelvis miljöfarlig verksamhet.[9] Av de särskilda bestämmelserna om hälsoskydd framgår bl.a. att bostäder och lokaler för allmänna ändamål ska brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa inte uppkommer och hållas fria från ohyra och andra skadedjur (9 kap. 9 §).

Kommunen ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor (9 kap. 14 §). Vid misstanke om att ett sällskapsdjur som innehas av privatperson eller ett objekt bär på en allvarlig smittsam sjukdom som kan föras över till människor, ska kommunen omedelbart vidta

[9] Prop. 1997/98:45 s. 326.

de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning. Detta gäller under förutsättning att åtgärder inte vidtas enligt vissa andra angivna lagar som t.ex. epizootilagen eller zoonoslagen (9 kap. 15 § miljöbalken).

Exempel på allvarlig smittsam sjukdom är enligt förarbetena vissa av de sjukdomar som är allmänfarliga enligt smittskyddslagen, däribland salmonellainfektion, kolera, infektion med enterohemorragisk E.coli och mjältbrand. Det framgår även att också vissa andra smittsamma sjukdomar bör kunna betecknas som allvarliga, t.ex. legionella och papegojsjuka. De åtgärder som avses är såväl utrednings- som bekämpningsåtgärder.[10]

3.2.5 Arbetsmiljölagen

Av 1 kap. 1 § arbetsmiljölagen (1977:1160) framgår att lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Till de faktorer som orsakar ohälsa räknas också smittämnen. Enligt 3 kap. 2 och 2 a §§ ska arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Vid detta ska utgångspunkten vara att allt sådant som kan leda till ohälsa eller olycksfall ska ändras eller ersättas så att risken för ohälsa eller olycksfall undanröjs. Vidare ska arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven på en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska också utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta.

I 11 kap. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:10) om risker i arbetsmiljön finns närmare bestämmelser.[11] I föreskrifterna delas smittämnen in i olika riskklasser. Med smittämne i den högsta riskklassen, riskklass 4, avses ett smittämne som kan orsaka mycket allvarliga sjukdomar hos människor och kan utgöra en allvarlig fara för arbetstagare. Det finns sällan möjlighet till effektiv behandling, eller förebyggande åtgärder, som vaccination. Det kan ge stora konsekvenser om smittämnet sprids ut i samhället.

[10] Prop. 2003/04:30 s. 248.
[11] Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd är meddelade med stöd av 18 § arbetsmiljöförordningen (1977:1166) och finns sedan den 1 januari 2025 i en ny regelstruktur. Föreskrifterna som avser smittrisker fanns tidigare i AFS 2018:4 Smittrisker.

Föreskrifterna syftar till att förebygga risker för att arbetstagare blir infekterade av smittämnen, eller blir varaktiga bärare av smittämnen på grund av uppgifternas art eller förhållandena i arbetet (11 kap. 1 §). När arbetstagare har arbetsmoment med smittrisk ska arbetsgivaren undersöka och riskbedöma arbetsförhållandena enligt vad som anges i 11 kap. 4 §.

Vad gäller åtgärder gäller bl.a. följande. På arbetsställen där det finns smittrisk ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att undvika att smittämnen sprids och se till att antalet arbetstagare som riskerar att utsättas för smittämnen hålls så lågt som möjligt (11 kap. 5 §). Arbetsgivaren ska se till att den dekontaminering som behövs sker så snart som möjligt med de medel och metoder som är anpassade efter behovet (11 kap. 6 §). Arbetsgivaren ska se till att arbetstagarna kan tvätta eller desinfektera händerna i arbeten med smittrisk (11 kap. 7 §). Därutöver finns särskilda hygienåtgärder som bl.a. gäller verksamheter där man kan riskera att komma i kontakt med kroppsvätskor från människor. Särskilda hygienåtgärder avser bl.a. personlig skyddsutrustning och desinfektion av händer. Vid arbetsmoment som innebär risk för allvarlig luftburen smitta ska andningsskydd användas (11 kap. 12 §).

3.2.6 Lagen om skyddsympning vid krig eller krigsfara och lagen om skyddsympning inom försvarsväsendet

Enligt lagen (1952:270) om skyddsympning vid krig eller krigsfara får regeringen, då landet befinner sig i krig eller krigsfara eller eljest utomordentliga förhållanden påkallar det, till förekommande av smittsam sjukdom förordna, att envar, som vistas inom riket eller viss del därav, ska undergå skyddsympning. Förordnandet får också meddelas enbart för vissa befolkningsgrupper, som är eller kan bli utsatta för smitta.

För personal som är anställd eller tjänstgör inom försvarsväsendet finns särskilda bestämmelser i lagen (1942:723) om skyddsympning inom försvarsväsendet.

Personer som riskerar att få men av skyddsympningen kan enligt båda lagarna undantas. Den som inte fullgör sin ympningsplikt döms till penningböter. Rätten får vid vite förelägga honom att fullgöra sin ympningsplikt.

I samband med att kategorin samhällsfarliga sjukdomar infördes i smittskyddslagen 2005 uttalades vid en genomgång av dessa lagar att de utgör tillräckliga möjligheter till obligatorisk vaccination och att frågan om obligatorisk vaccination såvitt kunde överblickas endast skulle vara aktuell när det gällde smittkoppor. Det framhölls dock också att vaccinet för den sjukdomen anses ge ett gott skydd i de flesta fall men är för många människor också förknippat med mycket allvarliga biverkningar. Det betonades också att erfarenheter från andra länder av tvångsregler på detta område i regel inte visat sig särskilt effektiva.[12]

3.2.7 Socialförsäkringsbalken och 1956 års ersättningsförordning

I 46 kap. socialförsäkringsbalken finns bestämmelser om smittbärarersättning. Smittbärarersättning delas in i smittbärarpenning och resekostnadsersättning. Den som är att anse som smittbärare har rätt till smittbärarpenning bl.a. om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av ett beslut enligt smittskyddslagen. Rätten gäller dock inte när det är fråga om beslut om hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § eller beslut om avspärrning enligt 3 kap. 10 § samma lag.

I förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom finns bestämmelser om viss ersättning ur allmänna medel till den som har drabbats av kostnader eller förluster till följd av ett ingripande som en myndighet har gjort med stöd av smittskyddslagen, miljöbalken eller livsmedelslagen för att hindra spridning av en smittsam sjukdom.

3.2.8 Ordningslagen

Ordningslagen (1993:1617) innehåller bestämmelser om att tillstånd till en allmän sammankomst får vägras för att motverka epidemi (2 kap. 10 §), och ett bemyndigande om att regeringen, och efter regeringens bemyndigande en länsstyrelse, får föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas

[12] Prop. 2003/04:158 s. 81–83.

inom ett visst område, om förbudet är nödvändigt för att motverka bl.a. epidemi (2 kap. 15 §). I 3 § förordningen (1993:1632) med bemyndigande för kommuner och länsstyrelser att meddela lokala föreskrifter enligt ordningslagen (1993:1617) har regeringen bemyndigat länsstyrelserna att meddela sådana föreskrifter inom länet eller en del av detta. Regleringen beskrivs närmare i kapitel 9.

3.2.9 Lagstiftning på skolområdet

På skolområdet finns bestämmelser som kan läggas till grund för åtgärder för att begränsa smittspridning i 29 kap. 29 § skollagen (2010:800) och lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid.

Regleringen på skolområdet beskrivs närmare i kapitel 9.

3.2.10 Smittspridning och straffrättsligt ansvar

I 1969 års smittskyddslag (1968:231) fanns bestämmelser som under vissa omständigheter kunde innebära straffrättsligt ansvar och högst två års fängelse vid spridning eller risk för spridning av venerisk sjukdom. Bestämmelsen togs bort 1985, bl.a. med hänvisning till att den som misstänkte sig ha hiv skulle kunna undvika att söka vård och att bestämmelsen därmed kunde försvåra ett effektivt smittskyddsarbete.[13] Bestämmelser om straff fanns inte i 1988 års smittskyddslag (1988:1472) och finns inte heller i nuvarande smittskyddslag.

I brottsbalkens 3 kap. (brott mot liv och hälsa) och 13 kap. (allmänfarliga brott) finns däremot bestämmelser som kan aktualiseras i fråga om smittspridning. Vilken rubricering som kan bli aktuell beror på omständigheterna i det enskilda fallet och om spridningen skett uppsåtligt eller av oaktsamhet.

Smittspridning kan under vissa omständigheter utgöra misshandel (3 kap. 5 §). Misshandeln kan bedömas som grov bl.a. om gärningsmannen har tillfogat allvarlig sjukdom (3 kap. 6 §). Begreppet allvarlig sjukdom återfinns även i 3 kap. 9 §. Enligt den bestämmelsen döms den som av grov oaktsamhet utsätter någon annan för livsfara eller fara för svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom för fram-

[13] Prop. 1985/86:13 s. 14 och 15.

kallande av fara för annan. Från covid-19-pandemin finns exempel där hovrätten bedömt att covid-19, som vid tidpunkten var en samhällsfarlig sjukdom, var en sådan allvarlig sjukdom som omfattades av bestämmelsen om framkallande av fara för annan.[14] Vidare finns i 3 kap. brottsbalken bl.a. bestämmelser om vållande till kroppsskada eller sjukdom (3 kap. 8 §).

I 13 kap. 7 § finns en bestämmelse som gäller spridande av gift eller smitta. För det krävs att någon framkallar allmän fara för människors liv eller hälsa genom att förgifta eller infektera livsmedel, vatten eller annat, eller genom att på annat sätt sprida gift eller dylikt eller överföra eller sprida allvarlig sjukdom.

3.2.11 Epizootilagen

Epizootilagen (1999:657) innehåller bestämmelser om allmänfarliga djursjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa (epizootiska sjukdomar). Med allmänfarliga sjukdomar avses sådana sjukdomar som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors eller djurs hälsa eller medföra stora ekonomiska förluster för samhället (1 § första och andra styckena epizootilagen).

Den som har anledning att misstänka att en epizootisk sjukdom har drabbat djur i hans vård ska omedelbart anmäla detta till distriktsveterinären eller annan veterinär. Om en veterinär har anledning att misstänka att ett fall av epizootisk sjukdom har inträffat ska han omedelbart göra en undersökning för att fastställa sjukdomens art och i övrigt göra vad som är nödvändigt för att förhindra att smitta sprids. Den som har djuren i sin vård är skyldig att underkasta sig de åtgärder samt lämna den hjälp som behövs för undersökningen (2 och 3 §§). En veterinär eller någon annan som i sitt yrke kommer i kontakt med djur eller produkter av djur och som har anledning att misstänka att ett fall av epizootisk sjukdom har inträffat ska skyndsamt anmäla detta till Jordbruksverket och länsstyrelsen. Anmälningsskyldigheten gäller även den som är ansvarig för ett laboratorium där en sådan sjukdom har konstaterats eller där det finns anledning att misstänka fall av sådan sjukdom. Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA), distriktsveterinären och den eller de kommunala nämnder

[14] Se t.ex. Hovrätten över Skåne och Blekinges dom den 11 november 2021 i mål nr B 2805-21.

som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Om det är fråga om en epizootisk sjukdom hos fisk, ska också Havs- och vattenmyndigheten underrättas, och om misstanken gäller sådan epizootisk sjukdom som kan överföras till människor även Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren (3 a §). Åtgärder för att motverka smittspridning får vidtas av veterinär eller Jordbruksverket enligt vad som anges i 4–5 §§.

Jordbruksverket leder och samordnar de förebyggande åtgärderna och bekämpningen enligt epizootilagen. Livsmedelsverket, SVA och länsstyrelserna ska i samråd med Jordbruksverket upprätta beredskapsplaner som anger vilka åtgärder som myndigheterna ska vidta för att bekämpa inträffade epizootiska sjukdomar (2 och 3 §§ epizootiförordningen [1999:659]).

3.2.12 Zoonoslagen

Zoonoslagen (1999:658) innehåller bestämmelser om sjukdomar och smittämnen hos djur som kan spridas naturligt från djur till människa (zoonoser) och som inte är sådana epizootiska sjukdomar som omfattas av epizootilagen. Zoonoslagen gäller dock endast sådana zoonoser som det finns tillräckliga kunskaper om för effektiv kontroll och bekämpning. Zoonoserna anges i verkställighetsföreskrifter av Jordbruksverket. Den enda zoonos som för närvarande omfattas är salmonella.[15]

Om en veterinär har anledning att misstänka att ett fall av zoonos har inträffat ska han eller hon omedelbart göra en undersökning för att fastställa sjukdomens eller smittämnets art och i övrigt göra vad som är nödvändigt för att förhindra att smitta sprids. Den som har djuren i sin vård är skyldig att tåla de intrång och underkasta sig de åtgärder samt lämna den hjälp som behövs för undersökningen. Veterinären och den som är ansvarig för det laboratorium där ett fall av zoonos konstateras ska skyndsamt underrätta Jordbruksverket och länsstyrelsen. Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren. Om ett fall av zoonos konstateras ska länsstyrelsen skyndsamt underrätta SVA, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, smittskyddsläkaren, den eller de kommunala nämnder som utför

[15] 1 § Statens jordbruksverks föreskrifter (SJVFS 1999:101) om zoonotiska sjukdomar.

uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt distriktsveterinären (3 § zoonoslagen).

Ytterligare bestämmelser om förebyggande åtgärder och bekämpning av zoonoser finns i 2 och 4–7 §§.

Jordbruksverket leder och samordnar de förebyggande åtgärderna och bekämpningen enligt zoonoslagen (2 § zoonosförordningen).

3.2.13 Förordningen om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet

Förordningen (2002:375) om Försvarsmaktens stöd till civil verksamhet, förkortad stödförordningen, innehåller bestämmelser om Försvarsmaktens stöd till statliga myndigheter, kommuner, regioner och enskilda och vilka förutsättningar som gäller för sådant stöd. Försvarsmakten får på begäran lämna stöd till Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kustbevakningen, Tullverket, andra statliga myndigheter samt kommuner och regioner (4 §). En sådan begäran ska göras hos Högkvarteret och beslut fattas av överbefälhavaren eller av den inom Högkvarteret som överbefälhavaren bestämmer, om inte begäran avser utrustning eller tjänster av mindre omfattning. Stöd får dock endast lämnas om Försvarsmakten har resurser som är lämpliga för uppgiften och det inte allvarligt hindrar dess ordinarie verksamhet eller dess medverkan enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (6 §). Försvarsmaktens personal får dock inte användas i situationer där det finns risk för att den kan komma att bruka tvång eller våld mot enskilda (7 §). Endast sådan personal inom Försvarsmakten som har lämplig utbildning för uppgiften får medverka och Försvarsmakten ska se till att den medverkande personalen har nödvändig kunskap om de särskilda förhållanden som kan gälla för uppgiften (8 §). Försvarsmaktens personal får inte användas för uppgifter enligt stödförordningen som kan medföra en inte obetydlig risk för att personalen kan komma att skadas (10 §).

3.3 Det civila beredskapssystemet

3.3.1 Beredskapsmyndigheter och beredskapssektorer

Civil beredskap är ett samlingsnamn för krisberedskap och civilt försvar. Den 1 oktober 2022 trädde en myndighetsreform för civilt försvar och krisberedskap i kraft.

Genom förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap, förkortad beredskapsförordningen ges myndigheterna under regeringen ett grundläggande ansvar för uppgifter inom krisberedskapen och totalförsvaret. Av dem utpekas 61, däribland de 21 länsstyrelserna, som beredskapsmyndigheter med ansvar inom en eller flera viktiga samhällsfunktioner och vars verksamhet har särskild betydelse för samhällets krisberedskap och totalförsvaret (18 § och bilaga 1). Alla utom tre av de 61 beredskapsmyndigheterna ingår i beredskapssektorer. I varje beredskapssektor är en av beredskapsmyndigheterna sektorsansvarig myndighet. Övriga beredskapsmyndigheter i sektorn ska delta i arbetet. Av bilaga 2 till beredskapsförordningen framgår beredskapssektorernas indelning och vilka beredskapsmyndigheter som är sektorsansvariga myndigheter (23 § första och andra styckena). För beredskapssektorn Hälsa, vård och omsorg är Socialstyrelsen sektorsansvarig. Även E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket ingår i sektorn. Övriga sektorer är Ekonomisk säkerhet, Elektroniska kommunikationer och post, Energiförsörjning, Finansiella tjänster, Försörjning av grunddata, Livsmedelsförsörjning och dricksvatten, Ordning och säkerhet, Räddningstjänst och skydd av civilbefolkningen samt Transporter. Utredningen om näringslivets försörjningsberedskap föreslog i mars 2024 att en ny beredskapssektor för industri, bygg och handel ska tillföras beredskapsförordningen.[16]

3.3.2 Det geografiska områdesansvaret

Grunden för strukturreformen beskrivs bl.a. i Utredningen om civilt försvars betänkande. Utifrån den utredningens förslag delades landet in i geografiska civilområden som vart och ett leds av en civilområdesansvarig länsstyrelse.[17] Dessa områden bildar en ny nivå i

[16] SOU 2024:19.
[17] SOU 2021:25 s. 27.

det geografiska områdesansvaret som i övrigt är uppdelat på nationell, regional och lokal nivå.

Nationell nivå

Regeringen är geografiskt områdesansvarig på nationell nivå. Av 1 kap. 6 § regeringsformen framgår att regeringen styr riket och att den är ansvarig inför riksdagen. Regeringen får stöd av Regeringskansliet (1 § förordningen [1996:1515] med instruktion för Regeringskansliet), och ca 360 andra statliga myndigheter. Myndigheterna är organisatoriskt fristående men styrs på olika sätt av regeringen, t.ex. genom myndigheternas instruktioner, regleringsbrev och regeringsuppdrag. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har till uppgift att verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer och ska vid en kris eller vid höjd beredskap stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder (1 § och 7 § förordningen [2008:1002] med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap).

Högre regional nivå

Den högre regionala nivån utgörs av de geografiska civilområdena. Ansvaret för dessa regleras i förordningen (2022:525) om civilområdesansvariga länsstyrelser (se även 7 a § förordningen [2017:868] med länsstyrelseinstruktion). De civilområdesansvariga länsstyrelserna har ett geografiskt områdesansvar för sitt område när det gäller civilt försvar. Ansvaret avser uppgifter inför och vid höjd beredskap (7 §). De sex länsstyrelserna är de i Norrbottens, Örebro, Stockholms, Östergötlands, Västra Götalands och Skåne län.

Regional nivå

I varje län finns en länsstyrelse som ansvarar för den statliga förvaltningen i länet, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret för särskilda förvaltningsuppgifter (1 § förordningen med länsstyrelseinstruktion). Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig myndighet med uppgifter enligt förordningen (2017:870)

om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter inför och vid höjd beredskap och den högsta civila totalförsvarsmyndigheten inom länet (7 § första stycket förordningen med länsstyrelseinstruktion). Länsstyrelsen är även beredskapsmyndighet enligt beredskapsförordningen (7 b § förordningen med länsstyrelseinstruktion).

Lokal nivå

Kommunerna har ett geografiskt områdesansvar på lokal nivå och ska i fråga om extraordinära händelser i fredstid bl.a. verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet samt att de krishanteringsåtgärder som vidas av olika aktörer under en sådan händelse samordnas (2 kap. 7 § lagen [2006:544] om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, förkortad LEH).[18]

3.3.3 Principer för krisberedskap

Det svenska systemet för krisberedskap bygger på ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna. Dessa principer beskrivs i kapitel 6.

3.4 Regelverk och samarbeten på europeisk och internationell nivå

I detta avsnitt ges en översikt över relevanta regelverk, samarbeten och lagförslag på europeisk och internationell nivå inom smittskydds- och beredskapsområdena. De olika regleringarna, samarbetena och lagförslagen nämns vid behov även i senare kapitel i betänkandet.

[18] Utredningen om kommuners och regioners beredskap lämnade i september 2024 sitt betänkande Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och kris (SOU 2024:65). I betänkandet föreslås att LEH ska ersättas av en ny lag, lagen om kommuners och regioners grundläggande beredskap inför fredstida krissituationer och höjd beredskap. Förslagen i betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

3.4.1 Världshälsoorganisationen

Världshälsoorganisationen, förkortad WHO, är Förenta Nationernas fackorgan för hälsofrågor. WHO:s mål är att verka för att alla människor ska kunna vara så friska som möjligt. WHO:s generalförsamling, Världshälsoförsamlingen, sammanträder normalt i maj varje år. Världshälsoförsamlingen har enligt artikel 21 i WHO:s stadga befogenhet att anta reglementen om bl.a. karantänsbestämmelser och sanitära bestämmelser och andra åtgärder för att förhindra internationell spridning av sjukdomar.

Internationella hälsoreglementet

Det internationella hälsoreglementet (IHR) är ett ramverk för medlemsländerna inom WHO. Det första reglementet antogs vid den fjärde Världshälsoförsamlingen 1951. Det ersattes år 1969 med IHR 1969. Det nu gällande internationella hälsoreglementet antogs 2005 och betecknas följaktligen IHR 2005.

Syftet med IHR 2005 anges i artikel 2 och är, liksom för tidigare versioner, att ge största möjliga skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids internationellt med minsta möjliga hinder för den internationella trafiken.

IHR utgör en övergripande rättslig ram som definierar ländernas rättigheter och skyldigheter. Inom den enskilda statens ansvar ligger att skapa och upprätthålla ett system för att övervaka och rapportera allvarliga hälsohot, samt att rapportera till WHO. IHR innehåller också specifika bestämmelser som bl.a. anger hur karantänsflygplatser och karantänshamnar ska organiseras.

Ursprungligen var IHR uppbyggt kring ett antal kända sjukdomar. Till följd av erfarenheterna av utbrottet av sars 2003 omfattar IHR 2005 i stället samtliga allvarliga hot mot människors hälsa som kan spridas internationellt, oavsett hotets ursprung eller källa. Smittsamma sjukdomar, oavsett om de smittar mellan människor eller från djur eller livsmedel till människor, omfattas, liksom t.ex. kemikalier och radioaktiva ämnen. Det har inte heller någon betydelse om spridningen är avsiktlig eller oavsiktlig. Det krävs dock att det ska finnas en risk för internationell spridning.[19]

[19] Prop. 2005/06:215 s. 14 och 15.

WHO:s generaldirektör får fastställa att en händelse utgör ett allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning (public health emergency of international concern, PHEIC) enligt artikel 12. Följden av ett sådant fastställande blir bl.a. att generaldirektören ska utfärda tillfälliga rekommendationer enligt artikel 15. Sådana tillfälliga rekommendationer får omfatta hälsoåtgärder som parter ska vidta med avseende på personer, bagage, last, containrar, transportmedel, gods och postförsändelser för att förhindra eller begränsa internationell spridning av sjukdom och undvika onödig störning av internationell trafik. Rekommendationerna gäller normalt tre månader men kan förlängas. PHEIC-instrumentet fanns inte i äldre IHR. Sedan IHR 2005 trädde i kraft har åtta händelser förklarats utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning.

Tabell 3.1 Allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning

Fastställande av PHEIC enligt artikel 12 i IHR 2005

Sjukdomsutbrott	Datum för fastställande	Datum för upphörande
H1N1-influensa	25 april 2009	10 augusti 2010
Ebola (Västafrika)	8 augusti 2014	29 mars 2016
Polio	5 maj 2014	pågående
Zika	1 februari 2016	18 november 2016
Ebola (D.R. Kongo)	17 juli 2019	26 juni 2020
Covid-19	30 januari 2020	5 maj 2023
Mpox	23 juli 2022	11 maj 2023
Mpox	14 augusti 2024	pågående

IHR 2005 i svensk rätt

IHR 2005 genomfördes i svensk rätt genom IHR-lagen och ett tillägg i smittskyddslagen. I övrigt ansågs Sverige uppfylla de åtaganden som följde av reglementet. I propositionen anges att IHR-lagen, på motsvarande sätt som den ersatta karantänslagen (1989:290), bör utgöra ett komplement till annan lagstiftning inom olika områden som rör skydd mot hot mot människors hälsa. Det anges också att lagen inte bör innehålla några självständiga tvångsåtgärder mot män-

niskor. Tvångsåtgärder mot person får i stället vidtas med stöd av annan lagstiftning, främst smittskyddslagen.[20]

I IHR-lagen anges att den syftar till att skydda mot internationella hot mot människors hälsa (1 § första stycket). Med ett internationellt hot mot människors hälsa avses i lagen en risk för att smittämnen eller andra ämnen som utgör eller kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder (2 § första stycket). Det kan vara fråga om sjukdomar som smittar till eller mellan människor, men även andra ämnen än smittsamma ämnen, exempelvis kemikalier, biologiska och radioaktiva ämnen.[21] Det innebär att IHR-lagen innefattar fler former av hälsohot än smittsamma sjukdomar, till skillnad från smittskyddslagen, men avser å andra sidan enbart de allvarligaste formerna av händelser.

Sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga alltid ska anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa. Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om vilka andra sjukdomar och ämnen som ska anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa (2 § andra–tredje styckena).

Kommunerna svarar enligt IHR-lagen för att åtgärder till skydd för människors hälsa vidtas i fråga om transportmedel, bagage och annat gods samt djur. Regionerna svarar för att smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor vidtas (4 § första och andra styckena). Smittskyddsläkaren ska samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser samt hjälpa kommuner och myndigheter när de utför uppgifter enligt lagen (8 §). Folkhälsomyndigheten är nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvarar för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt IHR-lagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av den (5 §).

Av förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa framgår att polio alltid ska anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa. I samma förordning finns bemyndiganden till Folkhälsomyndigheten. Myndigheten har med stöd av dessa meddelat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:8) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa och föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:9) om under-

[20] Prop. 2005/06:215 s. 57 och 58.
[21] Prop. 2005/06:215 s. 31–33 och 57.

rättelseskyldighet vid internationella hot mot människors hälsa. Av de förstnämnda föreskrifterna framgår bl.a. vilka åtta hamnar som är karantänshamnar och vilka fem flygplatser är karantänsflygplatser.

Ändringarna i IHR som beslutades 2024

Covid-19-pandemin föranledde WHO att i november 2022 initiera en revision av IHR, i syfte att stärka vissa delar i det gällande regelverket. En sådan revidering antogs vid Världshälsoförsamlingen (WHA77) i juni 2024. Ändringarna i IHR omfattar bl.a. följande.

- Begreppet pandemihot (pandemic emergency) förs in. Fastställandet av pandemihot liknar fastställandet av PHEIC men utgör en allvarligare nivå av hot. Enligt en ny bestämmelse (artikel 4 a) ska generaldirektören, om denne har fastställt att en händelse utgör en PHEIC, ta ställning till om händelsen även utgör ett pandemihot. Även pandemihot ska följas av tillfälliga rekommendationer enligt artikel 15.
- Bestämmelser för mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvårdsprodukter (relevant health products) förs in i artikel 13.
- Det etableras en samordnande finansiell mekanism (Coordinating Financial Mechanism) genom en ny artikel 44 a. Mekanismen ska bl.a. främja finansiering av implementeringen av IHR.
- En särskild partskommitté inrättas för att underlätta en effektiv implementering av IHR, särskilt artikel 44 och 44 a som avser finansiering (artikel 54 a).
- Begreppet nationell IHR-myndighet (National IHR Authority) införs. Medlemsstaterna ska utse eller inrätta en sådan myndighet, dvs. det kan vara en ny myndighet eller en befintlig. Sedan tidigare finns i IHR det som benämns nationell IHR-kontaktpunkt, vilken också utses av medlemsstaten (artikel 4).
- I artikel 18 förs in bestämmelser om att WHO, vid utfärdande av rekommendationer, ska ta hänsyn till behovet av att underlätta internationella resor och upprätthålla internationella leveranskedjor.

– I artikel 2 förs in att reglementets syfte och tillämpningsområde även omfattar att förbereda inför internationell spridning av sjukdomar på sätt som är förenliga med och begränsar sig till risk för människors hälsa och som undviker att i onödan störa internationellt resande och internationell handel. Tidigare angavs enbart att det var fråga om att var att förebygga, skydda mot, kontrollera och vidta åtgärder mot sådan spridning på nämnda sätt.

Varje medlemsland behöver ta ställning till ändringarna i IHR. Enligt artikel 59 träder ändringar av IHR i kraft tolv månader efter generaldirektörens meddelande om antagande av ändringen (notification of adoption). Generaldirektören meddelade medlemsstaterna om antagande den 19 september 2024. Ändringarna av IHR kommer därmed att träda i kraft den 19 september 2025. Medlemsstater kan dock avvisa eller reservera sig mot ändringarna senast den 19 juli 2025.[22]

Arbetet med det reviderade IHR 2005 pågår i Regeringskansliet. Om Sverige väljer att inte reservera sig mot eller avvisa ändringarna kan det svenska regelverket som genomför IHR 2005 behöva ses över. Enligt vad utredningen har erfarit kommer revisionen av IHR dock inte att föranleda att EU:s hälsohotsförordning (se avsnitt 3.4.3) behöver justeras.

Ett nytt pandemifördrag

Covid-19-pandemin föranledde WHO att vid en specialsession hösten 2021 besluta att tillsätta en mellanstatlig förhandlingsorganisation för att förbereda ett fördrag om beredskapen inför och hanteringen av pandemier. Syftet med ett kommande pandemifördag är enligt regeringen att effektivisera medlemsländernas samarbete med varandra och med WHO samt att stärka medlemsländernas beredskap. Det finns en samsyn bland WHO:s medlemsländer att covid-19-pandemin visade på stora brister i den globala beredskapen vid omfattande hälsokriser och att det fick långtgående konsekvenser. Syftet med ett globalt pandemifördrag är att åtgärda dessa brister

[22] Fyra medlemsstater avvisade en ändring i artikel 59 som antogs 2022, med följden att dessa medlemsstater kan bli bundna av ändringarna först den 19 september 2026 i enlighet med den tidigare tidsgränsen om 24 månader i artikel 59. Sverige är inte en av de fyra medlemsstaterna.

och stärka världens förmåga att förebygga och hantera hälsokriser så att de inte utvecklas till pandemier i framtiden.[23] Förhandlingarna inleddes i februari 2022. Vid WHA77 enades WHO:s medlemsstater om att fortsätta förhandlingarna med målet att nå samsyn till Värdshälsoförsamlingens möte 2025, WHA78.

3.4.2 Nato

Sedan den 7 mars 2024 är Sverige medlem i Nato.[24] Nordatlantiska fördraget, som ingicks 1949 av tolv stater, utgör grunden för Nato. Nato etablerades 1951 som en permanent organisatorisk tillämpning av nordatlantiska fördraget. Syftet med Nato är att värna medlemmarnas suveränitet och territoriella integritet genom att skapa en organisation för kollektivt försvar. Nato är en mellanstatlig organisation som består av både en politisk och en militär del. Nato och de allierade arbetar för att stärka totalförsvaret och krisberedskapen inbegripet säkerställandet av samhällsviktiga funktioner. Grunden för det arbetet utgörs av artikel 3 i nordatlantiska fördraget. Där anges att för att effektivare uppnå målen för fördraget ska parterna, var för sig och tillsammans, genom kontinuerlig och effektiv egen beredskap och ömsesidigt bistånd, upprätthålla och utveckla sin individuella och kollektiva förmåga att stå emot väpnade angrepp.[25]

Resiliens

Det civila beredskapsarbetet inom Nato syftar till att stärka alliansens resiliens, dvs. förmågan att kunna motstå och återhämta sig från större störningar och kriser som t.ex. naturkatastrofer, avbrott i kritisk infrastruktur, hybridattacker eller väpnat angrepp. Inom Natos civila beredskapsarbete anges tre grundförmågor (*core functions*) som särskilt viktiga för att samhället ska fungera. Det handlar om förmåga att:

[23] Regeringskansliet. Frågor och svar om WHO:s pandemifördrag och internationella hälsoreglemente. 2024. Hämtat 2024-07-03 från https://www.regeringen.se/artiklar/2024/02/fragor-och-svar-om-whos-pandemifordrag-och-internationella-halsoreglemente.
[24] SÖ 2024:1. Nordatlantiska fördraget.
[25] Prop. 2022/23:74 s. 12–14 och SÖ 2024:1 s. 3.

– säkerställa politiskt beslutsfattande och centrala ledningsfunktioner,
– säkerställa viktiga samhällsfunktioner, och
– säkerställa civilt stöd till militära verksamheter.

Utifrån dessa grundförmågor anges sju områden som särskilt viktiga för att stärka den civila motståndskraften, ”NATO 7 Baseline Requirements for National Resilience” (7NBR):

– säkerställande av politiskt beslutsfattande och centrala ledningsfunktioner
– resilient energiförsörjning
– effektiv hantering av okontrollerade befolkningsrörelser
– resilienta system för livsmedels- och dricksvattenförsörjning
– hantering av stora masskadeutfall och hälsokriser
– resilienta civila kommunikationssystem, och
– resilienta transportsystem.

De tre grundförmågorna och de sju civila förmågorna hänger samman vilket innebär att om ett område påverkas så kan även de andra drabbas. Inom Nato är resiliensarbetet ett gemensamt åtagande för de allierade men ett nationellt ansvar. Det innebär att Natos primära roll är att stödja medlemsstaterna. Den civila beredskapen är en central pelare för medlemsstaternas resiliens och avgörande för den kollektiva försvarsförmågan. Resiliensfrågorna har under senare år vuxit i betydelse inom Nato.[26]

Resilienskommittén

Natos högsta organ för civila beredskapsfrågor är resilienskommittén (Recilience Committee, RC). Under RC finns sex planeringsgrupper. Regeringskansliet har det övergripande ansvaret för att hålla

[26] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Natos civila beredskapsarbete. 2024. Hämtat 2024-04-11 från https://www.msb.se/sv/om-msb/internationella-samarbeten/nato-samarbete/natos-civila-beredskapsarbete. North Atlantic Treaty Organization. Resilience, civil preparedness and Article 3. 2024. Hämtat 2024-04-11 från https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_132722.htm.

samman Sveriges arbete i RC inklusive dess planeringsgrupper. Planeringsgrupperna är:

- Planeringsgruppen för civilskyddsfrågor (Civil Protection Group, CPG), där Sverige representeras av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
- Planeringsgruppen för transportfrågor (Transport Group, TG), där Sverige representeras av Trafikverket.
- Planeringsgruppen för livsmedels- och jordbruksfrågor (Food and Agriculture Planning Group, FAPG), där Sverige representeras av Livsmedelsverket och Statens jordbruksverk.
- Planeringsgruppen för hälsofrågor (Joint Health Group, JHG), där Sverige representeras av Socialstyrelsen.
- Planeringsgruppen för energifrågor (Energy Planning Group, EPG), där Sverige representeras av Energimyndigheten.
- Planeringsgruppen för civila kommunikationer (Civil Communications Planning Group, CCPG), där Sverige representeras av Post- och telestyrelsen.

Det finns också ett antal utpekade s.k. stödjande myndigheter som ska delta i möten utifrån dagordningarna samt i övrigt stödja arbetet. Bland dessa myndigheter finns bl.a. Folkhälsomyndigheten och SVA. MSB har samordningsansvar för de svenska myndigheter som deltar i Natos civila beredskapsarbete (18 § förordningen med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap). I det ansvaret ligger bl.a. att kontinuerligt sprida relevanta dokument och information till de myndigheter som har behov av detta för sin verksamhet.

Natos funktion för koordinering av katastrofinsatser

Euro-Atlantic Disaster Response and Coordination Centre (EADRCC) är Natos funktion inom civil beredskap som koordinerar katastrofinsatser. EADRCC samlar personal från flera länder och bedriver även civil övningsverksamhet. MSB är nationell kontaktpunkt för EADRCC. Funktionen aktiverades bl.a. under covid-19-pandemin. EADRCC faciliterade då bl.a. överföring av medicinska

förnödenheter såsom masker, handskar, desinfektionsmedel och respiratorer till länder som begärde hjälp. [27]

Förslag om ny lag om internationellt hälso- och sjukvårdsarbete

Hösten 2023 fick en utredare i uppdrag att utreda hur relevanta regelverk på hälso- och sjukvårdens område kan anpassas för att möjliggöra för internationellt samarbete i Sverige under normalläge och fredstida kris samt vid höjd beredskap och ytterst krig. Av uppdraget framgår bl.a. att internationellt samarbete är en viktig del i den svenska säkerhetspolitiken, att Sverige ska kunna ge och ta emot militärt stöd och att Sverige så långt som möjligt bör utveckla en gemensam operationsplanläggning med Finland samt samordna operationsplanering med Danmark, Norge, Storbritannien, USA och Nato. Vidare lyfts att ett medlemskap i Nato skulle kunna innebära att utländska militära förband kan komma att verka i Sverige samtidigt som svenska militära förband kommer att bidra till Natos säkerhet i andra geografiska områden. Det framgår att i militära förband finns regelmässigt sjukvårdskomponenter som har till uppgift att ta hand om det skadeutfall som sker på stridsfältet. Sjukvårdspersonalen i sådana förband bedriver även viss vård inom förbandet. Utredaren skulle särskilt beakta det arbete som pågick med att se över vissa rättsliga frågor inför ett medlemskap i Nato (Fö 2022:A) liksom arbetet i vår utredning.

I december 2024 överlämnades utredningens promemoria[28] där det framgår att utredningen bedömer att det inte behöver införas särskilda bestämmelser om smittskydd vid internationellt hälso- och sjukvårdssamarbete. Utredningen föreslår en lag om att utländska vårdgivare och deras personal i vissa fall får bedriva verksamheten och utföra sitt arbete i enlighet med de bestämmelser som gäller i den sändande staten. Detta innefattar också bestämmelser om smittskydd som tillämpas i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Utredningen bedömer dock att behov av informationsutbyte mellan den

[27] North Atlantic Treaty Organization. Euro-Atlantic Disaster Response Coordination Centre. 2024. Hämtat 2025-01-23 från https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_52057.htm? För mer utförlig information om EADRCC:s insatser med anledning av covid-19, se: North Atlantic Treaty Organization. NATO's Response to the COVID-19 Pandemic. 2021. Hämtat 2025-01-12 från https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/2021/3/pdf/2103-factsheet-COVID-19-en.pdf.
[28] Ds 2024:33.

utländska hälso- och sjukvården och svenska myndigheter bör kunna hanteras genom samarbete.

Det framgår vidare att utredningen särskilt övervägt om bestämmelserna om anmälan av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning i 2 kap. smittskyddslagen och läkarundersökning och smittspårning i 3 kap. smittskyddslagen skulle gälla även för utländska vårdgivare och personal. Detta på grund av att utredningen bedömde att dessa bestämmelser är särskilt betydelsefulla för samspelet mellan vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal och det svenska smittskyddssystemet med smittskyddsläkare och Folkhälsomyndigheten. Utredningen konstaterar dock att det för amerikansk militär hälso- och sjukvård i Sverige redan finns en gällande reglering i 7 § lagen (2020:782) om operativt militärt stöd. Enligt den får den amerikanska militära hälso- och sjukvården tillämpa amerikanska bestämmelser i Sverige och det finns inte något undantag för eller särskild reglering för smittskyddsåtgärder. Utredningen konstaterar att regeringen i förarbetena till den bestämmelsen angett att den amerikanska hälso- och sjukvårdspersonalen inte kommer att omfattas av t.ex. anmälnings- och smittspårningsplikt enligt smittskyddslagen men att det följer av både det avtal Sverige har ingått med USA, DCA-avtalet (Defence Cooperation Agreement) och av Nato SOFA-avtalet (avtalet mellan parterna i Nordatlantiska fördraget om status för deras styrkor) att gästande stat ska respektera värdlandets lagstiftning.[29] Regeringen bedömde också att nödvändig information på smittskyddsområdet bör lämnas från båda sidor med hänsyn till att det i DCA-avtalet anges att parterna ska anta ett preventivt förhållningssätt på folkhälsoområdet och att behöriga myndigheter från båda länderna avser att samråda i frågor på området. Utredningen bedömer att det i likhet med vad som gäller för amerikansk militär hälso- och sjukvård inte heller är nödvändigt med särskilt reglerade skyldigheter på smittskyddsområdet för andra utländska vårdgivare som får tillämpa utländska bestämmelser i Sverige. Utredningen konstaterar att SOFA-avtalet gäller även för andra stater inom alliansen och inte bara USA.

Vad gäller utländsk civil hälso- och sjukvård som är utsänd av en annan stat konstaterar utredningen att det kan tänkas att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer anger särskilda villkor på smittskyddsområdet i beslutet att den utländska vårdgivaren får

[29] Prop. 2023/24:141 s. 185.

bedriva verksamhet i Sverige. Utredningens förslag hindrar inte den svenska hälso- och sjukvården att exempelvis spåra en smitta inom en utländsk styrka eller att en svensk myndighet beslutar om en smittskyddsåtgärd som avser en medlem i en utländsk militär styrka eller någon som arbetar hos en utländsk vårdgivare.[30]

Förslagen i promemorian bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

3.4.3 Europeiska unionen

Hälsopolitiken på EU-nivå innehåller två större delområden, sjukvårdsfrågorna och folkhälsopolitiken. EU:s roll har varit mer betydande avseende folkhälsopolitiken men unionen har utvecklat en större roll inom båda områdena. Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) anger vilka områden som EU får fatta beslut om och hur besluten ska gå till. Av artikel 168 EUF-fördraget framgår bl.a. att EU:s insatser ska komplettera den nationella politiken samt att EU ska främja samarbete mellan medlemsstaterna och vid behov stödja deras insatser. Vidare framgår att när unionen vidtar åtgärder ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

EU:s hälsopolitik har dock i praktiken ofta tillkommit på andra rättsliga grunder, t.ex. som ett led i främjandet av den inre marknaden.[31]

Europeiska kommissionen består av olika avdelningar, s.k. generaldirektorat. Generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet (DG Sante) ansvarar för EU:s politik för livsmedelssäkerhet och hälsa. Genomförandeorganet för hälsofrågor och digitala frågor (European Health and Digital Executive Agency, Hadea) utgör en del av DG Sante. EU har även två särskilda myndigheter för hälsofrågor: Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) som inrättades 2004 och startade sin verksamhet 2005 och Europeiska läkemedelsmyndigheten (European Medicines Agency,

[30] Ds 2024:33 s. 164–166.
[31] Bengtsson L. Från pandemihantering till hälsounion – tillbakablick och framtidsspaningar. Stockholm: Svenska institutet för europapolitiska studier (Sieps); 2024. Europapolitisk analys; Juni 2024:14epa, s. 2.

EMA) som inrättades 1995. ECDC brukar ibland benämnas kallas EU:s smittskyddsmyndighet.

Ett antal hälsokriser har bidragit till att driva på EU:s roll inom hälsopolitiken, bl.a. galna ko-sjukan (se avsnitt 3.2.2), mjältbrandsattackerna i USA, sars-utbrottet och covid-19-pandemin.[32]

Som en följd av covid-19-pandemin inrättades hösten 2021 en särskild EU-myndighet för beredskap och insatser vid hälsokriser (Health Emergency Preparedness and Response, Hera). Hera inrättades för att få till stånd samordnade åtgärder på unionsnivå för att motverka hälsokriser, inklusive övervakning, snabb utveckling, tillverkning, upphandling och rättvis distribution av medicinska motåtgärder[33].

Covid-19-pandemin har även lett till att ECDC och EMA genom förordningar fått utökade mandat inom ramen för det som benämns en europeisk hälsounion.[34,35]

Europeiska centrumet för förebyggande kontroll och sjukdomar (ECDC)

För att öka unionens och medlemsstaternas kapacitet att skydda människors hälsa genom förebyggande och kontroll av smittsamma sjukdomar hos människor har ECDC bl.a. i uppdrag att identifiera och bedöma befintliga och nya hot mot människors hälsa från smittsamma sjukdomar och att rapportera om detta. ECDC:s uppdrag och uppgifter regleras i Europaparlamentet och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar. I det följande går vi översiktligt igenom de artiklar som bedöms vara särskilt relevanta för betänkandet.

Kapitel I (artiklarna 1–4) innehåller allmänna bestämmelser. I artikel 3 anges ECDC:s uppdrag och uppgifter. Där framgår att ECDC bl.a. ska utföra följande uppgifter:

[32] Bengtsson L. 2024, s. 3 och 5.
[33] Se skäl 1 i kommissionens beslut nr 2021/C 3931/02 av den 16 september 2021 om inrättande av myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser.
[34] Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2022/123 av den 25 januari 2022 om en förstärkt roll för Europeiska läkemedelsmyndigheten vid krisberedskap och krishantering avseende läkemedel och medicintekniska produkter.
[35] Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2022/2370 av den 23 november 2022 om ändring av förordning (EG) nr 851/2004) om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar.

- Tillhandahålla analyser, vetenskaplig och teknisk rådgivning, yttranden, riktlinjer, vetenskapsbaserade rekommendationer och stöd avseende unionens och medlemsstaternas åtgärder, i syfte att förebygga och kontrollera smittsamma sjukdomar och relaterade särskilda hälsofrågor, inbegripet riskbedömningar, analys av epidemiologisk information, planering av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser samt epidemiologisk modellering, förhandsplanering och prognostisering (artikel 3.2 c).
- Bidra till att definiera forskningsprioriteringar (se artikel 3.2 i).
- Stödja insatser i medlemsländerna mot epidemier och sjukdomsutbrott (se artikel 3.2 k).
- På begäran av kommissionen, eller Hälsosäkerhetskommittén (Health Security Committee, HSC), eller på eget initiativ, tillhandahålla aktuell, lättillgänglig och evidensbaserad information till allmänheten på alla unionens officiella språk, om smittsamma sjukdomar och hot mot hälsan som dessa utgör och om relevanta åtgärder för förebyggande och kontroll, med vederbörlig hänsyn till medlemsstaternas behörigheter (artikel 3.2 m).

Medlemsstaternas skyldigheter framgår av artikel 4. Där framgår bl.a. att medlemsstaterna regelbundet, och i enlighet med överenskomna tidsplaner, falldefinitioner, indikatorer, standarder, protokoll och förfaranden, meddela centrumet uppgifter om övervakning av smittsamma sjukdomar, relaterade särskilda hälsofrågor och andra allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa som genomförs i enlighet med artikel 13 i hälsohotsförordningen (artikel 4 a), se om hälsohotsförordningen nedan. Medlemsstaterna ska underrätta ECDC om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa så snart de upptäcks genom systemet för tidig varning och reaktion (Early Warning and Response System, EWRS) enligt artikel 18 i hälsohotsförordningen (artikel 4 b). Det framgår även att medlemsstaterna ska utarbeta nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser i enlighet med artikel 6 i hälsohotsförordningen (artikel 4 d). Angående hälsohotsförordningen se avsnittet nedan.

Kapitel II (artiklarna 5–12) avser ECDC:s verksamhetsformer. ECDC ska säkerställa den integrerade driften av nätverket för epidemiologisk övervakning enligt artikel 13.1 i hälsohotsförordningen

och den integrerade driften av EU-referenslaboratorier enligt artikel 15 i hälsohotsförordningen (se artikel 5.1). ECDC ska lämna oberoende vetenskapliga yttranden och uppgifter samt oberoende vetenskaplig expertrådgivning och information (artikel 6.1).

Kapitel III (artiklarna 13–18) innehåller bestämmelser om ECDC:s organisation. Kapitel IV–VIII (artiklarna 19–33) innehåller bestämmelser om öppenhet och sekretess, finansiella bestämmelser, allmänna bestämmelser och slutbestämmelser.

Förordningen om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa (hälsohotsförordningen)

Tidigare reglering

År 1999 inrättades i EU ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i gemenskapen. Syftet var att främja samarbete och samordning mellan medlemsstaterna med bistånd av kommissionen för att inom gemenskapen bättre kunna förebygga och kontrollera vissa angivna grupper av smittsamma sjukdomar. Nätverket användes för epidemiologisk övervakning av de angivna sjukdomarna samt som system för tidig varning och reaktion för förebyggande och kontroll av dessa sjukdomar.[36]

Med anledning av vissa slutsatser om bioterrorism inrättades år 2001 en informell rådgivande grupp på europeisk nivå, HSC. Gruppen bestod av företrädare, på hög nivå, för medlemsstaterna.

I efterdyningarna av svininfluensapandemin 2009 togs ett ramverk för gränsöverskridande hälsohot fram, ofta benämnt hälsohotsakten, som ersatte det tidigare beslutet.[37] Genom hälsohotsakten fick HSC en mer formell ställning och tydligt fastställd roll. Hälsohotsakten omfattade bl.a. beredskaps- och insatsplanering, gemensam upphandling av medicinska motåtgärder, epidemiologisk övervakning och tillfällig monitorering, tidig varning och reaktion och nödsituationer. Med hälsohotsakten ville unionen, i likhet med WHO:s bredare synsätt kring internationella hot mot folkhälsan, utvidga den rättsliga ramen så att även andra hot än vissa utpekade

[36] Europaparlamentet och rådets beslut nr 2119/98/EG av den 24 september 1998 om att bilda ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i gemenskapen.
[37] Europaparlamentet och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävandet av beslut nr 2119/98/EG.

sjukdomar skulle omfattas. Hälsohotsakten omfattade biologiska hot (bl.a. smittsamma sjukdomar), kemiska hot, hot av miljöursprung och hot av okänt ursprung. Till skillnad från IHR 2005 omfattades dock inte radioaktiva hot. Sådana hot hanterades i stället inom den europeiska atomenergigemenskapen (The European Atomic Energy Community, Euratom).

Som en konsekvens av covid-19-pandemin ville kommissionen bygga upp en mer kraftfull rättslig ram genom förordningar för att stärka samordningen och EU-byråernas roll. Förutom att som tidigare nämnts stärka mandaten för ECDC och EMA föreslog kommissionen en uppgradering av hälsohotsakten. I november 2022 fattades beslut om en förordning, Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2371 av den 23 november 2022 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 1082/2013/EU, härefter benämnd hälsohotsförordningen. Genom hälsohotsförordningen upphävdes hälsohotsakten.

Hälsohotsförordningen

Hälsohotsförordningen syftar till att på olika sätt stärka beredskapen för gränsöverskridande hälsohot, däribland smittsamma sjukdomar, både på EU-nivå och på medlemsstatsnivå. Förordningen innehåller 35 artiklar fördelat på sex kapitel. Kommissionen ges på flera punkter befogenheter att meddela genomförandeakter eller delegerade akter som kompletterar hälsohotsförordningen. I det följande går vi översiktligt igenom de artiklar som bedöms relevanta för betänkandet.

Kapitel I (artiklarna 1–4) innehåller allmänna bestämmelser. I artikel 2 anges tillämpningsområdet för förordningen. Förordningen är bl.a. tillämplig på folkhälsoåtgärder avseende biologiska hot. Biologiska hot omfattar bl.a. smittsamma sjukdomar och antimikrobiell resistens och vårdrelaterade infektioner relaterade till smittsamma sjukdomar. Vilka smittsamma sjukdomar som omfattas fastställs av kommissionen, se vidare nedan gällande artikel 13.10. I artikel 3 finns definitioner. I artikel 4 regleras en förstärkning av HSC:s mandat jämfört med vad som gällde enligt hälsohotsakten.

Kapitel II (artiklarna 5–12) avser planering av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser. Bland annat ska kommissionen upp-

rätta en unionsplan för hälsokriser och pandemier (artikel 5.1). Unionsplanen ska komplettera nationella planer som upprättas enligt artikel 6 (artikel 5.2). Medlemsländerna ska vart tredje år förse kommissionen och relevanta unionsbyråer och unionsorgan med en uppdaterad rapport om planering av förebyggande åtgärder, beredskap och insatser och genomförandet på nationell nivå (artikel 7). ECDC ska vart tredje år bedöma läget avseende genomförandet i medlemsstaterna av nationella planer och hur de förhåller sig till unionsplanen. Bedömningen bygger bl.a. på den rapport som lämnats enligt artikel 7 (artikel 8). Bestämmelserna om unionsplanen och nationella planer beskrivs närmare i avsnitt 10.2.1. Artikel 12 avser gemensam upphandling av medicinska motåtgärder. Med medicinsk motåtgärd avses humanläkemedel enligt definitionen i Europaparlamentet och rådets direktiv 2001/83/EG[38], en medicinteknisk produkt enligt definitionen i artikel 2.1 i Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2017/745[39], jämfört med artikel 1.2 och 1.6 a i den förordningen, och en medicinteknisk produkt för in vitro-diagnostik enligt definitionen i artikel 2.2 i Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2017/746[40] (artikel 3.10 och 3.12 hälsohotsförordningen).

Kapitel III (artiklarna 13–17) avser epidemiologisk övervakning, EU-referenslaboratorier och tillfällig monitorering.

Enligt artikel 13 ska det som benämns *nätverket för epidemiologisk övervakning* bl.a. säkerställa kontinuerlig kommunikation mellan kommissionen, ECDC och de behöriga myndigheter som på nationell nivå ansvarar för epidemiologisk övervakning. Nätverket ska bl.a. sträva efter att monitorera utbrott och långsiktigare tendenser avseende smittsamma sjukdomar, identifiera och monitorera riskfaktorer för överföring av sjukdomar samt riskutsatta befolkningsgrupper som är i behov av riktade förebyggande åtgärder, samt stödja behöriga hälsomyndigheters åtgärder för kontaktspårning (artikel 13.2). Artikel 13.3 reglerar behöriga myndigheters skyldig-

[38] Europaparlamentet och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel.
[39] Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG.
[40] Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2017/746 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik och om upphävande av direktiv 98/79/EG och kommissionens beslut 2010/227/EU.

het att dela data och information till de andra myndigheterna i nätverket. Det handlar om att lämna information, på grundval av överenskomna indikatorer och standarder. Bland informationen som ska lämnas finns data och information som kan jämföras och är kompatibla i relation till den epidemiologiska övervakningen av de smittsamma sjukdomar som kommissionen har fastställt, och information om monitoreringssystem för kontaktspårning som utvecklats på nationell nivå. Vid rapporteringen ska kommissionens beslutade falldefinitioner användas, om sådana finns. De nu gällande smittsamma sjukdomar och relaterade särskilda hälsofrågor som nätverket för epidemiologisk övervakning ska omfatta samt de falldefinitioner som ska tillämpas av bilaga I och II till kommissionens genomförandebeslut (EU) 2018/945[41]. Enligt artikel 13.10 hälsohotsförordningen ska kommissionen genom genomförandeakter fastställa och uppdatera en förteckning över de smittsamma sjukdomar som ska omfattas av förordningens tillämpningsområde. Syftet är att säkerställa täckning av sjukdomarna genom nätverket för epidemiologisk övervakning. Kommissionen ska också fastställa och uppdatera falldefinitioner för varje smittsam sjukdom som är föremål för epidemiologisk övervakning, i syfte att säkerställa att insamlade data är jämförbara och kompatibla på unionsnivå. I mitten av januari 2025 hade kommissionen ännu inte beslutat om några nya sådana genomförandeakter.

Hälsohotsförordningen innebär också att två nya nätverk inrättas, ett nätverk av EU-referenslaboratorier och ett EU-nätverk för ämnen av mänskligt ursprung (artikel 15 och artikel 16). Kommissionen antog i mars 2024 en genomförandeförordning genom vilken EU-referenslaboratorier inom sex olika områden utsågs. Folkhälsomyndigheten utsågs till att leda det konsortium som ansvarar för nya, gnagarburna och zoonotiska viruspatogener, och deltar i det konsortium som ansvarar för nya och zoonotiska bakteriella högriskpatogener. Det kliniskt mikrobiologiska laboratoriet i Region Kronoberg utsågs till att ingå i det konsortium som ansvarar för antimikrobiell resistens hos bakterier.[42]

Kapitel IV (artiklarna 18–22) avser tidig varning och reaktion.

[41] Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2018/945 av den 22 juni 2018 om smittsamma sjukdomar och relaterade särskilda hälsofrågor som ska omfattas av epidemiologisk övervakning samt relevanta falldefinitioner.
[42] Kommissionens genomförandeförordning (EU) 2024/892 av den 22 mars 2024 om utseende av Europeiska unionens referenslaboratorier för vissa specifika folkhälsoområden.

Enligt artikel 19 ska behöriga nationella myndigheter eller kommissionen utfärda en varning i EWRS om uppkomsten eller utvecklingen av ett allvarligt gränsöverskridande hot mot människors hälsa som uppfyller vissa där angivna kriterier. I samband med detta ska den behöriga myndigheten lämna all relevant tillgänglig information som kan vara användbar för samordningen, bl.a. information om ämnet, datum och plats för händelsen eller utbrottet, överförings- eller spridningssätt, folkhälsoåtgärder som genomförs eller är avsedda att genomföras på nationell nivå och personuppgifter som krävs för kontaktspårning. Vidare införs en procedur för att utföra en riskbedömning efter att en varning utfärdats enligt artikel 19. I arbetet med riskbedömningen ingår, om det är fråga om smittsamma sjukdomar, i första hand ECDC. Även andra organ kan dock involveras beroende på omständigheterna (artikel 20). Vidare får kommissionen komplettera medlemsstaternas åtgärder genom att anta rekommendationer om gemensamma tillfälliga folkhälsoåtgärder. Rekommendationerna ska bl.a. respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård (artikel 22). Rekommendationerna är inte bindande (skäl 7). Med folkhälsoåtgärd, beslut eller åtgärd som syftar till att förebygga, monitorera eller kontrollera spridningen av sjukdomar eller kontaminering, bekämpa allvarliga risker för folkhälsan eller minska deras konsekvenser för folkhälsan (artikel 3.9).

Kapitel V (artiklarna 23–25) avser hot mot folkhälsan på unionsnivå. Kommissionen ges befogenhet att vid allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa, och enligt vissa angivna förutsättningar, formellt fastställa ett hot mot folkhälsan på unionsnivå (artikel 23). Av artikeln framgår att innan kommissionen fastställer ett sådant hot ska kommissionen samverka med WHO. Kommissionens fastställande av hot mot folkhälsan på unionsnivå är, bortsett från samverkanskravet med WHO, ett självständigt instrument och inte beroende av WHO:s bedömningar av PHEIC eller pandemihot (se avsnitt 3.4.1). Om kommissionen fastställt ett hot mot folkhälsan på unionsnivå möjliggörs vissa åtgärder, t.ex. gemensam lagerhållning och upphandling av krisnödvändiga läkemedel och medicintekniska produkter samt aktivering av vissa arbetsgrupper (artikel 25). Kommissionen ska vidare inrätta en rådgivande kommitté för hot mot folkhälsan som bl.a. ska stödja kommissionen i

beslutsprocessen för formellt fastställande av ett hot mot folkhälsan på unionsnivå (artikel 24).

Tillhandahållande av nödvändiga medicinska motåtgärder om folkhälsan hotas på unionsnivå

Europeiska unionens råd (rådet) antog i oktober 2022 en ny förordning, rådets förordning (EU) 2022/2372 av den 24 oktober 2022 om en ram för åtgärder som ska säkerställa försörjning av krisnödvändiga medicinska motåtgärder i händelse av ett hot mot folkhälsan på unionsnivå. Skälen var bl.a. att rådet bedömde att unionen inte var tillräckligt förberedd, särskilt inte i början av covid-19-pandemin, för att säkerställa effektiv utveckling, tillverkning, upphandling och distribution av krisnödvändiga medicinska åtgärder (skäl 1). Förordningen trädde i kraft den 26 december 2022.

Genom förordningen fastställs en ram för åtgärder för att säkerställa försörjning av krisnödvändiga medicinska motåtgärder i händelse av ett hot mot folkhälsan (ramen för nödåtgärder). Ramen omfattar bl.a. inrättandet av en hälsokrisstyrelse och monitorering, upphandling samt inköp av krisnödvändiga medicinska motåtgärder och krisnödvändiga råvaror (artikel 1.1 och 1.2 a och b). Med ”hot mot folkhälsan” och ”medicinska motåtgärder” i förordningen avses detsamma som i hälsohotsförordningen (artikel 2.2 och 2.3). Om ett hot mot folkhälsan fastställs får rådet på förslag av kommissionen anta en förordning genom vilken ramen för nödåtgärder aktiveras (artikel 3.1). En sådan förordning påverkar inte den övergripande samordnade roll som Centrumet för samordning av katastrofberedskap (Emergency Response Coordination Centre, ERCC) har inom ramen för unionens civilskyddsmekanism och den politiskt samordnande roll som arrangemanget för integrerad politisk krishantering (The EU Integrated Political Crisis Response Arrangements, IPCR) har (artikel 3.5). Se närmare om ERCC och IPCR nedan under rubriken EU:s krisberedskap.

Om rådet aktiverar en eller flera av de åtgärder som nämns i vissa artiklar i förordningen ska hälsokrisstyrelsen inrättas och säkerställa samordning av åtgärder som rådet, kommissionen, relevanta unionsorgan och -byråer och medlemsstaterna vidtar för att säkerställa försörjning och tillgång till medicinska motåtgärder (artikel 5.1). Hälsokrisstyrelsen ska bestå av kommissionen och en företrädare

för varje medlemsstat. Hälsoskrisstyrelsens sekretariat ska säkerställas av kommissionen (artikel 5.3). Hälsokrisstyrelsen ska säkerställa att bl.a. EMA, ECDC och den rådgivande kommittén för folkhälsan deltar som observatörer, vidare ska även bl.a. en medlemsstats företrädare i HSC samt i vissa fall en företrädare för WHO bjudas in som observatörer (artikel 5.4 andra stycket). Hälsokrisstyrelsen ska säkerställa samordning och informationsutbyte med bl.a. styrgruppen för läkemedelsbrister i EMA, styrgruppen för brister på medicintekniska produkter i EMA, ECDC, HSC, rådgivande kommittén för folkhälsan och ERCC (artikel 5.5). Hälsokrisstyrelsen ska även säkerställa informationsutbyte med IPCR (artikel 5.6).

Det medicintekniska regelverket

Bakgrund

Det gamla regelverket för medicintekniska produkter byggde på tre EU-direktiv.

- Rådets direktiv 90/385/EEG av den 20 juni 1990 om tillnärmning av medlemsstaternas lagstiftning om aktiva medicintekniska produkter för implantation.
- Rådets direktiv 93/42/EEG av den 14 juni 1993 om medicintekniska produkter.
- Europaparlamentet och rådets direktiv 98/79/EG av den 27 oktober 1998 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik.[43]

Direktiven var genomförda i Sverige genom lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter och föreskrifter från Läkemedelsverket. Läkemedelsverket utövade tillsyn över lagen och de föreskrifter som meddelats i anslutning till lagen. Så kallad egentillverkning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården och tandvården omfattades inte av EU-direktiven utan det var en fråga för nationell rätt att hantera. Socialstyrelsen reglerade, genom föreskrifter[44], dels

[43] Prop. 2016/17:197 s. 12.
[44] Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

användningen av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården och tandvården, dels egentillverkning av medicintekniska produkter inom dessa verksamheter. IVO utövade tillsyn över användningen av de medicintekniska produkterna samt över egentillverkningen. Socialstyrelsen förskrifter grundade sig inte på det EU-rättsliga regelverket även om bestämmelserna i berörda delar överensstämde med det.[45]

Kommissionen inledde år 2008 en översyn av de tre EU-direktiven. Bakgrunden var att tillämpningen av EU-direktiven inte varit enhetlig. Det fanns utrymme för olika tolkningar i medlemsstaterna. En utlösande faktor till översynen var också att bröstimplantat i Frankrike, de s.k. PIP (Poly Implant Prothése) hade visat sig innebära säkerhetsrisker. Syftet med det nya regelverket var även att anpassa lagstiftningen till de tekniska och vetenskapliga framsteg som gjorts och att skapa enklare och tydligare regler som skulle främja innovation och gränsöverskridande handel och garantera patientsäkerheten.[46]

I april 2017 fattades beslut om två nya EU-förordningar som ersatte de gamla direktiven.

– Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG (Medical Devices Regulation, MDR).
– Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2017/746 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik och om upphävande av direktiv 98/79/EG och kommissionens beslut 2010/227/EU (In Vitro Diagnostic Regulation, IVDR).

[45] Socialstyrelsen. Konsekvensutredning – förslag till nya föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Dnr 4.1-8405/2021.
[46] Prop. 2020/21:172 s. 69.

MDR och IVDR

MDR omfattar, till skillnad från tidigare regelverk, även produkter som enligt tillverkaren är avsedda för estetiska eller andra icke-medicinska ändamål. MDR och IVDR är särskilt inriktade på krav för bedömning av överensstämmelse för utsläppande på marknaden, tillsyn efter utsläppande på marknaden och spårbarhet för medicintekniska produkter och medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik genom hela leveranskedjan. Till skillnad från EU-regelverket om läkemedel, där produkterna godkänns av myndigheter innan de släpps ut på marknaden, så bygger regelverket för medicintekniska produkter på att myndigheterna kontrollerar och utövar tillsyn över produkterna efter att de släppts ut på marknaden. Det är tillverkarna som ansvarar för att de släpper ut säkra produkter på marknaden.[47]

Innan en produkt släpps ut på marknaden eller tas i bruk ska alltså tillverkaren bedöma om produkten överensstämmer med gällande krav. För produkter i högre riskklasser måste dock en tillverkare anlita ett s.k. anmält organ[48] som bedömer om produkten uppfyller kraven. Om produkten uppfyller kraven, utfärdar det anmälda organet ett intyg för produkten. I förhållande till de tidigare EU-direktivens krav innebär EU-förordningarna att fler produkter måste bedömas av ett anmält organ.[49]

Anledningen till att det blev två EU-förordningar i stället för en var att de medicintekniska produkterna för in vitro-diagnostik ansågs så pass specifika att det krävdes en särskild EU-förordning för dessa även om förordningarna till stor del speglar varandra. Exempel på medicintekniska produkter som omfattas av MDR är kompresser, kontaktlinsprodukter, sprutor, kanyler, infusionsaggregat och pumpar för läkemedelstillförsel. In vitro är latin och betyder ”i glas”. Termen syftar på att biologiskt material studeras utanför sin normala biologiska kontext. In vitro-diagnostik innebär således diagnostik utanför kroppen och exempel på produkter som omfattas av IVDR

[47] Prop. 2020/21:172 s. 69 och 70.
[48] Ett anmält organ är ett företag/en organisation som är utsedda för att få bedriva tredjepartsgranskning av medicintekniska produkter innan utsläppande på marknaden. Se Läkemedelsverket. Anmälda organ. 2024. Hämtat 2024-08-20 från https://www.lakemedelsverket.se/sv/medicinteknik/anmalda-organ#hmainbody1.
[49] Prop. 2023/24:66 s. 21.

är analysutrustning, provrör och olika tester avsedda att upptäcka medicinska tillstånd eller sjukdomar.[50]

I både MDR och IVDR finns det bestämmelser om att en tillverkare innan denne släpper ut en produkt på marknaden ska göra en bedömning av överensstämmelse av produkten i enlighet med vissa angivna tillämpliga förfaranden för bedömning av överensstämmelse (artikel 52 i MDR och artikel 48 i IVDR). Detsamma gäller innan en produkt som inte släppts ut på marknaden tas i bruk. Det gäller dock inte för egentillverkade produkter (artikel 52.2 i MDR och artikel 48.2 i IVDR). Båda förordningarna ger dock viss möjlighet att göra undantag från förfarandena för bedömning av överensstämmelse. Enligt dessa undantagsbestämmelser får en behörig myndighet (i Sverige är det Läkemedelsverket som fått den befogenheten[51]) tillåta att en specifik produkt släpps ut på marknaden eller tas i bruk på den berörda medlemsstatens territorium, trots att förfarandena om överensstämmelse inte genomförts, om användningen av produkten är befogad av skäl som rör folkhälsan eller patienters säkerhet eller hälsa (artikel 59.1 i MDR och artikel 54.1 i IVDR).

MDR och IVDR trädde i kraft den 26 maj 2017. Förordningarna hade ett datum från när de skulle börja tillämpas (tillämpningsdatum). Dock fanns ett antal undantag där specifikt angivna artiklar hade andra tillämpningsdatum. Dessa datum skapade tillsammans en övergångsperiod. Det har även funnit slutdatum för respektive förordnings övergångsperiod. Slutdatumet är det datum före vilket vissa produkter som uppfyller kraven i de gamla direktiven lagligen får släppas ut på marknaden eller tas i bruk. Effekterna av covid-19-pandemin har lett till ändringsförordningar om tillämpningsdatumet för MDR samt förlängning av övergångsperioden av IVDR. Ytterligare ändringsförordningar har beslutats med anledning av att det framkommit att de anmälda organens totala kapacitet fortfarande inte är tillräcklig för att säkerställa att bedömningen av överensstämmelse med det stora antal medicintekniska produkter (inklusive sådana för in vitro-diagnostik) som omfattas av de gamla direktiven kommer att ha slutförts före det tidigare slutdatumet. Detta innebär en risk för brist på sådana produkter i EU. Förlängningarna

[50] Prop. 2020/21:172 s. 70.
[51] 2 kap. 1 § förordningen (2021:631) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

syftar till att säkerställa en hög skyddsnivå för folkhälsan, inbegripet patientsäkerheten, och att undvika brister på medicintekniska produkter som behövs för att hälso- och sjukvården ska fungera smidigt, utan att sänka de nuvarande kvalitets- eller säkerhetskraven.[52]

Aktuella datum framgår av de konsoliderade versionerna av MDR respektive IVDR. Läkemedelsverket har på sin webbplats även sammanfattning av viktiga datum för övergångsbestämmelser i MDR[53] och IVDR[54]. I avsnitt 4.1 och 4.2 i prop. 2024/25:85 finns också en genomgång av de olika ändringsförordningarna.

MDR och IVDR kompletteras i Sverige med lagen (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter, förordningen (2021:631) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter och Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:32) om kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter.

Särskilt om så kallade egentillverkade produkter i MDR och IVDR

Som nämnts ovan omfattade de tidigare EU-direktiven inte egentillverkade medicintekniska produkter eller egentillverkade medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik. Egentillverkade produkter reglerades i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. MDR och IVDR reglerar dock egentillverkade produkter. Genom att EU-regelverket nu omfattar medicintekniska produkter har Läkemedelsverket fått ta över möjligheten att meddela kompletterande föreskrifter för egentillverkade produkter (7 kap. 13 § förordningen med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter). Precis som tidigare är det dock IVO som bedriver tillsyn över dessa produkter (5 kap. 2 § första punkten). Hälso- och sjukvårdsinstitutioner som tillverkar och använder egentillverkade produkter enligt MDR och IVDR ska lämna information om detta till IVO, se 4 kap. 2 § HSLF-FS 2021:32.

[52] Prop. 2023/24:66 s. 20–22 och prop. 2024/25:85 s.13–15.
[53] Läkemedelsverket. Övergångsbestämmelser MDR. 2024. Hämtat 2024-08-20 från https://www.lakemedelsverket.se/sv/medicinteknik/regelverk/overgangsbestammelser-mdr#hmainbody1.
[54] Läkemedelsverket. Övergångsbestämmelser IVDR. 2024. Hämtat 2024-08-20 från https://www.lakemedelsverket.se/sv/medicinteknik/regelverk/overgangsbestammelser-ivdr.

Enligt MDR och IVDR får en medicinteknisk produkt respektive en medicinteknisk produkt för in vitro-diagnostik endast släppas ut på marknaden eller tas i bruk om produkten uppfyller kraven i respektive förordning (artikel 5.1 i MDR och i IVDR). Undantag görs dock för ”produkter som endast tillverkas och används inom hälso- och sjukvårdsinstitutioner som är etablerade i unionen” (dvs. så kallade egentillverkade produkter). Dessa behöver uppfylla krav på säkerhet och prestanda (bilaga I) men inte andra krav i förordningarna under förutsättning att vissa angivna villkor är uppfyllda. (artikel 5.5 i MDR och i IVDR). Som exempel på sådana villkor kan nämnas att produkterna inte får överföras till någon annan juridisk enhet (artikel 5.5 a i MDR och i IVDR), att tillverkningen och användning sker inom ramen för lämpliga kvalitetsledningssystem (artikel 5.5 b i MDR och i IVDR) och att hälso- och sjukvårdsinstitutionen i sin dokumentation motiverar att den avsedda patientgruppens särskilda behov inte kan tillgodoses eller inte kan tillgodoses på motsvarande prestandanivå genom en likvärd produkt som finns på marknaden (artikel 5.5 d i MDR och i IVDR). Artikel 5.5 i MDR och i IVDR är inte tillämplig på produkter som tillverkas i industriell skala (artikel 5.5 tredje stycket i MDR och i IVDR).

Artikel 5.5 i MDR har tillämpats fullt ut sedan den 26 maj 2021 (artikel 123 i MDR). Vad gäller tillämpningen av artikel 5.5 i IVDR så har bestämmelserna införts successivt (de aktuella datumen framgår av artikel 113 i IVDR). Sedan den 26 maj 2022 tillämpas artikel 5.5. med undantag för villkoren i artikel 5.5 b, c och e–i som tillämpas från och med den 26 maj 2024 och artikel 5.5. d som ska tillämpas från och med den 31 december 2030.

Företrädare för ett antal specialistföreningar lyfte i en skrivelse till dåvarande socialministern i juni 2021 bl.a. att IVDR, enligt deras bedömning, kommer att förhindra snabba omställningar av instrumentering och resurser då särskilda behov föreligger, som t.ex. under covid-19-pandemin. Föreningarna yrkade på att tillämpningsdatumet skulle flyttas fram samt att Sverige skulle arbeta för att vissa delar av artikel 5.5, bl.a. led d, helt ska utgå.[55] Regionernas IVDR-nätverk har också bedömt att kraven avseende egentillverkade produkter i

[55] Svensk Förening för Medicinsk Genetik och Genomik. Skrivelse till socialministern angående IVDR. https://sfmg.se/skrivelse-till-socialministern-angaende-ivdr/. Hämtat 2025-01-25.

IVDR bl.a. kan riskera att negativt påverka vårdgivares beredskap.[56] Angående IVDR:s påverkan på laboratoriediagnostiken, se avsnitt 8.8.7.

EU:s krisberedskap

EU:s krisberedskap omfattar bl.a. två krishanteringsmekanismer: EU-arrangemangen för integrerad politisk krishantering, förkortad IPCR, och EU:s civilskyddsmekanism.

IPCR möjliggör samordning och krishantering på politisk nivå vid kriser som har vittgående verkan eller politisk betydelse, oavsett om det har sitt ursprung i eller utanför unionen (artikel 1.1 i genomförandebeslut [EU] 2018/1993[57]). IPCR kan aktiveras av rådets ordförandeskap eller av en medlemsstat genom åberopande av solidaritetsklausulen (se artikel 4). Solidaritetsklausulen återfinns i artikel 222 i EUF-fördraget. Kortfattat innebär den att EU och dess medlemsstater ska handla gemensamt i en anda av solidaritet om en medlemsstat utsätts för en terroristattack eller drabbas av en naturkatastrof eller en katastrof som orsakas av människor. Om en sådan händelse inträffar ska andra medlemsstater på begäran av den drabbade medlemsstatens politiska myndigheter lämna bistånd. Medlemsstaterna ska samordna sina åtgärder inom rådet. IPCR har två aktiveringslägen och det är ordförandeskapet som fattar beslut om aktiveringsläge (artikel 2.1). IPCR stödjer rådets ordförandeskap, Coreper och rådet.

EU:s civilskyddsmekanism har som mål att stärka samarbetet mellan unionen och medlemsstaterna och underlätta samordning på civilskyddsområdet i syfte att förbättra effektiviteten hos systemen för förebyggande av, beredskap för och insatser vid naturkatastrofer och katastrofer som orsakats av människor (artikel 1.1 i beslut nr 1313/2013/EU[58]).

Kärnan i civilskyddsmekanismen är *Centrumet för samordning av katastrofberedskap*, förkortat ERCC. ERCC utgör en del av general-

[56] Regionernas IVDR-nätverk. IVDR:s effekter på hälso- och sjukvård – Konsekvens- och riskanalys för den påverkan som förordning (EU) 2017/746 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (IVDR) och kompletterande svensk lagstiftning kan ha på den svenska hälso- och sjukvården. Januari 2023. Utgåva 1.
[57] Rådets genomförandebeslut (EU) 2018/1993 av den 11 december 2018 om EU-arrangemangen för integrerad politisk krishantering.
[58] Europaparlamentet och rådets beslut nr 1313/2013/EU av den 17 december 2013 om en civilskyddsmekanism för unionen.

direktoratet för europeiskt civilskydd och humanitära biståndsåtgärder (Echo). ERCC garanterar operativ kapacitet 24 timmar om dygnet alla dagar i veckan (artikel 7.1). Bistånd genom ERCC kan begäras av både medlemsstater och andra länder. Bistånd kan även begäras av FN och dess organ eller en relevant internationell organisation (artikel 15.1 och artikel 16.1).

Europeiska civilskyddspoolen, förkortad ECPP, består av en pool av frivillig insatskapacitet som på förhand ställs till förfogande av medlemsstaterna och ska omfatta moduler[59], annan insatskapacitet och andra kategorier av experter (artikel 11.1). Förfrågan om insatser enligt ECPP görs via ERCC (artikel 11.7).

RescEU ska tillhandahålla bistånd vid övermäktiga situationer när den totala befintliga kapaciteten på nationell nivå och den kapacitet som medlemsstaterna på förhand ställt till ECPP:s förfogande under rådande omständigheter inte kan säkerställa en effektiv insats vid de olika typer av katastrofer som avses i artikel 1.2 (artikel 12.1). RescEU-kapacitet ska förvärvas, hyras, leasas eller på annat sätt anlitas av medlemsstaterna (artikel 12.3). Kapacitet från rescEU ska vara tillgänglig för insatser inom ramen för civilskyddsmekanismen efter begäran från bistånd genom ERCC (artikel 12.6). Kommissionen ska i genomförandeakter fastställa den kapacitet som rescEU ska bestå av, baserat på vissa scenarier samt med beaktande av vissa risker. Områden som nämns är skogsbrandsbekämpning, kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära incidenter, akutsjukvård samt transport och logistik (artikel 12.2).

Av kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/570[60] framgår att rescEU bl.a. ska bestå av:

– resurser för lufttransport under samtidig vård av patienter med mycket smittsamma sjukdomar (artikel 2.2 c).
– lagerhållning av medicinska motåtgärder eller personlig skyddsutrustning för bekämpning av allvarliga gränsöverskridande hot

[59] Med modul avses ett fristående och självständigt, på förhand fastställt uppgifts- och behovsstyrt arrangemang av kapacitet från medlemsstaterna eller en mobil operativ grupp från medlemsstaterna som utgörs av en kombination av mänskliga och materiella resurser och som kan karakteriseras i förhållande till sin insatsförmåga eller den eller de uppgifter som den kan utföra, artikel 4.6 Europaparlamentet och rådets beslut nr 1313/2013/EU av den 17 december 2013 om en civilskyddsmekanism för unionen.
[60] Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/570 av den 8 april 2019 om fastställande av regler för genomförande av Europaparlamentets och rådets beslut 1313/2013/EU vad gäller rescEU-resurser och om ändring av kommissionens genomförandebeslut 2014/762/EU.

mot människors hälsa i enlighet med hälsohotsförordningen (artikel 2.2 f), och

– mobila laboratorieresurser (artikel 2.2. l).

Det ska även finnas resurser kopplat till kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära (CBRN) frågor som t.ex. resurser för dekontaminering, lagerhållning, detektion, provtagning, identifiering och övervakning (artikel 2.2 g, h och k).

Sverige är ett av de länder som har i uppdrag att ansvara för rescEU:s beredskapslager för sjukvårdsmateriel.[61]

3.4.4 Norden

Nordiska ministerrådet

Nordiska ministerrådet är de nordiska regeringarnas officiella samarbetsorgan. Det bildades 1971 och är, namnet till trots, inte ett utan flera ministerråd. Det finns i dag elva konstellationer av fackministerråd samt samarbetsministrarnas ministerråd, bl.a. Nordiska ministerrådet för justitiefrågor (MR-JUST), Nordiska ministerrådet för social- och hälsopolitik (MR-S) och Nordiska ministerrådet för ekonomi- och finanspolitik (MR-FINANS).

De nordiska statsministrarna deklarerade i november 2021 att det finns ett behov av att ytterligare stärka samarbetet om beredskap och krishantering och att ansvaret ligger fast hos berörda nationella myndigheter. Statsministrarna anförde att arbetet med vidareutveckling pågår i de olika sektorerna i Nordiska ministerrådet och i andra samarbetsstrukturer som det s.k. Hagasamarbetet, se nedan.[62]

[61] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. EU och civilskyddssamarbetet. 2024. Hämtat 2024-04-17 från https://www.msb.se/sv/om-msb/internationella-samarbeten/eu-samarbete/eu-och-civilskyddssamarbetet.

[62] Nordiskt samarbete. Statsministrarna: Vi ska stärka vår gemensamma krisberedskap. Hämtat 2025-02-27 från https://www.norden.org/sv/news/statsministrarna-vi-ska-ska-starka-var-gemensamma-krisberedskap.
Regeringskansliet. Uttalande från Anna Hallberg – Deklaration från de nordiska samarbetsministrarna om krissamarbetet. 28 juni 2022. Hämtat 2025-02-12 från https://www.regeringen.se/contentassets/f4259420af5a47ed86de2fb1a3097552/utrikeshandelsminister-och-minister-med-ansvar-for-nordiska-fragor-anna-hallberg-uttalanden-2019-2022.pdf.

Svalbardgruppen

Den nordiska hälsoberedskapsgruppen kallas även Svalbardgruppen. Mandatet för arbetsgruppen kommer från Nordiska ministerrådet för social- och hälsopolitik (MR-S) och är baserat på det nordiska hälsoberedskapsavtalet (Nordhels).[63] Syftet med samarbetet är att förbereda och utveckla hälso- och sjukvårdsberedskapen för att bättre kunna hantera kriser och katastrofer, t.ex. naturkatastrofer och händelser (olyckor och terrorhandlingar) med bl.a. radioaktiv strålning, biologiska och kemiska ämnen (artikel 2 Nordhels).[64]

Hagasamarbetet

Hagasamarbetet är det nordiska samarbetet för krisberedskap och civilt försvar. Hagasamarbetet vilar på de två Hagadeklarationerna, Haga I från 2009 och Haga II från 2013.

I Haga I-deklarationen enades de ansvariga ministrarna från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige om att närmare undersöka och konkretisera vissa angivna områden för fördjupat samarbete, ett av områdena var beredskap för kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen (CBRN).

I Haga II-deklarationen slås det fast att målet för det nordiska samarbetet avseende samhällssäkerhet och beredskap är ett Norden utan gränser. Vidare framgår att samarbetet är inriktat mot ett robust Norden när det gäller förmågan att förebygga, motstå, hantera, återhämta och lära av olyckor och kriser. Erfarenhetsutbyte av nationella eller nordiska beredskapsutmaningar före, under och efter en olycka eller kris är därför ett viktigt element.

Ansvariga ministrar beslutade i december 2021 om utvecklingsmål för Hagasamarbetet 2022–2024. Under perioden inriktades samarbetet på att stärka förmågan inom följande områden: åtgärder efter lärdomar av covid-19-pandemin, hantering av händelser på grund av klimatförändring, och värdlandsstöd.[65]

[63] Nordic Public Health Preparedness. Nordic Public Health Preparedness Agreement. 2024. Hämtat 2024-04-15 från https://nordichealthpreparedness.org/organisation.
[64] Sveriges internationella överenskommelser. Nordiskt hälsoberedskapsavtal. (SÖ 2003:55).
[65] Regeringens skrivelse Nordiskt samarbete 2021 (Skr. 2021/22:90), s. 22.

3.5 En översiktlig bild av smittskyddet i våra grannländer

Utredningen har varit i kontakt med departement och myndigheter i Danmark, Norge och Finland för att inhämta uppgifter om ländernas pandemiberedskap och den nationella lagstiftning som är relevant för den. Finland har besvarat våra frågor medan Danmark och Norge har avböjt. Ytterligare information om dessa två länder har vi i stället inhämtat genom allmänt tillgängligt publicerat material för att få en översiktlig bild av smittskyddet i dessa länder.

3.5.1 Danmark

2024 års nationella strategi för hantering av epidemier

I december 2024 publicerade *Sundhedsstyrelsen* en nationell strategi för hantering av epidemier *(Epidemistrategien)*.[66] Strategin ersätter den tidigare pandemiplanen från 2013 för beredskap för pandemisk influensa. Den publicerade strategin ska bidra till att myndigheter i Danmark är förberedda för att tillsammans hantera ett större sjukdomsutbrott. Strategin bygger på erfarenheter från framför allt covid-19-pandemin, men också från andra sjukdomsutbrott. Strategin har utarbetats utifrån principen att vara generell och flexibel för att kunna hantera olika typer av sjukdomar. Ytterligare ett rättesnöre för arbetet har varit att insatser ska kunna verkställas snabbt av alla relevanta aktörer. Strategin är bred och innehåller bl.a. såväl förebyggande åtgärder som ska hindra personer från att bli sjuka som åtgärder för att förbereda hälso- och sjukvården organisatoriskt och resursmässigt för att hantera de som insjuknar. Strategin ska särskilt understödja att åtgärder, koordinering och samarbete kan vidtas i rätt tid och att berörda aktörers ansvar är klarlagt. Strategin beskrivs närmare i kapitel 10.

I strategin beskrivs även den lagstiftning som är mest central för det danska smittskyddet. Där framgår att dansk beredskap för smittsamma sjukdomar bygger dels på generell lagstiftning om hälso- och sjukvården, dels på lagstiftning om smittsamma sjukdomar och på internationella lagar och överenskommelser, men att även annan

[66] Sundhedsstyrelsen. National strategi for håndtering af epidemier. 2024.

lagstiftning kan vara relevant i sammanhanget. Beskrivningen av den danska lagstiftningen nedan är huvudsakligen hämtad härifrån.

Lagstiftning på området

Epidemiloven

Epidemiloven[67] reglerar vilka åtgärder som kan vidtas för att övervaka, utrota eller förebygga, förhindra, avgränsa och begränsa utbredningen och införseln av smittsamma sjukdomar, allmänfarliga sjukdomar och samhällskritiska sjukdomar.

Med en smittsam sjukdom avses en sjukdom eller ett tillstånd som orsakats av mikroorganismer eller andra smittämnen och som kan överföras från, till eller mellan människor. Med en allmänfarlig sjukdom avses en smittsam sjukdom som är särskilt smittsam, har hög dödlighet eller kan ge allvarliga eller varaktiga skador, och som antingen kan kräva långvarig behandling, sjukfrånvaro eller rehabilitering, få sådan utbredning att sjukdomen blir ett väsentligt hot mot folkhälsan, eller leda till en särskilt stor sjukdomsbörda på grund av att det inte går att förebygga sjukdomen eller för att det saknas behandling. Med en samhällskritisk sjukdom avses en allmänfarlig sjukdom vars utbredning medför eller riskerar att medföra allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner.

Sundhedsstyrelsen fastställer närmare vilka sjukdomar som klassificeras som smittsamma och allmänfarliga sjukdomar, medan samhällskritiska sjukdomar klassificeras på ministernivå genom ett särskilt förfarande och för en giltighetstid om högst sex månader.

Sundhedsstyrelsen fastställer regler om offentliga och privata vårdinrättningars och legitimerad sjukvårdspersonals medverkan i arbetet med att förebygga och bekämpa smittsamma sjukdomar. Myndigheten fastställer även regler om att förebygga smittsamma sjukdomar vid offentliga och privata förskolor, skolor och andra utbildningsinstitutioner, samt fastställer regler om hur smittsamma sjukdomar ska anmälas.

Enligt epidemiloven kan *Styrelsen for Patientsikkerhed* under vissa förutsättningar föreskriva om åtgärder så som läkarundersökning, inneliggande vård, isolering, behandling och obduktion. Myndigheten kan även föreskriva om samhällsinriktade åtgärder

[67] Lov om epidemier mv. (epidemiloven), LOV nr. 285 af 27/02/2021 med senare ändringar.

såsom tillträdesbegränsningar eller stängning av en regions eller en kommuns institutioner och privata förskolor, skolor och vårdinrättningar, och om avspärrning av områden.

I lagen finns ytterligare bestämmelser om beslut om tvångsåtgärder i enskilda fall, om regelbunden omprövning av sådana beslut och om när beslut ska underställas och prövas i domstol.

Indenrigs- og sundhedsministeren (inrikes- och hälsovårdsministern) kan meddela tillträdesrestriktioner eller stängning av statliga institutioner och, efter ett särskilt förfarande, restriktioner och åtgärder vid inresa i Danmark. Sådana inreserestriktioner och åtgärder kan meddelas när det bedöms vara nödvändigt för att förebygga eller avgränsa en allmänfarlig eller samhällskritisk sjukdom, exempelvis vid större utbrott i andra länder, och kan omfatta krav på att uppvisa viss dokumentation, genomgå provtagning eller undersökning vid inresan, isolering eller inläggning på sjukhus för observation. Indenrigs- og sundhedsministeren kan även fastställa regler om att personer som har befunnit sig på en viss plats eller deltagit i en sammankomst eller annan begivenhet vid vilken en allmänfarlig eller samhällskritisk sjukdom har konstaterats, ska låta sig isoleras eller undersökas av sjukvårdspersonal.

Vid utbrott av en samhällskritisk sjukdom kan indenrigs- og sundhedsministeren härutöver fastställa närmare regler om tillträdesrestriktioner vid vårdinrättningar och skyddsåtgärder i det offentliga rummet, till exempel krav på användning av munskydd. Härutöver kan *justitsministeren* meddela förbud mot sammankomster, och andra ministrar kan fastställa regler om tillträdesrestriktioner eller stängning av förskolor och skolor, offentliga och privata verksamheter och institutioner, samt restriktioner för kollektivtrafiken.

Vidare finns i epidemiloven bestämmelser om *Epidemikommissionen.* Epidemikommissionen tillsätts av hälsovårdsministern och består av en ordförande och en ledamot, som båda utses av ministern, samt nio ytterligare ledamöter som utses av näringsministern, finansministern, justitieministern, Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen, *Statens Serum Institut*, rikspolischefen respektive de danska motsvarigheterna till SKR. Kommissionen kan även bjuda in representerar från t.ex. intresseorganisationer och sakkunniga att delta i möten. Kommissionen ger vägledning till ministrarna, på eget initiativ eller på begäran, om hanteringen av allmänfarliga och samhällskritiska sjukdomar och kan hemställa om att föreskrifter

ska meddelas, ändras eller upphävas med stöd av epidemiloven. För vissa föreskrifter är det en förutsättning att en sådan hemställan först görs från Epidemikommissionen.

Det finns även krav på att vissa föreskrifter ska underställas *Folketingets Epidemiudvalg* som ansvarar för den parlamentariska kontrollen över epidemiloven och består av representanter från alla Folketingets partier. Majoriteten av representanterna får inte vara emot en regel för att den ska fastställas. Också för det fall en minister inte följer en hemställan ska Folketingets Epidemiudvalg snarast möjligt informeras.

Sundhedsloven

Sundhedsloven[68] reglerar ansvarsområdena för de nationella hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i Danmark. Genom sundhetsloven har Sundhedsstyrelsen i uppdrag att vägleda indenrigs- og sundhedsministeren, regioner, kommuner och andra myndigheter samt medborgarna om bl.a. åtgärder och rekommendationer för att förebygga och hantera smittsamma sjukdomar. Häri ligger också rådgivning om hur lagstiftningen på området ska tillämpas. Styrelsen for Patientsikkerhed vägleder i enlighet med sundhetsloven regionala och kommunala myndigheter i hygieniska, miljömässiga och socialmedicinska förhållanden och utövar tillsyn.

Sundhedslovens reglerar också Statens Serum Instituts ansvarsområde, däribland institutets funktion som centrallaboratorium, dess roll som referensfunktion internationellt och institutets ansvar att förse de offentliga vaccinationsprogrammen med vaccin och att skaffa fram, lagra och distribuera beredskapsprodukter. Institutet ingår vidare i den operationella beredskapen mot smittsamma sjukdomar, biologisk terrorism och beredskapen på det veterinära området, samt bedriver vetenskaplig forskning, rådgivning och bistånd inom institutets områden.

[68] Bekendtgørelse af sundhedsloven med senare ändringar, Sundhetsloven (retsinformation.dk).

Beredskapsloven

Av *beredskapsloven*[69] framgår att varje minister ska säkra beredskapsplanering inom sitt område och att *kommunalbestyrelsen* och *regionsrådet* ska utarbeta en plan for kommunens och regionens beredskap. Härutöver ska regionsrådet och kommunalbestyrelsen planlägga och vidta åtgärder som säkrar tillgång till nödvändig behandling i samband med olyckor, katastrofer och krigshandlingar. I anslutning till detta innehåller epidemilovens specifika krav om att kommuner och regioner ska utarbeta planer for hantering av smittsamma sjukdomar.

3.5.2 Finland

2024 års riksomfattande plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården

Finlands plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården[70] har utarbetats av Social- och hälsovårdsministeriet och är från 2024. Målet med planen är att främja hälsosäkerheten och bekämpa de skadeverkningar som en pandemi orsakar människorna, samhället och miljön. Syftet med planen är att ge en överblick över pandemiberedskapen. Planen stöder såväl riksomfattande som regional och organisationsspecifik operativ verksamhet. Planen främjar samarbetet mellan olika aktörer.

Planen styr beredskapsplaneringen, hanteringen och återhämtningen i fråga om en pandemi på både nationellt och regionalt plan inom social- och hälsovården. Planen är riksomfattande och avsikten är att den ska användas vid utarbetandet av sektorspecifika, regionala och organisationsspecifika planer. Målet är att beredskapsplanerna ska bilda en rikstäckande funktionell helhet som möjliggör en effektiv verksamhet. I den mån det är möjligt kan planen också användas i beredskapsplaneringen för andra hotfulla scenarier inom social- och hälsovården. I planen framhålls dock att trots att pandemihanteringen kan kräva åtgärder också inom andra förvaltningsområden, fokuserar planen på social- och hälsovården.

[69] Bekendtgørelse af beredskapsloven med senare ändringar, Beredskapsloven (retsinformation.dk).
[70] Social- och hälsovårdsministeriet. Riksomfattande plan för pandemiberedskap inom social- och hälsovården, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2024:22. 2024.

Av planen framgår vidare att den har karaktären av en rekommendation som när den tillämpas behöver bedömas i förhållande till egenskaperna hos pandemins sjukdomsalstrare, den gällande lagstiftningen, de strategiska mål som ställts upp för hanteringen av pandemin och de tillgängliga resurserna. Planen beskrivs närmare i kapitel 10.

I planen redogörs för den lagstiftning som är central för pandemihanteringen i Finland. Beskrivningen av den finska lagstiftningen nedan är huvudsakligen hämtad härifrån, men är i vissa avseenden uppdaterad utifrån uppgifter om pågående lagstiftningsarbete som utredningen har fått från Social- och hälsovårdsministeriet.

Lagstiftning på området

Lagen om smittsamma sjukdomar

Den finska lagen om smittsamma sjukdomar[71] innehåller bestämmelser om bekämpning av smittsamma sjukdomar och syftar till att förebygga sådana sjukdomar, spridning av dem och deras negativa konsekvenser för människor och för samhället. Med en smittsam sjukdom avses en sjukdom eller smitta som orsakas av mikrober som förökar sig i kroppen eller av delar av mikrober eller av parasiter. Som smittsam sjukdom anses också ett tillstånd som orsakas av gift från mikrober. Sjukdomar som orsakas av prioner jämställs med smittsamma sjukdomar. Fynd i kroppen efter en läkt infektion anses dock inte som smittsam sjukdom.

De smittsamma sjukdomarna delas in allmänfarliga, övervakningspliktiga och andra smittsamma sjukdomar av vilka en del kräver kontinuerlig uppföljning på grund av den sjukdomsbörda eller epidemirisk som sjukdomen innebär för befolkningen. En smittsam sjukdom är allmänfarlig om smittsamheten är stor, sjukdomen är farlig och sjukdomsspridning kan förhindras med hjälp av åtgärder som riktas mot den som har eller med fog misstänks ha insjuknat eller utsatts för sjukdomsalstrare. En smittsam sjukdom är övervakningspliktig om det för uppföljningen av förekomsten av sjukdomen behövs uppgifter som lämnas av en läkare eller ytterligare uppgifter som samlas in separat, om det för att förebygga sjukdomsspridning krävs särskilda åtgärder för att säkerställa undersökning

[71] Lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016).

för att konstatera sjukdomen samt för vård och behandling av sjukdomen, eller om det är fråga om en sjukdom som kan förebyggas med hjälp av det nationella vaccinationsprogrammet.

Lagen innehåller också bestämmelser om tvångsåtgärder och om rapportering av smittsamma sjukdomar, vaccinationer och tillstånd för klinisk mikrobiologi. Med stöd av lagen har flera förordningar meddelats. Förordningarna kompletterar lagens bestämmelser och innehåller närmare bestämmelser om bl.a. klassificeringen av smittsamma sjukdomar, anmälan om smittsamma sjukdomar, vacciner och vaccinationsprogram, samt om Delegationen för smittsamma sjukdomar.[72] Delegationen har till uppgift att följa hur det allmänna läget i fråga om smittsamma sjukdomar utvecklas och hur bekämpningen av smittsamma sjukdomar genomförs. Delegationen ger dessutom vid behov förslag till lagstiftning om bekämpning av smittsamma sjukdomar och bistår social- och hälsovårdsministeriet med sakkunnighjälp vid förebyggande av exceptionella epidemier.

Enligt uppgift till utredningen pågår en omfattande reform av lagstiftningen.

Lagen om ordnande av social- och hälsovård

Lagen om ordnande av social- och hälsovård[73] innehåller bestämmelser om ordnande, utveckling, styrning och tillsyn av den social- och hälsovård som de geografiska välfärdsområdena har organiseringsansvar för. Lagen föreskriver om beredskap inför störningssituationer inom geografiska samarbetsområden och om statens deltagande i upprätthållande av beredskapen. Närmare bestämmelser om välfärdsområdenas beredskapsplanering, upprättande av lägesbilder och styrning av privata tjänsteproducenter i fråga om beredskap finns på förordningsnivå.[74]

[72] SRF om smittsamma sjukdomar (146/2017), SHMF om vaccinationer (149/2017) och SRF om delegationen för smittsamma sjukdomar (78/2017).
[73] Lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021).
[74] SRF om välfärdsområdenas beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården (308/2023).

Beredskapslagen

Beredskapslagen[75] innehåller bestämmelser om myndigheternas beredskap inför undantagsförhållanden och om myndigheternas befogenheter under sådana förhållanden. Utövandet av vissa befogenheter som föreskrivs i beredskapslagen förutsätter att ett statsråd, i samverkan med Finlands president, konstaterar att undantagsförhållande råder i landet, varefter vissa befogenheter kan tas i bruk genom en förordning av statsrådet. Förordningen som sätter befogenheter i bruk ska utan dröjsmål lämnas till riksdagen som beslutar om förordningen får vara i kraft eller om den delvis eller helt ska upphävas.

Som exempel kan nämnas att genom ett beslut av statsrådet i enlighet med beredskapslagen förbjöds med anledning av spridningen av covid-19 våren 2020 tillfälligt resor in och ut ur Nyland, det landskap där bl.a. Helsingfors ligger. Efterlevnaden övervakades av polis.

Enligt uppgift till utredningen pågår en omfattande reform av beredskapslagen.

Arbetarskyddslagen och lagen om företagshälsovård

Arbetarskyddslagen[76] definierar minimikraven för arbetsförhållanden och för en god arbetarskyddsverksamhet på arbetsplatserna. Arbetarskyddslagen föreskriver bl.a. om biologiska riskfaktorer såsom smittsamma sjukdomar. Närmare föreskrifter finns på förordningsnivå.[77]

Lagen om företagshälsovård[78] innehåller bestämmelser om bl.a. företagshälsovårdens hälsoundersökningar som utförs på grund av biologiska faktorer. I förordningen om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa[79] finns föreskrifter om arbetsgivares skyldighet att på egen bekostnad för arbetstagare ordna hälsoundersökningar.

[75] Beredskapslagen (1552/2011).
[76] Arbetarskyddslagen (738/2002).
[77] SRF om skydd för arbetstagare mot risker som orsakas av biologiska agenser (933/2017), SHMF om klassificering av biologiska agenser (748/2020), SRF om val och användning av personlig skyddsutrustning i arbetet (427/2021)
[78] Lagen om företagshälsovård (1383/2001).
[79] SRF om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa (1485/2001).

Hälsoskyddslagen

Hälsoskyddslagen[80] syftar till att upprätthålla och främja befolkningens och individens hälsa samt att förebygga, minska och undanröja sådana i livsmiljön förekommande faktorer som kan orsaka sanitär olägenhet. Lagen ger Hälsoskyddsmyndigheten omfattande befogenheter. Bland annat sker övervakningen enligt det internationella hälsoreglementet (IHR) av fartygs- och flygplanstrafiken med stöd av hälsoskyddslagen. Luftfartslagen[81] föreskriver bl.a. om åtgärder inom flygtrafiken som behövs för förhindrande av spridning av en allmänfarlig smittsam sjukdom. En luftfarkost kan till exempel åläggas at landa på en flygplats som har beredskap för att vidta åtgärder enligt IHR.

Läkemedelslagen och lagen om obligatorisk lagring av läkemedel

Läkemedelslagen[82] föreskriver om bl.a. tryggandet av tillgången till läkemedel och om överlämnande av läkemedel till patienten. Genom obligatorisk lagring av läkemedel tryggas tillgången till och användningsmöjligheterna av läkemedel i situationer där den vanliga tillgången till läkemedel försvåras eller förhindras. I lagen respektive förordningen om obligatorisk lagring av läkemedel finns bestämmelser om detta. [83]

Tidsbegränsad lagstiftning för att hantera covid-19-pandemin

Enligt uppgift till utredningen införde Finland tidsbegränsad lagstiftning under covid-19-pandemin för att möjliggöra åtgärder för att förhindra smittspridningen genom begränsningar i användningen av utrymmen avsedda för kunder och deltagare, begränsning av antalet passagerare i kollektivtrafiken, nedstängning av verksamheter i riskmiljöer samt genom inreserestriktioner.[84] Under pande-

[80] Hälsoskyddslagen (763/1994).
[81] Luftfartslagen (864/2014).
[82] Läkemedelslagen (395/1987).
[83] Lagen om obligatorisk lagring av läkemedel (979/2008) och SRF om obligatorisk lagring av läkemedel (1114/2008).
[84] Lagen om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar (1221/2021), lagen om temporär ändring av lagen om inkvarterings- och förplägnadsverksamhet (153/2020) och lagen om temporär ändring av lagen om inkvarterings- och förplägnadsverksamhet (184/2021).

min infördes även tidsbegränsad lagstiftning om ersättning till verksamheter som förlorade inkomster på grund av smittskyddsåtgärder.[85]

3.5.3 Norge

Utarbetning av en ny beredskapsplan

För Norges del pågår ett arbete att utarbeta en ny beredskapsplan som ska ersätta såväl den nuvarande nationella beredskapsplanen för pandemisk influensa som den nationella beredskapsplanen för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar, vilka är från 2014 respektive 2019.[86] Under dessa förhållanden avstår vi här från att redogöra för innehållet i dessa planer.

Översyn av smittskyddslagstiftningen

Norges hantering av covid-19-pandemin har utvärderats bl.a. i *Koronautvalgets* rapport *Evaluering av pandemihånteringen*.[87] I den föreslås att smittskyddslagstiftningen bör revideras utifrån erfarenheterna från covid-19-pandemin och Koronautvalget uppger att sådant arbete pågår inom *Helse- og omsorgsdepartementet*.

Vi begränsar därför vår beskrivning av den norska lagstiftningen till att kortfattat redogöra för dels *helseberedskapsloven*[88] så som den beskrivs i rapporten, dels *smittevernloven*[89] så som den beskrivs i *Folkehelseinstituttets Smittevernhåndbok*[90] och annan allmänt tillgänglig information. Ytterligare bestämmelser som är relevanta för smittskyddet finns även i en rad andra lagar och föreskrifter. För en sammanställning av dem hänvisar vi till Smittevernhåndboka.

[85] Lagen om temporärt kostnadsstöd för företag (508/2020).
[86] Regjeringen.no. Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Hämtat 2025-03-10 från https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/
[87] NOU 2023:16.
[88] Lov 23. Juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap.
[89] Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.
[90] Folkehelseinstituttet. Lovverk og smittevern – håndbok for helsepersonell. https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/temakapitler/lovverk-og-smittevern/?term=#om-smittevernlovgivningen. Hämtat 2025-03-10.

Helseberedskapsloven

Helseberedskapsloven innehåller bestämmelser om beredskapsåtgärder på vård- och omsorgsområdet. Lagen syftar till att värna befolkningens liv och hälsa och att bidra till att befolkningen kan erbjudas nödvändig vård och omsorg vid krig och vid kriser och katastrofer i fredstid. Lagen gäller för offentliga och privata verksamheter och innehåller bestämmelser om t.ex. tillgång till medicinsk utrustning och lokaler. Lagen utgör också grund för att vid behov meddela ytterligare föreskrifter om smittskyddsåtgärder, t.ex. ger den stöd för att ålägga de verksamheter som omfattas lagen att ändra, utvidga eller flytta sin verksamhet och för att meddela utreseförbud för hälso- och sjukvårdspersonal.

Smittevernloven

Lagens syfte och klassificering av sjukdomar

Smittevernloven syftar till att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar genom att förebygga sådana sjukdomar och förhindra att de sprids bland befolkningen, samt till att förhindra att sådana sjukdomar förs in i Norge eller förs ut till andra länder. Den syftar också till att säkerställa att myndigheterna vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder, samordnar sin smittskyddsverksamhet och iakttar rättssäkerhetsgarantier för den enskilde.

Lagen innehåller bestämmelser om smittsamma sjukdomar, allmänfarliga smittsamma sjukdomar och allvarliga utbrott av sådana sjukdomar. Med en smittsam sjukdom avses en sjukdom eller smittbärartillstånd som har orsakats av mikroorganismer eller andra smittämnen som kan överföras från, till eller mellan människor. För att en sjukdom ska klassificeras som en allmänfarlig smittsam sjukdom krävs att den är särskilt smittsam, eller uppträder frekvent, eller har hög dödlighet eller kan ge allvarliga eller varaktiga skador. Den ska även vara sådan att den vanligtvis kräver långvarig behandling, eventuellt inneliggande vård, långvarig sjukfrånvaro eller rehabilitering, eller kan få så stor spridning att sjukdomen blir en väsentlig belastning för folkhälsan eller utgör en särskild belastning på grund av att det inte finns några effektiva förebyggande åtgärder eller botande behandling. Med allvarligt utbrott av en sådan sjukdom avses ett

utbrott eller en fara för utbrott som kräver särskilt omfattande åtgärder. Det är *Helsedirektoratet* som avgör om när ett sådant utbrott föreligger.

Vilka sjukdomar som är allmänfarliga smittsamma sjukdomar fastställs av Helse- og omsorgsdepartementet. Att en sjukdom klassificeras som en allmänfarlig smittsam sjukdom är avgörande för vilka skyldigheter den smittade har, att tvångsåtgärder vid behov kan vidtas och för t.ex. smittsanering. Det har också betydelse för bl.a. frågor om ersättning för läkarbesök och läkemedel.

Smittskyddsåtgärder enligt lagen ska vara klart medicinskt motiverade, vara nödvändiga ur ett smittskyddssyfte och utifrån en samlad bedömning framstå som ändamålsenliga. Vid tillämpningen av smittskyddsåtgärder ska stor vikt läggas vid frivillig medverkan från den eller de personer som åtgärden gäller.

Ansvarsfördelning

I smittevernloven regleras ansvarsfördelningen inom smittskyddet. Ansvaret är uppdelat på kommunen och *kommunlegen*, *det regionale helseforetaket*, *statsforvalteren*, den *barneverns- og helsenemnd* som utsetts till att vara *smittevernsnemnd* (i dag *barnevern- og helsenemnda i Oslo*), *Folkhelseinstituttet*, *Helsedirektoratet* och *Statens helsetilsyn*.

Vägledning till smittade, anmälningsplikt, smittspårning och förstärkt vägledning

I smittevernloven finns bestämmelser om att behandlande läkare så snart som möjligt ska ge den som är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom information om sjukdomen, smittsamheten och smittvägen samt om de lagar och regler som gäller. Läkaren ska också ge den smittade personen personlig smittskyddsvägledning, det vill säga vägledning om vad den smittade kan göra för att förhindra att sjukdomen sprids till andra. Vägledningen ska anpassas till individens sjukdom och livssituation. Den smittade personen är skyldig att ta emot och följa den vägledning som läkaren ger. Den personliga smittskyddsvägledning som läkaren ger ska antecknas i patientjournalen.

Lagen innehåller vidare bestämmelser om sekretessbrytande bestämmelser i vissa fall för den smittades läkare och om en skyldighet för läkare och vissa annan sjukdomspersonal och laboratorier att anmäla vissa anmälningspliktiga sjukdomar till *Meldningssystem för smittsomme sykdommer*.

I lagen finns bestämmelser om läkares skyldighet att undersöka en patient vid misstanke om att patienten är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom. Vidare finns bestämmelser om att läkaren i samråd med patienten ska motverka att sjukdomen förs över till någon annan. Vid tvivel om att patienten medverkar till att förhindra smittspridning av sjukdomen kommunläkaren kontaktas av den behandlande läkaren. Kommunläkaren ska vid behov ta över det vidare arbetet med att utreda och följa upp patienten. I lagen finns vidare bestämmelser om s.k. förstärkt smittskyddsvägledning. Sådan ska utföras av kommunläkaren när det finns misstanke om att den smittade inte följer smittskyddsvägledningen.

En hälsoinrättning kan under vissa förhållanden kräva att en patient låter sig förhandsundersökas i fråga om smittrisk innan han eller hon tas in för vård. Avsikten är då att skydda personalen och övriga patienter.

En läkare som vet eller misstänker att en allmänfarlig smittsam sjukdom överförts från en person till en annan, ska genomföra smittspårning om det är genomförbart och om det krävs ur smittskyddshänseende. Om läkaren bedömer att han eller hon inte kan genomföra smittspårningen ska läkaren, om det krävs ur smittskyddshänseende, underrätta den kommunala läkaren om detta. Läkaren ska alltid kontakta den kommunala läkaren om det finns misstanke om objektburen smitta, t.ex. att sjukdomen överförts via dricksvatten, matvaror eller djur.

Skyldigheter för den som är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom

Den som har anledning att anta att han eller hon har smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom är skyldig att snarast meddela och uppsöka en läkare om detta. Han eller hon har även skyldighet att genomgå nödvändiga undersökningar, lämna nödvändiga upplysningar, följa vägledning från läkaren och, om det är nödvändigt, isolera sig.

Tvångsåtgärder mot enskilda

I smittevernloven finns bestämmelser om tvångsåtgärder som kan vidtas mot den som är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom i de fall den smittade inte medverkar frivilligt till nödvändiga smittskyddsåtgärder. Tvångsåtgärderna utgörs av tvångsundersökning, som även kan omfatta inneliggande vård och kortvarig isolering (5 kap. 2 §) och tvångsisolering på sjukhus (5 kap. 3 §).

Det är Barneverns- og helsenemnda i Oslo som handlägger och fattar beslut om tvångsåtgärder i hela landet. Det är kommunläkaren eller Helsedirektoratet som inleder ärenden i nämnden. Vid behov kan kommunläkaren eller en jourhavande infektionsöverläkare fatta tillfälliga beslut i avvaktan på nämndens prövning.

Andra smittskyddsåtgärder

I smittevernloven finns bestämmelser om smittskyddsåtgärder som inte i första hand är riktade mot den smittade. Hit hör t.ex. bemyndiganden som rör föreskrifter som ålägger befolkningen, eller delar av befolkningen, att genomgå blodprovstagning eller andra liknande undersökningar som är medicinskt motiverade och kan utföras utan fara. När det är avgörande för att motverka ett allvarligt utbrott av en allmänfarlig smittsam sjukdom får vidare föreskrifter meddelas om att befolkningen eller delar av den ska låta sig vaccineras.

Vidare finns bemyndiganden som ger *kommunestyret* möjlighet att bl.a. förbjuda sammankomster och besluta om andra begränsningar av folksamlingar, stängning av verksamheter som samlar människor och avspärrning av geografiska områden. Vid ett allvarligt utbrott av en allmänfarlig smittsam sjukdom får Helsedirektoratet besluta om sådana åtgärder i hela eller delar av landet. Helse- og omsorgsdepartementet kan meddela närmare bestämmelser om sådana åtgärder och fastställa krav på metoder och medel för att verkställa sådana åtgärder.

I lagen finns även bestämmelser om t.ex. förbud för smittade att utföra arbete, och bemyndiganden om föreskrifter om karantän, isolering av smittade personer, andra begränsningar av rörelsefriheten och bestämmelser om transport av avlidna.

Vidare kan vid ett allvarligt utbrott av en allmänfarlig smittsam inhemsk massmedia enligt lagen åläggas att förmedla information

till befolkningen. Lagen innehåller också ett beredskapsbemyndigande som ger *Kongen* möjlighet att bl.a. göra undantag från gällande lagstiftning om det är nödvändigt vid ett utbrott av en allmänfarlig smittsam sjukdom om det hotar folkhälsan.

Härutöver innehåller lagen bestämmelser om bl.a. vaccinationsprogram, överklagande och straff.

4 Pandemi, epidemi och annan omfattande smittspridning

I inledningen av utredningens ursprungliga direktiv anges att vi ska göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning. Syftet är att stärka beredskapen inför framtida pandemier.

Uppdraget kräver en bedömning av vilka smittsamma sjukdomar som i framtiden kan komma att orsaka omfattande smittspridning, epidemi eller pandemi. I detta kapitel redogörs för den bedömning som utredningen gör i den frågan och som ligger till grund för vår översyn av smittskyddslagstiftningen och våra förslag på hur beredskapen bör stärkas. Direktiven anger även följande:

> För att inte begränsa utredaren till de nuvarande begreppen för smittsamma sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) och smittskyddsförordningen (2004:255) används i direktiven uttrycket smittsamma sjukdomar. Begreppet hälsohot omfattar både kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära hot mot människors hälsa. Eftersom fokus i utredningen är smittsamma sjukdomar används härefter uttrycken pandemier, epidemier och omfattande spridning av smittsamma sjukdomar. Det som avses är situationer när smittspridningen får allvarliga konsekvenser för människors hälsa eller för samhället.

I utredningen använder vi beteckningen *smittämnen* för de agens som orsakar smittsamma sjukdomar. Vetenskapligt är *mikroorganismer* en mer vedertagen beteckning. Världshälsoorganisationen, WHO, använder ofta beteckningen *patogener* (pathogens) vilket är mer eller mindre synonymt med mikroorganismer även om beteckningen fokuserar på sjukdomsalstrande mikroorganismer (se avsnitt 4.4.4).

Kapitlet inleds med en övergripande beskrivning av några centrala begrepp och en avgränsning av uppdraget (avsnitt 4.1). I avsnitt 4.2 redogör vi för en pandemis olika faser. Avsnitt 4.3 inne-

håller en kort historik över pandemier och en beskrivning av vilka faktorer som påverkar ett smittämnes förmåga att orsaka pandemi eller liknande omfattande smittspridning. Kapitlet mynnar ut i utredningens bedömning om framtida pandemier (avsnitt 4.4).

4.1 Pandemi, epidemi, PHEIC och omfattande smittspridning

Kommittédirektivets titel är ”Stärkt beredskap inför framtida pandemier”. I direktivens deluppdrag används utöver begreppet pandemi framför allt begreppet ”omfattande smittspridning”, men även ”epidemi” förekommer. Som framgår nedan är dessa begrepp inte synonyma även om det finns en del överlappning.

4.1.1 Pandemi

Ordet *pandemi* har ingen internationellt reglerad definition, vilket har uppmärksammats och diskuterats.[1] Detta har delvis förändrats i och med de ändringar av det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) som överenskoms den 1 juni 2024. IHR 2005 innehåller nu begreppet *pandemihot* som definieras enligt följande i artikel 1 (se även avsnitt 3.4.1):

> *Pandemihot:* hot mot människors hälsa av internationell omfattning som orsakas aven smittsam sjukdom och
>
> (i) har, eller löper stor risk att ha, stor geografisk spridning till och inom flera stater, och
>
> (ii) överskrider, eller löper stor risk att överskrida, hälso- och sjukvårdssystemens insatsförmåga i dessa stater, och
>
> (iii) orsakar, eller löper stor risk att orsaka, betydande sociala och/eller ekonomiska störningar, inbegripet störningar i internationell trafik och handel, och
>
> (iv) kräver snabba, rättvisa och förstärkta samordnade internationella åtgärder, med strategier som omfattar hela den offentliga förvaltningen och hela samhället.

[1] Doshi P. The elusive definition of pandemic influenza. Bull World Health Organ. 2011;89(7):532–8.

I Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemiers delbetänkande uttrycktes begreppet pandemi som ”en epidemi som uppstår över ett mycket stort område, som korsar internationella gränser och vanligtvis påverkar ett stort antal människor”.[2]

4.1.2 Epidemi

Ordet *epidemi* har inte en officiell definition men betecknar ett sjukdomsutbrott med mer begränsad utbredning än en pandemi. Epidemier kan också beteckna annat än utbrott av sjukdomar. I Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemiers delbetänkande uttrycktes begreppet epidemi som ”förekomsten i ett samhälle eller region av en sjukdom, specifikt hälsorelaterat beteende eller annan hälsorelaterad händelse som klart överstiger det normalt förväntade.” Utredningen konstaterade också att de definitioner av epidemi och pandemi som den amerikanska smittskyddsmyndigheten Centers for Disease Control and Prevention (CDC) använder även innefattar att ökningen av antalet sjukdomsfall ofta sker plötsligt.[3]

4.1.3 Allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning (PHEIC)

WHO använder akronymen PHEIC för att beteckna det i IHR 2005 centrala begreppet *public health emergency of international concern*. Begreppet definieras i artikel 1 i IHR 2005. WHO:s generaldirektör har enligt artikel 12 befogenhet att fastställa att en viss händelse utgör en PHEIC. När en PHEIC har fastställts ska WHO:s generaldirektör enligt artikel 15 utfärda s.k. tillfälliga rekommendationer om olika hälsoåtgärder som syftar till att motverka fortsatt smittspridning mellan länder.

I den svenska översättningen av artikel 1 används begreppet *hot mot människors hälsa av internationell omfattning*. Med detta avses en extraordinär händelse som enligt reglementet fastställts i) utgöra en risk för människors hälsa för andra stater genom internationell

[2] SOU 2022:26 s. 35.
[3] SOU 2022:26 s. 36.

spridning av sjukdom, och ii) kunna kräva samordnade internationella åtgärder.

I den engelska versionen används samma begrepp för PHEIC i artikel 1 som i artikel 12. I svensk översättning av artikel 12 används begreppet *allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning*.

PHEIC är inte liktydigt med pandemi, bl.a. eftersom PHEIC inte kräver att spridningen av sjukdomen har en viss geografisk utbredning. Det kan också påpekas att WHO eller dess generaldirektör inte har befogenhet eller skyldighet att deklarera en pandemi. Av det skälet deklarerade WHO inte covid-19-pandemin utan kunde enbart karaktärisera utbrottet som en pandemi i sin kommunikation. IHR 2005 och den svenska regleringen beskrivs också i avsnitt 3.4.1.

4.1.4 Pandemier kan ha snabbt eller långsamt förlopp

Ordet pandemi leder oftast tanken till en världsomfattande smittspridning med ett relativt snabbt förlopp, såsom det senaste dryga århundradets fyra influensapandemier och covid-19-pandemin. Alla dessa har haft en första pandemivåg under ett par månader och efterföljande vågor under några år. Det finns dock pandemier med ett betydligt långsammare förlopp. Exempel på detta är den hivpandemi som pågått i drygt 40 år, samt spridningen av tuberkulos. Oavsett om en pandemi har ett snabbt eller långsamt förlopp börjar den oftast som ett utbrott som gradvis får ökad geografisk utbredning. När det gäller covid-19 så fastställde WHO:s generaldirektör den 30 januari 2020 att utbrottet utgjorde en PHEIC. Knappt sex veckor senare, den 11 mars 2020, karaktäriserades utbrottet som en pandemi av WHO.

4.1.5 Vårt uppdrag avgränsas till omfattande smittspridning

Mot bakgrund av den redovisade terminologin kan det konstateras att epidemier och pandemier kan ges olika innebörd och även kan omfatta annat än smittsamma sjukdomar. Det är därför nödvändigt att här närmare avgränsa vilken slags sjukdomsutbrott som uppdraget omfattar.

Covid-19-pandemin karaktäriserades av en snabb smittspridning mellan människor. Det var enligt utredningens uppfattning detta som ledde till att de svagheter i beredskapen som beskrivs i direktiven blottlades. Även om covid-19 liksom tidigare varianter av pandemisk influensa kommer att fortsätta cirkulera i världen är behovet av speciella smittskyddsåtgärder förbehållet de första månaderna eller åren efter att utbrottet startat. För covid-19 kom denna tid att vara i cirka två år i Sverige.

Det är med andra ord främst för en snabb smittspridning mellan människor över en begränsad tidsrymd och som påverkar ett stort antal människor det behövs en översyn av regleringen av smittskyddets beredskap. Sådan beredskap kan behöva finnas även under andra faser av en smittspridning än under den tid som WHO fastställt PHEIC eller pandemihot, eller bedömt att utbrottet är en pandemi. För sådana situationer använder vi i detta betänkande beteckningen *omfattande smittspridning* som också återfinns i direktiven. Detta begrepp har inte någon internationellt accepterad definition och förekommer inte heller i annan lagstiftning. Med omfattande smittspridning avser vi således en hastigt uppkommen samhällsspridning inom ett begränsat geografiskt område eller över hela landet av en smittsam sjukdom som kan överföras mellan människor. Samhällsspridning innebär att det upptäcks fall utan känd epidemiologisk koppling till utlandet, om smittspridningen kommer därifrån, eller tidigare kända fall om spridningen startar i Sverige.

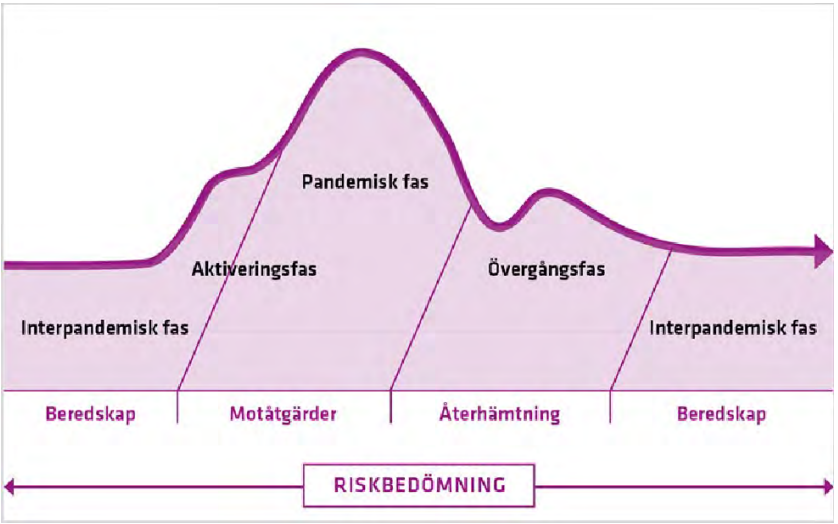
För att smittskyddsåtgärder ska kunna få föreskrivas eller beslutas krävs det, utöver att det är fråga om omfattande smittspridning, att det inte är fråga om en bagatellartad sjukdom. Vi återkommer i senare kapitel med överväganden kring hur klassificeringen av smittsamma sjukdomar i smittskyddslagen bör länkas samman med begreppet omfattande smittspridning.

I direktiven anges att beredskapen behöver stärkas ”för att samhället ska stå bättre rustat inför framtida hälsohot, såsom omfattande epidemier eller pandemier av känt eller okänt ursprung och oavsett om de sprids avsiktligt eller oavsiktligt”. Fokus för utredningens arbete som redovisas i detta delbetänkande ligger på beredskap inför oavsiktlig smittspridning, men vi berör kort även beredskap för avsiktlig smittspridning.

4.2 Pandemins faser

WHO har tagit fram en beskrivning av en pandemis olika faser i syfte att stödja länders pandemiberedskap och pandemihantering. Denna indelning återfinns också i Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd för pandemiberedskap från vilket figuren nedan är hämtad.[4]

Figur 4.1 Möjligt smittspridningsförlopp vid en pandemi (WHO)



Källa: Folkhälsomyndigheten, Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 9.

Aktiveringsfasen inleds när spridningen av ett smittämne med pandemisk potential har identifierats bland människor. Detta torde i regel ske nära i tid med att WHO har utlyst en PHEIC. Den **pandemiska fasen** innebär att det nya smittämnet globalt sprids från människa till människa. Inte sällan ser man vågor av ökad smittspridning under den pandemiska fasen. **Övergångsfasen** inleds när globala eller regionala riskbedömningar fastställer att åtgärderna kan börja trappas ner. Även under övergångsfasen finns risk för återkommande toppar av smittspridning. Den **interpandemiska fasen** är tiden mellan pandemier. Den interpandemiska fasen är viktig

[4] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023.

eftersom den ger möjlighet att utvärdera den pandemi som varit och skapa förbättrad beredskap inför nästa pandemi.

I sitt kunskapsstöd för pandemiberedskap påpekar Folkhälsomyndigheten att WHO:s indelning i pandemifaser inte tar hänsyn till lokala variationer eller nya varianter av smittämnet. Olika kontinenter, regioner och länder samt geografiska områden inom länder kan vid en given tidpunkt befinna sig i olika faser. Folkhälsomyndigheten skriver därför att de, i samverkan med andra aktörer, kontinuerligt behöver göra egna bedömningar på nationell nivå.

4.3 Hur uppstår en pandemi?

En pandemi, dvs. en global spridning av en infektionssjukdom, uppstår oftast genom en naturlig överföring av ett smittämne från ett djur till människa, dvs. en zoonotisk överföring. Riskerna för sådana överföringar från djurvärlden påverkas bl.a. av klimatförändringar, förändringar i djurhållning och ändrade förhållanden för vilda djur. WHO har därför skapat riktlinjer för övervakning och hantering av zoonotiska sjukdomar som kan leda till pandemier. Detta inkluderar deras övervakningssamarbete "Global Influenza Surveillance and Response System" (GISRS), som spelar en viktig roll för tidig upptäckt och respons på influensavirus som kan orsaka pandemier.[5] Ibland kan ett nytt eller förändrat smittämne som har överförts från djur till människa leda till ihållande smittspridning mellan människor, och om detta smittämne sedan sprids globalt uppstår en pandemi. Riskerna för uppkomsten av en pandemi påverkas inte bara av klimatförändringar och ökade och förändrande kontakter mellan människor och djur utan också av andra omvärldsförändringar som befolkningsförändringar, migration, ökat resande, ändrade levnadsförhållanden, och ökat handelsutbyte vilka gör att smittämnen snabbare kan spridas över världen. Förändrad risk för antagonistiska hot avseende avsiktlig smittspridning bör också beaktas (se avsnitt 4.4.6).

Det är viktigt att poängtera att zoonotiska överföringar av smittämnen från djur till människa inte är ovanliga och bara mycket sällan leder till omfattande smittspridning eller pandemi. I stället stannar de oftast vid en eller ett fåtal smittade personer eftersom

[5] World Health Organization. Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS). Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS). Hämtat 2024-05-15 från https://www.who.int/initiatives/global-influenza-surveillance-and-response-system.

smittämnet saknar förmåga att effektivt spridas mellan människor eller på annat sätt inte ges förutsättningar till sådan smittspridning. Enligt WHO är *pandemikapacitet* ett mått på ett smittämnes förmåga att sprida sig snabbt över stora geografiska områden och infektera en stor del av befolkningen, dvs. orsaka omfattande smittspridning och pandemi.[6] WHO skriver att denna definition understryker vikten av snabb och effektiv respons på identifiering av potentiella pandemiska smittämnen. WHO:s ramverk för beredskap för pandemi beskriver hur länder bör förbereda sig för att snabbt kunna upptäcka, bedöma, rapportera och svara på folkhälsorisker.[7]

4.3.1 Kort historik

Pandemier har uppstått med oregelbundna intervall under årtusenden och har haft varierande sjuklighet och dödlighet hos befolkningen. Det är troligt att frekvensen av pandemier har ökat över tid som en följd av befolkningsökning samt den globalisering och de andra samhällsförändringar som har nämnts ovan. Under de senaste dryga 100 åren har världen drabbats av fyra influensapandemier och en coronaviruspandemi:[8]

- spanska sjukan, 1918, orsakad av influensavirus A(H1N1),
- asiaten, 1957, orsakad av influensavirus A(H2N2),
- hongkong-influensan, 1968, orsakad av influensavirus A(H3N2),
- influensa A(H1N1)pdm09, 2009, den s.k. ”svininfluensan”,
- covid-19, 2019, orsakad av SARS-CoV-2.

[6] World Health Organization. Revised draft of the negotiating text of the WHO Pandemic Agreement, s. 3. Revised draft of the negotiating text of the WHO Pandemic Agreement. Hämtat 2024-12-02 från https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb9/A_inb9_3-en.pdf.
[7] World Health Organization. Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021.
[8] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 7.

Influensa

Influensa A-virus cirkulerar bland flera olika djurarter och den naturliga värden är vattenlevande fåglar. Med oregelbundna intervall förändras viruset så att det kan infektera och spridas mellan människor, s.k. zoonotisk influensa. Detta sker genom att delar av arvsmassan hos de varianter av influensavirus som orsakar den vanliga säsongsinfluensan hos människor byts ut mot motsvarande delar från arvsmassan hos influensavirus från djurvärlden. Om de delar som byts ut är arvsmassan som kodar för utskotten (spike-proteinerna) på virusets yta kan viruset erhålla förmåga att infektera stora delar av världens befolkning eftersom en låg andel har immunitet mot den nya influensavarianten. Om den låga immuniteten kombineras med en hög smittsamhet mellan människor kan viruset spridas effektivt vilket kan leda till en pandemi med stora konsekvenser för samhället (se även avsnitt 4.4.3).

Coronavirus och covid-19

Den första kända pandemin orsakad av ett coronavirus är den som startade i Kina i slutet av 2019. Viruset heter SARS-CoV-2 och sjukdomen benämns covid-19. Redan före covid-19-pandemin fanns det fyra kända humana coronavirus som vintertid ger återkommande utbrott av luftvägssjukdom som oftast yttrar sig som en enkel förkylning, men ibland som en allvarligare luftvägssjukdom. Dessutom finns ytterligare två coronavirus som har orsakat utbrott av allvarlig luftvägssjukdom. Dessa virus heter sars (svår akut respiratorisk sjukdom) respektive mers (Middle East Respiratory Syndrome). Det har föreslagits att den ryska snuvan, som upptäcktes i Sankt Petersburg och spreds över världen 1889–1890, kan ha orsakats av ett coronavirus (OC43), och inte ett influensavirus som man tidigare trott.[9] Dock finns det inga avgörande bevis för denna möjlighet som dock illustrerar att det i djurvärlden, framför allt hos fladdermöss, finns ett stort antal virus tillhörande coronavirusfamiljen som utgör hot för framtida pandemier (se avsnitt 4.4.2).

[9] Brussow H., Brussow L. Clinical evidence that the pandemic from 1889 to 1891 commonly called the Russian flu might have been an earlier coronavirus pandemic. Microb Biotechnol. 2021;14(5):1860–70.

4.3.2 Faktorer som påverkar ett smittämnes pandemikapacitet

Flera faktorer påverkar om ett utbrott av ett smittämne riskerar att utveckla sig till en pandemi, detta inkluderar bl.a.:

- typ av smittämne,
- smittsamhet,
- smittväg,
- sjukdomsalstrande förmåga,
- immunitetsläge i befolkningen, och
- tillgång till vaccin och läkemedel.

Typ av smittämne

Smittämnen, dvs. mikroorganismer, delas in i virus, bakterier, parasiter och svampar, vilka alla har flera undergrupper. Teoretiskt kan mikroorganismer från alla dessa huvudgrupper orsaka en pandemi, men om vi ser till de senaste dryga 100 åren så har alla pandemier med snabb smittspridning mellan människor orsakats av virus och närmare bestämt undergruppen RNA-virus, som bland många andra innefattar influensavirus och coronavirus. RNA-virus är unika eftersom de har arvsmassa som består av RNA till skillnad från alla andra organismer, inklusive DNA-virus, vars arvsmassa utgörs av DNA. Historiskt har dock pandemier också orsakats av andra mikroorganismer än RNA-virus, där den mest kända är digerdöden som orsakades av pestbakterien (*Yersinia pestis*). Att RNA-virus är mer benägna att orsaka omfattande smittspridning än andra mikroorganismer beror bl.a. på att de förekommer i väldigt många olika former (47 kända familjer) och kan förändras mycket fort, dvs. har hög evolutionshastighet.

Smittsamhet

En förutsättning för att en pandemi ska uppstå är att mikroorganismen, dvs. smittämnet, har hög smittsamhet mellan människor. Det gäller speciellt när smittspridningen har ett snabbt förlopp över en

begränsad tidsrymd vilket är fokus för utredningen. Alla mikroorganismer har sin egen inneboende smittsamhet som beror på ett komplext samspel mellan ett flertal faktorer, såsom mikroorganismens nivåer i de kroppsvätskorna etc. som överför smitta, smittdos (dvs. hur många viruspartiklar, bakterieceller, etc. som krävs för att etablera en ny infektion), och smittväg (se nedan). Det spelar också stor roll hur lång den smittsamma perioden är och om smittöverföring kan ske från personer som är symtomfria antingen genom hela infektionen eller under en period innan symtom utvecklas (s.k. presymtomatisk smittöverföring).

Inom infektionsepidemiologi används begreppet *basalt reproduktionstal (R_0)* som anger det förväntade genomsnittliga antal nya infektionsfall som en smittsam infekterad individ ger upphov till om alla andra är mottagliga för infektionen. Mässlingsvirus har rapporterats ha ett mycket högt R_0-tal på 12–18,[10] medan talet för SARS-CoV-2 är 2,9–9,5[11] och för säsongsinfluensavirus 1,2–1,4.[12] Det är dock mycket ovanligt att alla omgivande personer är mottagliga. Av detta skäl är det *effektiva reproduktionstalet (R eller R_e)* mer relevant eftersom det speglar smittspridningen i den nuvarande befolkningen där några kan vara immuna, vaccinerade, redan sjuka, osv. Om R vid en tidpunkt ligger över 1 så ökar antalet smittade och om R ligger under 1 så avtar antalet smittade, vilket innebär att smittspridningen kan lägga sig. Inom infektionsepidemiologi används också begreppet *flockimmunitet* eller populationsimmunitet (herd immunity) som är den nivå (tröskelvärde) av immunitet som behöver uppnås i en population för att smittspridningen ska avstanna. Tröskelvärdet för flockimmunitet är omvänt proportionellt mot R ($1–1/R_0$), vilket t.ex. betyder att en högre andel av populationen behöver vara immun för mässling än för influensa för att smittspridningen ska hållas tillbaka. Det ska framhållas att alla dessa storheter och samband är baserade på förenklade matematiska modeller. Men faktum kvarstår, att en sjukdom med hög smittsamhet är svårare att få under kontroll än en sjukdom med låg smittsamhet. En ytterligare faktor som kan påverka risken för smittspridning och i förlängningen en pandemi

[10] Guerra F.M., Bolotin S., Lim G., Heffernan J., Deeks S.L., Li Y., et al. The basic reproduction number (R(0)) of measles: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2017;17(12):e420-e8.
[11] Liu Y., Rocklov J. The effective reproductive number of the Omicron variant of SARS-CoV-2 is several times relative to Delta. J Travel Med. 2022;29(3).
[12] Chowell G., Miller M.A., Viboud C. Seasonal influenza in the United States, France, and Australia: transmission and prospects for control. Epidemiol Infect. 2008;136(6):852–64.

är variationer i virusnivåer mellan olika infekterade individer. För SARS-CoV-2 är det mycket stor variation i virusnivåer mellan individer och över tid. Toppnivåerna kan variera mer än tusenfalt[13] och virusnivån är starkt korrelerad till smittsamhet.[14] Dessa variationer har sannolikt bidragit till s.k. superspridar-event (superspreading events) som anses ha drivit på smittspridningen under covid-19-pandemin.[15]

Smittväg

Ett smittämnes smittväg har stor betydelse för vilka som kan infekteras och hur snabbt smittspridning kan ske. I detta sammanhang får man skilja på *smittkälla*, *inträdesport* och *överföringssätt*. Fokus i våra direktiv ligger på beredskap inför framtida situationer med omfattande smittspridning i samhället. Enligt vår bedömning är det i första hand smittämnen som smittar via luften som kan orsaka sådan omfattande smittspridning (se avsnitt 4.4). Nedan ger vi en bakgrund till detta och en kort generell beskrivning av olika smittkällor, inträdesportar och överföringssätt.

Smittkälla kan vara en annan människa, ett djur, ett födoämne eller något annat i omgivningen. För att omfattande smittspridning på global nivå ska kunna uppstå hos människor krävs vanligen att smittämnet kan spridas effektivt från person till person. Pandemier har visserligen ofta startat via en smittöverföring från ett djur till en människa, dvs. zoonotisk smitta, men utan effektiv smittspridning mellan människor kommer sådana utbrott knappast få omfattande global utbredning. Det betyder dock inte att sådana utbrott är harmlösa, vilket bl.a. visas av bl.a. det stora zikavirusutbrottet i Syd- och Mellanamerika 2015–2016 och den omfattande smittspridningen av denguevirus som har pågått de senaste årtiondena (se avsnitt 4.4.5). Det ska också nämnas att under digerdöden spreds pestbakterien från människa till människa i första hand via bett av pestsmittade

[13] Killingley B., Mann A.J., Kalinova M., Boyers A., Goonawardane N., Zhou J., et al. Safety, tolerability and viral kinetics during SARS-CoV-2 human challenge in young adults. Nat Med. 2022;28(5):1031–41.
[14] Marks M., Millat-Martinez P., Ouchi D., Roberts C.H., Alemany A., Corbacho-Monne M., et al. Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study. Lancet Infect Dis. 2021;21(5):629–36.
[15] Nielsen B.F., Sneppen K., Simonsen L. The counterintuitive implications of superspreading diseases. Nat Commun. 2023;14(1):69–54.

loppor, men även direkt mellan människor via droppar från upphostningar.[16]

Inträdesport är en annan viktig aspekt för hur lätt ett smittämne kan infektera nya individer (i vårt fall människor). Ju lättare ett smittämne får tillträde till ännu osmittade personer, desto större är risken för en omfattande och snabb smittspridning. De viktigaste inträdesportarna för smittämnen är via luftvägarna, mag-tarmkanalen, genitala slemhinnan, sår och annan penetration av huden, samt över moderkakan.

Överföringssätt är beroende av smittkälla och inträdesport. För smitta till luftvägarna så kan överföringen ske via aerosol och droppar av olika storlek som har spritts från en smittsam individ. Under covid-19-pandemin diskuterades om SARS-CoV-2 smittar via droppar, aerosol eller luften. I detta sammanhang är det intressant att konstatera att den 18 april 2024 ändrade WHO tillsammans med andra organisationer den rekommenderade nomenklaturen så att all sådan smitta benämns *smitta via luften* (through the air) som delas in två undergrupper:[17]

1. Direkt deposition på slemhinnor dvs smitta via mun, näsa eller ögon direkt på kortare avstånd.
2. Luftburen smitta (ang. airborne), smitta som tar sig in i kroppen via andningsorganen oavsett droppstorlek och avstånd.

I och med att smitta via luften inte kräver direkt kontakt mellan den smittsamme och de som utsätts för smittrisk så finns förutsättning för snabb och omfattande smittspridning.

Sjukdomsalstrande förmåga

Ett smittämnes sjukdomsalstrande förmåga eller *virulens* avser dess inneboende förmåga att orsaka sjukdom. Vissa mikroorganismer, dvs. smittämnen, orsakar (i avsaknad av behandling) allvarlig sjuk-

[16] Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsinformation om pest. Sjukdomsinformation om pest. Hämtat 2024-12-02 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/pest/.
[17] World Health Organization. Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. Geneva: World Health Organization; 2024. Hämtat 2025-02-19 från https://www.who.int/publications/m/item/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air.

dom eller död hos en hög andel av infekterade personer, t.ex. hiv, rabiesvirus, pestbakterien (*Yersinia pestis)*, och mjältbrandsbakterien (*Bacillus anthracis*). Andra mikroorganismer orsakar inte alls sjukdom eller är till och med nyttiga, t.ex. laktobaciller i bl.a. tarm och vagina, anellovirus, och de flesta typer av humana papillomvirus. Smittskyddslagen omfattar endast sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Det betyder att många mikroorganismer som infekterar oss människor inte omfattas av smittskyddslagens bestämmelser. De hanteras i stället av samhällets hälso- och sjukvård i den mån de alls kräver sådana insatser.

Ett utbrott av ett smittämne som alltid snabbt orsakar tydliga symtom hos smittsamma infekterade personer kan lättare kontrolleras än ett utbrott där många fall är symtomfria inledningsvis eller under hela den smittsamma delen av infektionen. En bidragande orsak till att sars-utbrottet 2003 kunde bringas under kontroll var att en hög andel av de smittade hade tydliga symtom. Detta i motsats till covid-19, som orsakas av ett närbesläktat coronavirus, SARS-CoV-2, där presymtomatiska och asymtomatiska, men smittsamma, personer anses ha varit en bidragande orsak till svårigheterna att begränsa utbrottet innan vi stod inför en fullt utvecklad pandemi.[18,19] Det ska dock sägas att skillnaderna mellan sars och covid-19 också beror på andra olikheter såsom inneboende smittsamhet (dvs. R-tal), m.m.

Immunitetsläge i befolkningen

För att ett smittämne som sprids mellan människor ska få omfattande smittspridning i en population eller globalt krävs att merparten av befolkningen är mottaglig för infektionen. Immunitet är den viktigaste faktorn som påverkar graden av mottaglighet, även om genetiska (medfödda) och andra faktorer också kan inverka. Immunitet är inte svart eller vitt utan kan variera från ett fullständigt skydd mot

[18] Ma Q., Liu J., Liu Q., Kang L., Liu R., Jing W., et al. Global Percentage of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections Among the Tested Population and Individuals With Confirmed COVID-19 Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021;4(12):e2137257.
[19] Buitrago-Garcia D., Ipekci A.M., Heron L., Imeri H., Araujo-Chaveron L., Arevalo-Rodriguez I., et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: Update of a living systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2022;19(5):e1003987.

att överhuvudtaget bli infekterad till ett partiellt skydd mot allvarlig sjukdom och död. Covid-19 illustrerar detta eftersom immuniteten som erhålls via genomgången infektion, vaccination eller bägge är partiell och framför allt skyddar mot allvarlig sjukdom, men skyddar betydligt sämre mot ny infektion. Detta beror på att immuniteten mot luftvägsinfektioner sällan är fullständig och långvarig, men också på att SARS-CoV-2 har förändrat sig under pandemins gång på samma sätt som många andra RNA-virus gör. Trots att immuniteten varierar och avtar på detta sätt exponeras och återinfekteras vi så pass ofta för bl.a. våra vanliga luftvägsvirus vilket upprätthåller ett partiellt skydd i befolkningen. Detta är bakgrunden till att omfattande smittspridning eller pandemi enbart kan uppstå om vi människor utsätts för ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne, se avsnitt 4.4.

Variationer i immuniteten i olika befolkningsgrupper kan också förekomma, vilket kan få betydelse för hur allvarliga konsekvenserna av ett utbrott blir. Under influensapandemin 2009, den s.k. svininfluensan orsakad av influensa A(H1N1)pdm09, var andelen allvarliga sjukdomsfall förhållandevis låg bland äldre som vanligtvis utgör en riskgrupp för allvarlig influensasjukdom. Den troliga orsaken till detta var att personer födda före slutet på 1950-talet hade ett visst immunologiskt skydd mot pandemiviruset eftersom deras första influensainsjuknande i livet hade orsakats av tidigare former av H1N1-virus som utgjorde säsongsinfluensa efter att ha orsakat spanska sjukan 1918–1920. Detta H1N1-virus försvann som säsongsinfluensa i samband med asiaten-pandemin 1957 som orsakades av H2N2-influensa. Fenomenet kallas på engelska ”immune imprinting”.[20] Den partiella immuniteten hos äldre förklarar således sannolikt varför H1N1-influensapandemin 2009 inte fick lika allvarliga följder hos dessa personer som tidigare influensapandemier och covid-19-pandemin.

Tillgång till vaccin och läkemedel

Immunitet via vaccination kan, på samma sätt som immunitet från tidigare infektioner, bidra till att minska risken för att ett litet utbrott ska utvecklas till en fullskalig pandemi. Vaccinutveckling tar

[20] Gostic K.M., Bridge R., Brady S., Viboud C., Worobey M., Lloyd-Smith J.O. Childhood immune imprinting to influenza A shapes birth year-specific risk during seasonal H1N1 and H3N2 epidemics. PLoS Pathog. 2019;15(12):e1008109.

normalt många år. I detta perspektiv gick utvecklingen av vaccin mot covid-19 väldigt fort. Att det gick snabbt berodde på stora ekonomiska investeringar och att man via forskning redan visste hur grundformen för ett coronavirusvaccin skulle se ut även om man inte hade kännedom om SARS-CoV-2. Arbetet med att ta fram vaccin kunde därför starta direkt när viruset var identifierat och sekvensen för dess arvsmassa publicerad den 10 januari 2020.[21] Det är dock viktigt att komma ihåg att det trots denna snabbhet tog mer än ett år från pandemins start innan ens halva Sveriges befolkning 16 år eller äldre hade fått sin första vaccindos.[22] I dagsläget saknas vaccin och vaccinplattformar för flera av de sjukdomar och smittämnen som finns med i WHO:s prioriterade lista över de viktigaste pandemihoten (se avsnitt 4.4.4).

På samma sätt som för vaccin saknas virusläkemedel för de flesta av pandemihoten på WHO:s lista. Virusläkemedel har dock inte sin viktigaste plats när det gäller att begränsa omfattningen av ett utbrott av en ny smittsam sjukdom, utan är framför allt viktiga för behandling av patienter med allvarliga symtom. I förväg framställda effektiva virusläkemedel har därför potential att lindra symtom och på det sättet minska belastningen på sjukvården i händelse av omfattande smittspridning.

4.4 Nästa pandemi kommer sannolikt att orsakas av ett nytt luftvägsvirus

Bedömning: Nästa pandemi kommer sannolikt att orsakas av ett nytt luftvägsvirus mot vilket immunitet saknas hos stora delar av jordens befolkning. Ett sådant virus kan vara ett tidigare helt okänt virus, ett känt djurvirus som nyligen överförts till människa, eller ett känt humant virus som påtagligt har förändrats.

I avsnitt 4.1.5 redovisas att utredningen fokuserar på pandemier och omfattande smittspridning som sker mellan människor över en begränsad tidsrymd. Vi bedömer att sådan smittspridning bara kan

[21] Holmes E.C. Novel 2019 coronavirus genoma. Hämtat 2024-12-03 från https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319/1.
[22] Folkhälsomyndigheten. Interaktiv statistik publicerad online oktober 2021 baserad på data från nationella vaccinationsregistret.

uppstå om ett smittämne som är mer eller mindre nytt för mänskligheten och som har hög smittsamhet börjar sprida sig bland oss människor. Det är framför allt smittämnen som infekterar via luftvägarna och slemhinna i anslutning till luftvägarna som har kapacitet att orsaka sådan omfattande, snabb smittspridning. Mot denna bakgrund bedömer vi att nästa pandemi sannolikt kommer att orsakas av ett nytt luftvägsvirus mot vilket immunitet saknas hos merparten av jordens befolkning. Med nytt virus avser vi ett tidigare helt okänt virus, ett känt djurvirus som nyligen överförts till människa, eller ett känt humant virus som påtagligt har förändrats.

Vår bedömning att nästa pandemi sannolikt kommer att orsakas av ett nytt luftvägsvirus stöds av det faktum att de fem pandemier som drabbat världen de senaste dryga 100 åren har orsakats av sådana virus, dvs. fyra influensapandemier och en coronaviruspandemi (se avsnitt 4.3.1). Dessutom kan det noteras att de åtta händelser som förklarats utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa av internationell omfattning (PHEIC) enligt IHR 2005 också har orsakats av virus, även om alla åtta inte har varit luftvägsvirus (se tabell 3.1).

4.4.1 Ett tidigare helt okänt virus

När det gäller tidigare helt okända virus så har modern DNA-teknologi (sekvensering) visat att forskningen ännu bara skrapat på ytan av virusvärlden. Exempelvis rapporterades i en studie publicerad 2016 spår av 125 000 tidigare okända virus[23] och i en studie från 2024 uppskattades att mindre än 0,1 procent av alla existerande virus har identifierats.[24] Även om de flesta av dessa virus knappast utgör ett hot för mänskligheten så illustrerar forskningen att det finns många okända virus och virusfamiljer, varav några skulle kunna utgöra pandemihot.

[23] Paez-Espino, David, et al. Uncovering Earth's virome. Nature 536.7617 (2016): 425–430.
[24] Holmes E.C., Krammer F., Goodrum F.D. Virology – The next fifty years. Cell. 2024;187(19):5128–45.

4.4.2 Ett virus som överförts från en djurart

Ett annat, troligare, scenario när det gäller nästa pandemi är att den orsakas av ett virus som är känt eller tillhör en känd virusfamilj som nyligen överförs till oss människor från en annan art, troligen ett djur. Att vi i första hand tänker oss ett djurvirus beror på att det finns en artbarriär som gör att djurvirus, och framför allt däggdjursvirus, har lättare att etablera effektiv spridning bland människor än t.ex. insektsvirus eller bakterievirus. Artbarriären finns eftersom virus är helt beroende av att kunna infektera och föröka sig i andra organismers celler och dessutom ofta är strikt beroende av en specifik celltyp hos en specifik organism. Ett virus kan därför inte överföras fritt till vilken annan värdorganism som helst. Även i den mer begränsade sfären av däggdjursvirus finns det dock många kända virus och virusfamiljer som har potential att orsaka en framtida pandemi (se avsnitt 4.4.4). Covid-19-pandemin är det mest närliggande exemplet på en pandemi som startat genom att ett virus från en känd virusfamilj, men som var nytt för oss människor, överfördes från djurvärlden. SARS-CoV-2 är nära besläktat med coronavirus hos fladdermöss och överfördes till människa i Wuhan i slutet av 2019.[25,26,27] Se även nästa stycke som tar upp fågelinfluensa som också är virus med pandemikapacitet.

4.4.3 Ett påtagligt förändrat humant virus

Slutligen är ett känt, men påtaglig förändrat, humant virus också ett reellt pandemihot. Det bästa exemplet på detta är de fyra influensapandemier som världen genomlevt under de senaste dryga 100 åren, dvs. spanska sjukan, asiaten, hongkong-influensan och den s.k. svininfluensan (mer korrekt benämnd influensavirus A(H1N1)pdm2009). Influensa är en välkänd sjukdom som orsakas av ett virus som sprids mellan människor i återkommande utbrott som på våra breddgrader sker vintertid. De influensavarianter som orsakar dessa

[25] Temmam S., Vongphayloth K., Baquero E., Munier S., Bonomi M., Regnault B., et al. Bat coronaviruses related to SARS-CoV-2 and infectious for human cells. Nature. 2022;604(7905):330–6.
[26] Pekar J.E., Magee A., Parker E., Moshiri N., Izhikevich K., Havens J.L., et al. The molecular epidemiology of multiple zoonotic origins of SARS-CoV-2. Science. 2022;377(6609):960–6.
[27] Worobey M., Levy J.I., Malpica Serrano L., Crits-Christoph A., Pekar J.E., Goldstein S.A., et al. The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. Science. 2022;377(6609):951–9.

återkommande utbrott har samlingsnamnet säsongsinfluensa och ska inte förväxlas med pandemisk influensa eller fågelinfluensa. Säsongsinfluensa kan återkomma på detta sätt eftersom viruset genomgår gradvisa små förändringar via mutationer. Mutationerna gör att viruset kan återinfektera en andel, men inte alla, personer som tidigare har haft influensa genom att kringgå den immunitet som byggts upp efter dessa tidigare infektioner. Mutationsprocessen kallas genetisk drift. Dessa gradvisa förändringar innebär dock inte att merparten av jordens befolkning helt saknar immunitet inför varje ny influensasäsong. Enligt EU:s smittskyddsmyndighet ECDC får uppemot 20 procent av befolkningen säsongsinfluensa varje år.[28] Sannolikt exponeras många fler, men blir inte infekterade eller inte sjuka eftersom de har immunitet från tidigare influensainsjuknanden och -vaccinationer.

Pandemisk influensa skapas via en annan evolutionär process, kallad genetiskt skifte, där delar av virusets arvsmassa helt byts ut mot motsvarande delar från influensavirus hos vattenlevande fåglar, svin eller andra djur. Speciellt hos fåglar finns en stor mängd influensavarianter som mänskligheten saknar immunitet mot. De delar som byts ut är framför allt de utskottproteiner (spike-proteiner) som finns på virusets yta och som är viktigast för immunitet. Även om innerkomponenterna i viruset är oförändrade blir ett influensavirus med utbytta utskott nytt för immunsystemet, vilket gör att viruset kan infektera större delen av jordens befolkning, dvs. orsaka omfattande smittspridning och pandemi. Det finns två sorters utskottsproteiner, hemagglutinin (H) och neuraminidas (N). Det är olika varianter av H och N som ger olika influensavarianter deras namn, H1N1, H3N2, H5N1, etc.

I detta sammanhang tar vi även upp fågelinfluensa även om dessa influensavarianter egentligen hör hemma under föregående punkt, virus som överförts från en djurart. Som ovan nämnts finns det hos vattenlevande fåglar en stor mängd influensavarianter med utskottsproteiner mot vilka människan saknar immunitet (18 varianter av H-proteinet och 11 varianter av N-proteinet).[29] Hos de vattenlevande fåglarna förökar sig influensaviruset i tarmen och orsakar i allmänhet inte sjukdom. Vissa av dessa influensavarianter kan även infektera

[28] ECDC. Seasonal influenza. Hämtat 2024-12-03 från https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza.
[29] U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Avian Influenza Type A Viruses. Hämtat 2024-12-02 från https://www.cdc.gov/bird-flu/about.

tamfågel och orsakar oftast inte allvarlig sjukdom hos dessa heller. Internationellt benämns dessa varianter av fågelinfluensa ”low pathogenic avian influenza (LPAI)”. Det finns dock fågelinfluensavarianter som kan orsaka allvarlig sjukdom med mycket hög dödlighet hos tama och vilda fåglar, s.k. högpatogen fågelinfluensa (highly pathogenic avian influenza, HPAI). Den mest kända varianten av högpatogen fågelinfluensa har beteckningen H5N1. Högpatogen H5N1-fågelinfluensa har sedan början av 2000-talet globalt orsakat återkommande stora utbrott i tamfågelbesättningar med hög dödlighet som lett till behov av utslaktning. I enstaka fall har människor som varit i nära kontakt med sjuka fåglar också smittats och fått allvarliga symtom med bl.a. multiorgansvikt som ibland varit dödlig. Hittills har högpatogen H5N1-fågelinfluensa haft mycket låg förmåga att spridas mellan människor, men det finns en internationell oro för att viruset ska tillägna sig sådan förmåga. Detta är också bakgrunden till att viruset är klassat som en allmänfarlig sjukdom i smittskyddslagens bilaga 1 där det benämns fågelinfluensa (H5N1). Högpatogen H5N1-fågelinfluensa har fått stor uppmärksamhet sedan 2024 eftersom det pågår (mars 2025) ett utbrott av infektioner bland mjölkkor i flera stater i USA.[30] Första rapporten om infektion av mjölkkor kom i mars 2024, men utbrottet startade med stor sannolikhet tidigare. Infektion har även rapporterats bland många andra vilda och tama däggdjur, samt ett mindre antal människor. I december 2024 bedömde dock ECDC att H5N1-fågelinfluensa utgör en låg risk för allmänheten i EU/EES-länder.[31] Trots detta finns oro att viruset genom infektion av mjölkkor och andra däggdjur gradvis ska utveckla förmåga till effektiv smittspridning mellan människor.

Utifrån ovanstående fakta kan det diskuteras om en pandemi orsakad av ett influensavirus är ett djurvirus som överförts till oss människor eller om det är ett förändrat humant virus. Detta eftersom influensapandemierna oftast har orsakats av virus som har hämtat vissa delar av arvsmassan från djurvärlden, dvs. är nya för oss människor, medan andra delar av arvsmassan har härrört från tidigare cirkulerande human säsongsinfluensa.

[30] U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Current H5N1 Bird Flu Situation in Dairy Cows. Hämtat 2024-12-03 från https://www.cdc.gov/bird-flu/situation-summary/mammals.html.
[31] ECDC. Risk assessment H5 clade 2.3.4.4b viruses. Hämtat 2024-12-02 från https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/z-disease-list/avian-influenza/threats-and-outbreaks/risk-assessment-h5.

4.4.4 Disease X och Pathogen X

WHO myntade 2018 begreppet *Disease X* i samband med den andra uppdateringen av sin lista över smittämnen med pandemikapacitet.[32,33] Listan innehöll tio sjukdomar som bedömdes utgöra den största folkhälsorisken på grund av sin epidemikapacitet eller genom att medicinska motåtgärder, såsom vaccin eller läkemedel, saknas eller är otillräckliga. Disease X var en av sjukdomarna och namnet signalerade att en allvarlig internationell epidemi kan orsakas av ett smittämne som för närvarande inte är en känd orsak till sjukdom hos människor.

I juni 2024 publicerade WHO en omfattande revision av sitt ramdokument som nu har titeln ”Pathogens prioritization: A scientific framework for epidemic and pandemic research preparedness”.[34] I dokumentet skriver WHO att man genom prioritering av forskning kring hela patogenfamiljer (dvs. smittämnesfamiljer), i stället för en handfull individuella smittämnen, vill stärka förmågan att effektivt reagera på oförutsedda varianter, nya smittämnen (emerging pathogens), zoonotiska överföringar och okända hot som *Pathogen X*. I sin nya strategi har WHO alltså ersatt begreppet Disease X med Pathogen X. WHO skriver vidare att deras ”R&D Blueprint for Epidemics” fungerar som en global plattform för forskning och utvecklingssamarbete, med betoning på internationellt samarbete. Kärnan i konceptet är en prioritering av patogener (dvs. smittämnen). Det reviderade ramdokumentet är resultatet av en global prioriteringsprocess som involverade mer än 200 forskare från mer än 50 länder som utvärderade 28 virusfamiljer och en kärngrupp av bakterier, totalt 1 652 patogener. Enligt WHO bedöms tio RNA-virusfamiljer, en DNA-virusfamilj och fem bakteriefamiljer utgöra de största hoten för framtida utbrott och pandemier. Bland RNA-virusfamiljerna ingår bl.a. ortomyxovirusfamiljen och coronavirusfamiljen där influensavirus respektive SARS-CoV-2 återfinns.

[32] World Health Organization, Blueprint for R&D preparedness and response to public health emergencies due to highly infectious pathogens. Workshop on prioritization of pathogens. 8–9 December 2015.
[33] World Health Organization, WHO Research and Development Blueprint. 2018 Annual review of diseases prioritized under the Research and Development Blueprint. Informal consultation. 6–7 February 2018. Geneva, Switzerland, s. 9.
[34] World Health Organization. Pathogens Prioritization – A scientific framework for epidemic and pandemic research and preparedness. Hämtat 2025-02-05 från https://www.who.int/publications/m/item/pathogens-prioritization-a-scientific-framework-for-epidemic-and-pandemic-research-preparedness.

4.4.5 Vektorburna infektioner och andra zoonoser

Zoonoser är infektioner som sprids från djur till människor.[35,36] Som framgår ovan kommer en ny pandemi sannolikt att starta via en zoonotisk överföring av ett virus eller del av virusarvsmassa från djurvärlden till oss människor. Men för att omfattande global smittspridning ska kunna uppstå krävs även att infektionen effektivt kan spridas mellan människor. I detta skede är det inte längre en zoonotisk infektion även om ursprunget är från djurvärlden.

Vektorburna infektioner är den globalt viktigaste undergruppen av zoonoser och orsakas av parasiter, virus och bakterier som överförs från djur till människor via s.k. vektorer.[37] Vektorer är levande organismer som kan överföra smittämnen mellan människor, från djur till människor eller mellan djur. Många vektorer är blodsugande insekter och andra leddjur, såsom fästingar, vilka får i sig sjukdomsalstrande smittämnen under en blodmåltid från en infekterad värd (människa eller djur). Smittämnet förökar sig därefter i vektorn som blir smittsam och kan överföra smittämnet vid efterföljande bett eller blodmåltider. WHO anger att det globalt årligen sker mer än 700 000 dödsfall i vektorburna sjukdomar som malaria, dengue, snäckfeber (schistosomiasis eller bilharzia), afrikansk sömnsjuka (trypanosomiasis), leishmania, Chagas sjukdom, gula febern, japansk encefalit och flodblindhet (onchocerciasis). Dessa sjukdomar förekommer framför allt i tropiska och subtropiska delar av världen och drabbar främst de fattigaste delarna av befolkningen.

Utbredningen av vektorburna sjukdomar bestäms av ett komplext samspel mellan demografiska, miljömässiga och sociala faktorer, men en grundförutsättning är en geografisk närvaro av vektorn. De viktigaste inhemska vektorburna infektionerna i Sverige är borrelia och TBE som bägge överförs via den vanliga fästingen (*Ixodes ricinus*) som alltså är vektor. De sjukdomar som WHO lyfter fram (se ovan) förekommer inte i Sverige eftersom deras respektive vektorer saknas. Det gäller t.ex. gulafebermyggan (*Aedes aegypti)* och

[35] World Health Organization, Joint WHO/FAO Expert Group on Zoonoses, World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (1951). Joint WHO/FAO Expert Group on Zoonoses: bovine tuberculosis, Q fever, anthrax, psittacosis, hydatidosis, report on the first session, Geneva, 11–16 December 1950. World Health Organization. Hämtat 2024-12-03 från https://iris.who.int/handle/10665/40155.
[36] Singh BB, Ward MP, Kostoulas P and Dhand NK(2023) Zoonosis–Why we should reconsider ”What’s in a name?” Front. Public Health 11:1133330.
[37] World Health Organization. Vector-borne diseases. Hämtat 2024-12-03 från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases.

asiatiska tigermyggan *(Aedes albopictus*) som bl.a. överför de virus som orsakar gula feber, dengue, och zika samt parasiten som orsakar filaria (elefantsjuka). Dessa myggarter förekommer i stora delar av de tropiska och subtropiska områdena av världen. Den asiatiska tigermyggan har som en invasiv art även etablerat sig i södra Europa och sprider sig längre norrut, österut och västerut i Europa. Enligt ECDC hade arten självförsörjande populationer i 13 EU/EES-länder inför sommaren 2024.[38] Detta beror troligen framför allt på de pågående klimatförändringarna och har lett till rapporter om ökad lokal smittspridning i Europa av bl.a. dengue. I Sverige förekommer tigermygga ännu inte som inhemsk art, men det kan inte uteslutas att detta kan komma att förändras.

Infektion med nilfebervirus (West Nile virus) är ytterligare en allvarlig vektorburen infektion som sprider sig norrut i Europa. I en debattartikel i Läkartidningen 2024 lyfte Waldeck m.fl. risken för att sjukdomen kan komma att etablera sig i södra Sverige i och med att vektorn är myggor av Culex-släktet där *Culex pipiens*, sydlig husmygga, är allmänt förekommande i Sverige, och *Culex modestus*, nilfebermyggan, har påvisats i Skåne och Halland.[39] Författarna påpekar att en introduktion i Sverige skulle kunna få stora konsekvenser för den svenska blodverksamheten eftersom nilfebervirus kan överföras via blodprodukter vilket innebär att varje blodtappning skulle kunna behöva testas för smittämnet i tillägg till den testning som redan sker för bl.a. hiv och vissa hepatitvirus. Författarna lyfter även att i Sverige är nilfebervirusinfektion hos människa enbart anmälningspliktig vid viral meningoencefalit (hjärnhinneinflammation), se smittskyddsförordningens bilaga 1. Detta till skillnad från infektion hos djur som alltid ska anmälas enligt epizootilagen (1999:657).

Som framgår ovan kan vektorburna infektioner knappast leda till en pandemi eftersom vektorerna inte är globalt förekommande, men det finns ändå många exempel som visar att de kan etablera omfattande smittspridning och utbrott med allvarliga konsekvenser för individer, sjukvård och samhälle. Beredskap och åtgärder mot

[38] ECDC. Worsening spread of mosquito-borne disease outbreaks in EU/EEA, according to latest ECDC figures. Hämtat 2024-12-03 från https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/worsening-spread-mosquito-borne-disease-outbreaks-eueea-according-latest-ecdc-figures.

[39] Waldeck M., Labbé Sandelin, L., Gröndahl, G. Nilfebervirus sprids norrut – är vi i Sverige förberedda? Läkartidningen. [Internet]. 7 augusti 2024. Hämtad 2024-12-03 från https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2024/02/nilfebervirus-sprids-norrut-ar-vi-i-sverige-forberedda.

spridning av vektorburna infektioner skiljer sig dock i flera avseenden från de åtgärder som är tillämpliga mot smittämnen som snabbt och i stor skala sprids direkt mellan människor. Till exempel har åtgärder mot trängsel ingen eller mycket begränsad effekt mot vektorburna infektioner som visserligen ibland kan spridas direkt mellan människor, men inte speciellt effektivt. Vektorburna infektioner bekämpas i stället bäst med vektorkontroll och andra insatser på både human- och veterinärsidan ur ett s.k. ”One health”-perspektiv.[40,41] Även om utredningens fokus ligger på förbättrad beredskap mot snabb, omfattande smittspridning mellan människor kan vissa delar av våra förslag och bedömningar även leda till förbättrad beredskap för vektorburna infektioner.

4.4.6 Avsiktlig spridning av smitta

Det är osannolikt att en pandemi eller annan omfattande smittspridning som uppkommer på naturlig eller oavsiktlig väg kommer att uppstå i Sverige eftersom Sverige och dess befolkning utgör en så liten del av världen. Situationen kan vara annorlunda om Sverige som första land skulle utsättas för en avsiktlig (dvs. antagonistisk) spridning av smitta, bl.a. eftersom det initialt kan råda osäkerhet kring smittämnets identitet och karaktär.

När kategorin samhällsfarliga sjukdomar lades till i smittskyddslagen 2005 gjordes bedömningen att smittkoppor utgjorde det största hotet när det gällde terrorhandlingar eller annan avsiktlig spridning av smitta, se avsnitt 7.4. Även mjältbrand, pest, botulism och harpest nämndes men det bedömdes att för dessa sjukdomar fanns inte lika starka skäl att införa de föreslagna smittskyddsåtgärderna för samhällsfarliga sjukdomar. Detta då de inte är lika smittsamma från person till person som smittkoppor. Bedömningen var därför att smittskyddslagens och miljöbalkens regelsystem erbjöd tillräckliga möjligheter att bekämpa sjukdomsutbrott av dessa smittämnen. Enligt vår bedömning har det inte framkommit skäl att göra en annan bedöm-

[40] European Food Safety A, European Centre for Disease P, Control. The European Union One Health 2022 Zoonoses Report. EFSA J. 2023;21(12):e8442.
[41] One Health har tagits fram av WHO och avser samspelet mellan människor, djur och miljö, där tvärsektoriellt samarbete mellan beslutsfattare och myndigheter lyfts fram för att optimera hälsan i alla sektorer och för att identifiera globala hälsohot såsom covid-19-pandemin (källa: World Health Organization. One Health. Hämtat 2024-09-03 från https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health).

ning än att smittkoppor alltjämt är ett hot när det gäller terrorhandlingar eller annan avsiktlig smitta.

I utredningens tilläggsdirektiv (se bilaga 2) anges att utredaren ska analysera och ta ställning till vilka smittskyddsåtgärder som ska kunna vidtas vid misstanke om smittsam sjukdom som inte har identifierats eller klassificerats. En sådan situation skulle kunna uppstå vid en avsiktlig spridning av smitta i Sverige. Vi återkommer därför i slutbetänkandet till dessa frågor.

5 Icke-medicinska åtgärders effekt på smittspridning

I utredningens direktiv ingår att analysera och föreslå nya bestämmelser för att motverka trängsel, samt att analysera och ta ställning till om vissa justeringar i befintliga extraordinära smittskyddsåtgärder bör göras och om det ska införas nya extraordinära smittskyddsåtgärder.

Åtgärder för att motverka trängsel i avsikt att begränsa smittspridning ingår i det batteri av åtgärder som ofta benämns icke-medicinska åtgärder (non-pharmaceutical interventions, NPI). Principerna bakom icke-medicinska åtgärder grundas på kunskap om infektionssjukdomars epidemiologi och biologi som visar att smittspridning mellan människor kan förhindras om smittvägen blockeras. Icke-medicinska åtgärder kan därför, beroende på vilken definition som används, inkludera de flesta eller alla åtgärder, förutom vaccin eller specifika antimikrobiella läkemedel, som kan användas för att försöka förebygga eller minska smittspridningen under ett utbrott av en infektionssjukdom. Vaccin och antimikrobiella läkemedel kallas på motsvarande sätt för medicinska åtgärder och används för att förebygga, lindra eller bota infektioner. Icke-medicinska och medicinska åtgärder kompletterar varandra, men de senare kan dock saknas, särskilt under de tidiga stadierna av en omfattande smittspridning, epidemi eller pandemi så som var fallet under covid-19-pandemin.

För smittämnen som smittar via luften, t.ex. influensavirus och SARS-CoV-2, syftar de icke-medicinska åtgärderna framför allt till att minska exponeringen för smittämne som har utsöndrats från infekterade personer genom t.ex. andning, tal, hosta eller nysningar. Sådana åtgärder avser därför att begränsa kontakter som kan innebära risk för smittspridning mellan människor bl.a. genom att förändra beteende, begränsa trängsel och upprätthålla avstånd. Åtgärderna

kan variera i hur långtgående de är. De mest långtgående åtgärderna beskrivs ibland som en ”nedstängning av samhället” (lockdown). Begreppet har inte en exakt definition, men inkluderar bl.a. olika varianter av utegångsförbud samt stängningar av skolor, arbetsplatser och platser där allmänheten träffas. Mindre ingripande åtgärder kan innefatta begränsningar av folksamlingar, samt distansarbete och distansundervisning på arbetsplatser och skolor.

Icke-medicinska åtgärder inkluderar även individinriktade åtgärder som testning, smittspårning och isolering, in- och utresekontroll, samt användande av handdesinfektion och munskydd. Kommunikation och information om hur man kan undvika att bli smittad respektive smitta andra kan också ses som en slags icke-medicinsk åtgärd.

Detta kapitel avser att sammanfatta kunskapsläget kring effekten av sådana icke-medicinska åtgärder för att begränsa smittspridning vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning som explicit eller indirekt kan anses omfattas av våra direktiv.

5.1 Forskning och kunskap kring icke-medicinska åtgärders effekt för att minska smittspridning

5.1.1 Flera systematiska översikter på området har genomförts

Det finns ett mycket stort antal publicerade vetenskapliga artiklar och systematiska översikter på området. En självständig överblick och kritisk värdering av detta stora forskningsområde har inte rymts inom utredningens ramar. Vi summerar i stället kunskapsläget utifrån befintliga systematiska översikter och bedömningar från andra aktörer. Sålunda baseras vår sammanfattning framför allt på översikter och riktlinjer kring icke-medicinska åtgärder för att begränsa smittspridning av pandemisk influensa från Världshälsoorganisationen (WHO) publicerad 2019[1], riktlinjer för covid-19 från Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) publicerad 2020[2], en systematisk översikt kring icke-medicinska åtgärder under covid-19-pandemin från Royal Society i Storbritannien

[1] World Health Organization. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[2] ECDC. Guidelines for non-pharmaceutical interventions to reduce the impact of COVID-19 in the EU/EEA and the UK. 24 September 2020. ECDC: Stockholm; 2020.

publicerad 2023[3], samt en systematisk översikt av icke-medicinska åtgärder för att minska smittspridning vid pandemier från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerad 2024.[4] Det finns sannolikt överlappning mellan de studier som har inkluderats i dessa systematiska översikter vilket innebär att de inte utgör helt oberoende bedömningar av det vetenskapliga bevisläget för effekten av icke-medicinska åtgärder.

5.1.2 Åtgärdernas effekt på smittspridning och sjukdomsbörda står i fokus

I de systematiska översikter som utgör underlag för våra bedömningar är det framför allt de icke-medicinska åtgärdernas effekt för att begränsa smittspridning och sjukdomsbörda som är i fokus. Det är också vårt fokus i detta kapitel. I WHO:s och ECDC:s riktlinjer lyfts även etiska aspekter av sådana åtgärder och vikten av att beakta även andra följder som åtgärderna kan ha. Åtgärderna kan t.ex. ha en negativ inverkan på samhällsekonomin när möjligheten att bedriva näringsverksamhet begränsas och på folkhälsan när människor isoleras under en längre tid eller på andra sätt begränsas i sin vardag. Åtgärderna kan också innebära inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter.

Varje införande av en åtgärd bör därför föregås av en proportionalitetsbedömning och en analys av åtgärdens konsekvenser. En smittskyddsåtgärd får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som åtgärden är avsedd för.[5] Hur en proportionalitetsbedömning och en konsekvensanalys utfaller är också beroende av den aktuella smittspridningens allvarlighetsgrad och av smittämnets egenskaper, t.ex. spridningsvägar och spridningshastighet, och vilka grupper som har ökad risk för allvarlig sjukdom. När en åtgärd införs bör det även övervägas om det finns skäl att införa

[3] Walport MJ. Executive Summary to the Royal Society report "COVID-19: examining the effectiveness of non-pharmaceutical interventions". Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023;381(2257):20230211.
[4] SBU. Icke-medicinska åtgärder för att minska smittspridning vid pandemier: en kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). 2024. SBU Kartlägger 384.
Hämtat 2024-11-20 från https://www.sbu.se/384.
[5] Se 2 kap. 21 § regeringsformen samt 1 kap. 4 § första stycket smittskyddslagen (2004:168). Se även kapitel 3 och 12 i delbetänkandet.

en åtgärd via bindande reglering eller om den bör införas genom råd, rekommendationer och annan kommunikation.

Som vi nämner ovan ingår det i utredningens uppdrag att föreslå nya bestämmelser för att motverka trängsel, analysera och ta ställning till vissa justeringar i befintliga extraordinära smittskyddsåtgärder och ta ställning till om det ska införas nya sådana åtgärder. Våra överväganden och förslag om detta redovisar vi i kapitel 7 och 9. Våra överväganden och förslag om storskalig testning och smittspårning redovisar vi i kapitel 8. I kapitel 12 finns våra överväganden och bedömningar i fråga om förslagens förhållande till grundläggande fri- och rättigheter. Konsekvensanalysen av förslagen finns i kapitel 14.

5.1.3 WHO:s systematiska översikt och rekommendationer från 2019

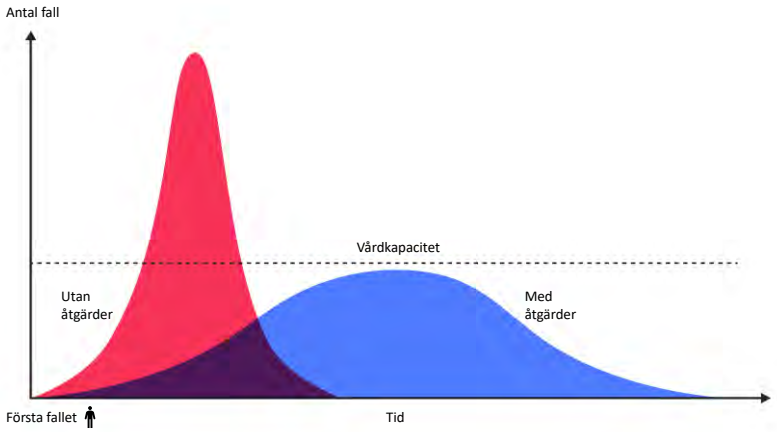
WHO publicerade 2019 en systematisk översikt och rekommendationer kring icke-medicinska åtgärder för att minska risken för och påverkan av epidemisk och pandemisk influensa.[6] Dokumentet, som tillkom före covid-19-pandemin, utgör en grundlig genomgång av det dåvarande bevisläget för effekt av olika icke-medicinska åtgärder för att begränsa smittspridning av influensa. Vi bedömer att kunskapen som sammanfattas i dokumentet, även om den härrör från tiden före covid-19-pandemin, har relevans för vårt uppdrag. Detta bl.a. eftersom influensa fortsatt utgör ett konkret pandemihot vilket illustreras av spridningen av H5N1-influensa bland tamboskap i USA under 2024, se avsnitt 4.4.3 och situationsrapport från Centers for Disease Control and Prevention (CDC)[7].

I dokumentets introduktion skrev WHO att vacciner och antivirala läkemedel kan saknas i de tidiga stadierna av influensaepidemier och -pandemier, medan icke-medicinska åtgärder alltid är tillgängliga. De potentiella effekterna av icke-medicinska åtgärder är att fördröja introduktionen av pandemiviruset i en population; fördröja epidemins topp om den har börjat; minska smittspridningen genom individinriktade och samhällsinriktade skyddsåtgärder; samt att minska det totala antalet infektioner och därmed det totala antalet

[6] WHO, 2019.
[7] CDC. Current H5N1 Bird Flu Situation in Dairy Cows. Hämtat 2024-11-20 från https://www.cdc.gov/bird-flu/situation-summary/mammals.html.

allvarliga fall. Figuren nedan illustrerar detta koncept som i Sverige under covid-19-pandemin blev känt som ”plana ut kurvan”. Folkhälsomyndighetens övergripande strategi för pandemihantering syftar till att genomföra smittskyddsåtgärder för att minska det totala antalet fall samt att vid ett givet tillfälle förskjuta oundvikliga fall för att inte belastningen på sjukvården ska bli för hög i förhållande till tillgängliga resurser.[8]

Figur 5.1 Folkhälsomyndighetens övergripande strategi för pandemihantering



Källa: Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 25.

Vidare gav WHO rekommendationer för användningen av icke-medicinska åtgärder vid framtida influensaepidemier och pandemier, baserat på de då befintliga vägledningsdokumenten och vetenskapliga litteraturen. Rekommendationerna byggde på en systematisk genomgång av vetenskaplig evidens för effekten av icke-medicinska åtgärder och baserades på systematiska översikter av 18 icke-medicinska interventioner omfattande:

– individinriktade åtgärder (t.ex. handhygien, hostetikett och munskydd),
– omgivningsåtgärder (t.ex. rengöring av ytor och föremål och andra omgivningsåtgärder),

[8] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 25.

– fysiska distanseringsåtgärder (t.ex. smittspårning, isolering av sjuka individer, karantän av exponerade individer, skolåtgärder, arbetsplatsåtgärder samt trängselåtgärder), och
– reserelaterade åtgärder (t.ex. reseinformation, in- och utresescreening, inrikes reserestriktioner och gränsstängningar).

Enligt WHO var kunskapen begränsad kring effekten av samhällsinriktade icke-medicinska åtgärder och överlag var studiernas bevisvärde mycket lågt. Det fanns dock ett antal högkvalitativa randomiserade kontrollerade studier som visade att individinriktade skyddsåtgärder som handhygien och munskydd har, i bästa fall, en liten effekt på influensasmitta, även om högre följsamhet under en allvarlig pandemi skulle kunna förbättra effekten. Det fanns få kontrollerade studier för andra icke-medicinska åtgärder, och mycket av kunskapsbasen kom från observationsstudier och datorsimuleringar. WHO skrev att skolstängningar kan minska influensasmitta men måste anpassas noggrant. Vidare bedömdes att reserelaterade åtgärder sannolikt inte är effektiva eftersom tillgängliga screeningverktyg, såsom temperaturmätning, inte kan identifiera presymtomatiska och feberfria infektioner, och att reserestriktioner samt reseförbud sannolikt skulle ha oacceptabla ekonomiska konsekvenser.

Tabell 5.1 sammanfattar vilka icke-medicinska åtgärder som WHO rekommenderade vid olika grader av allvarlighet av influensaepidemier eller -pandemier. Vissa icke-medicinska åtgärder som WHO avrådde i från så sent som 2019, fick stor användning under covid-19-pandemin delvis på grund av budskap från WHO självt. Bland annat avrådde WHO år 2019 från smittspårning. Såvitt utredningen har kunnat utröna var den ändrade positionen under covid-19-pandemin inte hänförlig till att WHO hade bedömt att det fanns skillnader i egenskaper mellan pandemiska influensavirus och SARS-CoV-2 eller nytillkomna vetenskapliga underlag. WHO bedömde vidare att de vetenskapliga bevisen var mycket svaga eller obefintliga för nytta med några av de andra icke-medicinska åtgärder mot pandemisk influensa som de ändå rekommenderade i sitt dokument.

Tabell 5.1 WHO:s rekommendationer för icke-medicinska smittskyddsåtgärder, fördelat på allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad	Pandemisk influensa	Epidemisk influensa
Alla situationer	Handhygien Hostetikett Munskydd för symtomatiska individer Rengöring av ytor el. föremål Ökad ventilation Isolering av smittade personer Reseråd	Handhygien Hostetikett Munskydd för symtomatiska individer Rengöring av ytor el. föremål Ökad ventilation Isolering av smittade personer Reseråd
Måttlig	Som ovan samt Trängselåtgärder	Som ovan samt Trängselåtgärder
Hög	Som ovan samt Skolåtgärder och skolstängningar	Som ovan samt Skolåtgärder och skolstängningar
Extraordinär	Som ovan samt Arbetsplatsåtgärder och arbetsplatsstängningar Regionala reserestriktioner	Som ovan samt Arbetsplatsåtgärder och arbetsplatsstängningar
Rekommenderas inte under några omständigheter	UV-ljus Ändrad luftfuktighet Karantän för personer som utsatts för smitta Smittspårning Screening vid in- och utresa Gränsstängning	UV-ljus Ändrad luftfuktighet Karantän för personer som utsatts för smitta Smittspårning Screening vid in- och utresa Regionala reserestriktioner Gränsstängning

Källa: World Health Organization. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. 2019, s. 3.

5.1.4 ECDC:s riktlinjer för covid-19 från 2020

ECDC publicerade i september 2020 riktlinjer för implementering av icke-medicinska åtgärder mot covid-19.[9] ECDC skriver att syftet med dokumentet var att redovisa tillgängliga alternativ för icke-medicinska åtgärder, bedöma bevisen för deras effekt samt behandla implementeringsfrågor. I dokumentet berörs bevisen för effekten av icke-medicinska åtgärder ganska översiktligt. Det presenteras alltså ingen systematisk översikt av bevisläget kring de olika åtgär-

[9] ECDC, 2020.

dernas effekt, vilket gör dokumentet mindre värdefullt för utredningens bedömningar i detta kapitel. ECDC har vid flera tillfällen uppdaterat delar av sina riktlinjer, men såvitt utredningen har funnit har man inte heller senare gjort några systematiska översikter av effekten av icke-medicinska åtgärder mot covid-19.

5.1.5 Systematisk översikt från Royal Society i Storbritannien från 2023

Royal Society i Storbritannien, som är en motsvarighet till Kungl. vetenskapsakademien, publicerade 2023 en rapport som utvärderade och sammanfattade lärdomar kring effekten av olika icke-medicinska åtgärder under covid-19-pandemin. I inledningen beskrivs att sex forskargrupper fick i uppdrag att sammanställa översikter av bevis kring effekten av olika typer av icke-medicinska åtgärder som användes för att minska spridningen av SARS-CoV-2.[10] Forskarna fick även i uppgift att dokumentera vilka lärdomar som dragits och att identifiera kunskapsluckor och överväga hur dessa kan fyllas i framtiden. De icke-medicinska åtgärderna grupperades i följande sex breda kategorier som beskrivs i var sin artikel: 1) Munskydd och andningsskydd[11], 2) Fysisk distansering och nedstängning[12], 3) Testning, smittspårning och isolering[13], 4) Reserestriktioner och gränskontroller[14], 5) Omgivningsåtgärder[15], och 6) Kommunikation[16].

Kunskapsöversikterna gjordes för att fastställa kvaliteten och styrkan av bevisen om effekten hos enskilda icke-medicinska åt-

[10] Walport, 2023
[11] Boulos L., Curran J.A., Gallant A., Wong H., Johnson C., Delahunty-Pike A., et al. Effectiveness of face masks for reducing transmission of SARS-CoV-2: a rapid systematic review. Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023;381(2257):20230133.
[12] Murphy C., Lim WW, Mills C., Wong J.Y., Chen D., Xie Y., et al. Effectiveness of social distancing measures and lockdowns for reducing transmission of COVID-19 in non-healthcare, community-based settings. Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023;381(2257):20230132.
[13] Littlecott H., Herd C., O'Rourke J., Chaparro L.T., Keeling M., James Rubin G., et al. Effectiveness of testing, contact tracing and isolation interventions among the general population on reducing transmission of SARS-CoV-2: a systematic review. Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023;381(2257):20230131.
[14] Grepin K.A., Aston J., Burns J. Effectiveness of international border control measures during the COVID-19 pandemic: a narrative synthesis of published systematic reviews. Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023;381(2257):20230134.
[15] Madhusudanan A., Iddon C., Cevik M., Naismith J.H., Fitzgerald S. Non-pharmaceutical interventions for COVID-19: a systematic review on environmental control measures. Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023;381(2257):20230130.
[16] Williams S.N., Dienes K., Jaheed J., Wardman J.K., Petts J. Effectiveness of communications in enhancing adherence to public health behavioural interventions: a COVID-19 evidence review. Philos Trans A Math Phys Eng Sci. 2023;381(2257):20230129.

gärder. Författarna påpekade att det fanns metodologiska svårigheter med att utföra dessa systematiska översikter. För det första var det mycket svårt att särskilja och mäta effekterna av en enskild åtgärd eftersom flera åtgärder nästan alltid genomfördes samtidigt. För det andra använde många studier rutinmässigt insamlade data som inte var utformade med tanke på effektutvärdering i efterhand. För det tredje saknades ibland jämförelsegrupper och när de fanns var de sällan väl matchade. Dessa och andra begränsningar klassificeras som potentiella snedvridningar (bias) i resultaten av enskilda studier som kunde minska tillförlitligheten i forskningsresultaten.

Kunskapsöversikterna fokuserade på effekten av icke-medicinska åtgärder för att minska spridningen av SARS-CoV-2. Man försökte inte utforska indirekta, sociala eller ekonomiska effekter av åtgärderna. Icke-medicinska åtgärder beskrevs kunna vara beteendemässiga, sociala, fysiska eller reglerande. Deras användning och efterlevnad kan främjas på många olika sätt, från råd och rekommendationer till lagar och reglering. Icke-medicinska åtgärder bedömdes vara den första linjens försvar i försök att begränsa utbrott och begränsa samhällspåverkan innan medicinska åtgärder som vacciner och läkemedel blir tillgängliga. Icke-medicinska åtgärder används även som komplement till vacciner och läkemedel när sådana finns att tillgå.

5.1.6 SBU:s kartläggning från 2024

Trots den utbredda användningen av icke-medicinska åtgärder under covid-19-pandemin är kunskapsläget oklart kring den smittspridningsdämpande effekten för flera av åtgärderna. Delvis mot denna bakgrund angav direktiven till den tidigare utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (dir. 2021:68) att ”utredaren skulle beakta erfarenheter av hanteringen av utbrottet av sjukdomen covid-19 och särskilt tillvarata erfarenheterna av de smittskyddsåtgärder som haft verifierat goda effekter”. Utredningen uppdrog därför åt SBU att göra en sammanställning av vetenskapliga studier kring olika icke-medicinska åtgärders effekt på smittspridning vid pågående pandemier eller utbrott av infektionssjukdomar. Eftersom frågan från den tidigare utredningen genererade många systematiska översikter om olika typer av åtgärder identifierades ett

behov att strukturera översikterna. Utifrån en förstudie som bl.a. innebar kontakter med Folkhälsomyndigheten beslutade SBU att utvidga underlaget.

Rapporten publicerades den 8 oktober 2024 och har titeln ”Icke-medicinska åtgärder för att minska smittspridning vid pandemier”.[17] I rapporten har SBU identifierat, granskat och kartlagt systematiska översikter som undersökt icke-medicinska åtgärders effekter på smittspridning av covid-19, influensa, sars, mers eller ebola. SBU beskriver att man inte har tittat på enskilda primärstudier, utan på ett strukturerat sätt sökt fram och granskat de systematiska översikter som har gjorts på området. Systematiska översikter är en etablerad metod för att dra slutsatser om den samlade vetenskapliga litteraturens gemensamma slutsats. De smittskyddsåtgärder som ingår i kartläggningen omfattar åtgärder på individnivå och befolkningsnivå. SBU har inte gjort en egen värdering av kunskapsläget, men har däremot bedömt de systematiska översikternas risk för bias, dvs. risken för snedvridning av resultaten vilket begränsar generaliserbarheten av fynden. I kartläggningen ingår 132 systematiska översikter kring olika smittskyddsåtgärder, varav 5 hade låg risk för snedvridning och 43 hade måttlig risk, medan övriga översikter bedömdes som mindre tillförlitliga med hög risk för snedvridning. På sin webbplats tillhandahåller SBU en interaktiv karta över vilka åtgärder och smittämnen som de systematiska översikterna har studerat. Tabellen nedan visar denna indelning för de 48 systematiska översikterna med låg eller måttlig risk för snedvridning. Som framgår rör merparten av översikterna åtgärder mot smittspridning av influensa och covid-19. Vi har gjort en översiktlig värdering av vissa av dessa 48 artiklar.

[17] SBU, 2024.

Tabell 5.2 Systematiska översikter med låg (L) eller måttlig (M) risk för snedvridning av resultat, per smittskyddsåtgärd och infektionssjukdom (antal översikter)

	Covid-19		Ebola		Influensa		Mers		Sars	
Typ av smittskyddsåtgärd	**L**	**M**	**L**	**M**	**L**	**M**	**L**	**M**	**L**	**M**
Begränsningar av alkohol-servering										
Begränsningar av folksamlingar och andra distansåtgärder		2				2				
Besöksrestriktioner på äldre-boenden	1	3				1		1		1
Distansarbete eller stängning av arbetsplatser		3				2				
Distansåtgärder på individnivå	3	3			1	2	2		2	
Handtvätt/ Handdesinfektion	2	4			1	12	1	2	1	3
Inomhusdesinfektion	2	1			1	1	1		1	
Masstestning	1	3				1				
Munskydd	3	11			1	11	2	5	2	5
Reserestriktioner	1	5			1	1	1	1	1	1
Skolstängning/ distansundervisning	2	2			1	1	1		1	
Storskalig kontaktspårning		8		2		3		2		2
Stängning av publika miljöer och aktiviteter		1				1				
Utegångsrestriktioner	2	2			1		1	1	1	1
Vaccinationspass/intyg										
Ventilationssystem	1	1								

Anm.: Samma publikation kan förekomma på flera ställen.

Källa: SBU. Icke-medicinska åtgärder för att minska smittspridning vid pandemier: en kartläggning av systematiska översikter. 2024.

5.2 Svårigheter med att vetenskapligt klarlägga effekten av icke-medicinska åtgärder

Bedömning: Det finns metodologiska svårigheter med att vetenskapligt klarlägga och kvantifiera effekten av enskilda icke-medicinska smittskyddsåtgärder. Avsaknad av vetenskapliga bevis för att en åtgärd har effekt ska därför inte tolkas som att det är visat att åtgärden är verkningslös.

Som vi redovisar i mer detalj i varje delavsnitt nedan finns det generellt begränsat med kunskap kring effekten av enskilda icke-medicinska åtgärder som kan användas i avsikt att begränsa smittspridning av infektioner som influensa och covid-19. I likhet med WHO, ECDC och Royal Society bedömer vi att det finns ett flertal orsaker till detta vilka vi kort berör nedan. Inom medicinsk vetenskap anses randomiserade dubbel-blindade studier ha högst bevisvärde. Typexemplet är läkemedelsprövningar där varken forskningspersoner (patienter) eller ansvariga forskare vet vem som får aktiv substans respektive placebo. Denna studiedesign är sällan möjlig eller etiskt försvarbar när det gäller forskning som syftar till att klarlägga effekten av trängselåtgärder, munskydd och andra icke-medicinska åtgärder. För sådan forskning används oftast i stället olika typer av epidemiologiska observationsstudier. I dessa är det ofta svårt att skilja ut effekten av en enskild faktor från effekten av samvarierande faktorer. Exempel på sådana utmaningar finns inom forskning kring effekten av icke-medicinska åtgärder under covid-19-pandemin. Sådana åtgärder introducerades då sällan enskilt. Det är därför svårt att skilja ut effekten av en enskild åtgärd såsom t.ex. trängselreglering på restauranger.

En ytterligare komplicerande faktor är att befolkningen vidtog många åtgärder på eget initiativ vars bidrag till dämpad smittspridning är svår att särskilja från effekten av samhällets reglerade och rekommenderade åtgärder. Avsaknaden av välgjorda forskningsstudier som entydigt bevisar och kvantifierar effekten av de olika icke-medicinska åtgärderna beror alltså inte på att myndigheter, forskningsfinansiärer eller forskare anser att frågorna är ointressanta eller oviktiga utan på ovanstående metodologiska begränsningar. Systematiska översikter är därför en lämplig metod att bedöma kunskapsläget. Om flera enskilda studier pekar i samma riktning ökar sannolikheten att de är på rätt spår. Eftersom det generellt är svårt att bevisa att en enskild icke-medicinsk åtgärd har effekt så är det ännu svårare att kvantifiera en eventuell effekt i form av minskad smittspridning eller sjukdomsbörda, att väga olika åtgärders effekt mot varandra samt att göra kostnadsnyttoanalyser. Med kostnad avses här såväl direkta ekonomiska kostnader som indirekta kostnader i form av negativa konsekvenser såsom försämrad psykosocial hälsa.

En ytterligare försvårande omständighet är att det kan finnas demografiska, sociala och tidsmässiga skillnader och förändringar som gör att resultaten från en välgjord internationell studie är svår att översätta till svenska förhållanden. En liknande osäkerhet ligger i att en pandemi eller annan omfattande smittspridning med stor sannolikhet kommer att orsakas av ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne (se avsnitt 4.4). Särskilt i ett initialt skede av ett sådant utbrott kommer därför åtgärder behöva baseras på överförd kunskap från vetenskapliga studier av liknande smittämnen, sjukdomar och situationer. I en sådan situation kommer det vara mycket svårt att tidigt värdera om det finns nyansskillnader i den eventuella effekten av enskilda icke-medicinska åtgärder. Som vi utvecklar i avsnitt 6.8 innebär detta att åtgärder i varje läge måste baseras på bästa tillgängliga kunskap.

Eftersom kunskapsläget kring effekten av enskilda icke-medicinska åtgärder är inkomplett är det viktigt att påpeka att avsaknad av klara vetenskapliga bevis för effekten av och nyttan med en åtgärd inte ska tolkas som bevis för att den saknar effekt. Vi berör behovet av forskning som en del av en nationell strategi för hantering av pandemier (avsnitt 10.8.7 och 10.9.6).

5.3 Kombinationer av icke-medicinska åtgärder

Bedömning: Det finns solida vetenskapliga bevis för att kombinationer av icke-medicinska åtgärder påtagligt kan minska smittspridning av influensavirus och SARS-CoV-2. Av metodologiska skäl är kunskapen mer begränsad avseende kvantitativa effekter av enskilda icke-medicinska åtgärder.

5.3.1 Minskad smittspridning med kombinationer av åtgärder

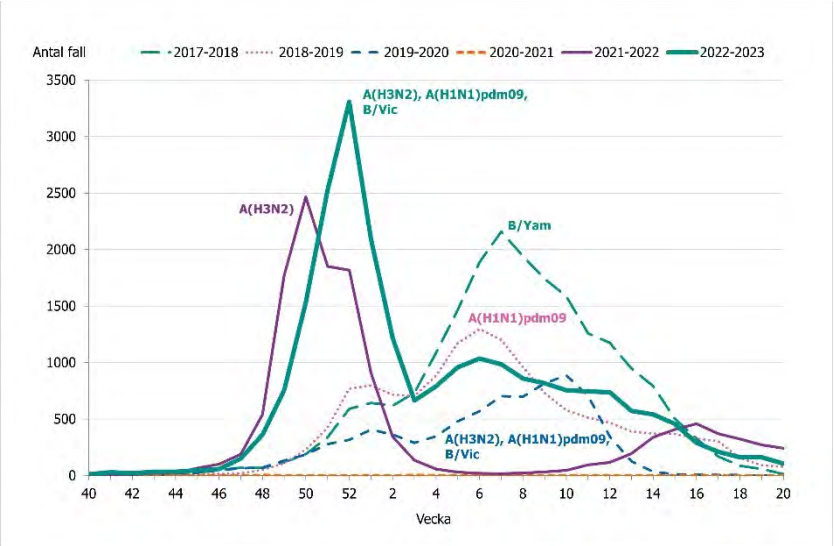
Som vi redovisat i föregående avsnitt finns det utmaningar med att vetenskapligt skilja ut och kvantifiera effekten av en enskild icke-medicinsk åtgärd för att minska smittspridning av influensavirus, SARS-CoV-2 och andra smittämnen med liknande smittväg. Samtidigt finns det framför allt från covid-19-pandemin solida vetenskapliga bevis för att kombinationer av långtgående icke-medicinska

åtgärder påtagligt kan minska smittspridning av sådana smittämnen. Bevisläget är av ovanstående skäl betydligt mer begränsat för den kvantitativa effekten av enskilda icke-medicinska åtgärder. I rapporten från Royal Society sammanfattade författarna att de fann tydliga bevis från studier som genomfördes under pandemin som visar att paket med långtgående icke-medicinska åtgärder var effektivt för att i vissa länder påtagligt minska spridningen av SARS-CoV-2. Med långtgående åtgärder avser vi bl.a. olika former av utegångsförbud samt omfattande stängningar av skolor, arbetsplatser och platser dit allmänheten har tillträde. Det finns även vissa bevis för effekt av enskilda icke-medicinska åtgärder, även om dessa åtgärder, särskilt när pandemin fortskred och viruset blev mer smittsamt, blev mindre effektiva för att kontrollera smittspridningen.[18] I Royal Society:s dokument framgår även att en gemensam nämnare mellan studier av enskilda åtgärder och nationella fallstudier är att icke-medicinska åtgärder generellt sett var mer effektiva när smittspridningen var lägre.

Ytterligare indikationer på att kombinationer av icke-medicinska åtgärder påtagligt kan minska smittspridning finns i svensk statistik. Den sammanlagda effekten av lagstiftning, rekommendationer och frivilliga icke-medicinska åtgärder i Sverige hade sålunda en mycket tydlig effekt på smittspridning av bl.a. influensavirus. Figur 5.2 visar att praktiskt taget inga influensafall diagnostiserades under säsongen 2020–2021. Liknande effekter sågs för många andra smittämnen som smittar via luften såsom RS-virus och humant metapneumovirus.[19] Även om det inte är vetenskapligt bevisat så måste det ses som uppenbart att orsaken till de kraftiga nedgångar i smittspridning av dessa smittämnen var den sammantagna effekten av åtgärder mot pandemin. Det är dock mycket svårt att urskilja bidraget från varje enskild åtgärd. Det ska också påpekas att spridningen av SARS-CoV-2 sannolikt också dämpades, men vi kan inte bedöma hur mycket kraftigare smittspridningen hade varit i avsaknad av åtgärder från samhälle och enskilda.

[18] Walport, 2023.
[19] Karolinska Universitetslaboratoriet. Epidemiologiska rapporter för luftvägspatogener och gastroenteritvirus. Hämtat 2024-11-20 från https://www.karolinska.se/vard/funktion/funktion-medicinsk-diagnostik-karolinska/vardgivare/kul/klinisk-mikrobiologi/epidemiologiska-rapporter/.

Figur 5.2 Antal laboratorieverifierade influensafall per vecka, säsongerna 2017–2018 till 2022–2023



Anm.: I figuren anges även vilken influensa som dominerade respektive epidemi.
Källa: Folkhälsomyndigheten. Influensarapport vecka 19–20, säsongen 2022–2023. 2023. Hämtat 2024-12-04 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/influensa-veckorapporter/arkiv-for-influensa-veckorapporter/arkiv-2022-2023/influensarapport-vecka-19-20-sasongen-2022-2023/.

5.3.2 Överdödlighet och samband mellan smittskyddsåtgärdernas omfattning och effekt

Överdödlighet är, enligt bl.a. Statistiska centralbyrån (SCB) ett tydligt och enkelt sätt att mäta utvecklingen av antalet dödsfall oavsett orsak och har därför använts för jämförelser mellan länder under covid-19-pandemin.[20] Överdödligheten är skillnaden mellan antalet rapporterade dödsfall under en viss tidsperiod och antalet förväntade dödsfall under perioden utifrån en tidigare jämförelseperiod. Det förväntade antalet dödsfall justeras ofta för förändringar i befolkningsstruktur, livslängd, m.m. Mätetalet utgörs således av det totala antalet dödsfall i befolkningen utan hänsyn till underliggande dödsorsak. För EU-länder finns det tillförlitlig och jämförbar sådan statistik hos EU:s statistikkontor Eurostat. Liknande jämförbar statistik finns inte för antalet covid-19-dödsfall eftersom

[20] Statistikmyndigheten SCB. Överdödlighet i Europa under 2020. 2021. Hämtat 2025-01-23 från https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2021/overdodlighet-i-europa-under-2020/.

dessa har rapporterats enligt olika kriterier i olika länder. Jämförbar statistik finns inte heller för antalet diagnostiserade fall av covid-19 eftersom testkriterier och testtillgång har varierat mellan länder och över tid.

Rapporter och data från SCB, Eurostat och forskare visar att överdödligheten i Sverige under perioderna 2020–2022 och 2020–2023 var bland den lägsta i Europa oavsett vilken statistisk metod som har använts för att beräkna överdödligheten.[21,22,23,24] Bilden är annorlunda år 2020 och framför allt under pandemins första månader.[25] I april 2020 var överdödligheten i Sverige således bland de högsta i Europa. Om vi i stället ser till hela 2020 låg Sveriges överdödlighet på den nedre halvan bland Europas länder, men betydligt högre än i övriga nordiska länder. Det är framför allt den höga överdödligheten i Sverige under april 2020 som förklarar skillnaden mellan Sverige och övriga nordiska länder för helåret 2020. Det är viktigt i sammanhanget att känna till att även om hänsyn tas till skillnader och förändringar i befolkningsstruktur och livslängd påverkas beräkningen av överdödlighet löpande också av händelser som påverkar dödligheten i respektive land. Länder som genomgått en period med hög dödlighet kommer ha färre personer i risk för att avlida under en period därefter, vilket man t.ex. kan se efter svåra influensasäsonger. Omvänt kan en period av låg dödlighet resultera i att fler sköra äldre personer riskerar att avlida under en intensiv epidemi av exempelvis säsongsinfluensa. En sådan effekt fanns troligen under början av pandemin. Det ska också sägas att överdödlighetsberäkningar som sträcker sig över längre tid, dvs. många år, kommer att konvergera mot noll, dvs. normaldödlighet. Trots detta kvarstår att överdödligheten i Sverige var jämförelsevis låg under pandemiåren som helhet, men hög under pandemins första månader.

[21] Statistikmyndigheten SCB. Olika mått på överdödlighet ger liknande resultat för Sverige. Hämtat 2025-01-23 från https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2023/olika-matt-pa-overdodlighet-ger-liknande-resultat-for-sverige/.
[22] Eurostat. Deaths during the COVID-19 pandemic.
Hämtat 2025-01-23 från https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Deaths_during_the_COVID-19_pandemic.
[23] Ioannidis JPA, Zonta F, Levitt M. Variability in excess deaths across countries with different vulnerability during 2020-2023. Proc Natl Acad Sci U S A. 2023;120(49):e2309557120.
[24] Pizzato M, Gerli AG, La Vecchia C, Alicandro G. Impact of COVID-19 on total excess mortality and geographic disparities in Europe, 2020–2023: a spatio-temporal analysis. Lancet Reg Health Eur. 2024;44:100996.
[25] Statistikmyndigheten SCB. Överdödlighet i Europa under 2020. Hämtat 2025-01-23 från https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2021/overdodlighet-i-europa-under-2020/.

Det ligger utanför utredningens uppdrag och möjlighet att söka underliggande förklaringar till den höga överdödligheten under april 2020 och den jämförelsevis låga överdödligheten under pandemin som helhet. Coronakommissionen menade i sitt andra delbetänkande att Sveriges hantering av pandemin präglades av senfärdighet och att de inledande smittskyddsåtgärderna var otillräckliga för att stoppa eller ens kraftigt begränsa smittspridningen i landet. Delbetänkandet presenterades dock 2021, dvs. innan utfallet för hela pandemin var känt.[26] I slutbetänkandet, som överlämnades i februari 2022, konstaterade dock kommissionen att Sverige såg ut att klara pandemin relativt väl jämfört med andra länder vad gäller hälsan, om pandemin sammanfattas med ett mått på överdödlighet.[27] När det gäller skillnaderna i överdödlighet mellan europeiska länder under perioden 2020–2023 skriver Pizzato och medförfattare i en forskningsartikel från 2024 att dessa kan bero på skillnader i socioekonomiska faktorer och vaccinationstäckning.[9] Ett samband mellan socioekonomisk utsatthet och överdödlighet under pandemin påvisades också i en forskningsartikel från Ioannidis m.fl.[8] Även om vi inte självständigt har analyserat frågan förefaller det sannolikt att ett framgångsrikt svenskt vaccinationsprogram med prioritering av äldre, och en hög vaccinationstäckning har bidragit till den jämförelsevis låga överdödligheten efter den första pandemivågen 2020.

Den jämförelsevis låga överdödligheten i Sverige under pandemiåren som helhet är intressant i ljuset av att smittskyddsåtgärderna i vårt land var mindre långtgående än i många andra europeiska länder. Effekten av långtgående åtgärder (t.ex. nedstängningar) på covid-19-dödlighet undersöktes i en systematisk översikt i vilken 22 studier på området inkluderades.[28] Författarna sammanfattade att resultaten från den systematiska översikten stödjer slutsatsen att nedstängningarna under våren 2020 hade en försumbar effekt på covid-19-dödligheten och att resultatet därmed är i linje med uppfattningen att frivilliga förändringar i beteende, såsom fysisk distansering, spelade en viktig roll i att mildra pandemins effekter.

[26] SOU 2021:89 s. 741.
[27] SOU 2022:10 s. 224.
[28] Herby J., Jonung L., Hanke S.H. Did Lockdowns work? The verdict on covid restrictions. IEA Perspectives 1. Institute of Economic Affairs. 2023. Hämtat 2025-01-23 från https://iea.org.uk/publications/did-lockdowns-work-the-verdict-on-covid-restrictions.

Den författningsberedskap och övriga förslag som vi lämnar i detta delbetänkande syftar till att både snabbt och långsiktigt kunna hantera en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning. I det ligger en målsättning att en motsvarande överdödlighet som under april 2020 ska kunna undvikas vid en framtida pandemi. I avsnitt 2.1.1 skriver vi att frivillighet är och bör förbli utgångspunkten för svenskt smittskydd inklusive pandemihantering. Den jämförelsevis låga överdödlighet i Sverige under pandemiåren och avsaknaden av ett tydligt samband mellan långtgående smittskyddsåtgärder, såsom nedstängning, och lägre nivå av överdödlighet under covid-19-pandemin ger stöd för denna uppfattning.

5.3.3 Trängselrelaterade åtgärder

Enligt direktiven ska vi analysera och föreslå nya bestämmelser för att motverka trängsel. Uppdraget preciseras i två strecksatser där det anges att vi ska:

– analysera och ta ställning till i vilken utsträckning folksamlingar vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska kunna begränsas på platser dit allmänheten har tillträde respektive platser dit allmänheten inte har tillträde, t.ex. någons hem, och

– analysera och ta ställning till i vilka verksamheter som begränsningar ska kunna införas samt vilka typer av begränsningar som ska kunna beslutas och under vilka förutsättningar.

Åtgärder för att minska trängsel, även kallat fysisk distansering (social distancing), är ett batteri av interventioner som syftar till att minska person-till-person-kontakter i samhället. I Sverige och globalt var fysisk distansering en viktig del av åtgärderna för att motverka smittspridningen av SARS-CoV-2 i samhället. Åtgärder som vidtogs i Sverige eller runt om i världen var bl.a. att begränsa platser till vilka allmänheten har tillträde, begränsa storleken på sammankomster, stänga skolor och införa fjärr- eller distansundervisning, stänga andra verksamheter och arbetsplatser samt införa distansarbete. Även än mer långtgående åtgärder såsom utegångsförbud vidtogs i vissa länder. I detta avsnitt redovisar vi vår bedömning av kunskapsläget kring effekten av trängselrelaterade icke-medicinska åtgärder för att begränsa smittspridning och sjukdomsbörda av in-

fluensa och covid-19. Vår analys och ställningstaganden avseende direktivens frågeställningar redovisas i kapitel 9.

WHO

I WHO:s dokument från 2019 kring icke-medicinska åtgärder för att minska smittspridning av influensa sammanfattas att:[29]

- effekten av åtgärder för att undvika trängsel för att minska smittspridningen av influensa är osäker, och
- snabb och ihållande tillämpning av åtgärder för att undvika trängsel kan minska influensaspridningen, även om beviskvaliteten för dess effekt är mycket låg.

WHO anger att de baserar dessa slutsatser på tre epidemiologiska studier som inkluderades i deras systematiska översikt. En av dessa studier undersökte pilgrimer under Världsungdomsdagen 2008 och visade att sova i en liten grupp minskade influensaspridningen jämfört med att sova i en stor sal.[30] De två andra artiklarna rörde influensapandemin 1918–1919 och fann att snabba förbud mot offentliga sammankomster och stängning av offentliga lokaler föreföll att minska den totala överdödligheten.[31,32] WHO bedömde det dock vara omöjligt att fastställa de individuella effekterna av olika åtgärder för att undvika trängsel i dessa studier.

ECDC

ECDC:s dokument innehåller ett avsnitt om restriktioner av stora sammankomster (mass gatherings) för att begränsa smittspridning av covid-19.[33] Myndigheten refererade en omfattande modelleringsstudie, baserad på data från 41 länder, som uppskattade effekterna

[29] WHO, 2019, avsnitt 6.6. Avoiding crowding, s. 57–59.
[30] Staff M., Torres M.I. An influenza outbreak among pilgrims sleeping at a school without purpose built overnight accommodation facilities. Commun Dis Intell Q Rep. 2011;35(1):10–5.
[31] Hatchett R.J., Mecher C.E., Lipsitch M. Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic. Proc Natl Acad Sci U S A. 2007;104(18):7582–7.
[32] Markel H., Lipman H.B., Navarro J.A., Sloan A., Michalsen J.R., Stern A.M., et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918-1919 influenza pandemic. JAMA. 2007;298(6):644–54.
[33] ECDC, 2020, s. 15 och 16.

av olika deltagargränser för stora sammankomster under första halvåret 2020.[34] I denna studie beräknades att deltagarbegränsning av sammankomster till 1 000, 100, och 10 personer resulterade i en minskning av reproduktionstalet R på 23, 34, respektive 42 procent (se avsnitt 4.3.2 för en förklaring av R-talet). ECDC rekommenderade begränsningar av stora sammankomster vid samhällsspridning av SARS-CoV-2 samt att denna åtgärd bör kombineras med individinriktade åtgärder, såsom god handhygien och host- och nysetikett samt användning av munskydd.

Royal Society

Royal Society:s systematiska översikter från 2023 inkluderade en artikel av Murphy m.fl. som sammanfattade bevisen för effekten för att begränsa smittspridning av SARS-CoV-2 av nio olika åtgärder för fysisk distansering.[35] I översikten behandlades effekten av fysisk distansering och begränsning av stora sammankomster, men även åtgärder avseende det egna hemmet, skola och arbetsplatser, besöksnäring och äldreomsorg. Författarna skrev att nästan alla studier som ingick i översikten var observationsstudier, vilket innebär att det fanns en inneboende risk för snedvridning. Det fanns inga fall där effekten av endast en typ av distanseringsåtgärd kunde undersökas. De flesta studierna som ingick i översikten indikerade att kombinationer av trängselåtgärder framgångsrikt bromsade eller till och med stoppade SARS-CoV-2-smittspridningen i samhället. Dock krävs ytterligare forskning för att fastställa de individuella effekterna och optimala kombinationerna av åtgärder, samt den bästa tidpunkten för specifika åtgärder. Effekten av att begränsa folksamlingar och stora sammankomster undersöktes i 28 studier, varav 26 rapporterade en avsevärd minskning av smittspridningen. Den vanligaste mätvariabeln var förändringar i reproduktionstalet (R) för SARS-CoV-2-smittspridning. Alla studier utom två redovisade statistiskt signifikanta effekter av deltagarbegränsning vid stora sammankomster. Författarna kommenterade särskilt den ovan nämnda model-

[34] Brauner J.M., Mindermann S., Sharma M., Johnston D., Salvatier J, Gavenciak T., et al. Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19. Science. 2021;371(6531).
[35] Murphy, 2023.

leringsstudien av Brauner m.fl.[36] Murphy m.fl skrev att ytterligare sex studier också indikerade att effekten av att begränsa stora sammankomster ökade med lägre deltagargräns.

SBU

SBU fann två systematiska översikter med låg till måttlig risk för bias som undersökte effekten av trängselåtgärder. I en översikt från 2011 undersökte Ishola m.fl. evidensen för ett samband mellan stora sammankomster (mass gatherings) och influensaspridning.[37] Artikeln baserades på en litteratursökning som identifierade 1 706 artiklar av vilka 24 inkluderas i den systematisk översikten. I likhet med WHO fann författarna viss evidens för att vissa typer av stora sammankomster kan vara associerade med en ökad risk för influensaspridning. Författarna skrev att begränsning av stora sammankomster i kombination med andra fysiska distanseringsåtgärder kan bidra till att minska smittspridningen, men det var inte möjligt att identifiera evidens för effekten av begränsningar av stora sammankomster ensamt. Evenemangets längd och grad av trängsel förmodas vara de viktigaste faktorerna som avgör risken för influensaspridning, och eventuellt även typen av plats (inomhus eller utomhus). I den andra översikten från 2022 undersökte Walsh m.fl. bevis från 11 studier som visade att implementering av olika åtgärder kan minska risken för SARS-CoV-2-överföring vid stora sammankomster.[38] Författarna skriver att studierna hade tveksam kvalitet och sammanfattade att det fanns begränsade bevis på effekten av åtgärder för att förhindra SARS-CoV-2-överföring vid stora sammankomster och efterlyser fortsatt forskning.

[36] Brauner, 2021.
[37] Ishola DA, Phin N. Could influenza transmission be reduced by restricting mass gatherings? Towards an evidence-based policy framework. J Epidemiol Glob Health. 2011;1(1):33–60.
[38] Walsh K.A., Tyner B., Broderick N., Harrington P., O'Neill M, Fawsitt C.G., et al. Effectiveness of public health measures to prevent the transmission of SARS-CoV-2 at mass gatherings: A rapid review. Rev Med Virol. 2022;32(3):e2285.

Utredningens bedömning

Utredningens bedömning är att det befintliga vetenskapliga kunskapsläget indikerar att kombinerade åtgärder för att begränsa trängsel kan bidra till att minska smittspridningen av influensa och SARS-CoV-2. Kunskapen är dock begränsad när det gäller kvantitativa effekter av enskilda trängselbegränsande åtgärder. Detta gäller framför allt mindre långtgående åtgärder såsom deltagarbegränsningar och effekten av enskilda sådana åtgärder relativt varandra. Det är dock ett rimligt antagande att smittspridningen kan minskas genom att begränsa sådana kontakter mellan människor som kan innebära risk för smittöverföring vilket också tillgänglig vetenskap indikerar. Trängselåtgärder är framför allt aktuella för smittämnen som överförs lätt mellan människor utan att det krävs direkt kontakt eller utbyte av kroppsvätskor, dvs. smitta via luften. Trängselsåtgärder kan således förväntas ha effekt vid omfattande smittspridning mellan människor även av andra luftburna smittämnen än influensavirus och SARS-CoV-2.

I avsnitt 4.4 bedömer vi att det är smittämnen som smittar via luften och i synnerhet luftvägsvirus som utgör den största risken för framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning. Även om dessa smittämnen inte kräver direkt kroppskontakt för att överföras så minskar smittrisken med ökat avstånd. Det är dock inte möjligt att vetenskapligt definiera smittsäkra avstånd, expositionstider eller liknande. Under covid-19-pandemin användes ofta definierade avstånd och expositionstider för kategorisering av smittrisk, vanligtvis avstånd på 1–2 meter respektive expositionstider över eller under 15 minuter.[39,40] Detta ska inte tolkas som att det finns vetenskapliga bevis för att smittrisken abrupt upphör utanför detta avstånd även om smittrisken är lägre på längre avstånd. På samma sätt ska inte 15 minuter ses som en strikt tidsgräns vid vilken smittrisken abrupt ökar. Svårigheten att definiera smittsäkra avstånd, expositionstider, etc. beror på att många faktorer i varje

[39] ECDC. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update 18 November 2020. s. 3. Hämtat 2024-12-10 från https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-contact-tracing-public-health-management-third-update.pdf.

[40] CDC. Interim Guidance on Developing a COVID-19 Case Investigation & Contact Tracing Plan: Overview. Appendix A. Hämtat 2024-12-10 från https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/contact-tracing-plan/appendix.html.

given situation samverkar till den faktiska risken för smitta via luften. Avstånd är sannolikt den viktigaste faktorn, men smittrisken påverkas även av expositionstid, miljö (i första hand utomhus/inomhus), luftvolym, ventilation, antal individer per yta eller volym, aktivitet (sång, tal, etc.), andel smittsamma personer bland de närvarande, smittämnesnivå hos de smittsamma, immunitetsläge hos de osmittade, etc. För de flesta av dessa faktorer finns begränsad kunskap om deras betydelse för smittspridning. Det finns dock vetenskapligt stöd för att utomhusmiljöer innebär betydligt lägre smittrisk än inomhusmiljöer. Bulfone m.fl. konkluderade i sin systematiska översikt att befintliga bevis stödjer den allmänna uppfattningen att risken för överföring av SARS-CoV-2 är lägre utomhus.[41] I ett uppföljande vetenskapligt brev skriver författarna att nya vetenskapliga rapporter stödjer deras ursprungliga slutsats.[42] De angav att andelen infektioner som sker utomhus sannolikt är betydligt lägre än 10 procent, och att vissa studier antyder att andelen sannolikt är mindre än 1 procent. Det finns även teoretiska forskningsresultat som talar för att icke-medicinska åtgärder mot smittspridning har större effekt för sjukdomar som uppvisar en snedfördelning av smittsamhet (superspreading diseases), där de flesta infekterade individer överför sjukdomen till väldigt få eller inga alls, medan en minoritet sprider sjukdomen till ett stort antal personer.[43] För sådana sjukdomar, såsom covid-19, har det enligt denna forskning större dämpande effekt att begränsa stora sammankomster och andra situationer där många människor möts, än för sjukdomar där smittspridningen är mer jämnt fördelad, såsom influensa.

5.3.4 Storskalig testning och smittspårning

Direktiven anger att utredningen ska analysera och, om det bedöms lämpligt, föreslå en ordning där statliga myndigheter och regioner har beredskap och tekniska förutsättningar för att vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar skyndsamt utföra relevant stor-

[41] Bulfone T.C., Malekinejad M., Rutherford G.W., Razani N. Outdoor Transmission of SARS-CoV-2 and Other Respiratory Viruses: A Systematic Review. J Infect Dis. 2021;223(4):550–61.
[42] Razani N., Malekinejad M., Rutherford G.W. Clarification Regarding "Outdoor Transmission of SARS-CoV-2 and Other Respiratory Viruses: A Systematic Review". J Infect Dis. 2021;224(5):925–6.
[43] Nielsen BF, Sneppen K, Simonsen L. The counterintuitive implications of superspreading diseases. Nat Commun. 2023;14(1):6954.

skalig provtagning, analys och smittspårning. Vi sammanfattar därför i detta avsnitt kunskapsläget kring effekten av storskalig testning och smittspårning vid omfattande smittspridning av influensavirus och SARS-CoV-2. Våra analyser och ställningstaganden avseende direktivens frågeställningar redovisas i kapitel 8.

WHO

I sitt dokument från 2019 tog WHO inte specifikt upp storskalig testning, men man rekommenderade inte storskalig smittspårning (se nedan). Detta bidrog sannolikt till att det inte fanns beredskap för storskalig testning i Sverige och många andra länder innan covid-19-pandemin. Situationen ändrades när WHO:s generaldirektör Tedros Adhanom Ghebreyesus vid ett mediamöte den 16 mars 2020 meddelade ”We have a simple message for all countries: test, test, test”.[44] Delvis som en direkt konsekvens av detta initierades storskalig testning i Sverige och många andra länder (se avsnitt 8.2).

WHO skrev 2019 vidare att man inte generellt rekommenderar aktiv smittspårning av influensa eftersom det saknas ett uppenbart motiv för åtgärden i de flesta medlemsländer. Man skrev dock att smittspårning kan övervägas på vissa platser och under vissa omständigheter för att samla in information om sjukdomens egenskaper och identifiera fall, eller för att fördröja en utbredd spridning i de mycket tidiga stadierna av en pandemi i isolerade samhällen. Rekommendationen baseras på kunskap från WHO:s systematiska översikt som identifierade fyra studier vilka alla baserades på datasimuleringar. Smittspårning undersöktes inte som en enskild åtgärd i någon av studierna utan i kombination med andra åtgärder som karantän, isolering och tillhandahållande av antivirala läkemedel. Evidensen för den övergripande effekten av smittspårning varierade. En simuleringsstudie visade att kombinationen av smittspårning, karantän, isolering och antivirala läkemedel kunde minska infektionsspridningen med 40 procent, medan en annan studie indikerade att det skulle vara svårt att kontrollera smittspridning av influensavirus, även om smittspårning och karantän har en täckningsgrad på 90 procent.

[44] World Health Organization. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020. Hämtat 2024-11-20 från https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020.

Detta på grund av den förmodade höga andelen av presymtomatisk eller asymtomatisk smittspridning. En kombination av isolering, behandling av fall, smittspårning, karantän och postexpositionsprofylax beräknades kunna fördröja epidemitoppen med 6 veckor, förutsatt en upptäcktsgrad på 30 procent.

ECDC

ECDC publicerade under 2020 rekommendationer kring testning och smittspårning av covid-19 som sedan har uppdaterats flera gånger.[45,46] Vi har inte funnit att ECDC har publicerat någon egen systematisk översikt av effekten av testning och smittspårning för att begränsa smittspridningen och sjukdomsbördan.

Royal Society

I artikelserien från Royal Society från 2023 ingår en systematisk översikt av effekten av testning, smittspårning och isoleringsåtgärder för att minska spridningen av SARS-CoV-2.[47] Littlecott m.fl. skrev att de efter en omfattande litteratursökning inkluderade 25 studier varav en var en randomiserad kontrollerad studie och de övriga 24 analyserade empiriska data. Studierna kategoriserades efter typ av intervention: smittspårning (sju studier), specifika teststrategier (12 studier), strategier för isolering av fall eller kontakter (fyra studier) samt "testa, spåra, isolera" som en del av ett åtgärdspaket (två studier). Ingen av de 25 studierna bedömdes ha låg risk för bias, och många bedömdes ha allvarlig risk för bias, framför allt på grund av sannolik närvaro av okontrollerade påverkande faktorer. Enligt författarna är sådana påverkande faktorer förväntade i observationsstudier under en pågående pandemi, där fokus låg på att minska epidemibördan snarare än på utformningen av studier.

[45] ECDC. COVID-19 testing strategies and objectives 15 September 2020. Hämtat 2024-11-20 från https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TestingStrategy_Objective-Sept-2020.pdf.
[46] ECDC. Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed April 2020. Hämtat 2024-11-20 från https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Contract-tracing-scale-up.pdf.
[47] Littlecott, 2023.

Littlecott m.fl. skrev att resultaten från de 25 studierna antyder att testning följt av isolering av bekräftade fall spelade en viktig roll för folkhälsan under pandemin. Några av de mest övertygande indikationerna på effekt kom från jämförelser av detaljerade smittspårningsdata från olika regioner inom länder. Jämförelser mellan länder visade ofta, men inte entydigt, att strategin testa-smittspåra-isolera ledde till minskad smittspridning och dödlighet. Det framgår vidare att författarna fann starka bevis för effekten av smittspårningsappar och speciellt en publicerad rapport kring appen som användes i Storbritannien nämns.[48] Smittspårningsappar använder mobilers geodata för att signalera när en mobil/person varit så nära ett bekräftat fall att smittrisk kan föreligga.[49]

Littlecott m.fl. skrev även att bristen på robust empirisk evidens gjorde det svårt att dra säkra kvantitativa slutsatser om effekten av testa-smittspåra-isolera-interventioner i olika epidemiologiska situationer. Även om majoriteten av studierna visade att testning, spårning och isolering minskade smittspridningen, är evidensen för omfattningen av denna effekt endast tillgänglig för specifika scenarier och är därför inte nödvändigtvis generaliserbar. De avslutade med att konstatera behovet av att genomföra väldesignade experimentella studier som kan bidra till att fastställa den kvantitativa effekten av olika testa-smittspåra-isolera-åtgärder på smittspridning samt åtgärdernas optimala utformning.

SBU

SBU:s kartläggning identifierade endast två systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias i vilka effekten av storskalig testning under covid-19-pandemin undersöktes. Den ena artikeln publicerades 2020 av Viswanathan m.fl. och hade utförts enligt den välrenommerade Cochrane-metoden.[50] Cochrane-biblioteket är en samling av systematiska översikter utförda med Cochrane-metoden som stödjer evidensbaserad medicin genom att sammanställa och

[48] Kendall M., Milsom L., Abeler-Dorner L., Wymant C., Ferretti L., Briers M., et al. Epidemiological changes on the Isle of Wight after the launch of the NHS Test and Trace programme: a preliminary analysis. Lancet Digit Health. 2020;2(12):e658–e66.
[49] Ferretti L., Wymant C., Petrie J., Tsallis D., Kendall M., Ledda A., et al. Digital measurement of SARS-CoV-2 transmission risk from 7 million contacts. Nature. 2024;626(7997):145–50.
[50] Viswanathan M, Kahwati L, Jahn B, Giger K, Dobrescu AI, Hill C, et al. Universal screening for SARS-CoV-2 infection: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;9(9):CD013718.

analysera forskning kring hälsofrågor.[51] Viswananthan m.fl. sammanfattade att bevisen för effekten av testning kommer från två matematiska modelleringsstudier och är begränsad av de antaganden som gjorts i dessa modelleringar. De ansåg att det fanns begränsad evidens för att screening vid knutpunkter för resande, t.ex. större flygplatser, i viss grad kan påverka smittspridningen. Författarna skrev vidare att deras översikt belyser osäkerheten kring olika teststrategier och att en hög andel smittade individer kan missas och fortsätta att smitta andra. De konstaterade att ytterligare studier behövs för att utvärdera nyttan av snabba laboratorietester och upprepad testning. I den andra översikten utvärderade Walsh m.fl. effekten av snabb antigentestning för screening av asymtomatiska individer för att begränsa spridningen av SARS-CoV-2.[52] Författarna sammanfattade att det rådde osäkerhet kring effekten av snabb antigentestning för screening av asymtomatiska individer i syfte att begränsa spridningen av SARS-CoV-2. Denna osäkerhet beror på varierande resultat i tillgängliga vetenskapliga studier, det relativt låga antalet studier, samt metodologiska kvalitetsfrågor. De efterlyste mer högkvalitativ forskning på området.

När det gäller effekten av smittspårning identifierade SBU:s kartläggning sex systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias som på olika sätt berörde effekten av smittspårning på spridning av SARS-CoV-2.[53] I likhet med Royal Society:s genomgång utgjordes merparten av de inkluderade artiklarna i översikterna av modelleringsstudier. Kort sammanfattat indikerade översikterna att appar där mobilers geodata används för automatiserad digital smittspårning har potential att vara effektiva för att minska smittspridning och sjukdomsbörda av SARS-CoV-2. Effekten var dock svårvärderad eftersom den var avhängig andra parametrar i de matematiska modellerna som användes i forskningen. Det kan t.ex. vara antaganden om andelen asymtomatiska individer, fördröjningar i testning, samt vilka åtgärder som vidtas efter notifiering via en app. I översikterna efterlystes jämförande empiriska studier för att bekräfta resultaten från modellbaserade studier. Flera av översikterna berör

[51] Cochrane Library. Hämtat 2024-11-20 från https://www.cochranelibrary.com.
[52] Walsh K.A., Broderick N., Ahern S., Fawsitt C.G., O'Brien K.M., Carrigan M., et al. Effectiveness of rapid antigen testing for screening of asymptomatic individuals to limit the transmission of SARS-CoV-2: A rapid review. Rev Med Virol. 2022;32(5):e2350.
[53] SBU, 2024.

också etiska och integritetsrelaterade utmaningar med smittspårningsappar och liknande digitala verktyg.

Folkhälsomyndigheten och Coronakommissionen

Folkhälsomyndigheten uppdrogs av regeringen att utvärdera den storskaliga testningen av misstänkta covid-19-fall under pandemin för att utvärdera insatser under pandemin och dra lärdomar inför kommande pandemier. Uppdraget slutredovisades den 8 april 2024.[54] I rapporten drog myndigheten flera slutsatser och gav ett antal konkreta förslag. När det gäller effekten av storskalig testning och smittspårning skrev Folkhälsomyndigheten att ”det är svårt att dra säkra slutsatser om effekten av testning och smittspårning på smittspridningen av SARS-CoV-2 framför allt för att det saknas strukturerade data på individnivå över smittspridningskedjor i kombination med givna förhållningsregler och uppföljande testningsdata bland nära kontakter.” Man bedömde dock att det även vid nästa pandemi kommer att krävas en storskalig testning och smittspårning samt att samhällets beredskap för detta behöver förbättras (se även avsnitt 8.4.2).

I en underlagsrapport till Coronakommissionen kartlade Almgren och Björk skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin.[55] I sin sammanfattning skrev författarna att de regioner som hade mer utbyggd och storskalig testning vid en given smittspridning i samhället, hade färre dödstal och sjukhusinläggningar. Data i rapporten tydde också på att dessa regioner sannolikt identifierat en större andel av samtliga fall som förekommit. Författarna menade att en rimlig tolkning av resultaten är att mer storskalig testning i en region ledde till att fler smittkedjor bröts och att pandemins direkta hälsoeffekter därför mildrades.

[54] Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att utvärdera den storskaliga testningen av misstänkta all av covid-19. Ärendenr 01567-2023. 2024-04-08. 2024.

[55] Almgren M, Björk, J. Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin. Underlagsrapport till SOU 2021:89 Sverige under pandemin, Stockholm 2021, ISBN 978-91-525-0257-0. Hämtat 2024-11-21 från https://www.regeringen.se/contentassets/b8b41822be7c42448fc1693a1f3c4546/m-almgren-kartlaggning-av-skillnader-i-regionernas-insatser-for-provtagning-och-smittsparning-under-coronapandemin.pdf.

Utredningens bedömning

De kunskapsunderlag och vetenskapliga översikter som utredningen har studerat indikerar att storskalig testning och smittspårning kan bidra till minskad smittspridning och sjukdomsbörda av influensa och covid-19. Det vetenskapliga kunskapsunderlaget är dock begränsat när det gäller kvantitativa effekter i olika epidemiologiska situationer, men effekten är sannolikt störst under ett utbrotts tidiga fas. Effekten är än mer svårvärderad för en framtida omfattande smittspridning av ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne. Utredningen delar alltså Folkhälsomyndighetens bedömning att det är svårt att dra säkra slutsatser om effekten av testning och smittspårning på smittspridningen av SARS-CoV-2. WHO och Royal Society gör liknande bedömningar i sina systematiska översikter.

5.3.5 Isolering och karantän

Skillnad mellan isolering och karantän

Vi använder här ordet isolering för att beteckna en åtgärd riktad mot en person som bär på en smittsam sjukdom, dvs. en person med ett positivt testresultat för sjukdomen. Avsikten med isolering är att minska risken för smittöverföring till andra ännu osmittade personer. Med ordet karantän avser vi liknande åtgärder riktade mot personer som har utsatts eller kan ha utsatts för smitta, men som inte är bekräftat infekterade. Det kan t.ex. röra sig om familjemedlemmar till ett känt fall. Ordet karantän leder tanken till en påtvingad eller reglerad åtgärd, men karantän kan vara rekommenderad eller frivillig och kallas då ibland frivillig självisolering (voluntary self-isolation).

WHO

WHO tog upp effekten av isolering och karantän i sin systematiska översikt över åtgärder för influensaepidemier och influensapandemier.[56] Avseende isolering identifierade WHO fyra epidemiologiska studier och elva simuleringsstudier. De fyra epidemiologiska stu-

[56] WHO, 2019, avsnitt 6.2 Isolation of sick individuals, och avsnitt 6.3 Quarantine of exposed individuals, s. 40–48.

dierna visade alla att isolering av influensafall gav en minskning av smittspridning eller sjukdomsfall. De elva simuleringsstudierna baserades på ett brett spektrum av antaganden, där isolering studerades som en enskild åtgärd eller i kombination med andra åtgärder. Sex studier indikerade att isolering av fall skulle minska antalet infektioner, men en studie visade att effekten kunde minska på grund av oidentifierade symtomfria fall. Även om isolering föreslogs ha en större effekt än andra undersökta åtgärder, skulle en kombination av isolering tillsammans med andra åtgärder kunna förbättra effekten.

När det gäller karantän av personer som utsatts för influensasmitta inkluderade WHO sex epidemiologiska studier och tio simuleringsstudier. De studerade karantänåtgärderna omfattade hushållskarantän, gränskarantän och karantän inom sjöfarten. Karantän studerades som en enskild åtgärd eller i kombination med andra insatser, vanligtvis tillsammans med isolering och profylax med antivirala läkemedel. WHO bedömde att karantän för smittutsatta kan minska sjukdomsbördan och smittspridningen av influensa, samt försena epidemins topp. Vissa studier tydde på att av karantänens effekt förbättrades när den kombinerades med andra åtgärder, såsom isolering av fall, antiviral profylax eller stängning av skolor. Trots den troliga effekten på att bromsa smittspridning rekommenderade WHO inte hushållskarantän för exponerade individer som en lämplig åtgärd för att begränsa smittspridning av influensa. Detta bl.a. eftersom det finns etisk problematik med karantän som innebär begränsningar av rörelsefrihet för symtomfria och mestadels oinfekterade personer. WHO skrev även att obligatoriska karantänsåtgärder innebär större andra etiska utmaningar än frivilliga åtgärder.

ECDC

ECDC tog upp kunskapsläget kring effekten av isolering av fall som en åtgärd mot smittspridning under covid-19-pandemin.[57] ECDC hänvisade till en studie som indikerade att isolering är en effektiv åtgärd för att minska smittspridningen. Samtidigt indikerade en modelleringsstudie att en hög andel av fallen skulle behöva isolera

[57] ECDC, 2020, avsnitt 9.1 Isolation of symptomatic cases not requiring hospitalisation, s. 11 och 12.

sig själva och en hög andel av deras kontakter skulle behöva spåras och sättas i karantän för smittspridningen skulle minska. ECDC:s översikt indikerade vidare att effekten av isolering av diagnostiserade fall minskar på grund av smitta från oidentifierade asymtomatiska eller presymtomatiska fall.

ECDC tog även upp kunskapsläget kring effekten av karantän för riskutsatta som en åtgärd mot smittspridning under covid-19-pandemin.[58] Bevis från covid-19-pandemin uppgavs visa att karantän kan vara effektiv för att minska smittspridningen och förhindra nya fall eller dödsfall, särskilt om den införs tidigt och kombineras med andra icke-medicinska åtgärder. Studier från influensapandemier tyder också på att karantän av exponerade personer i det tidiga skedet kan fördröja epidemitoppen, vilket minskar sjukdomsbördan och bromsar vidare spridning. ECDC skrev vidare att modelleringsstudier visar fördelar med karantän. Exempelvis uppskattades i en studie att karantän för exponerade individer kan förhindra 44–81 procent av nya sjukdomsfall och 31–63 procent av dödsfallen.

Royal Society

I Royal Society:s artikelserie utvärderades effekten av isolering på smittspridning av SARS-CoV-2 som en del av strategin testa-smitt-spåra-isolera.[59] Littlecott m.fl. inkluderade fyra studier avseende strategier för isolering och karantän av fall och kontakter. Resultaten antydde att testning följt av isolering av bekräftade fall spelade en viktig roll för folkhälsan under pandemin. När det gäller effekten av karantän för kontakter till bekräftade fall menade författarna att de granskade studierna tydde på en osäkerhet kring en eventuell nytta med snabb karantän av kontakter (dvs. innan laboratorieresultat är tillgängliga), eftersom studierna antingen var små eller inte kunde särskilja effekterna av andra samtidiga åtgärder.

[58] ECDC, 2020, avsnitt 9.2 Quarantining of contacts, s. 12 och 13.
[59] Littlecott, 2023, s. 47.

SBU

SBU:s kartläggning fann en systematisk översikt med låg eller måttlig risk för bias som undersökte effekten av karantän som ensam åtgärd eller kombinerat med andra åtgärder för att kontrollera covid-19.[60] Översikten utfördes med Cochrane-metodiken år 2020, dvs. tidigt under pandemin. Författarna sammanfattade att bevisen var begränsade eftersom de flesta inkluderade studierna var matematiska modelleringsstudier med olika antaganden om viktiga modellparametrar. Resultaten var dock konsekventa i att karantän hade effekt för att minska incidens och dödlighet under pandemin, även om det fanns osäkerhet kring åtgärdens effektstorlek.

Utredningens bedömning

De systematiska översikterna från WHO, ECDC, Royal Society och SBU visar att isolering av fall kan bidra till minskad smittspridning och sjukdomsbörda av influensa och covid-19. Storleken av effekten är svår att uppskatta och beror bl.a. på hur stor andel av de smittade fallen som identifieras och hur snabbt detta sker. Detta beror i sin tur bl.a. på tillgång till testning för misstänkta fall och hur stor andel av de smittsamma som har som symtom och därmed blir kandidater för testning.

Systematiska översikter visar även att karantän av smittutsatta personer kan bidra till minskad smittspridning av influensa och SARS-CoV-2, men det finns betydande oklarhet kring den kvantitativa effekten av åtgärden eftersom den sällan har studerats fristående från andra icke-medicinska åtgärder. WHO påpekar att både isolering och karantän innebär inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter. Detta är ett större problem för karantän som riktas mot misstänkta fall där en mer eller mindre stor andel personer inte är smittade och därmed inte blir smittsamma.

[60] Nussbaumer-Streit B., Mayr V., Dobrescu A.I., Chapman A., Persad E., Klerings I., et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;9(9):CD013574.

5.3.6 Skolåtgärder och skolstängningar

Under covid-19-pandemin använde många länder skolstängningar och andra skolåtgärder i avsikt att begränsa den allmänna smittspridningen och sjukdomsbördan i riskgrupper. En skolstängning kan innebära att all undervisning sker på distans. Andra skolåtgärder kan t.ex. vara ökade avstånd i klassrummen, ökad ventilation, användning av munskydd, saxade lunchraster, och partiell distansundervisning. I Sverige var skolåtgärderna mindre långtgående än i många andra länder, vilket bl.a. innebar att distansundervisning var mycket ovanligt på låg- och mellanstadierna.

En bakgrund till skolåtgärderna under covid-19-pandemin var kunskap förmedlad av bl.a. WHO om att skolbarn är viktiga för influensasmitta i samhället, och antalet fall vanligtvis är högst i denna åldersgrupp under epidemier och pandemier av influensa.[61] Vilken betydelse skolmiljön har för spridningen av SARS-CoV-2 bland barn och ungdomar debatterades flitigt under covid-19-pandemin vilket även har belysts i en rapport från Folkhälsomyndigheten,[62] se också nedan.

WHO

WHO:s publikation från 2019 kring icke-medicinska åtgärder för att minska följderna av epidemisk och pandemisk influensa inkluderar en kunskapsöversikt och rekommendationer kring skolstängningar och andra skolåtgärder.[63] Man skriver inledningsvis att antalet influensafall vanligtvis är högst bland barn och ungdomar under epidemier och pandemier av influensa. Detta gör att smittspridning bland skolbarn och i skolmiljön anses vara en viktig källa till smittspridning av influensa i det omgivande samhället.

WHO:s kunskapsöversikt omfattade totalt 101 vetenskapliga studier och systematiska översikter som kunde delas in i följande grupper: proaktiva skolstängningar, reaktiva skolstängningar, samt effekten av vanliga skollov. Den första gruppen inkluderade bl.a. en

[61] WHO, 2019, avsnitt 6.4 School measures and closures, s. 48.
[62] Folkhälsomyndigheten. School closures and other nonpharmaceutical interventions in Nordic schools during the academic year 2020/2021. A description of the COVID-19 pandemic and the use of interventions in schools in four Nordic countries during the school year 2020/2021. Public Health Agency of Sweden, Year 2023. Article number: 22130.
[63] WHO, 2019, avsnitt 6.4 School measures and closures, s. 48–53.

omfattande analys av åtgärder i USA under pandemin 1918–1919 där det uppskattades att tidiga och ihållande åtgärder, inklusive skolstängningar, minskade den totala dödligheten med upp till 25 procent i vissa städer. Fem ytterligare studier pekade på att skolstängningar kan minska samhällsspridningen av influensa. Resultaten från åtta studier av reaktiva skolstängningar var mindre samstämmiga. Vissa studier pekade på att sådana skolstängningar kan minska smittspridning medan andra studier inte fann bevis för en sådan effekt. Ett flertal av studierna i WHO:s kunskapsöversikt indikerade att smittspridning av influensa dämpas under reguljära skollov. Även i Sverige ses ofta minskad smittspridning av influensa i samband med julledigheterna, se Folkhälsomyndighetens statistik över rapporterade influensafall under säsongerna före pandemin i figur 5.2. Vi menar dock att det är svårt att värdera hur mycket av dessa minskningar som beror på lov i skolorna relativt minskad närvaro på förskolor och arbetsplatser, minskat utnyttjande av kollektivtrafik, etc.

WHO tog även upp balansen mellan fördelar och nackdelar av skolåtgärder och skolstängningar. Skolstängningar bedömdes kunna minska influensasmitta, men tidpunkten och varaktigheten är avgörande, och felaktigt tidsanpassade stängningar kan ha begränsad effekt. Å andra sidan kan stängningar ha en stor inverkan på barns trygghet, hälsa och nutritionsstatus, detta särskilt för barn som lever i socialt utsatta miljöer. Till exempel kan förlorad arbetsinkomst uppstå om föräldrar behöver stanna hemma för att ta hand om sina barn, och minskad tillgång till gratis skolmåltider kan ha negativa effekter. WHO bedömde även att andra mindre långtgående skolåtgärder än stängning kan minska trängsel och kontakter bland elever med mindre av ovanstående negativa effekter. Mot denna bakgrund rekommenderade WHO i första hand användning av mindre långgående skolåtgärder såsom tydligare regler för att hålla sjuka barn hemma, ökat avstånd mellan bänkar, minskad interaktion mellan klasser samt uppdelning av raster och lunchpauser. WHO menade att skolstängningar endast bör vidtas vid en allvarlig epidemi eller pandemi av influensa. I sådana fall bör de negativa följderna för samhället beaktas, tidpunkten för införande övervägas och varaktigheten bör begränsas till en period som bedöms vara optimal.

ECDC

ECDC tog upp skolstängningar i sitt dokument om icke-medicinska åtgärder för att begränsa smittspridning och sjukdomsbörda under covid-19-pandemin.[64] Skolstängningar har använts vid influensa-utbrott eftersom barn i skol- och förskoleålder anses driva på smittspridningen. Däremot bedömde ECDC att bevisen var oklara för effekten av skolstängningar vid coronavirusinfektioner, som covid-19, eftersom spridningsmönstren skiljer sig och det ansågs vara oklart om skolstängningar minskar smittspridningen i samhället och sjukdomsbördan av covid-19. Man påpekade även att skolstängningar medför betydande samhälleliga och ekonomiska kostnader.

Royal Society

I Royal Society:s serie av artiklar kring effekten av icke-medicinska åtgärder inkluderades i en artikel ett avsnitt som belyser effekten av skolstängningar och andra skolåtgärder.[65] Inledningsvis konstaterades att barn historiskt har spelat en viktig roll i spridningen av influensa på grund av deras mottaglighet för influensavirusinfektion och deras långvariga virusutsöndring, vilket bidrar till smitta till familjemedlemmar och, i förlängningen, till samhället. Baserat på denna tidigare förståelse stängdes skolor proaktivt i många länder under covid-19-pandemin. På vissa platser användes i stället andra åtgärder för att minska smittspridningen inom skolor såsom justerade skolscheman och raster, färre sammanhängande skoldagar, fysisk distansering, och krav på munskydd. Effekten av bl.a. munskydd och fysisk distansering undersöktes i 18 studier och resultaten var blandade. Vissa studier visade att åtgärderna bidrog till att dämpa smittspridningen i skolorna, medan andra studier visade små eller inga effekter. Effekten av att helt stänga skolor undersöktes i 104 studier, varav mer än hälften visade tydliga tecken på minskad smittspridning i samhället. I vissa länder och regioner kunde man se en minskning av smittotalet med upp till 37 procent när skolorna stängdes, medan en mindre effekt på runt 10 procent sågs i andra länder. Tolv studier tittade på vad som hände när skolorna öppnade igen. I flera fall såg man en ökning av covid-19-fall i samhället. Flera

[64] ECDC, 2020, avsnitt 9.11 School closures, s. 16 och 17.
[65] Murphy, 2023, s.6 och 7.

studier visade att senarelagda stängningar av skolor under en pandemivåg var korrelerat till fler dödsfall och en snabbare smittspridning.

Sammanfattningsvis konstaterade Royal Society att skolstängningar kan minska samhällsspridning och sjukdomsbörda av SARS-CoV-2. Effekten av skolåtgärder varierade kraftigt beroende på när åtgärderna infördes, hur omfattande de var och vilka andra åtgärder som var på plats. Återöppning av skolor ledde ofta till fler fall, men andra skyddsåtgärder som munskydd och fysisk distansering kunde minska denna risk.

SBU

SBU:s kartläggning inkluderade en systematisk översikt av Walsh m.fl. kring effekten av skolstängningar och återöppningar av skolor på smittspridning under covid-19-pandemin.[66] Författarna utvärderade 32 studier som undersökte effekten av skolstängningar och 11 rörde återöppningar. Studierna av skolstängningar gav ingen entydig bild av effekten på smittspridning. I hälften av studierna rapporterades en minskning av smittspridningen i samhället med upp till 60 procent, medan det i den andra hälften inte rapporterades någon sådan effekt. Tre av fyra studierna kring återöppning av skolor rapporterade ingen ökning i smittspridningen.

Folkhälsomyndigheten och Skolverket

Skolverket och Folkhälsomyndigheten har publicerat rapporter kring skolåtgärder under covid-19-pandemin. Skolverkets rapport berör framför allt konsekvenser av pandemin och skolstängningar i form av negativa effekter på lärande och psykosocial hälsa.[67] Detta är viktiga frågor men inte fokus för detta kapitel som berör effekten på smittspridning och sjukdomsbörda av icke-medicinska åtgärder. Här kan dock nämnas att myndigheten lyfter att Sveriges hantering

[66] Walsh S., Chowdhury A., Braithwaite V., Russell S., Birch J.M., Ward J.L., et al. Do school closures and school reopenings affect community transmission of COVID-19? A systematic review of observational studies. BMJ Open. 2021;11(8):e053371.
[67] Skolverket. Covid-19-pandemins konsekvenser för skolväsendet. Slutredovisning. Dokumentdatum: 2022-12-16. Diarienummer: 2020:1056. Skolverket, Solna 2022. Hämtat 2024-11-21 från https://www.skolverket.se/publikationsserier/rapporter/2022/skolan-i-varlden-under-covid-19-pandemin.

av pandemin inom skolan har flera fördelar i en internationell jämförelse eftersom förskolor och skolor för yngre elever aldrig stängdes.

I Folkhälsomyndighetens rapport användes övervaknings- och registerdata från fyra nordiska länder för att undersöka hur åtgärder i skolan kan ha påverkat covid-19-incidensen bland barn och befolkningen i allmänhet.[68] Resultaten sammanfattas i ett nyhetsmeddelande med titeln ”Inga belägg för att stängda skolor minskade smittspridning av covid-19”.[69] I meddelandet skrev myndigheten att bedömningen grundades bl.a. på att ”oavsett stängda eller öppna skolor har smittspridningen bland barn och unga huvudsakligen följt spridningen i den vuxna befolkningen. Det talar för att skolstängningar inte har påverkat smittspridningen i stort, och att smittspridning mellan elever har skett också på andra platser än i skolan.” Myndigheten skrev även att eftersom skolstängning är en mycket drabbande åtgärd för barn, är det av största vikt att den används med stor försiktighet.

Utredningens bedömning

Enligt WHO, ECDC och Royal Society fanns det vetenskapligt stöd för att skolstängningar och andra skolåtgärder kan dämpa smittspridning och sjukdomsbördan av influensa i skolmiljön och det omgivande samhället. Det vetenskapliga bevisläget ansågs vara mer oklart för covid-19. I de systematiska översikterna från Royal Society och SBU redovisas att ungefär hälften av de inkluderade vetenskapliga studierna visade effekt på covid-19 av skolstängningar medan hälften inte fann en sådan effekt. Det är mycket svårt att bedöma vilka effekter skolstängningar och andra mindre långtgående skolåtgärder kan ha vid en eventuell framtida omfattande smittspridning av ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne eftersom fallens åldersfördelning är okänd. Detta påverkar hur mycket smittspridning i skolmiljö kan komma att bidra till den totala smittspridningen och sjukdomsbördan i samhället.

[68] Folkhälsomyndigheten, 2023.
[69] Folkhälsomyndigheten. Nyhetsmeddelande 2023. 2023. Hämtat 2024-11-21 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2023/maj/inga-belagg-for-att-stangda-skolor-minskade-smittspridning-av-covid-19/.

5.3.7 Arbetsplatsåtgärder och arbetsplatsstängningar

Arbetsplatser utgör miljöer som kan bidra till ökad smittspridning i samhället vid pandemier eller annan omfattande smittspridning bl.a. eftersom smittämnen kan ges möjlighet att spridas från ett hushåll till en annat. Av detta skäl ingår arbetsplatsåtgärder bland de icke-medicinska åtgärder som kan användas i avsikt att minska smittspridning och sjukdomsbörda vid sådana utbrott.

I många länder stängdes icke-samhällsviktiga arbetsplatser under kortare eller längre tid under covid-19-pandemin. I Sverige stängdes inte arbetsplatser med tvingande reglering, men stängningar infördes i delar av den offentligt drivna verksamheten, bl.a. bibliotek och museer, till följd av regeringens uppmaning till detta hösten 2020. Öppettiderna för serveringsställen begränsades periodvis i hela landet. Vidare blev vissa verksamheter i praktiken omöjliga eller olönsamma att bedriva till följd av restriktionerna om att förhindra trängsel och stängde därför på eget initiativ. I övrigt användes en kombination av åtgärder för att minska risken för smittspridning på arbetsplatser vid sidan av det som följer av arbetsmiljöregelverket. Folkhälsomyndigheten riktade olika råd och rekommendationer om distansarbete till arbetsgivare och arbetstagare när sådan möjlighet fanns, och gav rekommendationer om hur arbetsplatser i övrigt kunde anpassa verksamheten för att minska risken för smittspridning. Tillfälliga förändringar på sjukförsäkringsområdet omfattade bl.a. återinförande av ersättningen för karensavdraget, lättnader vad gäller intygskrav och ersättning till riskgrupper.[70] På skolområdet innebar regleringen att det under vissa omständigheter och för vissa skolformer fanns möjlighet för huvudmannen att besluta att helt eller delvis bedriva fjärr- eller distansundervisning.

WHO

WHO:s rekommendationer för influensaepidemier och -pandemier från 2019 innehåller en värdering av bevisläget och rekommendationer avseende arbetsplatsåtgärder inklusive arbetsplatsstängningar.[71] WHO sammanfattade sin bedömning enligt följande:

[70] Regeringen. Åtgärder på socialförsäkringsområdet med anledning av coronaviruset. 2022. Hämtat 2024-11-21 från https://www.regeringen.se/regeringens-politik/socialforsakringar/atgarder-inom-sjukforsakringen-med-anledning-av-corona/.
[71] WHO, 2019. avsnitt 6.5 Workplace measures and closures, s. 53–57.

– De inkluderade vetenskapliga studierna indikerade att arbetsplatsåtgärder (t.ex. distansarbete, förskjutna arbetstider, förlängda helger och betald ledighet) kan minska antalet influensafall, samt försena smittspridningstoppen.
– Arbetsplatsåtgärder har en måttlig effekt på smittspridning och sjukdomsbörda av influensa och det finns utmaningar med genomförbarheten. Effekten av arbetsplatsåtgärder kan ökas om de kombineras med andra åtgärder.
– Kunskapen är ofullständig kring om stängningar av arbetsplatser ger ökad effekt jämfört med andra arbetsplatsåtgärder eftersom identifierade studier är baserade på datasimuleringar vilket innebär lågt bevisvärde.

WHO baserade sina överväganden på en systematisk översikt av Ahmed m.fl. och fyra ytterligare studier.[72] Studierna undersökte olika åtgärder på arbetsplatser, såsom betald sjukledighet, distansarbete, förskjutna arbetstider och raster, minskad fysisk kontakt och förlängd ledighet vid helger. Översikten av Ahmed m.fl. visade att sådana arbetsplatsåtgärder kan minska det totala antalet influensafall. Datasimuleringsstudier pekade även på en möjlig fördröjning och minskning av influensatoppen. En studie från Japan visade att en policy för betald sjukledighet minskade risken för influensa A (H1N1) med cirka 20 procent under en influensasäsong. Två studier från USA visade att betald sjukledighet kunde bidra till att minska smittspridningen på arbetsplatser, vilket resulterade i en minskning av influensarelaterad frånvaro. Arbetsplatsåtgärder visade större effekt om de kombinerades med andra insatser, såsom skolstängningar, individinriktade smittskyddsåtgärder och antivirala läkemedel.

WHO menade att bevisen för effekten av stängningar av arbetsplatser var begränsade. Simuleringsstudier, som generellt har lågt bevisvärde, antydde att storskaliga arbetsplatsstängningar kunde fördröja influensaepidemins topp med 5–10 dagar, men andra åtgärder, som t.ex. skolstängningar, hade större effekt. Vissa studier visade att stängning av arbetsplatser i kombination med skolstängningar skulle kunna minska spridningen av influensa med cirka 15–45 procent och sänka epidemitoppen med upp till 40 procent.

[72] Ahmed F., Zviedrite N., Uzicanin A. Effectiveness of workplace social distancing measures in reducing influenza transmission: a systematic review. BMC Public Health. 2018;18(1):518.

WHO rekommenderade arbetsplatsåtgärder (t.ex. uppmuntran till distansarbete, förskjutna arbetstider och enklare regler för sjukledighet och betald ledighet) som möjliga åtgärder, med gradvis ökande relevans med ökad allvarlighetsgrad av influensaepidemin. WHO rekommenderade att arbetsplatsstängning endast bör övervägas vid exceptionellt allvarliga influensapandemier.

ECDC

ECDC berörde arbetsplatsstängningar och andra arbetsplatsåtgärder i sin rapport och rekommendation kring icke-medicinska åtgärder under covid-19-pandemin.[73] I rapporten redovisade ECDC vilka åtgärder som vidtagits i europeiska länder men berör knappast alls åtgärdernas effekt på smittspridning och sjukdomsbörda. Man refererade dock en s.k. ”preprint” av en studie i vilken forskarna undersökte av effekten på smittspridning av olika icke-medicinska åtgärder i 41 länder mellan januari och maj 2020. Den slutliga vetenskapliga artikeln publicerades 2022.[74] Forskarna rapporterade då att stängning av merparten av icke-nödvändiga verksamheter hade en måttligt dämpande effekt på smittspridning som bara var marginellt högre än effekten av att stänga vissa ”högriskverksamheter”, vilka inkluderade barer, restauranger och nattklubbar.

Royal Society

Royal Society utvärderade effekten av arbetsplatsåtgärder och arbetsplatsstängningar i en systematisk översikt av Murphy m.fl.[75] I tolv inkluderade studier undersöktes effekten av olika åtgärder på arbetsplatser för att minska spridningen av covid-19. De flesta av studierna visade att åtgärder som minskade antalet personer på arbetsplatser, såsom distansarbete och reducerad arbetsplatsnärvaro, ledde till minskad smittspridning. När färre personer rörde sig till och från arbetsplatser sjönk antalet fall av covid-19. Trettiosju studier under-

[73] ECDC, 2020, avsnitt 9.9 Measures at the workplace, including teleworking, och avsnitt 9.10 Closure of non-essential businesses, s. 16.
[74] Brauner J.M., Mindermann S., Sharma M., Johnston D., Salvatier J., Gavenciak T., et al. Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19. Science. 2021;371(6531).
[75] Murphy, 2023, s. 7 och 8.

sökte effekterna av att stänga arbetsplatser. De flesta studierna visade att stängning av icke-nödvändiga verksamheter minskade smittspridningen, särskilt när det kombinerades med andra åtgärder som hemisolering och skolstängningar. En jämförande studie av tio länder (bl.a. England, Frankrike, Italien och USA) fann att stängningar av arbetsplatser inte alltid gav ytterligare minskningar av smittspridningen jämfört med länder som hade mindre långtgående arbetsplatsåtgärder, såsom Sverige och Sydkorea.[76] Sammanfattningsvis bedömde författarna att åtgärder på arbetsplatser, särskilt minskad fysisk närvaro genom distansarbete och nedstängning av icke-nödvändiga verksamheter, var effektiva för att minska smittspridningen av SARS-CoV-2. Effekten av åtgärderna varierade dock beroende på land och hur strikt de genomfördes.

SBU

SBU:s kartläggning inkluderade fem systematiska översikter med låg till måttlig risk för bias som undersökte effekten av arbetsplatsåtgärder för att begränsa smittspridning av covid-19 eller influensa, men enbart två studerade specifikt effekt av arbetsplatsåtgärder. I den första översikten studerade Ahmed m.fl. effekten av fysisk distansering på arbetsplatser för att minska smittspridning av influensa.[77] Författarna sammanfattade att modelleringsstudier indikerar att fysisk distansering på arbetsplatser (utanför vården) kan minska smittspridning av influensa, men att det finns en brist på välutformade epidemiologiska studier. Den andra översikten utfördes med Cochrane-metodiken och visade sammanfattningsvis att det behövs fler kontrollerade studier kring effekten av distansarbete och olika testnings- och isoleringsstrategier på smittspridning av SARS-CoV-2.[78]

[76] Bendavid E., Oh C., Bhattacharya J., Ioannidis J.P.A. Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19. Eur J Clin Invest. 2021;51(4):e13484.
[77] Ahmed F., Zviedrite N., Uzicanin A. Effectiveness of workplace social distancing measures in reducing influenza transmission: a systematic review. BMC Public Health. 2018;18(1):518.
[78] Constantin A.M., Noertjojo K., Sommer I., Pizarro A.B., Persad E., Durao S., et al. Workplace interventions to reduce the risk of SARS-CoV-2 infection outside of healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 2024;4(4):CD015112.

Utredningens bedömning

Det finns vetenskapligt stöd för att arbetsplatsåtgärder såsom distansarbete, förskjutna arbetstider, och betald sjukledighet kan bidra till minskad smittspridning och sjukdomsbörda av influensa och covid-19. Det är oklart om stängningar av arbetsplatser, utöver ovanstående mindre långgående arbetsplatsåtgärder, kan ge en förstärkt effekt.

5.3.8 Reserelaterade åtgärder

Vissa reserelaterade åtgärder ska utredas

Enligt direktiven ska utredningen bl.a.:

- analysera och ta ställning till om det vid situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska vara möjligt att utföra en hälsokontroll vid inresa i landet, även i de fall det saknas konstaterat utbrott i avreselandet,
- analysera och ta ställning till om det ska vara möjligt att vid en hälsokontroll vid inresa till landet utföra provtagning av individer,
- analysera och ta ställning till om det vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska finnas möjlighet att besluta om regionala reserestriktioner inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta till och från områden som är smittfria eller har begränsad smittspridning.

Utredningen har därför bedömt det vetenskapliga kunskapsläget kring effekter av vissa reserelaterade icke-medicinska åtgärder på smittspridning och sjukdomsbörda. Vår analys och ställningstaganden avseende direktivens frågeställningar redovisas i avsnitt 7.6.

WHO

I WHO:s kunskapsöversikt och rekommendation från 2019 ingår ett avsnitt om reserelaterade åtgärder.[79] Avsnittet innehåller underavsnitt som berör reseråd, screening vid in- och utresa, restriktioner

[79] WHO, 2019, Travel-related measures, avsnitt 7.1–7.4, s. 60–69.

av inrikesresor, och stängningar av nationsgränser. I detta avsnitt konstaterade WHO att de inte hade identifierat några vetenskapliga bevis för att reseinformation har effekt för att begränsa smittspridning av pandemisk influensa. Trots detta rekommenderade WHO att länder, framför allt under en pandemis tidiga fas, bör tillhandahålla råd inför resor eftersom det är enkelt, genomförbart och accepterat att ge information till resenärer. När det gäller screening för influensa i samband med inresa eller utresa rekommenderade WHO inte detta framför allt eftersom sådan screening har begränsad känslighet för att identifiera smittade resenärer som ännu inte har symtom eller tecken på sjukdomen. Rekommendationen baserades på tio artiklar som ingick i den systematiska översikten. Tre observationsstudier genomförda på flygplatser visade att känsligheten för inresescreening var låg. Bland ankommande internationella resenärer identifierades gränsscreening endast 37 procent av influensafall som senare identifierades via testning eller smittspårning i samhället. Man tog upp att känsligheten är låg för intervjuer och temperaturmätningar och att det är svårt att genomföra testning med t.ex. PCR i fråga om logistik, svarstider och kostnader.

När det gäller begränsningar av inrikesresor baserades rekommendationerna på en observationsstudie och fyra simuleringsstudier. Endast mycket långtgående restriktioner av inrikesresor förväntades påverka influensasmittspridningen. På basen av detta rekommenderades att restriktioner av inrikesresor kan övervägas under en uppseglande extraordinärt allvarlig pandemi om det i tidigt skede finns tydliga regionala skillnader i smittspridning. Avseende begränsningar i internationella resor inkluderade WHO två epidemiologiska studier och nio modelleringsstudier i den systematiska översikten. Kortfattat visade dessa studier att mycket långtgående inresebegränsningar som bäst kan förskjuta toppen av en influensaepidemi med några veckor. Större effekt kan enbart förväntas för små ö-nationer.

ECDC

ECDC berörde reserelaterade åtgärder i sin rapport och rekommendation från 2020 kring icke-medicinska åtgärder under covid-19-pandemin.[80] ECDC skrev då att bevisen för effekten av internatio-

[80] ECDC, 2020, avsnitt 10 Travel-related measures, s. 18–21.

nella reserestriktioner och gränsstängningar är oklara. För effekt krävs att gränsstängningen är nästan heltäckande och införs före upptäckten av inhemska fall, vilket endast är genomförbart i specifika, isolerade miljöer (t.ex. ö-nationer). ECDC skrev vidare att den epidemiologiska situationen i Europa under våren 2020 visar att de internationella reserestriktioner som infördes i många EU-länder i ett tidigt skede som bäst hade en begränsad, fördröjande effekt. Vidare bedömdes matematisk modellering indikera att internationella reserestriktioner har begränsad effekt på inhemsk spridning.

När det gäller begränsningar av inrikes resor skrev ECDC att det finns indikationer på att nära kontakt mellan människor under resor kan öka överföringen och spridningen av SARS-CoV-2. Nav för inhemskt resande med stora passagerarvolymer kan därför spela en viktig roll i etableringen av lokal smittspridning. ECDC bedömde att det finns indikationer på att de omfattande inhemska resebegränsningar som infördes i många länder i början av covid-19-pandemin bidrog till en kortsiktig effekt på smittspridning. Tidiga begränsningar av inrikesresor skulle potentiellt kunna fördröja spridningen av SARS-CoV-2 till delar av ett land med begränsad eller ingen samhällsspridning. Dock kan oupptäckt lokal spridning pågå som begränsar effekten av resebegränsningar.

Royal Society

I Royal Society:s översikt från 2023 ingår en översikt av Grépin m.fl. kring effekten av kontroller vid nationsgränser för att begränsa inhemsk smittspridning.[81] Författarna sammanställde bevis från både modelleringsstudier och observationsstudier, men konstaterade att trots att de flesta länder införde resebegränsningar under covid-19-pandemin hade få studier, vid tidpunkten för studien, ännu publicerats som undersöker effekten av dessa åtgärder när de implementerats ensamt. Nationella observationsstudier, bl.a. från Nya Zeeland och Hongkong, visade att omfattande gränsåtgärder kunde minska, men inte eliminera, antalet infekterade inresande resenärer till landet. Dessa åtgärder inkluderade bl.a. obligatorisk karantän av inresande, laboratorietester före, vid och efter ankomst

[81] Grépin, 2023.

samt omfattande övervakning för att upptäcka eventuella genombrottsfall.

Grépin m.fl. skrev att tillgängliga vetenskapliga bevis indikerade att symtombaserad eller exponeringsbaserad screening, inklusive temperaturkontroller före utresa eller vid inresa, hade begränsad effekt för att minska importen eller smittspridningen. I detta avseende hade symtomatisk screening (som temperaturmätning) lägre effekt än diagnostikbaserade screeningmetoder (som PCR) för att identifiera infekterade resenärer. Riktade reserestriktioner, inklusive inreseförbud från specifika länder, hade tidigt under pandemin troligen en måttlig effekt för att minska smittspridningen, men blev snabbt mindre effektiva när antalet fall ökade. Till exempel var riktade reserestriktioner mot resenärer från Wuhan troligen kortvarigt effektiva, men otillräckliga för att stoppa spridningen av viruset till resten av världen. Karantän för inresande resenärer hade troligen viss effekt för att minska smittspridningen, men endast med relativt långa karantänsperioder och med betydande kostnader och inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter. Författarna sammanfattade att det fanns få bevis för att reserestriktioner, inklusive gränsstängningar, var speciellt effektiva för att begränsa smittspridning och sjukdomsbörda under covid-19-pandemin. Detsamma gäller de reserelaterade åtgärder som infördes för att stoppa spridningen av nya varianter.

SBU

SBU:s kartläggning inkluderade sju systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias kring effekten av reserelaterade åtgärder för att begränsa smittspridning av covid-19, influensa, ebola, mers eller sars. Endast tre av dessa systematiska översikter var specifikt inriktade på effekten av reserelaterade åtgärder,[82,83] medan övriga behandlade ett flertal icke-medicinska åtgärder. De tre förstnämnda översikterna ingick bland de 30 artiklar som ingick i Royal Society:s översikt och tillförde därför ingen ny kunskap.

[82] Burns J., Movsisyan A., Stratil J.M., Coenen M., Emmert-Fees K.M., Geffert K., et al. Travel-related control measures to contain the COVID-19 pandemic: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;10:CD013717.
[83] Hohlfeld A.S., Abdullahi L., Abou-Setta A.M., Engel M.E.. International air travel-related control measures to contain the Covid-19 pandemic: A companion review to a Cochrane rapid review. New Microbes New Infect. 2022;49:101054.

Utredningens bedömning

Erfarenheter från bl.a. Nya Zeeland och Hongkong från covid-19-pandemin visar att långtgående reserelaterade åtgärder vid landsgränser kunde minska, men inte eliminera, antalet infekterade inresande.[84] Dessa åtgärder omfattade bl.a. inreserestriktioner, omfattande testning innan, vid och efter inresa samt karantän och övervakning för att upptäcka eventuella fall som undgått upptäckt vid inresa. WHO:s och ECDC:s underlag indikerar att restriktioner av inrikesresor kan bidra till minskad smittspridning, men detta sannolikt enbart om det föreligger stora regionala skillnader i smittspridning.

Vidare finns det vetenskapligt stöd för att hälsokontroller av resenärer vid nationsgränser kan ha en viss effekt för att minska smittspridning av SARS-CoV-2 och influensa. Hälsokontroller med symtombaserad screening, som temperaturmätning, har lägre känslighet än hälsokontroller med diagnostikbaserad screening, som PCR. Utredningen har inte funnit något vetenskapligt underlag kring effekten av att vid inresa enbart genomföra en hälsokontroll som inte också omfattar sådana begränsade kroppsliga ingrepp som provtagning eller temperaturmätning utgör, men bedömer att en sådan hälsokontroll sannolikt har ingen eller negligerbar effekt på smittspridning och sjukdomsbörda. Se mer om våra överväganden och förslag om denna åtgärd i avsnitt 7.6.

5.3.9 Munskydd och andningsskydd

Allmänhetens användning av munskydd och andningsskydd

Under covid-19-pandemin var den eventuella nyttan av munskydd för att begränsa smittspridning omdebatterad i Sverige. Detta bl.a. eftersom allmän användning av munskydd i samhället var påbjuden i många andra länder. Användning av munskydd var även rekommenderad av bl.a. WHO och ECDC.[85,86] Det ingår inte explicit i

[84] Walport, 2023, s. 10.
[85] WHO. Mask use in the context of COVID-19. Interim guidance 1 December 2020. Hämtat 2024-11-21 från https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak.
[86] ECDC. Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. 24 Sep 2020. Hämtat 2024-11-21 från https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions.

utredningens direktiv att analysera eller ta ställning till eventuell användning av munskydd vid en framtida situation med omfattande smittspridning, men vi har trots detta sammanfattat kunskapsläget kring effekten av munskydd för att begränsa smittspridning i samhället. Vi berör inte användning av munskydd eller andningsskydd inom vården. Med munskydd avser vi s.k. kirurgiska eller medicinska munskydd och liknade enklare typer av skydd, medan vi med andningsskydd avser olika typer av filtrerande halvmasker (klass FFP2 eller FFP3), se t.ex. Folkhälsomyndighetens webbplats för mer information.[87]

WHO

WHO:s systematiska översikt inkluderade tio randomiserade kontrollerade studier kring effekten av munskyddanvändning i samhället för att minska smittspridning av influensa.[88] De flesta av dessa studier kombinerade munskydd med förbättrad handhygien och undersökte effekten av användningen av munskydd använda av både infekterade och mottagliga individer. Analysen indikerade att munskydd kunde minska risken för laboratoriebekräftad influensa med 22 procent, men bevisvärdet var svagt eftersom konfidensintervallet var stort. Det gick därför inte att utesluta att den observerade riskreduktionen kunde bero på slumpen. Dessutom var effekten av munskydd lägre om hänsyn togs till att handhygien också förbättrades. WHO rekommenderade att munskydd för symtomfria personer ska övervägas vid allvarliga epidemier eller pandemier av influensa i avsikt att minska smittspridningen i samhället. I sådana situationer rekommenderade WHO att individer med symtom alltid ska använda munskydd vid kontakt med andra personer. Enligt WHO finns det en teoretisk grund för en potentiell effekt av munskydd för att minska smittspridning av influensa även om det saknas starka vetenskapliga bevis för att åtgärden är effektiv.

[87] Folkhälsomyndigheten. Personlig skyddsutrustning. Hämtat 2024-11-21 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/mikrobiologi-laboratorieanalyser/biosakerhet-och-bioskydd/riskbedomning/skyddsatgarder/primara-barriarskydd/personlig-skyddsutrustning/.
[88] WHO, 2019. Avsnitt 4.3. Face masks, s. 26–28.

ECDC

ECDC publicerade 2021 en systematisk översikt av litteraturen om effekten av munskydd i samhället för att förebygga SARS-CoV-2-infektion som sedan har uppdaterats ett par gånger.[89,90] I den ursprungliga översikten drog ECDC slutsatsen att studier med låg till måttlig säkerhet talade för att kirurgiska munskydd gav en liten till måttlig skyddseffekt mot covid-19 i samhället, både i form av skydd för bäraren och som skydd för andra. I en senare publikation skrev de att resultaten från studier som publicerats efter den första systematiska översikten var i linje med den initiala slutsatsen.[91] ECDC sammanfattade att en folkhälsopolicy för att bära munskydd i offentliga utrymmen bör övervägas i områden med samhällsspridning av SARS-CoV-2. Ett alternativ är att fokusera på användning av munskydd i specifika miljöer för att skydda personer som är sårbara för allvarlig covid-19, såsom äldre och personer med underliggande medicinska tillstånd. De påpekade att korrekt användning av munskydd är viktigt samt att andningsskydd förväntas vara mer effektiva än munskydd.

Royal Society

I Royal Society:s artikelserie ingår en systematisk översikt av Boulos m.fl. kring effekt av munskydd och andningsskydd för att minska smittspridning under covid-19-pandemin.[92] Författarna eftersökte studier publicerade 1 januari 2020–27 januari 2023 och fann 5 185 rapporter. På grund av bristen på randomiserade kontrollerade studier (RCT) inkluderades även observationsstudier i analysen. Författarna analyserade 35 studier i samhällsmiljöer (tre RCT och 32 observationsstudier) och 40 studier i vårdmiljöer (en RCT och 39 observationsstudier). Flertalet (95 procent) av de inkluderade studierna

[89] ECDC. Technical report. Using face masks in the community. Reducing COVID-19 transmission from potentially asymptomatic or pre-symptomatic people through the use of face masks. 8 April 2020. Hämtat 2024-11-21 från https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf.
[90] ECDC. Considerations for the use of face masks in the community in the context of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern. Public health guidance. 7 Feb 2022. Hämtat 2024-11-21 från https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission.
[91] ECDC, 2022.
[92] Boulos, 2023.

genomfördes innan den mycket smittsamma Omikron-varianten uppstod och 91 procent av observationsstudierna hade svagheter avseende att separera effekterna av munskydd och andningsskydd från andra samtidiga åtgärder. Ett större antal studier visade att munskydd och munskyddstvång minskade infektioner än antalet studier som inte fann någon sådan effekt. Sju observationsstudier fann att andningsskydd var mer skyddande än munskydd, medan fem studier inte identifierade någon sådan skillnad. Författarna skrev att flertalet studier rapporterade att munskyddsanvändning och munskyddstvång var en effektiv metod för att minska infektioner av SARS-CoV-2. De pekade också på resultat, främst från studier i vårdmiljöer, som visade att andningsskydd var mer effektiva än munskydd samt att tvingande munskyddsanvändning var mer effektiv än frivillig användning.

SBU

SBU fann 19 systematiska översikter kring effekten av munskydd och andningsskydd för att begränsa smittspridning vid pandemier, varav fem specifikt rörde effekten av munskydd. Bland översikterna ingick de ovan redovisade från ECDC, och Royal Society och flera av de övriga artiklarna ingick i de underlagen för bedömningarna av WHO, ECDC och Royal Society. Vi sammanfattar därför bara kort en Cochrane-rapport av Jefferson m.fl. som undersökte effekten av fysiska interventioner, inklusive munskydd och andningsskydd, för att stoppa eller minska spridningen av akuta luftvägsvirus.[93] När det gäller enklare kirurgiska munskydd inkluderades tolv studier, varav två rörde vårdpersonal och tio samhället. Författarna bedömde att användning av munskydd i samhället troligtvis har liten eller ingen effekt på antal bekräftade eller misstänkta fall av influensa och covid-19 jämfört med att inte bära munskydd.

[93] Jefferson T., Dooley L., Ferroni E., Al-Ansary L.A., van Driel M.L., Bawazeer G.A., et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database Syst Rev. 2023;1(1):CD006207.

Utredningens bedömning

Det finns låg till måttlig vetenskaplig evidens för att medicinska munskydd ger en liten till måttlig skyddseffekt mot smittspridning av influensa, covid-19 och andra luftvägsvirusinfektioner i samhället. Skyddseffekten gäller för både bärare och omgivning. Andningsskydd ger sannolikt ett förstärkt skydd för bäraren jämfört med munskydd.

6 Ett krav på handling ingår i ansvarsprincipen

I utredningens direktiv anges att det med osäker kunskap och avsaknad av beprövad erfarenhet kan vara önskvärt att en handlingsprincip präglar smittskyddsarbetet och att åtgärder som kan antas begränsa en annars omfattande smittspridning bör vidtas även om det saknas evidens för hur effektiva de är. Utredningen har därför i uppdrag att analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas i fråga om smittskyddsåtgärder och hur en sådan princip i så fall kan regleras samt förutsättningarna för när den ska tillämpas. Utredningen ska även analysera hur en handlingsprincip skulle förhålla sig till principen om att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet i 1 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL. I uppdraget ingår även att lämna nödvändiga författningsförslag.

Vi inleder kapitlet med en genomgång av de grundläggande principerna vid en kris (avsnitt 6.1). Därefter redogör vi för principernas utveckling och de synpunkter på principerna som framförts i tidigare sammanhang (avsnitt 6.2). I avsnitt 6.3 resonerar vi kring handling i komplexa situationer.

Utredningens överväganden om en särskild handlingsprincip för smittskyddsåtgärder finns i avsnitt 6.4. Där gör vi bl.a. bedömningen att det i ansvarsprincipen ingår ett krav på berörda aktörer att agera proaktivt och vara beredda på att vidta nödvändiga åtgärder vid en kris, även när informationsbrist råder. Vi gör också bedömningen att en pandemi eller annan omfattande smittspridning, som kan vara en genomgripande samhällskris, behöver hanteras samordnat och

att utgångspunkten bör vara de grundläggande principer som gäller för hanteringen av andra kriser.

I avsnitt 6.5 gör vi bedömningen att ett krav på vetenskap och beprövad erfarenhet inte hindrar att smittskyddsåtgärder vidtas i en situation då kunskapsläget är ofullständigt.

6.1 Grundläggande principer vid en kris

De grundläggande principerna för samhällets krisberedskap i Sverige är principerna om ansvar, likhet och närhet. Principerna har tillkommit för att uppnå en helhetssyn i hanteringen av en situation i kris och krig. Principerna är dock inte reglerade i författning.

Ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer också har motsvarande ansvar vid störningar i samhället. Aktörer har ett ansvar att agera även i osäkra lägen. Den utökade ansvarsprincipen innebär att aktörerna ska stödja och samverka med varandra.

Likhetsprincipen kan beskrivas som en tillämpning av ansvarsprincipen och innebär att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Verksamheten ska alltså under samhällsstörningar så långt det är möjligt fungera som vid normala förhållanden.

Närhetsprincipen innebär att samhällsstörningar ska hanteras där de inträffar och av de som är närmast berörda och ansvariga. Med det avses att den ledningsnivå eller instans som närmast berörs av det akuta krisförloppet normalt ska svara för ledningen av de åtgärder som krävs för att hantera krisen på ett effektivt sätt. Hanteringen av kriser kan dock lyftas till högre nivåer om det krävs för en nationell prioritering av olika åtgärder eller om samordningen av insatserna av andra skäl blir lidande av att krisen hanteras på närmast berörda nivå.

Ansvarsprincipen härstammar från totalförsvaret, men kom under tidigt 00-tal att breddas. Sårbarhets- och säkerhetsutredningen föreslog år 2001 bl.a. att ansvarsprincipen skulle tillämpas på uppgifter vid svåra påfrestningar på samhället i fredstid. En sådan utvidgning ansågs naturlig med hänsyn till den breddning av säkerhetsbegreppet som hade skett vid den tiden. Utifrån förslaget fastslog regeringen att ansvarsprincipen även bör tillämpas på uppgifter som har

anknytning till svåra påfrestningar på samhället. Principen skulle dessutom vara styrande för planeringen och genomförandet av olika beredskapsförberedelser. Ansvarsprincipen kompletterades även med likhetsprincipen och närhetsprincipen. Försvarsutskottet anslöt sig till de av regeringen angivna övergripande principerna.[1]

6.2 Utveckling och problematisering av principerna för krisberedskap

6.2.1 2005 års katastrofkommission

2005 års katastrofkommission hade regeringens uppdrag att utvärdera samhällets förmåga att hantera de påfrestningar som tsunamikatastrofen i Asien julen 2004 inneburit och på vilket sätt erfarenheterna kunde tas tillvara. Kommissionen fann att det var anmärkningsvärt att det sällan diskuterades vad som ligger till grund för ansvarsprincipen, likhetsprincipen och närhetsprincipen. Kommissionen ansåg att alla tre principer bär ett drag av rimlighet men att man samtidigt måste vara medveten om att principerna är problematiska som vägledning i krisplaneringen. Ett problem som lyftes var principernas otydlighet. Enligt kommissionen kunde en strikt tillämpning av principerna inte bara leda fel utan till och med direkt försämra en organisations krishantering.

> Om man med eftertryck slår fast att ansvarsprincipen skall styra krishanteringen, fördröjs signalerna till omvärlden från den myndighet som inte förmår lösa en kris på egen hand. Organisationen riskerar att hamna i en situation där den hanterar verksamheter som den inte har kompetens för. Om ansvaret för någon verksamhet senare lämnas över till en annan myndighet, blir utgångsläget för denna myndighet sämre än om den hade hanterat frågorna från krisens inledningsskede.[2]

Kommissionen konstaterade att ett av de fel som återkommer i krishantering är att välja ett passivt förhållningssätt med hänvisning till att man inte har fullständig information. Därför ansåg kommissionen att det var lämpligt att slå fast att det i osäkra lägen är bättre att agera, för att därefter modifiera sina insatser i ena eller andra riktningen beroende på vilken ny information som kommer in. Det gäller att tidigt under grader av osäkerhet identifiera den punkt där åtgär-

[1] SOU 2001:41, prop. 2001/02:10, bet2001/02:FöU2, rskr 2001/02:91.
[2] SOU 2005:104 s. 294 och 295.

der ska initieras. Som exempel på resurser som kan var aktuella att sätta in angav kommissionen stabs- och sambandsgrupper, medicinska team för bedömning av sjukvårdsbehov eller smittskyddsinsatser, och beredskapsgrupper från utrikesförvaltningen.

> Att i en osäker situation sätta in större resurser än vad som kanske kan komma att behövas kan ses som en tillämpning av *försiktighetsprincipen*, som gäller som grundregel för riskhanteringen inom en rad områden med anknytning till hälsa och miljö.

Kommissionen konstaterade att försiktighetsprincipen fanns med i den deklaration som antogs på FN-konferensen om den globala miljön i Rio de Janeiro 1992[3], att den återfanns i Maastrichtfördraget[4] och präglade svensk miljölagstiftning[5]. EU-kommissionen hade också år 2000 deklarerat som sin mening att den bör tillämpas allmänt på området hälsa och konsumentskydd.[6]

Katastrofkommissionen anförde att försiktighetsprincipen på ett mer vardagligt plan styr räddnings- och brandförsvarsinsatser i kommunerna. Grundregeln där är att rycka ut med de resurser som krävs för en relativt stor olycka och sedan återkalla delar av resurserna om det visar sig att de inte behövs, snarare än att skicka ett fordon och därefter skicka efter flera om situationen kräver det.

Som generell formulering av försiktighetsprincipen med tillämpning också inom krisplaneringen föreslog kommissionen följande: Om det finns välgrundad anledning att tro att en insats kan behövas, bör en sådan insats också göras.[7]

Vid behandlingen av katastrofkommissionens förslag ansåg regeringen att de tre principerna var tillfyllest och att försiktighetsprincipen således inte skulle komplettera dem. Regeringen förtydligade dock ansvarsprincipen:

> Alla aktörer som berörs av en kris, direkt eller indirekt, och som kan bidra till att hantera konsekvenserna har ett ansvar att agera även i osäkra lägen. Detta följer av ansvarsprincipen. Ansvarsprincipen får

[3] Riodeklarationens princip 15 lyder: ”I syfte att skydda miljön ska försiktighetsprincipen tillämpas så långt möjligt och med hänsyn tagen till staternas möjligheter härtill. Om det föreligger hot om allvarlig eller oåterkallelig skada, får inte avsaknaden av vetenskaplig bevisning användas som ursäkt för att skjuta upp kostnadseffektiva åtgärder för att förhindra miljöförstöring.”
[4] Se artikel 191 i EUF-fördraget.
[5] Se t.ex. prop. 1997/98:45 del 1 s. 209–210.
[6] Meddelande från kommissionen om försiktighetsprincipen KOM(2000) 1 slutlig av den 2 februari 2000.
[7] SOU 2005:104 s. 299–301.

> emellertid inte användas som en förevändning att inte agera eller undvika nödvändiga förberedelser och förebyggande åtgärder, med argumentet att någon annan aktör bär huvudansvaret.

Regeringen betonade även de offentliga organens skyldighet att samverka vid kriser.[8]

6.2.2 Tydliggörande i samband med MSB:s bildande

I samband med bildandet av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) 2009 behandlades behovet av ett tydliggörande av ansvarsprincipen och av sektorsövergripande samverkan. Regeringen anförde bl.a. att ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under krissituationer. Ansvaret inkluderar därmed att, i förebyggande syfte, vidta de åtgärder som krävs för att skapa robusthet och krishanteringsförmåga. Verksamheten ska kunna bedrivas och situationer kunna hanteras så långt det är möjligt även under en kris. I ansvaret ingår vidare att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan. Regeringen konstaterade att samverkansansvaret redan följer av vissa författningar men att tolkningen av ansvarsprincipen, trots detta, begränsats till den egna verksamheten. Regeringen förtydligade därför att ansvarsprincipen också innebär ett ansvar för varje aktör att samverka med andra.

> I samband med att en kris uppstår kan det gå åt mycket energi och tid att reda ut vem som får, kan eller ska göra vad istället för att se till helheten och säkerställa att uppgiften blir löst. Regeringen anser att samverkan mellan nationell, regional och lokal nivå, dvs. mellan myndigheter, länsstyrelser och kommuner såväl som med ickeoffentliga aktörer bör stimuleras ytterligare. Ett tydliggörande av principen bidrar till att minska ”stuprörstänkandet”, och stödjer sektorsövergripande lösningar samt stimulerar initiativ i och med att samtliga inblandade känner sitt ansvar för helheten.[9]

[8] Prop. 2005/06:133 s. 51.
[9] Prop. 2007/08:92 s. 38.

6.2.3 Utredningar efter skogsbranden i Västmanland

Med anledning av skogsbranden i Västmanlands län 2014 tillsattes Skogsbrandsutredningen för att bl.a. föreslå förbättringsåtgärder för att stärka samhällets krisberedskap och förmåga att hantera allvarliga olyckor och kriser. Uppdraget begränsades senare till att enbart beskriva och utvärdera den operativa insatsen och övrigt arbete som bedrevs i samband med skogsbranden. I stället skulle MSB identifiera de åtgärder som borde vidtas i syfte att stärka samhällets krisberedskap.

Skogsbrandsutredningen

Skogsbrandsutredningen fann att det ligger i sakens natur att en kris ställer krav på ansvarstagande utöver vad som krävs under normala förhållanden, även för andra än de som har sektorsansvar. Alla får göra mera, och ta ansvar för frågor som aldrig aktualiseras under normala förhållanden, under en kris. Det anfördes att en av de främsta erfarenheterna från skogsbranden var att räddningstjänsternas ledningsmodell, som fungerade bra i normalläget, inte fungerade lika bra vid olyckor som kräver omfattande insatser. Utredningen menade att det därför inte var helt enkelt att ge ansvars-, likhets- och närhetsprincipen status som grundläggande normer för krishantering. Enligt utredningen agerade många berörda inte förrän branden var en riksangelägenhet. Utredningen anförde bl.a. följande:

> I olyckssituationer är det […] mer regel än undantag att det är svårt att få fram fullständig information; beslut måste fattas under stor osäkerhet, utifrån mer eller mindre knapphändig information. Vad det handlar om är att identifiera den tidpunkt då man inte längre kan avvakta med att sätta in åtgärder. Det säger sig självt att det är svårt att med säkerhet identifiera denna tidpunkt, vilket talar för att man, när man känner tveksamhet om storleken på en händelse, bör ta det säkra före det osäkra, dvs. vidta åtgärder och vid behov minska eller öka dessa utifrån den information som tillkommer.

Mot bakgrund av detta ansåg utredningen att det fanns skäl att överväga om principerna borde kompletteras med en garderingsprincip eller en omvänd försiktighetsprincip.[10]

[10] Skogsbrandsutredningen. Rapport från Skogsbrandsutredningen. 2015, s. 150 och 151.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

I februari 2015 fick MSB i uppdrag av regeringen att utifrån erfarenheterna från skogsbranden skapa förutsättningar för en stärkt krisberedskap. I sin slutrapport föreslog MSB att likhetsprincipen och närhetsprincipen skulle tas bort. De grundläggande principerna för samhällets krisberedskap skulle enligt MSB i stället vara ansvarsprincipen, samverkansprincipen och handlingsprincipen.

MSB bedömde att det fanns pedagogiska poänger med att ha principer för samhällets krisberedskap men att erfarenheter från övade och inträffade händelser visat att principerna inte vägledde aktörerna i önskvärd inriktning. I själva verket hindrade principerna en effektiv krishantering. Eftersom det vid hanteringen av en olycka eller kris kan vara osäkert för en aktör vilka åtgärder som krävs ansåg MSB att en handlingsprincip borde återspegla att handling är att föredra framför passivitet. MSB föreslog följande formulering: Handlingsprincipen innebär att aktörerna ska agera proaktivt och vidta nödvändiga åtgärder även i osäkra situationer med brist på information.

Samverkansprincipen skulle enligt samma förslag innebära att aktörer som berörs av en kris ska samverka med varandra för att säkerställa god samordning och effektivt resursutnyttjande.[11]

Regeringen konstaterade vid behandlingen av MSB:s förslag att grunden för krisberedskapen är ansvarsprincipen och att i det ansvaret ingår att vidta de åtgärder som krävs för att kunna förebygga, motstå, hantera, återställa och lära från olyckor och kriser. Regeringen anförde att samverkan och handling är viktiga komponenter i ansvarsprincipen. Regeringen delade MSB:s uppfattning om att styrningen mot samverkan och handling behövde förtydligas.

> Regeringen […] betonar vikten av att de aktörer som berörs av en kris samverkar med varandra för att säkerställa en god samordning och ett effektivt resursutnyttjande. Aktörerna ska även agera proaktivt och vara beredda att vidta nödvändiga åtgärder även i osäkra situationer där informationsbrist råder.[12]

[11] MSB. Ansvar, samverkan, handling – Åtgärder för stärkt krisberedskap utifrån erfarenheterna från skogsbranden i Västmanland 2014, s. 23 och 25.
[12] Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 6, avsnitt 4.3, s. 82 och 83.

6.2.4 Coronakommissionen

I juni 2020 tillsatte regeringen en kommission som skulle utvärdera åtgärderna för att hantera covid-19-utbrottet. Kommissionen tog namnet Coronakommissionen. Kommissionen konstaterade att under färdigställandet av slutbetänkandet befann sig Sverige mitt inne i en fjärde våg med betydligt större smittspridning än tidigare vågor. Att pandemin inte var över innebar enligt kommissionen att dess arbete måste ses som ett deltidsbokslut. Kommissionen anförde att den endast med stor försiktighet och i undantagsfall gjort länderjämförelser för att förstå Sveriges pandemihantering eftersom det är ytterst svårt att på ett trovärdigt sätt hänföra skillnader i ett visst utfall till specifika drivkrafter. Kommissionen konstaterade ändå att sett till hela pandemin (så långt den pågått vid tidpunkten för kommissionens slutbetänkande) hade Sverige klarat sig bra jämfört med många andra länder. Kommissionen menade bl.a. att det fanns svårigheter med att beräkna effekterna av olika åtgärder i efterhand. Därför önskade kommissionen formulera sina slutsatser med en ödmjukhet inför vad som då var möjligt att veta om pandemihanteringen och inför den nya kunskap som kan komma fram från framtida utvärderingar och ny forskning.[13]

I sitt andra delbetänkande i oktober 2021 bedömde kommissionen bl.a. att smittskyddslagstiftningen är otillräcklig för att möta ett allvarligt epidemiskt eller pandemiskt utbrott, detta då lagen är alltför individinriktad. Man konstaterade att flera av lagens verktyg av olika anledningar inte tagits i bruk. Vad gäller isolering menade kommissionen att detta i praktiken enbart kan användas om antalet smittfall är få. Kommissionen pekade också på praktiska hinder så som svårigheter att ställa i ordning karantänsplatser, även om det fanns rättsliga möjligheter att kunna använda karantän. Man pekade på att hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande, provtagning eller annat kroppsligt ingrepp. Andra insatser som efter hand ansågs nödvändiga, som t.ex. besöksförbud och restaurangrestriktioner, saknas helt i smittskyddslagen. Där fick man i stället luta sig mot mera allmänt hållna bemyndiganden i andra regelverk, som socialtjänstlagen (2001:453), ordningslagen (1993:1617) och alkohollagen (2010:1622). Regeringen tog dessutom i två omgångar fram ny, mera ingripande lagstiftning. Att vidta alternativa åtgärder

[13] SOU 2022:10 s. 221, 226, 237 och 238.

med stöd av annan lagstiftning försvårade enligt kommissionen inte bara en snabb hantering utan begränsade också vilka insatser som alls kunde göras. Sammantaget menade kommissionen att smittskyddslagen behövde genomgå ordentliga reformer.[14]

I slutbetänkandet i februari 2022 gjorde kommissionen bl.a. följande bedömningar.

- Mer kraftfulla och ingripande åtgärder borde snabbare ha kommit på plats i mars 2020 för att försöka bromsa den allmänna smittspridningen.
- Med osäker kunskap och avsaknad av beprövad erfarenhet bör en försiktighetsprincip prägla smittskyddsarbetet. Åtgärder som kan antas begränsa smittan bör vidtas, även om det saknas evidens för hur effektiva de är, när det gäller smittspridning som riskerar att bli omfattande.
- Principerna för krishantering – ansvar, likhet och närhet – räcker inte. De bör åtminstone kompletteras med en försiktighets- eller handlingsprincip i lag.
- Den rättsliga beredskapen måste bli starkare. En parlamentarisk utredning bör överväga förändringar i såväl principerna för som organisationen av krishantering. Dess utgångspunkt bör vara att göra regeringens ansvar tydligt.

Kommissionen upprepade också delar av det som anförts om smittskyddslagens tillkortakommanden i det andra delbetänkandet.[15]

Ett problem med ansvarsprincipen, enligt kommissionen, är att den bygger på att det finns tydliga gränser för olika aktörers uppgifter och att så inte alltid är fallet. En omfattande samhällskris berör mångas ansvar och kräver därför samordning. Kommissionen konstaterade att ansvaret för smittskydd och pandemihantering är utspritt på många aktörer och att ett sådant system både blir svårstyrt och kan bidra till att enskilda aktörer bortser från de nationella konsekvenserna av sina egna åtgärder. Kommissionen menade att svårigheterna att samordna det utspridda ansvaret för smittskyddet till en samlad nationell krishantering varit betydande.[16]

[14] SOU 2021:89 s. 712 och 742–743.
[15] SOU 2022:10 s. 602, 620, 663 och 665–667.
[16] Se SOU 2022:10 s. 668 och 669.

Enligt kommissionen bör försiktighetsprincipen förstås som en skyldighet att handla även när kunskapen om ett hot eller en risk är osäker. Därför kan den också beskrivas som en handlingsprincip. Kommissionen föreslog ingen formulering av principen men återgav 2005 års kastastrofkommissions formulering och dess beskrivning av hur principen styr räddnings- och brandförsvarsinsatser.[17]

Enligt Coronakommissionen hade företrädare för Folkhälsomyndigheten i samtal med kommissionen framfört att kunskapen om effekten av icke-medicinska smittskyddsåtgärder (vid tidpunkten för samtalet) var liten. Kommissionen konstaterade även att regeringen i sina direktiv till kommissionen uttryckt att strategin vid hanteringen av viruset var att ”de åtgärder som vidtas ska baseras på kunskap och beprövad erfarenhet och att rätt åtgärder ska vidtas vid rätt tidpunkt”. Mot bakgrund av detta konstaterade kommissionen att Folkhälsomyndigheten måste ha ansett sig väsentligen sakna underlag för att på vetenskaplig grund avgöra vilka icke-medicinska åtgärder myndigheten borde vidta:

> Det bristande kunskapsunderlaget borde inte ha hindrat myndigheten från att förorda mer kraftfulla åtgärder. Tvärtom innebär försiktighetsprincipen att blotta risken för en mycket allvarlig utveckling – även om detta inte är den mest sannolika utvecklingen – är skäl nog att genomföra åtgärder. I brist på kunskap är det bättre att göra för mycket än för lite.[18]

Kommissionen menade att krishanteringen både inom den ekonomiska politiken och inom sjukvården tillämpat en försiktighetsprincip, och att försiktighetsprincipen tidigare har ansetts vara innefattad i ansvarsprincipen. Försiktighetsprincipen borde enligt kommissionen även ha tillämpats inom smittskyddet.

6.2.5 MSB:s utvärdering 2024

Med anledning av jordskredet i Stenungsund 2023, grundstötningen av passagerarfärjan Marco Polo i Blekinge 2023 och den allvarliga trafiksituationen på Europaväg 22 (E22) i Skåne i januari 2024 gav regeringen MSB i uppdrag att från ett krisberedskapsperspektiv ut-

[17] SOU 2022:10 s. 621.
[18] SOU 2022:10 s. 621–622.

värdera berörda förvaltningsmyndigheters, regioners och kommuners hantering av händelserna.[19]

En av MSB:s slutsatser i utvärderingen är att stärka ett proaktivt förhållningssätt genom tydligare krav på handling. Enligt MSB bör regeringen överväga att justera principerna för samhällets krisberedskap i linje med vad myndigheten föreslagit i sin tidigare rapport, se avsnitt 6.2.3, alternativt komplettera befintliga principer med en handlingsprincip. Ett annat alternativ kan enligt MSB vara att regeringen på nytt tydliggör sin förväntan om att aktörerna ska se proaktivt agerande, även vid osäkra situationer då det råder brist på information, som en viktig del av ansvarsprincipen.[20]

6.2.6 Andra uttalanden från regeringen

I en proposition från 2014 om bl.a. krisberedskapens utveckling angav regeringen beträffande ansvarsprincipen att det inom ramen för ansvaret ingår att vidta de åtgärder som krävs för att kunna förebygga, motstå, hantera, återställa och lära från olyckor och kriser och därigenom skapa både robusthet och krishanteringsförmåga. Ansvarsprincipen innebär även ett ansvar för varje aktör att samverka med andra, ofta sektorsövergripande.[21]

I totalförsvarspropositionen för 2021–2025 angavs att i enlighet med ansvarsprincipen måste alla aktörer i totalförsvaret ta ansvar för att stärka beredskapen och förmågan att genomföra verksamhet även under kris och ytterst i krig. Det gäller såväl offentliga aktörer som privata företag och ytterst enskilda invånare.[22]

I juli 2024 fattade regeringen beslut om Sveriges nya nationella säkerhetsstrategi.[23] I strategin anger regeringen att den nationella ledningsförmågan vid krissituationer ska stärkas. Regeringen anför bl.a. att effektiv ledning kräver tydlighet om vem som har mandat och skyldighet att agera vid kris. Vidare framgår att regler, ansvar och principer, t.ex. ansvarsprincipen, ska utformas så att risken för passivitet undanröjs. Det framgår även att regeringen har tagit initiativ för att se över hur ansvarsprincipen har fungerat vid kriser.

[19] Regeringsuppdrag Fö2024/00366.
[20] MSB. Utvärdering av den aktörsgemensamma hanteringen av tre händelser ur ett krisberedskapsperspektiv – Redovisning av regeringsuppdrag Fö2024/00366. 202., s, 7 och 8.
[21] Prop. 2013/14:144.
[22] Prop. 2020/21:30 s. 135.
[23] Skr. 2023/24:163 Nationell säkerhetsstrategi.

I myndigheternas regleringsbrev för 2025 har regeringen gett merparten av de myndighet som har ett särskilt uppdrag att vara beredskapsmyndigheter, däribland Folkhälsomyndigheten (se avsnitt 3.3.1), i uppdrag att säkerställa att de har förmåga att agera proaktivt och handlingskraftigt i hanteringen av såväl fredstida krissituationer som vid krig och krigsfara. Syftet med uppdragen är att åstadkomma en större proaktivitet, handlingskraft och ett ledarskap som bygger den kultur som krävs vid krig eller krigsfara.[24]

6.3 Att agera i komplexa situationer

Som framgått i det föregående förespråkade både 2005 års katastrofkommission och Coronakommissionen krav på handling inom ramen för en försiktighetsprincip. MSB har föreslagit en handlingsprincip som innebär att aktörerna ska agera proaktivt och vidta nödvändiga åtgärder även i osäkra situationer med brist på information.

Utredningen kan konstatera att smittskyddsåtgärder på samhällsnivå kan vara synnerligen komplexa. Både att vidta och att inte vidta en viss åtgärd kan få långtgående konsekvenser av varierande slag. Beslut om denna typ av åtgärder behöver därför vila på systematiskt utförda riskanalyser och bedömningar av möjliga konsekvenser av de olika handlingsalternativen.

I sammanhanget bör särskilt beaktas att åtgärder mot en viss risk kan medföra andra, potentiellt värre, risker. Man kan tala om att risk-mot-risk-avvägningar bör göras, där olika risker vägs mot varandra. De risker som kan uppstå till följd av ett beslut att försöka undanröja en annan risk kan vara olika till sin natur och inte alltid synliga på förhand. Bestämmelser om ansvar att göra risk- och sårbarhetsanalyser finns i lag och förordning.[25] Komplexa samband kan ge oväntade eller svårförutsebara resultat, såväl positiva som negativa. Det kan t.ex. vara fråga om att en åtgärd för att skydda en viss grupp i befolkningen får konsekvenser för en annan grupp.

[24] Se t.ex. Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Folkhälsomyndigheten, S2024/02156.
[25] Kommuner, regioner och statliga myndigheter ska göra risk- och sårbarhetsanalyser, se 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap respektive 7 § förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap. Beredskapsmyndigheter och vissa andra myndigheter ska enligt 17 och 19 §§ samma förordning redovisa en risk- och sårbarhetsbedömning som baseras på deras risk- och sårbarhetsanalyser.

Denna typ av avvägningar kan dels behövas göras på den politiska nivån när olika intressen ställs mot varandra, dels av t.ex. en myndighet när den enligt ansvars- eller närhetsprincipen har att göra avvägningar inom ramen för sin verksamhet.

Utredningens uppdrag är begränsat till frågor om pandemier och annan omfattande smittspridning. Det är således inte utredningens uppdrag att på ett mer generellt plan utreda hur väl de grundläggande principerna och gällande regelverk för risk- och sårbarhetsanalyser tjänar som utgångspunkter vid olika typer av samhällskriser. Vi nöjer oss därför med att konstatera att det framförts synpunkter på de grundläggande principerna för krisberedskap, särskilt ansvarsprincipen, i samband med att hanteringen av olika typer av kriser har utvärderats (se avsnitt 6.2). Som utredningen uppfattar dessa synpunkter handlar det i stort om att en särskild försiktighets- eller handlingsprincip hade kunnat leda till att berörda aktörer skulle ha handlat tidigare, dvs. mer proaktivt vidtagit olika åtgärder för att hantera krisen.

Tidigare utvärderingar har även lyft att det hos berörda aktörer funnits bristande kunskap om roller, ansvar och regler. Det har gällt både i förhållande till den egna verksamheten och i förhållande till andra samverkande aktörer. När flera aktörer berörs av en kris aktualiseras olika regelverk och den samlade regleringen kan bli svåröverblickbar för de enskilda aktörerna. Även osäkerhet kring ekonomiska förhållanden är en faktor som lyfts som kan bidra till ett passivt förhållningssätt.

Utredningen kan alltså konstatera att det finns flera faktorer som påverkar aktörers faktiska möjlighet eller förmåga att agera och att en kris kan ge upphov till en komplex situation. Detta är insikter som enligt utredningens mening behöver finnas med när vi i följande avsnitt tar ställning till om de principer som i dag gäller för krishantering bör kompletteras med en handlingsprincip i fråga om smittskyddsåtgärder.

I detta sammanhang kan också nämnas att vi i kapitel 10, där vi också presenterar vårt underlag till en nationell strategi för att hantera pandemier, föreslår ett regeringsuppdrag till myndigheter att se över regelverk och arbetssätt så att oklara ansvarsförhållanden förebyggs i fråga om hantering av en pandemi eller annan omfattande smittspridning.

6.4 Överväganden om en särskild handlingsprincip för smittskyddsåtgärder

6.4.1 Ett krav på att agera ingår i ansvarsprincipen

Bedömning: I ansvarsprincipen ingår ett krav på berörda aktörer att agera proaktivt och vara beredda på att vidta nödvändiga åtgärder vid en kris, även när informationsbrist råder.

Som framgår av avsnitt 6.2 har det, i samband med att hanteringen av tidigare kriser utvärderats, framförts synpunkter och förslag om att en försiktighets- eller handlingsprincip borde införas som en av de grundläggande principerna för krisberedskap. Sådana synpunkter och förslag har genomgående hanterats av regeringen genom olika förtydliganden av ansvarsprincipen, bl.a. att det påtalats att samverkan och handling är viktiga komponenter i ansvarsprincipen och att berörda aktörer ska agera proaktivt och vara beredda att vidta nödvändiga åtgärder även i osäkra situationer där informationsbrist råder.

Som vi beskriver i föregående avsnitt ligger det utanför utredningens uppgift att föreslå förändringar i fråga om de grundläggande principerna som tjänar som utgångspunkter för alla svensk krisberedskap och krishantering. Utredningen utgår därför från vad som tidigare framförts om att ett krav på handling ingår i ansvarsprincipen och att alla aktörer som omfattas av ansvarsprincipen har därför att förhålla sig till detta. Det gäller vid alla olika sorters kriser, således även vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning, och även när informationsbrist råder.

6.4.2 En samhällskris till följd av omfattande smittspridning bör hanteras utifrån enhetliga principer

Bedömning: Hanteringen av en pandemi eller annan omfattande smittspridning behöver ske samordnat och utgångspunkten bör vara de grundläggande principer som gäller för hanteringen av andra kriser i samhället.

Enhetliga principer för en genomgripande samhällskris

En pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kommer sannolikt att påverka hela samhället, vilket covid-19-pandemin visade. Den kan innebära inte bara påfrestningar inom hälso- och sjukvården och för landets smittskydd, utan även för andra sektorer i samhället, för näringslivet och för civilsamhället. Smittspridningen kan påverka samhället mer omedelbart i form av sjukdomsfall liksom av de åtgärder som vidtas. Sådana åtgärder kan innebära inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter och aktualisera etiska frågeställningar. Med andra ord kan en pandemi eller annan omfattande smittspridning utgöra en genomgripande samhällskris. I en sådan situation aktualiseras således inte bara krisberedskap hos de aktörer som ingår i landets smittskydd utan det krävs även god beredskap inom flera andra sektorer i samhället. Åtgärder kan behöva vidtas på en rad områden och kan kräva komplexa överväganden.

Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att en pandemi eller annan omfattande smittspridning, liksom den samhällskris som den kan föranleda, bör hanteras samordnat och utgå från enhetliga grundläggande principer för landets krishantering.

Dagens krishanteringssystem bygger så som beskrivits på ansvars-, likhets- och närhetsprinciperna, där ansvarsprincipen ställer krav på att en berörd aktör ska handla utifrån sitt ansvarsområde. I detta ansvar ingår även krav på att verka proaktivt och samverka med andra. Med beaktande av detta och de särskilda överväganden som behöver göras i fråga om hållbara och proportionerliga åtgärder för att hantera smittspridningen över tid och som beskrivs närmare i det följande, är det utredningens hållning att det inte bör införas

särskilda krav på handling utifrån en särskild handlingsprincip som skulle gälla enbart på smittskyddsområdet.

Utredningens förhållningssätt innebär att eventuella förändringar av de principer som samhällets krishantering vilar på bör hanteras på en mer övergripande nivå av krisberedskap än vad som ligger inom vårt uppdrag. Det innebär dock inte att de krav som ställs på aktörer inom smittskyddet och de skyldigheter dessa har att agera vid en sådan samhällskris inte bör förändras. Som vi redogör för nedan i avsnitt 6.4.3 bör sådana särskilda beredskapsåtgärder och andra skyldigheter som aktörer inom smittskyddet bör åläggas för att hantera en pandemi eller annan omfattande smittspridning, i stället regleras på annat sätt än genom en särskild handlingsprincip.

Omfattande smittspridning kan pågå under lång tid

Vid tsunamikatastrofen 2004 tog det tio dagar från det att katastrofen uppmärksammades i Sverige till dess att hemtransporterna av resenärerna huvudsakligen var avslutade. Sjukvårdsinsatserna i Thailand och identifieringsarbetet pågick dock under en längre tid än så.[26]

Vid skogsbranden i Västmanland som startade i juli 2014 tog det tolv dagar från dagen för larmet till att branden bedömdes vara under kontroll.[27] I mars 2015 bedömdes branden vara helt släckt.[28] 2018 års skogsbrandsutredning konstaterade i sitt betänkande att Sverige tidigare haft somrar med höga brandrisker, som 2014. Bränderna sommaren 2018 var dock enligt utredningen svåra att jämföra med dessa eftersom situationen 2018 var mer komplex genom att bränderna var flera och utspridda i hela Sverige.[29] Evakueringar av både människor och djur förekom både vid branden 2014 och vid några av bränderna 2018.

MSB:s granskning av jordskredet i Stenungsund 2023 omfattar den tid från att räddningsinsatsen inleddes fram till att räddningsinsatsen avslutades tre och ett halvt dygn senare. Utvärderingen av grundstötningen av färjan Marco Polo samma år omfattar tiden från det att fartyget gick på grund till dess att Kustbevakningens miljöräddningsinsats avslutades, en period på ca 20 dagar. Utvärderingen

[26] SOU 2005:104 s. 124–169.
[27] Skogsbrandsutredningen. Rapport från Skogsbrandsutredningen. 2015, s. 40 och 67.
[28] SOU 2019:7 s. 100.
[29] SOU 2019:7 s. 109.

av trafiksituationen på E22 under 2024 omfattar perioden som stoppet pågick, vilket var cirka tre dygn.

Covid-19-pandemin skiljer sig påtagligt från nämnda kriser genom sin tidsutdräkt. Bestämmelserna om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen var tillämpliga på covid-19 mellan den 2 februari 2020 och den 31 mars 2022.[30] Den 10 mars 2020 meddelade Folkhälsomyndigheten de första rekommendationerna som inte enbart riktade sig till hemvändande resenärer. Folkhälsomyndigheten uppmanade då bl.a. alla med symtom på en luftvägsinfektion, även lindriga, att avstå från att träffa andra människor.[31] Den 12 mars 2020 trädde den första särskilda regleringen rörande covid-19 i kraft (dvs. sådana regler som låg utanför smittskyddslagens bestämmelser) genom förordningen (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, förkortad förbudsförordningen. Den 9 februari 2022 upphörde Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd som grundade sig på bemyndiganden i lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen, förkortad serveringslagen, och lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19, förkortad covid-19-lagen. Vissa reserestriktioner, liksom serveringslagen och covid-19-lagen, gällde till och med utgången av mars 2022. Under drygt två år fanns alltså smittskyddsåtgärder i form av rekommendationer, allmänna råd och tvingande regler som träffade hela eller stora delar av befolkningen och som innebar inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter såsom mötesfriheten, demonstrationsfriheten, näringsfriheten och egendomsskyddet, och gav upphov till negativa konsekvenser för såväl enskilda som för offentlig verksamhet, företag och civilsamhället. Covid-19 är också alltjämt en anmälningspliktig sjukdom och årlig vaccination rekommenderas för riskgrupper.

Det är högst troligt att också en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kommer att skilja sig markant vad gäller tidsutdräkt jämfört med andra typer av fredstida kriser. En pandemi eller annan omfattande smittsprid-

[30] Se förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCov, lag (2020:430) om ändring i smittskyddslagen (2004:168) och lag (2022:217) om ändring i smittskyddslagen (2004:168).
[31] Folkhälsomyndigheten. När hände vad under pandemin? 2024. Hämtad 2024-09-26 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/utbrottsarkiv/covid-19-pandemin-2019-2023/nar-hande-vad-under-pandemin.

ning kan alltså vara inte bara en genomgripande samhällskris utan även påverka samhället under förhållandevis lång tid.

Det finns svårigheter med att på förhand bedöma omfattningen och tillämpningen av smittskyddsåtgärder över tid

Att en pandemi eller annan omfattande smittspridning kan vara utdragen innebär också att det kan finnas svårigheter att på förhand bedöma omfattningen och tillämpningen av smittskyddsåtgärder över tid. När serveringslagen infördes i juli 2020 gjordes bedömningen att åtgärder för att förhindra smittspridning bör anpassas efter det rådande läget och inte vara mer långtgående än vad som är nödvändigt. Giltighetstiden för lagen begränsades därför till utgången av 2020.[32]

I samband med att covid-19-lagen infördes i januari 2021 gjordes bedömningen att den skulle upphöra att gälla vid utgången av september 2021. I den promemoria som föregick lagförslaget, Promemorian Covid-19-lag hade dock föreslagits att lagen skulle upphöra gälla vid utgången av mars 2022. Flera remissinstanser var dock kritiska till den föreslagna giltighetstiden. Regeringen bedömde att det under förhållandevis lång tid framöver kunde uppstå behov av att vidta åtgärder för att motverka trängsel eller på annat sätt förhindra spridning av sjukdomen covid-19. Mot bakgrund av lagens extraordinära karaktär och med beaktande av remissinstansernas kritiska synpunkter framstod det enligt regeringen dock som mer lämpligt med en kortare giltighetstid än den som föreslogs i promemorian.[33]

Serveringslagen förlängdes vid fyra tillfällen och covid-19-lagen vid två tillfällen. Anledning var att det epidemiologiska läget bedömdes medföra behov av att fortsatt kunna vidta åtgärder för att förhindra eller begränsa risken för trängsel och därigenom minska risken för smittspridning i samhället.[34] Motsvarande överväganden om giltighetstider gjordes löpande under pandemin för föreskrifter på förordnings- och myndighetsnivå.

Även tidpunkten för lättnader i restriktioner och andra smittskyddsåtgärder behöver övervägas noga, också när det är fråga om

[32] Prop. 2019/20:172 s. 35.
[33] Prop. 2020/21:79 s. 80 och 81.
[34] Se prop. 2020/21:38 s. 7–10 ; prop. 2020/21:107 s. 8–12 ; prop. 2020/21:219 s. 9–22; prop. 2021/22:69 s. 16–29.

åtgärder som innebär inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter (se även avsnitt 10.9.3). Även sådana beslut måste grunda sig på en bedömning av det epidemiologiska läget.[35]

I slutet av april 2021 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att vidareutveckla och konkretisera nivåerna för anpassningen av smittskyddsåtgärder utifrån det nationella epidemiologiska läget för covid-19.[36] I återrapporteringen av uppdraget redovisade Folkhälsomyndigheten ett antal indikatorer som bedömdes väsentliga för en nivåindelning bestående av tre nivåer. Indikatorerna var smittspridningen, stabiliteten i utvecklingen, belastningen på sjukvården (intensivvården och slutenvården) på grund av covid-19 och vaccinationstäckningen i den vuxna befolkningen. Det framgår dock att det även finns en rad olika faktorer som i sig kan påverka en indikator. Exempelvis vad avser indikatorn ”smittspridning” påverkas bedömningen av den hur rekommendationerna för testning ser ut, hur tillgänglig testningen är och befolkningens vilja att testa sig enligt rekommendationen. Folkhälsomyndigheten konstaterade att det till sist alltid blir en samlad bedömning av det aktuella läget och det troliga framtida läget som avgör om anpassningar av åtgärderna kan genomföras. Även om en indikator inte har nått den satta nivån kan en snabb bättre utveckling av de andra indikatorerna kompensera vid en samlad bedömning. Myndigheten anförde vidare att stabiliteten i utvecklingen för de enskilda indikatorerna också är en viktig faktor och att eventuella regionala skillnader i smittspridning och vårdbelastning är en annan viktig faktor att beakta. Folkhälsomyndigheten framförde att en anpassning av smittskyddsåtgärder utifrån smittläge och belastning på hälso- och sjukvården ”bygger på en avvägning mellan risken med att lätta på åtgärder och nyttan som lättnaderna ger samt de negativa effekter åtgärderna har.”[37]

Den sista gången serveringslagen och covid-19-lagen förlängdes gjordes bedömningen att de skulle gälla till utgången av maj 2022. De upphävdes dock den 1 april 2022. Regeringen bedömde då att läget var tillräckligt stabilt för att fortsätta avvecklingen av smittskyddsåtgärderna. Anledningen var bl.a. att omikronvarianten inte

[35] Se t.ex. Socialdepartementet. Promemoria Ändringar i begränsningsförordningen (S2021/01524), s. 43.
[36] Regeringsuppdrag S2021/03940 (delvis).
[37] Folkhälsomyndigheten. Vidareutveckling och konkretisering av nivåerna för den fortsatta anpassningen av smittskyddsåtgärder för covid-19. 2021.

gav lika allvarlig sjukdom som tidigare varianter och att de flesta personer som tillhör riskgrupper då hade fått en tredje dos vaccin.[38]

Ovanstående beskrivning visar att en pandemi eller annan omfattande smittspridning kan ha ett komplext och ofta långdraget förlopp. Det är svårt att på förhand bedöma hur länge smittskyddsåtgärder behöver finnas. Om det rör sig om en smittsam sjukdom som orsakas av ett virus finns en särskild utmaning i att virus ofta muterar. Varianter kan t.ex. ge allvarligare symtom eller ha ökad smittsamhet. Olika mutationer kan även påverka effekten av vacciner och antivirala läkemedel, hur sjuk man blir eller laboratoriernas möjlighet att diagnostisera viruset.

Under covid-19-pandemin uppstod kontinuerligt nya varianter av SARS-CoV-2. Egenskaperna hos en del av varianterna påverkade hur pandemin utvecklades. Tidsfaktorn spelar en dubbel roll på så sätt att det finns behov av att snabbt kunna sätta in olika smittskyddsåtgärder för att dämpa smittspridningen, samtidigt som åtgärderna kan behöva ligga kvar under lång tid.

Så som ovan beskrivits får smittskyddsåtgärder som vidtas för att hantera en pandemi eller en annan omfattande smittspridning ofta följder för såväl enskilda som för samhället i stort. Överväganden och hantering av sådana följder kan därför krävas under lång tid och behöva göras av aktörer inom smittskyddet såväl som av aktörer inom andra samhällssektorer.

Det behöver finnas utrymme att göra proportionalitetsbedömningar

Det är viktigt att smittskyddsåtgärder vidtas med respekt för att smittade personer har samma värde och rätt till skydd som andra samhällsmedlemmar, samt att åtgärderna inte är mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Med andra ord ska smittskyddsåtgärder vara proportionerliga, också när det gäller att avvärja akuta hot mot samhället eller mot människors hälsa. Det måste finnas en rimlig balans mellan fördelarna för det allmänna och de nackdelar som en viss åtgärd innebär för den enskilde. För att hantera en omfattande smittspridning i samhället måste det dock samtidigt finnas ett betydande utrymme för ingrip-

[38] Prop. 2021/22:137 s. 20 och 21.

ande åtgärder på bekostnad av andra enskilda intressen. En myndighet får dock inte vidta en åtgärd som inte kan antas leda till det avsedda resultatet.[39]

Vid hanteringen av en omfattande smittspridning behöver således både kortsiktiga och långsiktiga effekter på liv och hälsa beaktas. Kortsiktiga effekter handlar t.ex. om inträffade sjukdoms- och dödsfall som en direkt följd av smittspridningen. De långsiktiga effekterna är t.ex. sådana effekter som kan orsakas av de åtgärder som vidtas för att hantera smittspridningen. Exempelvis kan åtgärder i barns och ungas miljöer få allvarliga och långtgående negativa konsekvenser för deras fysiska och psykiska hälsa.[40] Det innebär att det är viktigt att göra riskutvärderingar inklusive risk-mot-risk-avvägningar och proportionalitetsbedömningar av olika smittskyddsåtgärder. Sådana överväganden försvåras dock av tidsaspekten och av de många osäkerhetsfaktorer som finns om utvecklingen av smittspridningen och dess påverkan på samhället. Även åtgärder som vidtas av andra länder kan påverka Sveriges möjligheter att hantera krisen.

I takt med kunskapsutveckling, epidemiologiskt läge, belastning på sjukvård och annan samhällsviktig verksamhet kommer bedömningen av om åtgärderna är proportionerliga att påverkas. Det innebär att beslut behöver kunna fattas snabbt och utifrån bästa tillgängliga kunskap, men även att det är nödvändigt med kontinuerliga avvägningar och anpassningar. Samtidigt kan alltför frekventa ändringar av beslutade smittskyddsåtgärder få negativa effekter avseende följsamhet till åtgärderna. Det kan exempelvis handla om att beslut som ändras för ofta kan leda till ett minskat förtroende för myndigheterna eller att det blir svårt för enskilda att hålla sig uppdaterade om vad det är för åtgärder som är aktuella vid en viss tidpunkt. En minskad följsamhet kan leda till ökad smittspridning och belastning på samhällsviktiga funktioner. De krav som ställs på hur en omfattande smittspridning bör hanteras bör enligt utredningens mening därför ge utrymme för sådana överväganden och för att lägga beslut om smittskyddsåtgärder på en nivå som gör dem långsiktigt hållbara.

Som konstaterats ovan ingår det i ansvarsprincipen att aktörer ska agera proaktivt och vara beredda att vidta nödvändiga åtgärder

[39] Se 1 kap. 4 § SmL, prop. 2003/04:30 s. 211 och prop. 2016/17:180 s. 61–63.
[40] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap: Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 7, 25–27 och 32.

även i osäkra situationer. I detta krav ligger enligt utredningens mening ett utrymme för ansvariga aktörer att utifrån sina ansvarsområden och befogenheter göra nödvändiga överväganden. Beroende på omständigheterna skulle en adekvat åtgärd exempelvis kunna vara att, efter en proportionalitetsbedömning, inte sätta in en viss åtgärd men fortsätta att övervaka och förbereda åtgärder för olika scenarier. En kris kräver inte nödvändigtvis att samtliga åtgärder som är möjliga att vidta bör vidtas. Samhällsinriktade smittskyddsåtgärder kan innebära inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter och kan även medföra andra negativa konsekvenser.

Enligt utredningens bedömning kan, så som beskrivits ovan, en pandemi eller en annan omfattande smittspridning således inte bara behöva hanteras av aktörer inom smittskyddsområdet. Andra åtgärder än smittskyddsåtgärder kan behövas för att t.ex. kompensera för negativa konsekvenser som rekommendationer och mer tvingande restriktioner kan medföra. Sådana kompensatoriska åtgärder kan behöva vara synkroniserade med smittskyddsåtgärderna och anpassas efter det epidemiologiska läget.

Det finns särskilda utmaningar kopplade till kommunikation av och följsamhet till samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

Tyngdpunkten i dagens smittskyddsarbete ligger på det frivilliga förebyggande arbetet.[41] Som beskrivits i kapitel 2 är det utredningens uppfattning att smittskyddets utgångspunkt i frivillighet och eget ansvar för enskilda inte bör förändras. Kommunikation är mycket viktigt för att få en god följsamhet till frivilliga smittskyddsåtgärder. Det långdragna och svårförutsägbara förloppet som en omfattande smittspridning kan innebära ställer extra stora krav på kommunikationen. Det gäller inte minst kommunikationen till allmänheten för att skapa acceptans för pandemihanteringen och följsamhet till smittskyddsåtgärder, och ytterst att tilliten till det offentliga bibehålls (se avsnitt 10.9.3, 10.9.4 och 2.1.1).

Coronakommissionen bedömde att det vid en kris som en pandemi krävs en tydlig, uppriktig och samstämmig kommunikation som riktar sig till alla i befolkningen.[42] Kommissionen belyste särskilt frågan om kommunikation till allmänheten och konstaterade

[41] Prop. 2003/04:30 s. 83.
[42] SOU 2022:10 s. 663.

bl.a. att kommunikationssamordningen mellan olika aktörer och nivåer inte fungerade optimalt. Exempelvis hade en region påtalat att det med utgångspunkt i befolkningens frågor till vården blivit tydligt att människor tolkat budskapen från de olika aktörerna olika.[43]

6.4.3 Förutsättningar att agera inom smittskyddet bör ges på annat sätt än genom en särskild handlingsprincip

Bedömning: Förutsättningar för berörda aktörer att agera vid eller inför en omfattande smittspridning eller pandemi bör ges och regleras på annat sätt än genom en särskild handlingsprincip.

Utredningens förhållningssätt om att en särskild handlingsprincip för att hantera en pandemi eller omfattande smittspridning inte bör införas, innebär inte att de krav som ställs på aktörer inom smittskyddet och de skyldigheter de har att agera inte bör förändras.

Det är utredningens uppfattning att konkreta åtgärder som finns tillgängliga redan på förhand underlättar för ansvariga myndigheter och andra aktörer att agera adekvat och med den skyndsamhet som situationen kräver. Mer allmänt hållna skyldigheter, t.ex. att ta de initiativ eller vidta de åtgärder som krävs, har betydelse för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika aktörer men kan vara svårare att snabbt omsätta i agerande. Mot den bakgrunden är det utredningens uppfattning att nödvändiga förutsättningar att agera inom smittskyddet bör ges och regleras på annat sätt än genom en särskild handlingsprincip.

I det följande beskriver vi dels de uppgifter och skyldigheter som i dag åligger aktörer på regional och nationell nivå att agera proaktivt och initiera åtgärder för att upprätthålla ett ändamålsenligt smittskydd, dels hur vi bedömer att de förslag vi presenterar i delbetänkandet bidrar till att öka handlingskraften på smittskyddsområdet. I avsnitt 6.5 återkommer vi till vad kravet på att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet kan ha för betydelse för handlingsförmågan.

[43] SOU 2022:10 s. 526, 529 och 547.

6.4.4 Stärkt beredskap ger ökad förmåga att handla ändamålsenligt vid omfattande smittspridning

Bedömningar: Ett ansvar att agera finns på regional och nationell nivå.

En stärkt författningsberedskap och en strategi för att hantera pandemier ger ökad förmåga att handla proaktivt och ändamålsenligt inför och i en situation med omfattande smittspridning.

I utredningens direktiv, som bygger på Coronakommissionens slutsatser, beskrivs handlingsprincipen som ett krav på att beslutsfattare bör vidta de åtgärder som enligt tillgänglig kunskap kan förmodas begränsa smittspridning. Som konstaterats ovan ingår det i ansvarsprincipen att berörda aktörer ska agera proaktivt och vara beredda att vidta nödvändiga åtgärder även i osäkra situationer.

Vad gäller smittskyddsåtgärder framgår av 1 kap. 1 § SmL att målet med samhällets smittskydd är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Ansvaret är uppdelat på regional och nationell nivå. Varje region har ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område. 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. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ska vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt. Behandlande läkare, liksom läkare och ansvariga vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik och läkare som utför obduktion, ska utan dröjsmål anmäla till smittskyddsläkaren i sin region och till Folkhälsomyndigheten om de misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom (1 kap. 8 och 10 §§, 2 kap. 4 och 5 §§ SmL). Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Vidare ska Folkhälsomyndigheten följa och utveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt (1 kap. 7 § SmL).

Utredningen konstaterar att utöver det ansvar att agera proaktivt som följer av ansvarsprincipen, finns således ett särskilt ut-

pekat ansvar för aktörer på såväl regional som nationell nivå att ta initiativ för att upprätthålla smittskyddet. Av förarbetena till 1 kap. 7 § SmL framgår att Folkhälsomyndighetens uppdrag (tidigare Socialstyrelsens) att följa och vidareutveckla smittskyddet grundar sig på den speciella dynamik som präglar smittskyddsområdet. I förarbetena lyfts att infektionspanoramat hade förändrats påtagligt under de senaste decennierna genom att en rad ”nya” eller tidigare okända smittämnen identifierats, andra smittämnen hade funnit nya vägar och därigenom fått en förändrad spridning. Vidare hade ett antal sjukdomar som tidigare ansågs vara på tillbakagång återkommit med full kraft. Det konstateras i förarbetena att det ställer särskilda krav på såväl lagstiftning och organisation som beredskap, och att det är angeläget att den ansvariga myndigheten, med stöd av andra myndigheter inom området, följer det epidemiologiska läget och den medicinska utvecklingen vad avser spridning och kontroll av smittsamma sjukdomar och tar initiativ till de förändringar som kan behövas bland annat i lag och annan författning, i tillämpning och i organisation.[44]

Även av Folkhälsomyndighetens instruktion framgår att myndigheten ska samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå. Vidare ska Folkhälsomyndigheten följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa nationellt och internationellt, analysera konsekvenserna av denna utveckling för samhället och den enskilde samt utvärdera effekterna av vaccinationer och andra smittskyddsåtgärder inom hälso- och sjukvården och andra berörda samhällssektorer (16 § och 17 § första stycket förordning [2021:248] med instruktion för Folkhälsomyndigheten.). Utöver att övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap ska Folkhälsomyndigheten inom sitt ansvarsområde också ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap (25 § första stycket). Folkhälsomyndigheten har vidare ansvar för kunskapsutvecklingen inom sitt verksamhetsområde och ska inom det identifiera, analysera och förmedla relevant kunskap till kommuner, regioner och andra berörda aktörer. Inom sitt verksamhetsområde ska Folkhälsomyndigheten även sprida kunskap till allmänheten och samhället i stort (4 §). Genom sitt regleringsbrev för 2025 har vidare Folkhälsomyndigheten i uppdrag att som en av flera bered-

[44] Se prop. 2003/04:30 s. 212.

skapsmyndigheter säkerställa sin förmåga att agera proaktivt och handlingskraftigt i hanteringen av såväl fredstida krissituationer som vid krig och krigsfara.[45]

Stärkt författningsberedskap och en strategi för att hantera pandemier ger ökad förmåga att handla ändamålsenligt

Utredningen har i uppdrag att lämna förslag på en stärkt beredskap inför framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning. I kapitel 9 lämnar vi förslag på en ny lag med samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för att hantera en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Förslagen är utformade på ett sådant sätt att det ger goda möjligheter att snabbt vidta sådana åtgärder när en omfattande smittspridning drabbat landet, eller när en sådan bedöms vara nära förestående. Förslagen är också utformade utifrån behovet av att kunna vidta åtgärder som är träffsäkra med avseende på risken för smittspridning och hållbara över tid. Vi lämnar också förslag på förändringar i de extraordinära smittskyddsåtgärderna enligt smittskyddslagen för att bättre upptäcka smittspridning vid inresa till Sverige (avsnitt 7.6), och förslag som ska öka möjligheterna att anpassa också övriga smittskyddsåtgärder i smittskyddslagen till en omfattande smittspridning, bl.a. för att möjliggöra en adekvat storskalig testning och smittspårning (kapitel 8). Vi presenterar också ett underlag för en nationell strategi för hantering av pandemier (kapitel 10). Enligt vår bedömning bör strategin delas in i två delar, en del som handlar om förebyggande åtgärder i den interpandemiska fasen och en del som handlar om hantering av en pandemi i aktiverings-, pandemisk- och övergångsfas. Vi föreslår också ett antal fokusområden och regeringsuppdrag. De fokusområden vi föreslår i den förebyggande delen är sådana som vi bedömer möjliggör en bättre beredskap och därmed underlättar ett proaktivt agerande vid nästa pandemi.

Det är vår bedömning att de förslag vi lämnar ger ökad förmåga att, med beaktande av de principer som gäller för att hantera kriser, handla proaktivt och ändamålsenligt inför och i en situation med omfattande smittspridning.

[45] Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Folkhälsomyndigheten, S2024/02156.

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

Bedömning: Krav på vetenskap och beprövad erfarenhet hindrar inte att smittskyddsåtgärder vidtas i en situation då kunskapsläget är ofullständigt.

6.5.1 En riktlinje för smittskyddet

I smittskyddslagen finns föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. Sådana smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 2 och 4 §§ SmL).

I utredningens direktiv anges att det vid osäker kunskap och i avsaknad av beprövad erfarenhet kan vara önskvärt att en handlingsprincip präglar smittskyddsarbetet och att åtgärder som kan antas begränsa en annars omfattande smittspridning bör vidtas, även om det saknas evidens för hur effektiva de är. Bakgrunden är bl.a. att Coronakommissionen i sitt slutbetänkande framförde:

> Smittskyddslagens allmänt hållna regel om att åtgärder ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet är självklart viktig som grundval när kända smittsamma sjukdomar ska hanteras. Men när vetenskapen är begränsad, beprövad erfarenhet saknas och smittskyddsåtgärder ändå måste vidtas kan en sådan regel inte tolkas som ett hinder mot åtgärder som kan antas begränsa smittan.[46]

Enligt direktiven ska utredningen därför analysera hur en handlingsprincip skulle förhålla sig till principen om att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Som framgår ovan bedömer vi dels att ett krav på handling redan ingår i ansvarsprincipen, dels att en särskild handlingsprincip för smittskyddsåtgärder inte bör införas. Vi anser dock att det ändå finns anledning för oss att lämna vår syn på frågan om huruvida en bestämmelse om att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet står i vägen för handling vid en ny omfattande smittspridning för vilken det råder ett ofullständigt kunskapsläge.

[46] SOU 2022:10 s. 670.

6.5.2 Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet

Bestämmelsen om vetenskap och beprövad erfarenhet i smittskyddslagen har en motsvarighet i 14 § lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, förkortad IHR-lagen. Enligt den bestämmelsen ska åtgärder till skydd för människors hälsa som vidtas enligt IHR-lagen bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vidare är begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet väl förankrat inom hälso- och sjukvården och återfinns både i patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, och patientlagen (2014:821). Enligt en ändring i Folkhälsomyndighetens instruktion som gjordes hösten 2024 ska myndigheten i utförandet av sitt uppdrag bidra till att folkhälsoarbetet bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Begreppet förekommer även i författningar på andra områden, t.ex. i skollagen (2010:800).

Någon enhetlig juridisk definition av begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet finns inte. Begreppets innebörd har återkommande varit föremål för diskussion, t.ex. i det s.k. VBE-programmet vid Lunds universitet, se mer om detta nedan. Vi har inte för avsikt att återge denna diskurs på djupet eller att ge begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet en enhetlig definition. Vi ger dock här en beskrivning av begreppet, vilken tar sin utgångspunkt i smittskyddslagen och dess förarbeten. I avsnitt 6.5.3 nedan redogör vi för vår bedömning.

I propositionen till smittskyddslagen konstateras att begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet sedan flera år tillbaka använts inom hälso- och sjukvården. För en redovisning av vad som konkret ska anses ligga i begreppet hänvisar propositionen till förarbetena till den upphävda lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m., förkortad åliggandelagen.[47] Genom den lagen ålades den som tillhörde hälso- och sjukvårdspersonalen att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (2 §). Bestämmelsen i åliggandelagen överfördes till den numera upphävda lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och därefter i allt väsentligt till 6 kap. 1 § PSL, som bl.a. anger att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfaren-

[47] Prop. 2003/04:30 s. 211.

het och att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

I propositionen till åliggandelagen framgår att det vid beredningen av förslaget hade efterfrågats ett klargörande av vad som avses med vetenskap och beprövad erfarenhet. Propositionen hänvisar till Alternativmedicinkommitténs huvudbetänkande[48]. Där refereras ett svar som Socialstyrelsen 1976 gav en enskild läkare gällande tolkningen av begreppet:

> Ur juridisk synvinkel innebär uttrycket att läkaren i sin yrkesmässiga utövning har att beakta såväl vetenskap som beprövad erfarenhet. Författningstexten innebär sålunda ett ”både och” – inte ett ”antingen eller”. När exempelvis en ny behandlingsmetod introduceras saknas självklart erfarenhet, det vetenskapliga underlaget får vara grunden för att metoden eventuellt accepteras efter erfarenheter vunna vid försök på djur. I andra fall kan långvarig klinisk erfarenhet vara det dominerande underlaget för att en behandlingsmetod accepteras medan det teoretiska och/eller experimentella vetenskapliga bevisen för dess effektivitet kan vara begränsade.[49]

Även författningskommentaren till 6 kap. 1 § PSL hänvisar till tidigare förarbeten, bl.a. till regeringens proposition om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.[50] I den framhålls att bestämmelsen om att iaktta sakkunskap i vårdarbetet riktar sig till all hälso- och sjukvårdspersonal och har olika innehåll för olika personalgrupper. Det framhålls också att bestämmelsen slår fast att var och en ska vinnlägga sig om att i vården använda de sakkunskaper han eller hon fått under sin utbildning och den erfarenhet som samlats i hans eller hennes fack. Regeln ger också uttryck för samhällets ansvar för att personalen på alla nivåer har den utbildning som behövs för att fylla kravet på sakkunskap.[51]

I Patientsäkerhetsutredningens betänkande, som föregick patientsäkerhetslagen, adresseras frågan om att det saknas en definition av begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningen ansåg att detta både var förståeligt och diskutabelt. Förståeligt därför att den medicinska vetenskapen ständigt utvecklas. Det kommer ständigt nya forskningsrön och nya behandlingsmetoder som gör att det som var accepterat som en adekvat behandlingsmetod vid en

[48] SOU 1989:60 s. 59.
[49] Prop. 1993/94:149 s. 65.
[50] Prop. 2009/10:210 s. 206.
[51] Prop. 1978/79:220 s. 44.

viss tidpunkt kanske betraktas som direkt fel vid en senare tidpunkt. Att det är diskutabelt att det inte finns någon definition har enligt den utredningen sin utgångspunkt i att ”brott” mot vetenskap och beprövad erfarenhet är ansvarsgrundande.[52] Det är nämligen en allmänt vedertagen rättsprincip att straff ska bygga på förutsebarhet – man ska i förväg veta (eller kunna ta reda på) att ett visst agerande är otillåtet. Utredningen menade vidare att kravet på att agera i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet dock inte är absolut och tog som exempel att det i rättspraxis ansetts tillåtet att tillgripa alternativmedicinska metoder när alla vanliga behandlingsmetoder har prövats, behandlingen är riskfri och patienten själv önskar detta (”halmstrå-principen”).[53]

Under 2015–2020 pågick ett forskningsprogram om vetenskap och beprövad erfarenhet, VBE-programmet. I programmets slutrapport problematiseras begreppet och innebörden av Socialstyrelsens svar till den enskilde läkaren, som redovisats ovan. Bland annat anses Socialstyrelsens svar inte klargöra vad som gäller när vetenskap och beprövad erfarenhet inte går i takt, dvs. i en situation där det enbart finns antingen vetenskapligt stöd eller beprövad erfarenhet.[54]

Som nämns ovan används begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet också inom andra områden än inom hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen anger t.ex. i den proposition som föreslår en ny socialtjänstlag att den fortsatta utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst behöver stärkas. Regeringen anser att socialtjänsten därför bör bygga sin verksamhet på bästa tillgängliga kunskap och att ett sätt att beskriva ett sådant krav är att verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Att verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär enligt propositionen att kunskap från vetenskapliga studier ska vara en utgångspunkt när socialtjänsten planerar, genomför och utvärderar sin verksamhet. Kunskap från relevanta forskningsresultat ska med andra ord ligga till grund för arbetet både när det gäller innehållet i och formen för verksamheten. Detta förutsätter att en sammanvägning görs av olika vetenskapliga studier

[52] Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedriver tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal. Under vissa förutsättningar kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal drabbas av sanktioner så som prövotid eller återkallelse av legitimationen. IVO anmäler sådana ärenden till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd som prövar dessa frågor. Se kap. 7–9 PSL.
[53] SOU 2008:117 s. 183.
[54] Sahlin, N-E, redaktör. Vetenskap och beprövad erfarenhet: slutrapport från ett forskningsprogram. Stockholm: Santérus Förlag; 2021, s. 85.

samt beprövad erfarenhet. Om det inom ett visst område saknas vetenskapliga studier eller beprövad erfarenhet, eller om underlaget är begränsat, finns det inte något hinder mot att socialtjänsten ändå bedriver verksamhet inom det området.[55]

6.5.3 Vetenskap och beprövad erfarenhet när kunskapsläget om den nya smittspridningen är ofullständigt

Av propositionen till smittskyddslagen framgår att det i lagen måste ges utrymme för att snabbt kunna ta hänsyn till medicinska upptäckter som görs. I propositionen anges också att behovet av åtgärder inte är likartat för samtliga sjukdomar. Därför måste lagen vara utformad så att den så långt som möjligt tar hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är frågan om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. Vidare anges att det i lagen måste ges möjlighet att snabbt kunna möta nya och oväntade problem.[56]

Lagstiftarens intention har således varit att smittskyddslagen ska vara användbar även i en situation där kunskapsläget är ofullständigt, t.ex. i fråga om ett utbrott av en ny smittsam sjukdom som snabbt riskerar att leda till en omfattande smittspridning i landet. Det är därför vår bedömning att lagstiftarens avsikt knappast kan ha varit att ge begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet en alltför snäv innebörd i smittskyddslagen.

Som framgår i avsnitt 4.4. bedömer vi att nästa pandemi sannolikt kommer att orsakas av ett nytt eller påtagligt förändrat luftvägsvirus. I en sådan situation kan kunskapen om smittämnet och dess egenskaper initialt vara ofullständigt. Med beaktande av det ovan anförda är det vår bedömning att vetenskapen om, och den beprövade erfarenheten av, verksamma smittskyddsåtgärder i sådana fall kan och bör grundas på allmän kunskap kring åtgärder mot sådan smittspridning och i förekommande fall på kunskap om åtgärder mot smittämnen med liknande smittväg och egenskaper. Smittskyddslagens bestämmelse om att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet utgör således inte ett hinder för införande av smittskyddsåtgärder även om kunskapsläget

[55] Prop. 2024/25:89 s. 247–250.
[56] Prop. 2003/04:30 s. 84 och 87.

är ofullständigt. Det är också utifrån denna premiss som utredningen lämnar sina förslag om författningsberedskap.

På motsvarande sätt som inom hälso- och sjukvården krävs att aktörer inom smittskyddsområdet håller sig uppdaterade om kunskapsutvecklingen på sina ämnes- och ansvarområden. Vid en omfattande smittspridning förutsätts att den samlade kunskapen om effektiva smittskyddsåtgärder och tidigare erfarenheter av åtgärder vid liknande smittspridning får genomslag. De uppföljningar och utvärderingar av åtgärder som vidtogs under covid-19-pandemin i Sverige och andra länder är ett viktigt underlag i denna kunskapsutveckling (se kapitel 4). En god beredskap för omfattande smittspridning som utgår från tillgänglig kunskap och tidigare erfarenheter borgar för att åtgärder som kan antas minska eller förhindra smittspridningen kan vidtas. Det utesluter dock inte att det under en pågående omfattande smittspridning av ett smittämne som uppvisar oväntade egenskaper kan uppstå behov av att vidta åtgärder som inte är väl underbyggda av vetenskap och beprövad erfarenhet. Det bör under sådana förhållanden, liksom vid alla smittskyddsåtgärder, göras noggranna överväganden utifrån bästa tillgängliga kunskap och utifrån de allmänna riktlinjerna för smittskyddet om att åtgärder ska vara proportionerliga och vidtas med respekt för allas lika värde och integritet.

7 Omfattande smittspridning ställer särskilda krav på smittskyddet

Smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor som bär eller misstänks bära på en smittsam sjukdom. Exempelvis ska en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom anmäla detta till smittskyddsläkaren i regionen och till Folkhälsomyndigheten. I utredningens direktiv konstateras att i situationer med omfattande smittspridning kan anmälningsplikten bli administrativt betungande för vården, vilket i sin tur kan medföra att det blir bristfällig kvalitet på anmälningarna. Även smittskyddslagens krav på att den som vet eller misstänker att han eller hon bär på en allmänfarlig eller annan smittspårningspliktig sjukdom utan dröjsmål ska söka läkare, lyfts i direktiven som en risk för att vården i en situation med omfattande smittspridning blir belastad. En sådan ökad belastning kan innebära undanträngningseffekter för annan verksamhet. Särskilt problematiskt kan detta bli när många av de som är smittade har milda symtom som inte kräver vård och läkarbedömning av medicinska skäl.

Utredningen har därför i uppdrag att analysera och ta ställning till om smittskyddslagen behöver anpassas till situationer med omfattande smittspridning av smittsamma sjukdomar, samt att lämna nödvändiga författningsförslag. I uppdraget ingår även att vid behov lämna förslag på ändringar i lagens definitioner av smittsamma sjukdomar. I detta kapitel redovisar vi våra överväganden och förslag i dessa delar.

En angränsande del av uppdraget är att analysera och, om det bedöms lämpligt, föreslå en ordning där statliga myndigheter och regioner har beredskap och tekniska förutsättningar för att vid om-

fattande spridning av smittsamma sjukdomar skyndsamt utföra relevant storskalig provtagning, analys och smittspårning. Även för en sådan ordning krävs anpassningar av smittskyddslagens bestämmelser. Detta är ett omfattade uppdrag och vi redovisar därför den delen i ett eget kapitel, se kapitel 8.

Vi inleder förevarande kapitel med ett förslag om att regionens ansvar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning i regionen och att det finns en epidemi- och pandemiplan ska framgå av smittskyddslagen (avsnitt 7.1). I avsnitt 7.2 presenterar vi de behov av att se över smittskyddslagens klassificering av sjukdomar som Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier beskrev i sitt delbetänkande Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning.

Därefter redogör vi för våra överväganden och förslag i fråga om justeringar av definitionerna av allmänfarlig respektive samhällsfarlig sjukdom. Syftet med förslagen är att säkerställa en fullgod beredskap och att säkerställa att tillämpningsområdet för smittskyddslagen och för den nya lagen om samhällsinriktade åtgärder vid omfattande smittspridning som föreslås i kapitel 9 blir ändamålsenligt (avsnitt 7.3 och 7.4). Vidare presenterar vi våra överväganden och förslag som möjliggör undantag från vissa av smittskyddslagens skyldigheter vid en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom (avsnitt 7.5).

Smittskyddslagen innehåller även extraordinära smittskyddsåtgärder som kan vidtas beträffande samhällsfarlig sjukdom. Under covid-19-pandemin uppstod enligt direktiven vissa frågor kring dessa åtgärder, bl.a. möjligheterna att vidta preventiva åtgärder i syfte att förhindra att smitta förs in i landet eller sprids vidare till nya områden, även i fall där det inte finns någon konstaterad smitta i avreseområdet. Utredningen har därför också i uppdrag att analysera och ta ställning till om möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder behöver utökas. I avsnitt 7.6 finns våra överväganden och förslag i den delen. Uppdraget som avser att ta ställning till om det ska finnas möjlighet att besluta om regionala reserestriktioner inom landet redovisas dock i avsnitt 9.21.

I avsnitt 7.7 resonerar vi om justeringar i smittskyddslagens nuvarande bemyndigande om åtgärder inom smittskyddet vid fredstida kriser och lämnar ett förslag om att föreskrifter meddelade med stöd av bemyndigandet ska vara tidsbegränsade.

Slutligen redogör vi i avsnitt 7.8 för smittskyddslagens relation till annan tvångslagstiftning och presenterar våra överväganden om detta.

Den analys som utredningen ska göra om hur förslagen förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som de kommer till uttryck i regeringsformen och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) finns i kapitel 12.

7.1 Regionernas skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet bör tydliggöras

7.1.1 Bestämmelser om beredskap och epidemi- och pandemiplan bör införas

Förslag: Bestämmelser ska införas i smittskyddslagen om att regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Regionen ska besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan). Smittskyddsläkaren i regionen ansvarar för att upprätta ett förslag till planen.

Planeringen för beredskapen görs med hjälp av epidemi- och pandemiplaner

Som planering för regionernas beredskap finns i dag s.k. epidemi- och pandemiplaner som varje region tar fram och som Folkhälsomyndigheten inom sitt samordningsansvar för smittskyddet enligt 1 kap. 7 § SmL stöttar genom bl.a. kunskapsstöd.

Utredningen har kartlagt och analyserat regionernas epidemi- och pandemiplaner i syfte att ta reda på om planerna har reviderats som en konsekvens av covid-19-pandemin. Kartläggningen visar att elva regioner har reviderat sina epidemi- och pandemiplaner efter covid-19-pandemin och ytterligare sju regioner avser att uppdatera planen i närtid.[1] De flesta regioner anger på en övergripande nivå vad som bör finnas på plats för att kunna hantera en epidemi eller

[1] Övriga tre regioner har inte lämnat information om epidemi- och pandemiplan.

pandemi. Det handlar främst om ökad eller stärkt kapacitet för material, personal och it-lösningar.

De flesta regioner anger i sina epidemi- och pandemiplaner att finansiering av t.ex. testning och smittspårning ska göras inom ramen för ordinarie verksamhet, och med prioriteringar om det behövs. Några regioner efterfrågar i viss mån statlig finansiering, då främst för vaccinering, men även för storskalig testning och smittspårning.

Vår genomgång visar att epidemi- och pandemiplanerna beslutas på olika nivåer i regionerna. Av de elva regioner som har reviderat planen efter pandemin är det regionstyrelsen som fattat beslut i tre, smittskyddsläkaren i tre, regiondirektören i två, hälso- och sjukvårdsdirektören i två och regionfullmäktige i en region. Beslutsnivån kan delvis förklara hur finansieringen av åtgärderna i epidemi- och pandemiplanerna beskrivs. Planer som är antagna på en högre beslutsnivå i regionen tenderar att vara mer utförliga när det gäller finansiering än de som har fattats på en lägre nivå. Enligt utredningens bedömning kan skillnaderna i beslutsnivå bero på att det är otydligt på vilken rättslig grund epidemi- och pandemiplanerna upprättas.

Regionernas ansvar för beredskapen bör tydliggöras i smittskyddslagen

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns en bestämmelse om att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap kan upprätthållas (7 kap. 2 § tredje stycket). När den bestämmelsen tillkom (i 7 § tredje stycket i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen [1982:763]) gjordes i fråga om smittskyddet bedömningen att det fanns en bra beredskap för att klara av vanliga epidemiologiska situationer och tillfälliga toppbelastningar av smittsamma sjukdomar. Avseende behovet av författningsändringar på smittskyddsområdet när det gällde beredskapen hänvisades till det då pågående arbetet med att forma den nuvarande smittskyddslagen.[2] När den nuvarande smittskyddslagen infördes innehöll den dock ingen motsvarande bestämmelse som den om den katastrofmedicinska beredskapen på hälso- och sjukvårdens område.

[2] Prop. 2001/02:158 s. 119–127.

I smittskyddslagens bestämmelser om att smittskyddets mål är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar och om ansvarsfördelningen inom smittskyddet (1 kap. 1 och 8 §§), anges således ingen uttrycklig skyldighet för regionerna att ha sådana resurser eller sådan beredskap att de kan hantera en omfattade smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

I lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, förkortad LEH, finns bestämmelser om regionernas beredskap. Som framgår av avsnitt 8.7.9 pågår en översyn över detta regelverk, men närmare bestämmelser som uttryckligen tar sikte på regionernas beredskap inom smittskyddet finns inte heller i detta regelverk i dag. Det saknas alltså bestämmelser som uttryckligen ålägger regionerna att ha en beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

På motsvarande sätt som skyldigheten att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap uttryckligen anges i hälso- och sjukvårdslagen, bör det enligt utredningens mening tas in en bestämmelse i smittskyddslagen som uttryckligen tydliggör regionens ansvar att ha en beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. För att tydliggöra att det i detta ansvar ingår att upprätta en plan för en sådan beredskap, dvs. en epidemi- och pandemiplan, föreslår vi att det uttryckligen ska framgå av bestämmelsen att regionen ska besluta om en plan för beredskapen. Av 5 kap. 1 § första stycket första punkten kommunallagen (2017:725) följer att det är fullmäktige i regionen som beslutar i ärenden om mål och riktlinjer för verksamheten, vilket bör innebära att det är fullmäktige som beslutar epidemi- och pandemiplanen. Någon ytterligare bestämmelse om beslutsordningen för epidemi- och pandemiplanen behövs därför inte.

Smittskyddsläkaren har en central roll i regionens smittskydd och ett samlat ansvar för att planera, organisera och samordna smittskyddet. Genom sitt arbete får smittskyddsläkaren en samlad bild av smittskyddsläget i länet och är den som har den bästa kompetensen för att kunna avgöra vilka insatser som behövs, både generellt och i enskilda fall. Smittskyddsläkarens ansvar riktar sig således både brett till allmänheten i regionen och till hälso- och sjukvårdspersonalen där, som även den är en viktig del i det förebyggande smitt-

skyddsarbetet.[3] Många regionala smittskydd har också kontakt med vårdgivarnas beredskapssamordnare när epidemi- och pandemiplanerna upprättas. Smittskyddsläkarens ansvar bör därför inrymma att upprätta ett förslag till planen för beredskapen inom smittskyddet. Även detta ansvar bör således framgå av bestämmelsen. I linje med vad som beskrivs ovan om smittskyddsläkarens samordnande ansvar bör förslaget tas fram i samarbete med andra aktörer i länet och som kan ha betydelse för planen, inte minst den regionala hälso- och sjukvårdsförvaltningen, länsstyrelserna och länets kommuner.

Folkhälsomyndighetens samordningsansvar bör inte förändras med anledning av att regionernas skyldighet att upprätta planer för beredskapen regleras. Med ledning av myndighetens kunskapsstöd behöver således planeringen t.ex. bygga på kontinuitetsplanering och risk- och sårbarhetsanalyser i syfte att ha beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Planeringen bör återspegla alla faser av en pandemi eller annan omfattande smittspridning och avse beredskapsplanering, hantering, nedtrappning och återhämtning. De verksamhetsområden som kan påverkas och som behöver upprätthållas behöver identifieras, liksom de åtgärder som behöver vidtas för att minska sårbarheten. Regionen behöver planera vården och smittskyddsåtgärderna och se till att regionens verksamheter kan fullfölja sina åtaganden enligt smittskyddslagstiftningen under en pandemi eller en annan omfattande smittspridning. Planen bör vara uppdaterad och övad, se mer om detta i avsnitt 10.8.4.

7.1.2 Sekretess och tystnadsplikt för vissa uppgifter

Förslag: Sådan sekretess för enskildas personliga och ekonomiska förhållanden som gäller för regionens beredskap för extraordinära händelser i fredstid ska gälla också för beredskapen för omfattande smittspridning. Detsamma gäller sådan tystnadsplikt som den som deltar eller har deltagit i regionens verksamhet med beredskap för eller åtgärder under extraordinära händelser i fredstid har, liksom den inskränkning i rätten att meddela och offentliggöra uppgifter som tystnadsplikten innebär.

[3] Prop. 2003/04:30 s. 101 och 233.

Bedömning: Sekretess för uppgift som hänför sig till en myndighets verksamhet som består i risk- och sårbarhetsanalyser avseende fredstida krissituationer, planering och förberedelser inför sådana situationer eller hantering av sådana situationer gäller för uppgifter som hänför sig till regionens beredskap för omfattande smittspridning utan att några ytterligare bestämmelser behöver införas. Detsamma gäller den inskränkning av rätten att meddela och offentliggöra uppgifter som följer av den tystnadsplikt som sådan sekretess innebär.

Sekretess och tystnadsplikt för uppgifter i regionens beredskap för extraordinära händelser i fredstid

Sekretess gäller enligt 18 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, för uppgift som hänför sig till en myndighets verksamhet som består i risk- och sårbarhetsanalyser avseende fredstida krissituationer, planering och förberedelser inför sådana situationer eller hantering av sådana situationer, om det kan antas att det allmännas möjligheter att förebygga och hantera fredstida kriser motverkas om uppgiften röjs. Det är utredningens bedömning att uppgifter som hänför sig till regionens beredskap inom smittskyddet omfattas av denna bestämmelse utan att några ytterligare bestämmelser behöver införas.

Den tystnadsplikt som följer av 18 kap. 13 § OSL inskränker rätten att enligt tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen meddela och offentliggöra uppgifter. Detta framgår av 18 kap. 19 § OSL. Även detta gäller således för den beredskap som nu är i fråga.

Sekretess för uppgifter om vissa uppgifter om enskilda

I regionernas arbete med beredskap inom smittskyddet kan det förekomma att privata aktörer, t.ex. näringsidkare, involveras. Det är viktigt med en öppen dialog i dessa kontakter och att inte privata aktörer undanhåller viktig information för att de befarar att uppgifterna ska komma till allmän kännedom. För regionernas verksamhet avseende beredskap för extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap enligt LEH och planering enligt förfogande-

lagen (1978:262) gäller därför sekretess för uppgift om en enskilds affärs- eller driftsförhållanden, uppfinningar eller forskningsresultat, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs. Detta följer av 38 kap. 7 § första stycket första punkten OSL. Enligt andra punkten i den bestämmelsen gäller vidare i den verksamheten sekretess för uppgift om andra ekonomiska och personliga förhållanden för den som trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för verksamheten. Sekretess enligt andra punkten är absolut, dvs. den gäller utan något skaderekvisit.

Det finns enligt utredningens mening skäl att i 38 kap. 7 § OSL lägga till också regionens beredskap enligt smittskyddslagen.

Tystnadsplikten som följer av 38 kap. 7 § första stycket andra punkten OSL för uppgift om ekonomiska och personliga förhållanden för den som trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för verksamheten, inskränker rätten att enligt tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen meddela och offentliggöra uppgifter. Detta följer av 38 kap. 9 § OSL. Genom ändringen som föreslås ovan kommer detta att gälla också för regionens beredskapsverksamhet i fråga om omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Tystnadsplikt för enskilda

Eftersom privata aktörer medverkar på olika sätt i regionernas beredskap för och åtgärder vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap kan enskilda som är delaktiga i arbetet komma att få del av information som i vissa fall inte bör röjas. Det kan handla om uppgifter som är känsliga ur säkerhetssynpunkt. Om uppgifter som lämnar eller kan bidra till upplysningar om risker och sårbarhet sprids kan de komma att utnyttjas för att skada samhället.[4] Den som deltar eller har deltagit i verksamheten har därför tystnadsplikt. Det innebär att han eller hon inte obehörigen får röja eller utnyttja vad han eller hon har fått veta om förhållanden av betydelse för att förebygga och hantera fredstida kriser, förhållanden av betydelse för totalförsvaret eller rikets säkerhet i övrigt, en enskild persons ekonomiska förhållanden, eller ett företags affärs- eller driftsförhållanden. Detta följer av 7 kap. 1 § LEH.

[4] Prop. 2005/06:133 s. 133.

Av motsvarande skäl som ovan bör enligt utredningens mening sådan tystnadsplikt gälla också regionens beredskap för omfattande smittspridning av en samhällsfarlig eller allmänfarlig sjukdom. En bestämmelse bör därför införas i smittskyddslagen om detta.

Den tystnadsplikt som följer av 7 kap. 1 § första punkten LEH inskränker enligt 44 kap. 5 § andra punkten OSL rätten att enligt tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen meddela och offentliggöra uppgifter. Motsvarande bör gälla för den tystnadsplikt vi nu föreslår. En justering i den bestämmelsen bör därför göras.

7.2 Närmare om behovet av att se över klassificeringen inför en omfattande smittspridning

I sitt delbetänkande Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning konstaterade Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier att det finns ett behov av att se över smittskyddslagens klassificering av sjukdomar i relation till behövliga åtgärder vid en omfattande smittspridning eller en pandemi.[5] Utredningen utgick från att alla allvarliga smittsamma sjukdomar inte kan anses vara allmänfarliga enligt smittskyddslagens definition av allmänfarliga sjukdomar. I 1 kap. 3 § andra stycket SmL anges att med allmänfarliga sjukdomar avses 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. En sjukdom vars spridning inte är möjlig att förebygga genom åtgärder som riktas till den smittade ska alltså enligt definitionen inte klassificeras som en allmänfarlig sjukdom. Utredningen konstaterade att detsamma gäller för samhällsfarliga sjukdomar, vars definition infördes i smittskyddslagen 2005, och som förutom att vara en sjukdom 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 (1 kap. 3 § tredje stycket SmL) också ska uppfylla kraven för en allmänfarlig sjukdom. I samband med att definitionen av samhälls-

[5] SOU 2022:26 s. 53.

farliga sjukdomar togs in i smittskyddslagen infördes även de extraordinära smittskyddsåtgärderna i lagen.[6]

I sitt delbetänkande gjorde utredningen bedömningen att införandet innebar att det uppstod en diskrepans i relation till den grundläggande förutsättningen för att tvingande åtgärder mot enskilda överhuvudtaget ska få vidtas enligt smittskyddslagen, nämligen att det ska finnas möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Begreppet samhällsfarliga sjukdomar och de extraordinära smittskyddsåtgärderna infördes i smittskyddslagen utan någon närmare analys av en situation där en omfattande smittspridning har fått fäste i Sverige. Det saknades enligt utredningen alltså en diskussion och överväganden i förarbetena om att en klassificering av en sjukdom till att vara en samhällsfarlig sjukdom enligt lagen förutsätter att smittspridning kan förebyggas genom individinriktade åtgärder.[7]

I delbetänkandet tog utredningen upp exempel på sjukdomar som omnämns i förarbetena till smittskyddslagen och för vilka det är otydligt om de kan hanteras på ett ändamålsenligt sätt med den nuvarande klassificeringen. Bland annat hänvisades till uttalanden i förarbetena till smittskyddslagen om att meningokockinfektion visserligen kan vara en mycket allvarlig sjukdom men som enligt uttalandena sprids på ett sätt som gör att den inte är möjligt att förebygga genom individinriktade åtgärder och därför inte kan klassificeras som allmänfarlig eller samhällsfarlig. Utredningen tog även upp influensa som enligt förarbetena är en sjukdom för vilken det saknas verkningsfulla åtgärder som den smittade kan vidta för att förhindra smittspridning och som därför inte kan klassificeras som allmänfarlig. Utredningen bedömde det därför vara otydligt om smittskyddslagens klassificeringar är avsedda att omfatta pandemisk influensa, men kunde samtidigt konstatera att den svenska pandemiberedskapen gällt just pandemisk influensa och att såväl fågelinfluensa (H5N1) som influensa A (H1N1) av den typ som upptäcktes och började spridas bland människor i Mexiko under första halvåret 2009, här kallad influensa A(H1N1)pdm09, den så kallade svininfluensan, är respektive har varit klassificerade som allmänfarliga sjukdomar.[8]

[6] SOU 2022:26 s. 53–55.
[7] SOU 2022:26 s. 53–55.
[8] SOU 2022:26 s. 53 och prop. 2003/04:30 s. 90 och 210.

Mot denna bakgrund ansåg utredningen att det behöver utredas om författningsberedskap inför framtida pandemier ska omfatta även smittsamma sjukdomar som i dag riskerar att falla utanför lagens tillämpningsområde.

7.3 Definitionen av allmänfarliga sjukdomar bör inte ändras

Bedömning: Definitionen av allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är ändamålsenlig och behöver inte ändras.

Bakgrunden till definitionen i smittskyddslagen

Begreppet allmänfarliga sjukdomar tillkom i samband med att den nu gällande smittskyddslagen infördes 2004.[9] Smittskyddskommittén, vars betänkande låg till grund för smittskyddslagen, lyfte fram att de effektivaste åtgärderna mot smittspridning vanligen är preventiva åtgärder såsom information om smittvägar och om vilka skyddsåtgärder den enskilde kan vidta, samt medicinsk behandling för redan smittade personer. Kommittén ansåg dock att i vissa undantagssituationer bör samhället kunna ta till åtgärder som inkräktar på den enskildes integritet för att hindra smittspridning av sjukdomar som utgör ett större och mera allvarligt hot mot befolkningens hälsa, oavsett om den enskilde själv är beredd att medverka till det. Kommittén lyfte fram att sådana åtgärder inte bara beror på vilken sjukdom det är fråga om, utan även på den befintliga epidemiologiska situationen. Det var därför eftersträvansvärt att den nya smittskyddslagen skulle präglas av ett visst mått av flexibilitet för att möta ett sjukdomspanorama som är skiftande och svårt att förutse. Kommittén konstaterade vidare att även kända sjukdomar kan förändras och anta mer elakartade former, och att det vore en mindre lyckad lösning att vid lagregleringen av varje enskild smittskyddsåtgärd ange vilka sjukdomar som åtgärden är avsedd för. Kommittén stannade därför för att föreslå att tvångsåtgärder skulle kunna vidtas på en viss kategori allvarliga sjukdomar som skulle benämnas ”allmänfarliga smittsamma sjukdomar” och som skulle definieras som sjuk-

[9] Prop. 2003/04:30, bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178.

domar som kan överföras mellan människor och som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser för den som smittas. Kommittén lämnade även förslag på vilka sjukdomar som vid den aktuella tidpunkten borde omfattas.[10]

Flera remissinstanser lämnade kritiska synpunkter på kommitténs definition, bl.a. i fråga om att begreppet endast skulle avse sjukdomar som sprids mellan människor, att urvalet av sjukdomar inte motsvarade rekvisiten och att vissa andra sjukdomar borde ingå i begreppet.[11] Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera kommitténs förslag.[12]

Socialstyrelsen föreslog att allmänfarliga sjukdomar skulle definieras som sjukdomar med särskilt hög smittsamhet eller hög dödlighet eller som kan ge upphov till svårt lidande eller vars spridningsförmåga är sådan att den kan ge allvarliga negativa konsekvenser hos befolkningen och där möjligheter finns till individuella förebyggande åtgärder. Även Socialstyrelsen lämnade en förteckning över vilka sjukdomar som borde klassificeras som allmänfarliga. Socialstyrelsen konstaterade att vid en allmänfarlig sjukdom ska åtgärder som kan innebära restriktioner i det dagliga livet kunna riktas mot den enskilde, vilket gör det viktigt att de sjukdomar som införs i den kategorin verkligen utgör ett hot mot andra och att det med individuella råd går att förhindra smittspridning, samt att det ska finnas ett tydligt underlag för att smittspridning kan förhindras genom åtgärderna. Gemensamt för de allmänfarliga sjukdomarna skulle alltså enligt Socialstyrelsen vara att smittspridningen kunde begränsas genom att den smittade vidtog försiktighetsåtgärder i sitt leverne, t.ex. att inte medverka vid vissa arbetsmoment eller att bariärvård kan tillämpas tills smittfrihet uppnåtts.[13] Socialstyrelsens förslag möttes av ett blandat remissutfall.[14]

I propositionen som ligger till grund för smittskyddslagen behandlade regeringen Smittskyddskommitténs och Socialstyrelsens förslag och konstaterade att definitionen av allmänfarliga sjukdomar som föreslagits av kommittén respektive Socialstyrelsen skilde sig åt i flera avseenden och att remissutfallet för de båda förslagen

[10] SOU 1999:51 s. 363–365.
[11] Prop. 2003/04:30 s. 86 och 87.
[12] Regeringens uppdrag (S1999/4118/HS).
[13] Prop. 2003/04:30 bilaga 3.
[14] Prop. 2003/04:30 s. 87.

visade att det är svårt att formulera en definition som fångar in just de sjukdomar som bör klassificeras som allmänfarliga. Regeringen uttalade dock i propositionen att det är rimligt att en allmänfarlig sjukdom ska vara livshotande eller innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande för den som smittas, men det bör även finnas en möjlighet att väga in andra allvarliga konsekvenser i stort av spridning av sjukdomen, t.ex. om spridningsmönstret är sådant att man riskerar att få en stor utbredning. En sjukdom som i de flesta fall inte är av allvarlig art kan om spridningspotentialen är stor ändå ge upphov till såväl dödsfall som många allvarliga fall. Regeringen uttalade vidare att det inte bör vara ett krav att sjukdomen överförs direkt från en människa till en annan, eftersom det kan finnas möjligheter för den smittade att vidta åtgärder för att förhindra vidare smitta även vid sjukdomar som smittar från människa till människa via objekt, djur eller livsmedel. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men sedan inte vidare bör dock inte omfattas. Något hinder för att sjukdomar som normalt sett inte smittar mellan människor men där det inte kan uteslutas att så kan ske ansåg regeringen dock bör kunna klassificeras som allmänfarliga. Regeringen framhöll att vid en bedömning av om en sjukdom ska omfattas bör man utgå från förutsättningarna för smittspridning i Sverige.[15]

Allmänfarliga sjukdomar definieras mot denna bakgrund i 1 kap. 3 § SmL som smittsamma sjukdomar – dvs. en sjukdom som kan överföras till eller mellan människor – 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 riktade till den smittade.

Särskilt om rekvisitet ”det ska finnas möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade”

Det har varit otydligt hur rekvisitet ska tolkas i fråga om influensa

Som Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier konstaterade (se avsnitt 7.2) uttalas i propositionen som ligger till grund för smittskyddslagen att för vissa sjukdomar som i övrigt uppfyller rekvisiten för allmänfarliga sjukdomar och som har en hög smittspridningsförmåga mellan människor, finns det inte verknings-

[15] Prop. 2003/04:30 s. 88 och 89.

fulla åtgärder som den smittade kan vidta för att förhindra smittspridning och sjukdomen kan därför inte anses vara en allmänfarlig sjukdom i lagens mening. Som exempel nämns influensa.[16] Även i förarbetena till den förra smittskyddslagen togs influensa upp som ett exempel på sjukdomar för vilka det inte finns några lämpliga åtgärder att vidta för att hindra spridningen i befolkningen. Där uttalades vidare att förekomsten och spridningen av sådana sjukdomar bör beaktas särskilt i smittskyddets förebyggande arbete, men att det inte skulle vara meningsfullt att i övrigt tillämpa smittskyddslagens bestämmelser på dem. Det framhölls att smittskyddslagens huvudsakliga syfte var att ge bestämmelser om hur allvarliga smittsamma sjukdomar ska bekämpas och att gränsen mellan allvarliga smittsamma sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar inte är given utan beroende av vilka bedömningsgrunder man tillämpar.[17]

Som framgår i kapitel 4 är det vår bedömning att det mest sannolika är att det är ett luftvägsvirus, såsom exempelvis influensavirus eller coronavirus, eller ett annat smittämne med liknande smittväg som riskerar att orsaka en sådan framtida omfattande smittspridning som utredningen har att stärka beredskapen för. Sedan den nuvarande smittskyddslagen infördes har fem sjukdomar klassificerats som allmänfarliga, varav två orsakas av just influensavirus: fågelinfluensa (H5N1) och influensa A(H1N1)pdm09. En tredje sjukdom som klassificerats som allmänfarlig, covid-19, orsakas av coronaviruset SARS-CoV-2 som har influensaliknande symtom och spridningssätt.

När en sjukdom klassificeras som en allmänfarlig sjukdom görs det genom en lagändring som innebär att sjukdomen förs in i smittskyddslagens bilaga 1 (se avsnitt 3.1.3). De förarbeten som ligger till grund för sådana lagändringar ger därför ytterligare vägledning i hur definitionen av allmänfarlig sjukdom bör tolkas. I det följande redogörs för de överväganden som gjordes i samband med klassificeringen av fågelinfluensa (H5N1), influensa A(H1N1)pdm09 och covid-19.

[16] Prop. 2003/04:30 s. 210.
[17] Prop. 1988/89:5 s. 35.

Överväganden när fågelinfluensa (H5N1) klassificerades som allmänfarlig

I propositionen som låg till grund för klassificeringen av fågelinfluensa (H5N1) som en allmänfarlig sjukdom den 1 juli 2006[18] uttalade regeringen att fågelinfluensa kan delas in i ett snabbt ökande antal virustyper av vilka två (H5 och H7) hade visat sig kunna skapa omfattande epizootier bland tamfågel. Regeringen konstaterade att dessa dock alltid relativt snabbt hade stoppats, men att en typ – H5N1 – hade spridit sig över allt större delar av världen och att i flera länder hade ett litet antal människor drabbats med en mycket allvarlig sjukdomsbild. Individerna hade smittats efter mycket nära kontakt med sjuka fåglar och i enstaka fall hade smittspridning mellan människor inte kunnat uteslutas.[19]

Regeringen bedömde i propositionen att fågelinfluensa (H5N1) uppfyllde rekvisiten för allmänfarliga sjukdomar enligt 1 kap. 3 § SmL genom att den visat sig ge en sjukdom med en hög dödlighet. Av de sjukdomsfall som hade identifierats hade mer än hälften avlidit. I de länder där sjukdomsfall bland människor hade konstaterats hade det också inneburit allvarliga ekonomiska konsekvenser för samhället i form av bl.a. minskat resande. Smittvägar för sjukdomen hade identifierats och det fanns erfarenheter som talade för att man genom att tillämpa skyddsåtgärder för människor vid kontakter med smittade fåglar kunde hindra smitta till människor. Exempel på skyddsåtgärder som nämndes var att rekommendera skyddsutrustning som hindrar att viruset når människans slemhinnor, i förebyggande syfte ge läkemedel som påverkar viruset, och att ge läkemedel efter det att en person utsatts för viruset och på så sätt hindra att sjukdomen bryter ut. En tidig rapportering av misstänkta eller konstaterade fall bedömdes göra det möjligt att genom smittspårning få information för att vidta skyddsåtgärder för andra personer som också utsatts eller kunde komma att utsättas för smitta.[20]

I fråga om benämningen av sjukdomen förde dåvarande Smittskyddsinstitutet fram att för att täcka in eventuella framtida former av sjukdomen borde sjukdomen benämnas influensa A (H5N1),

[18] Bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar hade dock varit tillämpliga på sjukdomen sedan den 15 mars 2006 genom förordningen (2006:137) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på fågelinfluensa av typen H5N1. Se avsnitt 3.1.3.
[19] Prop. 2005/06:199 s. 7.
[20] Prop. 2005/06:199 s. 9.

dvs. att begreppet fågelinfluensa inte borde användas. Regeringen ställde sig dock tveksam till att som allmänfarlig sjukdom definiera en sjukdom som ännu inte existerar och lyfte fram att Socialstyrelsen, som vid den tidpunkten var den myndighet som meddelade de ytterligare föreskrifter som krävdes för ett ändamålsenligt smittskydd, hade möjlighet att inskränka begreppet fågelinfluensa (H5N1) ”så att bara de former som är relevanta ur smittskyddssynpunkt omfattas”.[21]

Överväganden när influensa A(H1N1)pdm09 (den s.k. svininfluensan) klassificerades som allmänfarlig

I propositionen som låg till grund för klassificeringen den 1 augusti 2009[22] av influensa A(H1N1)pdm09, uttalade regeringen att det rörde sig om ett nytt influensavirus med en genetisk sammansättning som man inte sett förut och som spreds mellan människor. Infektionen började spridas mellan människor i Mexiko under första halvåret 2009, men spreds därefter över världen och det bedömdes som troligt att sjukdomen skulle fortsätta att sprida sig i de länder där spridning mellan människor redan pågick, att sjukdomen skulle spridas till fler länder, och att risken för att smittan skulle spridas också till Sverige var stor. Vidare uttalade regeringen att bekämpningen av influensa huvudsakligen bygger på åtgärder som är av frivillig natur för den enskilde, t.ex. råd och anvisningar om smittförebyggande åtgärder, läkemedelsbehandling och vaccination, men att smittskyddslagen reglerar andra åtgärder för att förhindra att smittsamma sjukdomar sprids och att en klassificering som allmänfarlig sjukdom skulle möjliggöra en bättre och säkrare hantering av sjukdomen i händelse av att den fick större spridning.[23]

Regeringen bedömde i propositionen att influensa A(H1N1)pdm09 uppfyllde rekvisiten för allmänfarliga sjukdomar enligt 1 kap. 3 § SmL, mot bakgrund av att människor inte tidigare hade smittats av den eftersom virusets genetiska sammansättning var ny och att människor därför troligtvis saknar eget skydd mot att smittas av den. Det

[21] Prop. 2005/06:199 s. 9.
[22] Bestämmelserna om allmänfarlig sjukdom hade dock var tillämplig på sjukdomen sedan den 15 maj 2009 genom förordningen (2009:380) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga sjukdomar ska tillämpas på influensa A (H1N1) av den typ som började spridas bland människor i Mexiko i april 2009.
[23] Prop. 2008/09:212 s. 7.

fanns därför en risk för att viruset skulle spridas till en stor del av befolkningen och att även människor i arbetsför ålder, som normalt sett inte drabbas av influensa i särskilt stor utsträckning, skulle bli sjuka. Hög sjukfrånvaro skulle medföra allvarliga konsekvenser för samhället, bl.a. för hälso- och sjukvården som skulle behöva behandla ett kraftigt ökat antal patienter samtidigt som den egna personalstyrkan skulle vara mindre än vanligt. Regeringen förde också fram att även om relativt lite var känt om den nya influensan hade dödsfall inträffat, främst i Mexiko. Vidare bedömdes att det skulle gå att ge läkemedel i förebyggande syfte som skulle kunna påverka viruset och att läkemedel också skulle kunna ges viss tid efter det att en person utsatts för viruset för att hindra att sjukdomen bryter ut och att vidare spridning sker. En tidig rapportering av misstänkta eller konstaterade fall skulle göra det möjligt att genom smittspårning få information för att vidta skyddsåtgärder för andra personer som också utsatts eller skulle kunna komma att utsättas för smitta. För att snabbt identifiera och minska effekterna av en spridning bedömdes det krävas att sjukdomen rapporterades och övervakades på ett effektivt sätt. Snabb och korrekt information om ett utbrott krävdes för att effektivt kunna behandla sjuka, förhindra att fler fall skulle uppstå och för att kunna vidta åtgärder i syfte att begränsa sjukdomens effekter på samhället.[24]

I fråga om benämningen på sjukdomen kunde regeringen konstatera att benämningen varierat, från ”svininfluensan” till ”den nya influensan” och ”influensa A (H1N1)”. Regeringen ansåg att dessa benämningar var olämpliga att använda för att i lag precisera vilken sjukdom det var som avsågs, bl.a. lyftes fram att det fanns flera olika typer av influensa A (H1N1) som var kända sedan tidigare – exempelvis i svinbesättningar i Sverige sedan i början av 1980-talet – för vilka det saknades anledning att klassificera dem som allmänfarliga. Det bedömdes inte heller vara uteslutet att nya sådana typer skulle kunna upptäckas och som inte skulle medföra någon risk för människors liv eller hälsa. Regeringen menade att med hänsyn till enskildas rättssäkerhet fanns det skäl att inte göra det möjligt att använda sig av de tvångsmedel som en klassificering av en sjukdom som allmänfarlig medförde. För att särskilja den nu aktuella influensan från dessa influensatyper ansåg regeringen därför att det i lagen skulle preciseras vilken typ av influensa som avsågs, och bedömde att be-

[24] Prop. 2008/09:212 s. 8 och 9.

nämningen skulle knytas till den tid och den plats där sjukdomen först uppmärksammades och började spridas bland människor, dvs. influensa A (H1N1) av den typ som upptäcktes och började spridas bland människor i Mexiko under första halvåret 2009.[25]

Överväganden när influensa A(H1N1)pdm09 upphörde att vara klassificerad som allmänfarlig

Den 1 juni 2010 upphörde influensa A(H1N1)pdm09 att vara klassificerad som en allmänfarlig sjukdom. I propositionen som föregick den lagändringen uttalade regeringen att det ofta saknas verkningsfulla åtgärder som en smittad kan vidta för att förhindra smittspridning av influensavirus och att tidigare kända influensastammar därför inte kommer i fråga för att betecknas som allmänfarliga. Det konstaterades dock att situationen beträffande tidigare okända influensastammar också kunde, som i fallet med influensa A(H1N1)pdm09, vara annorlunda.[26] Det beskrevs att åtgärder som kan vidtas med stöd av att en sjukdom klassificerats som allmänfarlig kan vara effektiva i ett inledande skede av smittspridning i fråga om sjukdomar som lätt smittar mellan människor och där smittvägarna ofta är svårare att spåra, t.ex. tidigare okända smittor som den aktuella influensa A(H1N1)pdm09 och fågelinfluensan (H5N1). En mer omfattade smittspridning kan därigenom fördröjas något, kanske tillräckligt länge för att ett vaccin ska kunna tas fram och vaccinering kunna förhindra att ett stort antal människor insjuknar.[27] I propositionen beskrevs även vaccineringen mot sjukdomen och det konstaterades att vaccineringen mot sjukdomen startade i början av oktober 2009. Fram till den första veckan 2010 hade 57 procent av Sveriges befolkning, vaccinerats.[28]

Regeringen konstaterade att eftersom sjukdomen hade en ny genetisk sammansättning innebar det att det sannolikt hade varit få eller inga människor som var immuna mot viruset. I avvaktan på att vaccinet utvecklades hade det därför varit motiverat att samla in uppgifter om virusets spridning. Det konstaterades dock vidare att redan under sommaren 2009 hade sjukdomen emellertid varit så

[25] Prop. 2008/09:212 s. 9.
[26] Prop. 2009/10:126 s. 7.
[27] Prop. 2009/10:126 s. 11.
[28] Prop. 2009/10:126 s. 9.

spridd att det inte var motiverat att samla information om varje enskilt fall och anmälningsplikten hade begränsats. Regeringen beskrev vidare att en stor del av befolkningen hade uppnått immunitet och bedömde att smittan var så allmänt spridd att begränsande åtgärder saknade betydelse och att det då inte längre var motiverat eller ändamålsenligt att låta sjukdomen omfattas av bestämmelserna som gäller för allmänfarliga sjukdomar.[29]

Regeringen bedömde dock att det fortfarande fanns anledning att följa utvecklingen av sjukdomen i landet. Tidigare pandemier hade återkommit i vågor och det behövdes därför ett väl fungerande rapporteringssystem för att bl.a. upptäcka en förnyad omfattande spridning av viruset. Om uppföljningen påvisade tilltagande smittspridning kunde det utgöra grund för beslut om att exempelvis komplettera vaccineringen för vissa grupper eller områden. Uppföljningen ansågs också viktig för att utvärdera effekten av den vaccinering som redan genomförts. I samband med att klassificeringen som allmänfarlig upphörde, klassificerade därför regeringen influensa A(H1N1)pdm09 som anmälningspliktig genom att ange den i bilaga 1 till smittskyddsförordningen (2004:255), förkortad SmF.[30]

Genom en ändring i bilaga 1 till smittskyddsförordningen den 1 december 2015 klassificeras all influensa, inklusive influensa A(H1N1)pdm09, som anmälningspliktig (se mer om detta senare i detta avsnitt under rubriken All influensa är numera anmälningspliktig).

Överväganden när covid-19 klassificerades som allmänfarlig

Den 1 juli 2020 klassificerades sjukdomen covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Bestämmelserna om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar hade dock varit tillämpliga på covid-19 sedan den 2 februari 2020 genom förordningen (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV (se avsnitt 3.1.3). I propositionen som låg till grund för denna lagändring beskrevs hur de första sjukdomsfallen med luftvägssymtom och lunginflammation hade uppmärksammats i

[29] Prop. 2009/10:126 s. 11.
[30] Prop. 2009/10:126 s. 12.

staden Wuhan i Kina i slutet av december 2019. Alla fallen hade kopplats till en marknad med försäljning av levande djur och smittspridningen troddes ursprungligen ha skett från djur till människa. I början av 2020 hade den lokala hälsomyndigheten i Wuhan meddelat att viruset var en ny typ av coronavirus, benämnt 2019-nCoV. Vidare beskrevs att det finns ett stort antal virus som tillhör coronafamiljen, varav de flesta finns hos djur och de fåtal coronavirus som man vet kan smitta människor ger väldigt varierande symtom. Vissa är väldigt vanliga och orsakar vanlig förkylning, medan varianterna sars- och mers-coronavirus orsakar betydligt allvarligare luftvägssjukdom. Det nya coronaviruset uppvisade vid genetisk kartläggning släktskap med sars-coronavirus, vilket orsakade ett globalt utbrott 2002–2003, samt mers-coronavirus, där man fortfarande såg ett hundratal fall per år. Viruset fick det officiella namnet SARS-CoV-2 och sjukdomen betecknades covid-19. För att inte förväxlas med sjukdomen sars kom viruset också att kallas ”viruset som orsakar covid-19”. Den 30 januari 2020 förklarade Världshälsoorganisationen, WHO, covid-19 vara ett internationellt hot mot människors hälsa. WHO uppmanade alla länder att vidta kraftfulla åtgärder för att hitta smittade, isolera och behandla fall, kartlägga smittvägar samt vidta andra icke-medicinska åtgärder för att minska risken för smittspridning. Den 11 mars 2020 karaktäriserade WHO utbrottet av covid-19 som en pandemi. I propositionen beskrev regeringen även inledningen av utbrottet av covid-19 i Sverige, bl.a. att i början av mars 2020 hade allt fler fall i Sverige upptäckts, majoriteten hade blivit smittade efter resa i norra Italien. En knapp månad senare hade fall av covid-19 observerats i samtliga regioner och risken för fortsatt smittspridning ansågs vara mycket hög. Ytterligare åtgärder – utöver de som då hade vidtagits i form av t.ex. rekommendationer att minska sociala kontakter, införandet av bestämmelser om distansundervisning och förbud mot allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med fler deltagare än 50 – bedömdes snabbt kunna bli aktuella. [31]

Mot denna bakgrund bedömde därefter regeringen att förutsättningarna för att klassificera covid-19 som en allmänfarlig sjukdom var uppfyllda. Regeringen beaktade att sjukdomen i många fall ledde till allvarlig lungsjukdom som krävde intensivvård. Även om majoriteten av smittade människor endast uppvisade milda symtom och

[31] Prop. 2019/20:144 s. 11 och 12.

därmed troligtvis inte uppsökte vård och blev diagnostiserade, fanns det enligt regeringen en stor osäkerhet kring allvarlighetsgraden av smittan. Regeringen konstaterade att dödligheten bland rapporterade fall låg så högt som två procent och bedömde att åtgärder som kunde beslutas i enlighet med bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen, såsom t.ex. förhållningsregler och isolering, var viktiga för att minska spridningen av sjukdomen.[32]

Överväganden när covid-19 upphörde att vara klassificerad som allmänfarlig

Den 1 april 2022 upphörde covid-19 att vara klassificerad som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Regeringen konstaterade i den proposition som låg till grund för förändringen att covid-19-pandemin hade gått in i ett nytt skede, främst beroende på den höga vaccinationstäckningsgraden, men även på den virusvariant, omikron, som då var dominerande och som hade förändrade sjukdomsframkallande egenskaper. Den spreds snabbare än tidigare varianter men gav mer sällan upphov till allvarlig sjukdom och behov av sjukhusvård. Vaccinens skyddseffekt mot symtomatisk infektion var lägre men vaccinationernas skydd mot allvarlig sjukdom och död var fortsatt hög. Regeringen bedömde att det fortsatt var många som insjuknade i covid-19 och att antalet personer som stannade hemma på grund av att någon annan i hushållet var smittad växte i takt med ökningen av antalet som var smittade. Detta, bedömde regeringen, påverkade samhället mer negativt än den direkta sjukligheten till följd av covid-19.[33]

I propositionen utgick regeringen vidare från att en stor del av befolkningen hade uppnått immunitet mot covid-19 genom vaccination och genomgången infektion. Smittan var också så allmänt spridd att begränsande åtgärder hade fått en mindre betydelse. Det ansågs därför att det inte längre var motiverat eller ändamålsenligt att låta sjukdomen omfattas av de bestämmelser som gäller för de sjukdomar som betecknas som allmänfarliga och samhällsfarliga. Regeringen framhöll att covid-19 skulle ses som andra liknande sjukdomar och att verksamheterna skulle hantera identifierade risker för smittspridning. Det var t.ex. fortsatt viktigt att skydda vård-

[32] Prop. 2019/20:114 s. 12 och 13.
[33] Prop. 2021/22:137 s. 25.

och omsorgstagare genom systematiskt patientsäkerhetsarbete och riskreducerande åtgärder. Regeringen ansåg också att sjukdomen även fortsättningsvis behövde begränsas och övervakas i vissa miljöer. I stället för en bred allmän testning borde det ske en koncentration av testning, i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer, inom hälso- och sjukvården och inom de sektorer där konsekvensen av en smittspridning kunde vara allvarlig. Regeringen redogjorde även för att man också hade beslutat bl.a. om fortsatt giltighet av förordningen (2020:254) om undantag från plan- och byggregler för tillfälliga vårdbyggnader till följd av sjukdomen covid-19. Regeringen framhöll vidare att det av smittskyddslagen framgår att åtgärder för att begränsa smittsamma sjukdomar inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt. Häri ligger att en avvägning kontinuerligt bör göras om förutsättningarna för att en sjukdom kan anses som allmän- eller samhällsfarlig alltjämt föreligger. Eftersom smittläget och belastningen på sjukvården till följd av covid-19 bedömdes vara stabilt och vaccineringen minskat risken för att drabbas av allvarlig sjukdom och död, ansåg regeringen att covid-19 skulle tas bort från förteckningarna i smittskyddslagen över allmän- och samhällsfarliga sjukdomar och i stället klassificeras som anmälningspliktig.[34]

All influensa är numera anmälningspliktig

Med anledning av en hemställan från Socialstyrelsen 2014[35] klassificerade regeringen den 1 december 2015 all influensa som anmälningspliktig genom förordningen (2015:587) om ändring i smittskyddsförordningen. Samma dag meddelade Folkhälsomyndigheten föreskrifter om att influensa endast ska anmälas av läkare vid ett mikrobiologiskt laboratorium eller av den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, 3 § Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall. I hemställan angavs att den fortsatta utvecklingen efter pandemin av A(H1N1)pdm09, visade att det fanns ett behov av att följa utvecklingen av allvarlig influensa, oavsett influensatyp. I hemställan beskrev Socialstyrelsen att det under influensasäsongen 2010–2011

[34] Prop. 2021/22:137 s. 25, 26 och 29.
[35] Dnr 37031/2013.

i huvudsak var barn och unga som fick allvarlig influensasjukdom och att virustyperna A(H1N1)pdm09 och influensa B dominerade. Den omfattande influensa B-epidemin, som även drabbade övriga Europa, var oväntad och någon påtaglig överdödlighet hos äldre kunde inte konstateras. Under säsongen 2011–2012 drabbades däremot äldre ovanligt hårt av allvarlig sjukdom och död orsakad av influensa A(H3N2), till skillnad från stora delar av Centraleuropa och Danmark. Influensasäsongen 2012–2013 var i Sverige osedvanligt långdragen, alla tre influensatyperna cirkulerade och personer över 65 år drabbades hårt.

I hemställan förde Socialstyrelsen vidare fram att influensans oförutsägbarhet ställer stora krav på den nationella övervakningen så att riktade åtgärder snabbt kan sättas in för att minska de negativa konsekvenserna. En tidig signal om ökning av antalet laboratorieverifierade influensafall skulle stärka vårdens planerings- och hanteringsförutsättningar. En möjlighet till tidig karaktärisering av fallen skulle förbättra möjligheterna att tidigt förstärka och rikta preventiva åtgärder, t.ex. antiviral terapi och profylax, mot de grupper som riskerar att drabbas extra hårt. Socialstyrelsen argumenterade också för att övervakning av laboratorieverifierad influensa är viktig för pandemiberedskapen och att erfarenheterna från pandemin 2009 talade för att det är svårt att bygga upp nya övervakningssystem när en pandemi väl har konstaterats.

Vidare anförde Socialstyrelsen att under en interpandemisk fas[36] är smittan under influensasäsong allmänt spridd, sjukdomen är oftast mild och smittspårning och andra individinriktade åtgärder är i allmänhet inte en framkomlig väg för att minska sjukligheten. Värdet av en klinisk anmälan står då inte i proportion till det merarbete som krävs av sjukvården. Socialstyrelsen bedömde därför att anmälan från läkare vid ett laboratorium eller den som är ansvarig för ett laboratorium är tillräckligt under en interpandemisk fas.

Sammanfattningsvis konstaterade Socialstyrelsen att influensa är en sjukdom där sjukdomens allvarlighetsgrad varierar kraftigt för alla influensatyper och där smittan är så spridd att åtgärder som riktas till den enskilde i allmänhet inte är motiverade. Strategin för att minska sjukligheten i influensa bygger inte primärt på att minska smittspridningen utan på att minska risken för allvarlig sjukdom för personer i riskgrupp. Vilka dessa grupper är, hur de drabbas och vad

[36] En pandemis faser beskrivs i avsnitt 4.2.

som kan göras för att minska sjukligheten kräver en väl fungerande övervakning, oavsett influensatyp.

Även dåvarande Smittskyddsinstitutet ansåg att säsongsinfluensan borde övervakas genom en laboratorieanmälningsplikt och uttryckte stöd för Socialstyrelsens hemställan.[37]

Även en infektion med vissa influensavirus kan vara allmänfarlig och klassificeras enligt smittskyddslagen

Som framgår av redogörelsen ovan har definitionen av allmänfarlig sjukdom i smittskyddslagen vid två tillfällen tillämpats vid utbrott av influensavirus. Vid båda tillfällena har klassificeringen skett i ett tidigt skede av smittspridningen. Vid tillämpningen har beaktats att det är fråga om nya eller okända typer av influensavirus för vilka kunskapen inledningsvis varit knapphändig, t.ex. i fråga om deras förmåga att smitta mellan människor och om sjukdomarnas allvarlighetsgrad och dödlighet. Vid båda tillfällena har man bedömt att sjukdomen varit sådan att det funnits möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade, t.ex. rekommendationer om att använda skyddsutrustning, att använda läkemedel i förebyggande syfte eller att smittspåra. Uttalandena i bl.a. förarbetena till smittskyddslagen om att det inte finns verkningsfulla åtgärder som kan riktas till den smittade för att förhindra smittspridning av influensa har således inte fått genomslag vid tillämpningen. Inte heller vid klassificeringen av covid-19, som på många sätt påminner om influensa i fråga om spridningssätt och symtom, utgjorde förarbetsuttalandena något hinder.

Inte heller utredningen delar den uppfattning som kommer till uttryck i förarbetena till smittskyddslagen, som numera är flera år gamla. Även vid utbrott av influensavirus och andra smittämnen med liknande spridningssätt och egenskaper finns enligt utredningens bedömning åtgärder som kan riktas till smittade för att förhindra eller minska smittspridningen. Det kan röra sig om förhållandevis enkla åtgärder som att informera om vikten av att vara uppmärksam på symtom, om vikten av att ha en god handhygien och en god host- och nysetikett, samt om vikten av att stanna hemma och minska sina nära kontakter med andra människor när man är sjuk. Detta gäller

[37] Dnr 37031/2013 och Smittskyddsinstitutets konsekvensanalys, dnr 699/2013-1.3.

speciellt kontakter med personer som tillhör de så kallade medicinska riskgrupperna och i synnerhet personer på särskilt boende för äldre (säbo). En annan sak är att de vidtagna åtgärderna som riktas till den enskilde under en omfattande spridning av t.ex. ett influensavirus inte självklart är lika effektiva som vissa andra smittskyddsåtgärder för vissa andra sjukdomar.

Det kan dock också handla om sådana åtgärder som kräver att den omfattande spridningen av viruset är klassificerad som en allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen, t.ex. smittspårning, individuella förhållningsregler, skyldighet för den smittade att fullfölja viss vård och behandling och möjligheten för smittskyddsläkare att vidta tvångsåtgärder vid bristande följsamhet. Även fortsättningsvis kommer dock utbrott av ett influensavirus eller ett annat smittämne med liknande egenskaper mer sällan kräva sådana åtgärder.

Som beskrivs i kapitel 4 finns det många olika varianter av t.ex. influensa för vilka immunitetsläget i befolkningen och allvarlighetsgraden av sjukdom kan skilja sig åt. Exempelvis har immunitetsläget i befolkningen mot säsongsinfluensa byggts upp genom genomgångna infektioner och återkommande vaccinationer av riskgrupper. Normalt sett är immuniteten bland befolkningen sett förhållandevis god även när genuppsättningen i dessa virus gradvis förändras från en säsong till en annan. Detta utesluter inte att spridning av helt nya varianter av influensavirus kan leda till pandemier. Bakgrunden till detta är att det finns många varianter av influensa i djurvärlden (framför allt vattenlevande fåglar) mot vilka immuniteten är låg hos människor. Skulle sådana varianter få förmåga att effektivt spridas mellan människor är risken hög för en pandemi med allvarliga konsekvenser eftersom sådana varianter också kan ha hög virulens, det vill säga sjukdomsalstrande förmåga.

Variationer i immuniteten i olika befolkningsgrupper kan också förekomma, vilket kan få betydelse för hur allvarligt ett utbrott blir. Under influensapandemin 2009, den så kallade svininfluensan orsakad av influensa A(H1N1)pdm09, var andelen allvarliga sjukdomsfall förhållandevis låg bland äldre som vanligtvis utgör en riskgrupp för allvarlig influensasjukdom. Den troliga orsaken till detta var att personer födda före slutet på 1950-talet hade ett visst immunologiskt skydd mot pandemiviruset eftersom de tidigare i livet hade infekterats av tidigare former av H1N1-virus (se kapitel 4.3.2, under rubriken ”Immunitetsläge i befolkningen” för detaljer). Detta förklarar

sannolikt varför influensapandemin 2009 inte fick lika allvarliga följder som t.ex. tidigare influensapandemier och covid-19-pandemin.

Huruvida åtgärder som förutsätter att sjukdomen klassificeras som allmänfarlig är behövliga och ändamålsenliga vid ett utbrott måste således bedömas utifrån de omständigheter som är kända vid utbrottet. Precis som kommer till uttryck vid klassificeringen av fågelinfluensa (H5N1), influensa A(H1N1)pdm09 och covid-19, bör beaktas t.ex. att det är fråga om en ny eller okänd virustyp för vilken det saknas kunskap om spridningsförmåga mellan människor. På samma sätt som vid tidigare klassificeringar bör det också beaktas hur allvarlig sjukdom viruset kan ge upphov till. Vidare bör immunitetsläget i befolkningen beaktas och om det finns skäl att befara att viruset kan få en stor smittspridning bland befolkningen och vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser.

Det bör vidare beaktas att bestämmelserna i smittskyddslagen om att klassificera en sjukdom som allmänfarlig också kan ses som en beredskapsåtgärd för att samhällets smittskydd ska kunna tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av allvarliga smittsamma sjukdomar. Det bör även beaktas att en åtgärd inte får vara mer långtgående än vad som är försvarlig med hänsyn till faran för människors hälsa. Detta betyder å ena sidan att en sjukdom kan klassificeras som allmänfarlig vid ett utbrott för att säkerställa åtgärder i form av att läkarundersökning och provtagning kommer till stånd av misstänkt smittade, att t.ex. förhållningsregler ges och att smittspårning vidtas. Klassificeringen säkerställer även att tvångsåtgärder i form av tvångsundersökning och isolering vid behov kan beslutas. Å andra sidan betyder det också att inte varje utbrott av t.ex. influensa bör föranleda en klassificering om det redan från början står klart att åtgärder enligt bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar inte är behövliga eller ändamålsenliga.

Rekvisitet ”det ska finnas möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade” är ändamålsenligt

Utredningen har övervägt om rekvisitet ”det ska finnas möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade” i definitionen av allmänfarliga sjukdomar i 1 kap. 3 § SmL bör ändras. Ett skäl till att göra en sådan ändring skulle kunna vara

att säkerställa att det inför nästa pandemi eller annan omfattande smittspridning inte längre kvarstår någon osäkerhet kring huruvida influensa kan klassificeras som en allmänfarlig sjukdom.

Som redovisats för ovan anser dock utredningen – till skillnad mot de uttalanden som gjorts i tidigare förarbeten – att även när det gäller influensa kan smittspridning förebyggas genom åtgärder som riktas till den smittade. Rekvisitet har också tillämpats på ett sådant sätt att såväl fågelinfluensa (H5N1) som influensa A(H1N1)pdm09 klassificerats som allmänfarlig. Rekvisitet har därmed inte utgjort något hinder mot att klassificera ett allvarligt utbrott av en influensa som en allmänfarlig sjukdom.

Inte heller för andra smittämnen som kan komma att orsaka livshotande eller långvariga sjukdomar som medför svårt lidande eller andra allvarliga konsekvenser för den enskilde utgör rekvisitet ett hinder. Eftersom en klassificering av en allmänfarlig sjukdom innebär att bl.a. tvångsåtgärder riktade mot den enskilde blir tillämpliga för sjukdomen är det, enligt utredningens mening, snarare en nödvändighet att ställa upp ett sådant krav som rekvisitet ger uttryck för. Om sjukdomen inte bedöms kunna förebyggas genom smittskyddsåtgärder riktade mot den smittade, bör ju inte heller sådana åtgärder göras tillämpliga på sjukdomen. Vår bedömning är mot denna bakgrund att rekvisitet är ändamålsenligt.

Utredningen har även övervägt om de övriga rekvisiten i definitionerna av smittsamma respektive allmänfarliga sjukdomar bör ändras, men anser att de är ändamålsenligt utformade för att säkerställa beredskapen inför en omfattande och allvarlig smittspridning. Denna bedömning vilar på vår uppfattning att det mest sannolika är att det är ett influensavirus, eller ett annat smittämne med liknande smittväg, som riskerar att orsaka en sådan framtida omfattande smittspridning som utredningen har att stärka beredskapen för. Se också våra bedömningar i avsnitt 7.4 om samhällsfarliga sjukdomar.

7.4 Definitionen av samhällsfarliga sjukdomar bör ändras

Förslag: Med samhällsfarliga sjukdomar ska avses 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 kan kräva extraordinära smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen eller åtgärder enligt lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Samhällsfarlig sjukdom i smittskyddslagen

Bakgrunden till definitionen

Samhällsfarliga sjukdomar definieras i 1 kap. 3 § tredje stycket SmL som 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. De extraordinära smittskyddsåtgärder som avses är de extraordinära smittskyddsåtgärder som regleras i 3 kap. 8–10 §§ SmL, dvs. hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning.[38] Det är alltså endast sjukdomar som uppfyller kraven för en allmänfarlig sjukdom som kan anses vara samhällsfarliga enligt smittskyddslagen. Det är också endast på sådana sjukdomar som de extraordinära smittskyddsåtgärderna kan tillämpas. En sjukdom klassificeras som samhällsfarlig genom att den med en lagändring läggs till smittskyddslagens bilaga 2.

Bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar och om extraordinära smittskyddsåtgärder infördes i smittskyddslagen 2005. I propositionen som föregick införandet framgår att syftet var att förstärka smittskyddslagstiftningen i första hand med tanke på smittkoppor och sars.[39] De extraordinära smittskyddsåtgärderna skulle ses som ett komplement till de möjligheter att ingripa som redan fanns i smittskyddslagen och regeringen menade att det då var uppenbart att de sjukdomar för vilka de extraordinära smittskyddsåtgärderna skulle kunna komma i fråga skulle uppfylla kri-

[38] Se t.ex. prop. 2003/04:158 s. 57.
[39] Prop. 2003/04:158 s. 57.

terierna för allmänfarliga sjukdomar. Därutöver skulle krävas att sjukdomen skulle kunna 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. Det framhölls att detta innebär att smittsamma sjukdomar som i det enskilda fallet har hög dödlighet eller andra allvarliga konsekvenser men som har en begränsad spridningsförmåga inte bör kunna komma i fråga. Vidare framhölls att inte heller bör smittsamma sjukdomar som effektivt kan förebyggas genom andra smittskyddsåtgärder omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder. För att skilja de sjukdomar som skulle kunna bli föremål för extraordinära smittskyddsåtgärder från de allmänfarliga sjukdomarna betecknades de därför samhällsfarliga sjukdomar.[40]

För att en spridning ska innebära en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner eller att det ska finnas en överhängande risk för detta ska det enligt propositionen t.ex. finnas risk för att sjukvårdssystemet utsätts för en stor påfrestning när merparten av sjukhusens vårdplatser behöver erbjudas dem som insjuknat i sjukdomen och att personer som behöver sjukhusvård av andra orsaker inte får det. Även andra viktiga samhällsfunktioner kan komma att störas på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall.[41]

Både smittkoppor och sars bedömdes vid tidpunkten för införandet av bestämmelserna uppfylla de kriterier som skulle gälla för samhällsfarliga sjukdomar enligt regeringens förslag. Enligt regeringens mening var det emellertid möjligt att de föreslagna åtgärderna skulle kunna vara ändamålsenliga även för att bekämpa andra sjukdomar än de båda nämnda. Regeringen övervägde därför om de föreslagna åtgärderna skulle kunna vara av värde för att förebygga spridning av vid den tidpunkten andra kända sjukdomar. Det konstaterades att det fanns flera andra sjukdomar som i likhet med smittkoppor och sars smittar vid kontakt mellan människor och som har en förhållandevis hög dödlighet. Som exempel nämndes difteri, tuberkulos och vissa virala hemorragiska febrar. Risken att dessa sjukdomar skulle få en epidemisk spridning här i landet bedömdes dock vara förhållandevis begränsad. När det gällde terrorhandlingar i form av avsiktlig spridning av smitta bedömdes att smittkoppor utgjorde det största hotet. Även mjältbrand, pest, botulism och harpest nämn-

[40] Prop. 2003/04:158 s. 57 och 58.
[41] Prop. 2003/04:158 s. 103.

des men det bedömdes att för dessa sjukdomar fanns dock inte lika starka skäl att införa de föreslagna smittskyddsåtgärderna, då de inte är lika smittsamma från person till person som smittkoppor. Regeringens bedömning var därför att smittskyddslagens och miljöbalkens regelsystem för närvarande erbjöd tillräckliga möjligheter att bekämpa sjukdomsutbrott av dessa smittämnen. Det betonades dock att det kan inträffa andra förhållanden som motiverar ett vidgat tillämpningsområde av bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder. Som exempel nämndes att det kunde tänkas att en redan känd allmänfarlig sjukdom skulle utvecklas så att den kom att utgöra en större fara än tidigare, eller att en hittills okänd sjukdom visar sig utgöra ett tillräckligt allvarligt hot. Det bedömdes då vara en uppgift för riksdagen att ta ställning till frågan om tillämpningsområdet skulle utvidgas, men att den möjlighet enligt smittskyddslagen som regeringen har att – om riksdagens beslut inte kan avvaktas – föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen också borde införas för samhällsfarliga sjukdomar.[42]

Sedan bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar infördes i smittskyddslagen har klassificeringsbestämmelserna tillämpats på tre sjukdomar: infektion av ebolavirus och marburgvirus (som båda är hemorragiska febrar) och covid-19.

Överväganden när infektion med ebolavirus klassificerades som samhällsfarlig

Efter ett större utbrott av blödarsjuka orsakad av ebolavirus, som är en viral hemorragisk feber, i Västafrika bedömdes risken för spridning ha ökat och den 1 april 2015 klassificerades sjukdomen som samhällsfarlig.[43] Sjukdomen var sedan tidigare klassificerad som en allmänfarlig sjukdom då den ingår i den grupp sjukdomar som är klassificerade under samlingsnamnet ”virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nefropathia epidemica)”.

I propositionen som låg till grund för klassificeringen konstaterades att utbrott av blödarfeber orsakad av ebolavirus hade, sedan mitten av 1970-talet, ägt rum vid ett flertal tillfällen i delar av Afrika.

[42] Prop. 2003/04:158 s. 58 och 59. Se även avsnitt 3.1.3.
[43] Bestämmelserna om samhällsfarlig sjukdom hade dock varit tillämpliga på sjukdomen sedan den 24 oktober 2014 genom förordningen (2014:1312) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion av ebolavirus.

De drabbade länderna hade med stöd av internationella hjälporganisationer kunnat hantera utbrotten och minimera smittspridningen. Den epidemi som nu pågick hade uppstått till följd av att motåtgärder inte satts in i tid och lett till ett av de mest omfattande utbrotten ditintills. Epidemin hade vuxit till en omfattning som förutsatte stora motåtgärder för att bromsas. Regeringen bedömde att för svensk vidräkning var förutsättningarna för att hantera en smittspridning av ebolavirus goda då Sverige hade en välfungerande hälso- och sjukvård med en upparbetad beredskap för att hantera smittsamma sjukdomar. En förutsättning för att undvika en smittspridning i samhället var dock att upptäcka misstänkta fall i ett så tidigt skede som möjligt. Detta ställde krav på att det finns en god beredskap inom hälso- och sjukvården och bland övriga ansvariga aktörer för att snabbt kunna vidta effektiva smittskyddsåtgärder och att det fanns möjlighet att använda alla de åtgärder som är lämpliga för att förhindra en smittspridning. Med hänsyn till den epidemi som pågick i Västafrika bedömde regeringen att förutsättningarna för att en spridning skulle inträffa i Sverige hade förändrats och att det fanns skäl att höja beredskapen för att kunna identifiera misstänkta fall av infektion av ebolavirus. Vidare uttalade regeringen att extraordinära smittskyddsåtgärder medför att beslut kan tas som får en stor inverkan på den personliga integriteten, men att detta skulle ställas mot behovet av att skydda befolkningen mot en allvarlig sjukdom. Regeringen bedömde att åtgärder såsom karantän, hälsokontroller vid inresa eller avspärrning av ett område är välmotiverade om de har en avgörande betydelse för att motverka en smittspridning av ebolavirus. Vidare bedömde regeringen att, eftersom det inte fanns direkta flygförbindelser mellan de drabbade länderna och Sverige och det inte fanns något omfattande resande till eller från området, det inte var sannolikt att det skulle komma att bli fråga om större insatser. Regeringen konstaterade dock att det låg på de ansvariga myndigheterna att ta fram uppdaterade bedömningar både av utvecklingen av den pågående epidemin i Västafrika och vilka konsekvenser som det fick för riskbilden i Sverige. I detta ingick att göra bedömningar av hur förutsättningarna såg ut för att kunna vidta extraordinära smittskyddsåtgärder som kunde vara nödvändiga för att hantera en potentiell smittspridning.[44]

[44] Prop. 2014/15:38 s. 9 och 10.

Överväganden när covid-19 klassificerades som samhällsfarlig och när klassificeringen upphörde

Som beskrivs i avsnitt 7.3 ansågs covid-19 vara en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom mellan den 2 februari 2020 och den 1 april 2022. Till grund för beslutet att klassificera sjukdomen låg regeringens bedömning att utbrottet av sjukdomen hade utvecklats snabbt och att många osäkerhetsfaktorer bidrog till utbrottets allvarlighet. Antalet fall hade ökat snabbt i ett flertal länder. I många länder hade allvarliga störningar i samhällsviktiga funktioner uppstått och så även i Sverige. Regeringen beaktade även att det nya coronaviruset hade uppvisat släktskap med sars-coronaviruset, att det sannolikt inte fanns någon immunitet i befolkningen, och att det var rimligt att anta att viruset hade potential att omfattande spridas vidare i populationen om inte effektiva smittskyddsåtgärder vidtogs. Regeringen konstaterade också att det helt saknades medicinska åtgärder i form av vaccination eller specifik läkemedelsbehandling mot covid-19, vilket innebar att de extraordinära smittskyddsåtgärder som är möjliga att vidta mot samhällsfarliga sjukdomar – obligatorisk hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärrning av avgränsade områden – potentiellt kunde vara av avgörande betydelse för smittskyddet.[45]

Våren 2022 ansågs det dock att smittläget och belastningen på sjukvården till följd av covid-19 var stabilt och att en stor del av befolkningen uppnått immunitet mot covid-19 genom vaccination och genomgången infektion. Vaccinens skyddseffekt mot symtomatisk infektion var visserligen lägre sedan omikronvarianten börjat spridas men vaccinationernas skydd mot allvarlig sjukdom och död var fortsatt hög. Omikronvarianten gav också mer sällan upphov till allvarlig sjukdom och behov av sjukhusvård. Regeringen bedömde att samhället påverkades mer negativt av att många var hemma när de själva eller en anhörig var sjuk än av den direkta sjukligheten till följd av covid-19. Smittan var också så allmänt spridd att begränsande åtgärder hade fått en mindre betydelse. Regeringen ansåg därför att det inte längre var motiverat eller ändamålsenligt att låta sjukdomen omfattas av de bestämmelser som gäller för de sjukdomar som betecknas som allmänfarliga och samhällsfarliga.[46]

[45] Prop. 2019/20:114 s. 14.
[46] Prop. 2021/22:137 s. 25, 26 och 29.

Överväganden när infektion med marburgvirus klassificerades som samhällsfarlig

Efter ett utbrott av infektion av marburgvirus, som är en viral hemorragisk feber, i Rwanda bedömde WHO i oktober 2024 att det finns risk att utbrottet sprider sig till grannländer då fall rapporterats i Rwandas gränsregioner och även risk för internationell spridning eftersom fall rapporterats från huvudstaden Kigali som har en internationell flygplats. Sjukdomen är i Sverige sedan tidigare klassificerad som en allmänfarlig då den ingår i den grupp sjukdomar som är klassificerade under samlingsnamnet ”virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nefropathia epidemica)”. Den 25 februari 2025 klassificerades infektion med marburgvirus som en samhällsfarlig sjukdom. Bestämmelserna om samhällsfarlig sjukdom har dock varit tillämpliga på infektion med marburgvirus sedan den 5 oktober 2024 genom förordningen (2024:690) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion av marburgvirus.

I propositionen som låg till grund för klassificeringen konstaterade regeringen att marburgvirus är ett RNA-virus och tillhör virusfamiljen filovirus som kan orsaka blödarfeber (hemorragisk feber). I samma virusfamilj ingår ebolavirus. Marburgvirus överförs från fladdermöss till människor och kan smitta mellan människor genom infekterade kroppsvätskor såsom saliv och blod, vilket framför allt innebär en risk vid hushållskontakter och för vårdpersonal. Ytterligare risk för smittspridning är vid kontakt med döda kroppar under förberedandet och genomförandet av begravningar. Regeringen angav att även om risken för att marburgvirus ska börja spridas i Sverige bedöms vara mycket låg innebär det aktuella utbrottet i Rwanda att det finns en risk för enstaka importfall till Sverige. Det finns inga direktflyg mellan Sverige och Rwanda, men uppskattningsvis reser 3 000–5 000 personer mellan länderna under ett år. Infektion med marburgvirus är mycket vårdkrävande och ställer höga krav på både avancerad hälso- och sjukvård och säkerhetsåtgärder för att minimera risken för spridning inom hälso- och sjukvården. En patient som insjuknat behöver vårdas på en av landets två högisoleringsenheter. På grund av den särskilda hanteringen tar en enskild patient en stor mängd vårdpersonal i anspråk och kräver stora insatser när det gäller både vård och omhändertagande av avfall som

uppstår i samband med vården. Redan enstaka fall riskerar därför att innebära en sådan stor påfrestning på hälso- och sjukvården som innebär en risk för en allvarlig störning i denna viktiga samhällsfunktion. Regeringen konstaterade vidare att det behöver finnas en beredskap för att snabbt kunna vidta extraordinära smittskyddsåtgärder såsom hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärrning för att hantera och förhindra vidare smittspridning från eventuella importfall. Med anledning av ovanstående bedömde regeringen att infektion med marburgvirus uppfyller kriterierna för att ses om en samhällsfarlig sjukdom.[47]

Kopplingen mellan samhällsfarlig och allmänfarlig sjukdom bör inte tas bort

För att en sjukdom ska kunna klassificeras som samhällsfarlig enligt smittskyddslagen krävs, förutom att den 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, att den är klassificerad som allmänfarlig (1 kap. 3 § tredje stycket SmL). Som framgår i avsnitt 7.2 har Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier lyft att det saknas en diskussion i förarbetena om att detta innebär att en samhällsfarlig sjukdom förutsätts kunna förebyggas genom individinriktade åtgärder och ifrågasätter hur detta förhåller sig till en situation när en omfattande smittspridning har fått fäste i Sverige.

Att en sjukdom är allmänfarlig innebär att den bedömts vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och att det finns möjligheter att förebygga smittspridning genom åtgärder riktade mot den smittade. Att en smittspridning har fått fäste i landet behöver inte utesluta att individinriktade åtgärder kan krävas i arbetet med att minska spridningen. Normalt sett torde dock en fråga om att klassificera en sjukdom som samhällsfarlig, när den inte är klassificerad som allmänfarlig sedan tidigare, uppkomma i ett tidigt skede av en smittspridning av en allvarlig sjukdom i landet alternativt redan innan sjukdomen börjat spridas här. Att omständigheterna då skulle vara sådana att extraordinära smittskyddsåtgärder, men inte individinriktade åtgär-

[47] Prop. 2024/25:63 s. 8 och 9.

der, kan anses vara nödvändiga ter sig inte sannolikt. Såväl vid klassificeringen av infektion av ebolaviruset som av covid-19 bedömdes det som nödvändigt att ha möjlighet att använda såväl individinriktade åtgärder som extraordinära smittskyddsåtgärder. Vid båda sjukdomarna har frågan om klassificering väckts tidigt, i båda fallen genom att regeringen utnyttjat möjligheten att föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen i avvaktan på riksdagens beslut att föra in sjukdomen i bilagorna till smittskyddslagen.

Även för en ändamålsenlig hantering av de extraordinära smittskyddsåtgärderna i 3 kap. 8–10 §§ SmL behöver det kunna förutsättas att individinriktade smittskyddsåtgärder med stöd av bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar är tillgängliga. Av författningskommentaren till bestämmelserna om de extraordinära smittskyddsåtgärderna följer att så kan vara fallet om den som utför en hälsokontroll vid inresa med stöd av 3 kap. 8 § SmL anser att en mer ingripande undersökning än vad som är möjligt enligt den bestämmelsen behöver genomföras och en sådan undersökning inte kan genomföras på frivillig väg.[48] Likaså kan behovet uppstå när en person satts i karantän enligt 3 kap. 9 § SmL med anledning av att han eller hon kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Om det under karantänen visar sig att personen insjuknar i sjukdomen bör han eller hon inte längre hållas i karantän utan i stället omgående isoleras på sjukhus. För det fall han eller hon inte frivilligt låter sig isoleras, behöver isoleringen ske med stöd av bestämmelserna i 5 kap.[49] Se också om hälsokontroll vid inresa i avsnitt 7.6 nedan.

Utredningens bedömning är mot denna bakgrund att det även fortsättningsvis bara ska vara möjligt att klassificera en sjukdom som samhällsfarlig om sjukdomen också är allmänfarlig enligt smittskyddslagens bestämmelser.

Definitionen bör ändras för att omfatta också andra samhällsinriktade smittskyddsåtgärder

I kapitel 9 föreslår utredningen en ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Den föreslagna lagen innehåller ingripande åtgärder som kan riktas brett mot samhället för att motverka eller

[48] Prop. 2003/04:158 s. 104.
[49] Prop. 2003/04:158 s. 105 se också s. 50.

hantera en omfattande samhällsspridning av en allvarlig smittsam sjukdom och bygger på erfarenheterna från covid-19-pandemin och den tillfälliga lagstiftningen om bl.a. trängselåtgärder som då var i kraft. Till skillnad mot åtgärderna i smittskyddslagen förutsätter vare sig den tillfälliga lagstiftningen under pandemin som den nu föreslagna lagen att smitta misstänks eller har konstaterats hos en individ eller inom ett område.

På samma sätt som de extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen ska ses som ett komplement till de möjligheter att ingripa som redan finns genom bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar[50], anser utredningen att också de åtgärder som föreslås i den nya lagen ska ses som ett sådant komplement. Definitionen av samhällsfarliga sjukdomar bör därför ändras så att den också omfattar den nya lagens samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Som ett alternativ till detta har utredningen övervägt om den nya lagen i stället ska vara frikopplad från smittskyddslagens definitioner av allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. Det skulle innebära att den skulle gå att göra tillämplig på en smittspridning som inte behöver uppfylla kraven på att vara en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagens definitioner. Utifrån vår bedömning att det sannolikt är ett luftvägsvirus, såsom exempelvis nytt influensavirus eller coronavirus, eller ett annat smittämne med liknande smittväg, som riskerar att orsaka en sådan omfattande smittspridning att det krävs sådana samhällsinriktade åtgärder som föreslås i den nya lagen, är det dock vår bedömning att förutsättningarna för att klassificera sjukdomen som allmänfarlig och samhällsfarlig då kommer att vara uppfyllda. Någon ytterligare sjukdomskategori behöver därför inte införas.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att definitionen av samhällsfarliga sjukdomar ändras på så sätt att det av den framgår att smittspridningen kan kräva extraordinära smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen eller åtgärder enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Att åtgärderna *kan krävas* tydliggör att det är fråga om en bedömning att smittspridningen är eller i närtid riskerar bli sådan att det är nödvändigt och ändamålsenligt att säkerställa möjligheten att kunna vidta dem (se vidare kapitel 9).

[50] Prop. 2003/04:158 s. 57.

7.5 Undantag från vissa skyldigheter bör kunna göras vid en samhällsfarlig sjukdom

7.5.1 Regeringen och Folkhälsomyndigheten har möjlighet att föreskriva om undantag från anmälningsskyldigheten

Bedömning: Regeringens och Folkhälsomyndighetens möjlighet att enligt gällande lagstiftning meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att anmäla konstaterade och misstänkta fall av en allmänfarlig eller annan anmälningspliktig sjukdom till smittskyddsläkaren och till Folkhälsomyndigheten, gäller även vid omfattande smittspridning. Något ytterligare bemyndigande behövs därför inte.

Anmälningsskyldigheten och möjligheten att göra undantag under normala förhållanden

En anmälningsskyldighet finns för läkare och laboratorium

Av 2 kap. 5 § första stycket första meningen SmL följer en skyldighet för en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av en allmänfarlig sjukdom eller en annan anmälningspliktig sjukdom att utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten (en s.k. klinisk anmälan). Av andra stycket samma paragraf följer att anmälningsskyldigheten också gäller läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik och den som är ansvarig för ett sådant laboratorium (en s.k. laboratorieanmälan) samt läkare som utför obduktion. Av 2 kap. 5 § första stycket andra meningen SmL följer också en anmälningsskyldighet för den behandlade läkaren när det gäller en annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form. I 6 § samma kapitel finns bestämmelser om innehållet i anmälan.

Anmälningsskyldigheten syftar till att dels snabbt ge kunskaper om inträffade fall för att direkta åtgärder ska kunna vidtas, dels ge mer långsiktiga kunskaper om utbredningen av smittsamma sjuk-

domar för att bl.a. ge grund för utvärderingen av smittskyddet och utvecklandet av åtgärdsstrategier.[51]

I 2 kap. 7 § SmL bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om anmälan och om de uppgifter som anmälan ska innehålla. Regeringen har meddelat sådana föreskrifter i smittskyddsförordningen. Där förtydligas kravet på snabbhet i anmälningsförandet (3 §). Av bestämmelsen följer att anmälan ska göras skriftligen senast dagen efter den dag då den som är skyldig att göra anmälan misstänkt eller konstaterat fall av smittsam sjukdom, eller misstänkt eller funnit smittämne av sådan sjukdom vid analys i ett laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik. Om den som är skyldig att göra anmälan misstänker att flera patienter har smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom ska smittskyddsläkaren genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrättas om detta. I 4 § har regeringen meddelat föreskrifter om innehållet i anmälan avseende vissa sexuellt överförbara sjukdomar. Regeringen får även delegera föreskriftsrätten till en myndighet, vilket regeringen har gjort till Folkhälsomyndigheten (5 §). Folkhälsomyndigheten åläggs också att fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar enligt 2 kap. 5 § SmL till myndigheten och på begäran från Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information. Folkhälsomyndigheten ska också med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser med sådan information till berörda myndigheter, läkare och veterinärer (6 §).

En närmare beskrivning av processen för provtagning och laboratoriediagnostik ges i avsnitt 8.1.

Undantag från anmälningsskyldigheten

Huvudregeln är således att alla allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar ska anmälas till såväl regionens smittskyddsläkare som till Folkhälsomyndigheten. I praktiken görs en gemensam anmälan till dem båda genom rapporteringssystemet SmiNet. Av huvudregeln följer vidare att såväl läkare som laboratorium ska anmäla, vilket innebär att ett misstänkt eller konstaterat sjukdomsfall ofta anmäls två gånger.

[51] Prop. 2003/04:30 s. 93.

Av 2 kap. 7 § SmL följer dock att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från anmälningsskyldigheten i fråga om viss sjukdom, undantag i fråga om till vem anmälan ska göras, undantag om kravet på att anmälan ska ske utan dröjsmål och undantag från uppgift i anmälan om en viss sjukdom. I förarbetena till bestämmelsen framhålls att bestämmelserna t.ex. ger möjlighet att meddela föreskrifter om undantag från anmälningsskyldigheten med anledning av att behovet av en klinisk anmälan respektive anmälan av laboratoriefynd varierar mellan olika sjukdomar.[52]

I Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall, föreskriver myndigheten bl.a. att det inte krävs en klinisk anmälan vid vissa där angivna sjukdomar och att vid covid-19 och mpox ska inte misstänkta fall anmälas (4 §).

Falldefinitioner vid anmälan av misstänkta fall

Som anges ovan ska enligt huvudregeln både konstaterade fall och kliniskt misstänkta fall anmälas. Läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han eller hon gör sin anmälan. För att misstanke ska föreligga krävs det dock att det finns något konkret som tyder på att den smittsamma sjukdomen är för handen, t.ex. att patienten uppvisar symtom som är typiska för sjukdomen.[53] I publikationen Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen (2024) ger Folkhälsomyndigheten vägledning för de sjukdomsfall som ska anmälas. I publikationen anges att i praktiken är anmälan av misstänkta fall av betydelse endast för ett begränsat antal smittämnen, men att det dock alltid finns ett ansvar att bedöma om anmälan ska ske redan vid misstanke om att någon har en anmälningspliktig sjukdom.[54]

[52] Prop. 2003/04:30 s. 216 och 217.
[53] Prop. 2003/04:30 s. 94.
[54] Folkhälsomyndigheten, Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen, 2024, s. 8.

Undantag vid omfattande smittspridning

Under normala förhållanden kan skyldigheten att anmäla konstaterade och misstänkta fall vara viktig både för att direkta åtgärder ska kunna vidtas och för att samla kunskap om utbredningen av smittsamma sjukdomar. Lagstiftningen ger dock möjlighet att anpassa och göra undantag från skyldigheten utifrån en bedömning av behovet av anmälan för varje sjukdom som omfattas av anmälningsplikten.

Även vid en omfattande smittspridning kan skyldigheten vara avgörande för att upptäcka fall av smitta i landet och för den epidemiologiska övervakningen. Vid en omfattande smittspridning kan dock situationen också vara sådan att en omfattande anmälningsskyldighet inte fyller någon egentlig funktion ur smittskyddssynpunkt, vare sig för att kunna begränsa smittspridningen eller för den enskilde. Så kan t.ex. vara fallet när sjukdomen fått en allmän spridning i samhället och kännedom om ytterligare smittfall inte ökar kunskapen om spridningen, eller när exempelvis verksamma behandlingsinsatser för att minska smittrisken saknas. Vid en omfattande smittspridning kan också så som framgår av våra direktiv anmälningsplikten bli betungande för en ansträngd hälso- och sjukvård, vilket kan medföra att det blir bristfällig kvalitet på anmälningarna.

I fråga om covid-19 meddelades under pandemin flera undantag från anmälningsskyldigheten. Genom en ändring i föreskrifterna om anmälningspliktiga sjukdomar i mars 2020 inskränktes anmälningsskyldigheten till att gälla endast laboratorium samt behandlande läkare som misstänkte eller konstaterade att en patient som lades in eller vårdades på sjukhus eller en äldre person i säbo hade drabbats av covid-19. I maj 2020 ändrades föreskrifterna så att covid-19 endast skulle anmälas av laboratorium och av läkare som utförde obduktion och att smittskyddsläkare avseende sin region fick besluta om ytterligare anmälningsplikt. Från och med oktober 2020 gällde i stället att misstänkta fall av covid-19 inte skulle anmälas. Detta gäller fortfarande, men med tillägget att covid-19 ska anmälas av laboratorium, samt av behandlande läkare som konstaterar covid-19 efter ett positivt antigentest i de fall inte anmälan görs från ett labora-

torium. Vidare får även behandlande läkare och läkare som utför obduktion som konstaterar covid-19 göra en anmälan.[55]

Det är utredningens bedömning att det är troligt att liknande undantag och justeringar av anmälningsskyldigheten kan behöva göras också under nästa omfattande spridning av en anmälningspliktig sjukdom i landet. Utredningen bedömer att gällande lagstiftning ger utrymme för sådana nödvändiga undantag. Någon ändring i lagstiftningen för att möjliggöra detta behövs således inte.

7.5.2 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att utreda sjukdomsfall

Förslag: För en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga, ska regeringen få meddela föreskrifter om undantag från

- skyldigheten för envar att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger,
- skyldigheten för en läkare att undersöka patienten och ta de prover som behövs, och
- skyldigheten för en läkare att anmäla till smittskyddsläkaren om en patient inte samtycker till undersökning och provtagning.

Föreskrifter om sådana undantag ska vara tidsbegränsade.

Skyldigheten att i vissa fall få till stånd en läkarundersökning och provtagning enligt smittskyddslagen

De allra flesta människor som tror sig vara smittade av en allvarligare smittsam sjukdom torde självmant söka läkare och låta sig undersökas. I förarbetena till smittskyddslagen konstateras dock att en lagfäst skyldighet är en betydelsefull markering av att envar

[55] Folkhälsomyndighetens föreskrifter HSLF-FS 2020:10, HSLF-FS 2020:23, HSLF-FS 2020:45 respektive HSLF-FS 2022:4 om ändring av Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälningspliktig sjukdom i vissa fall.

ska bidra till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar.[56] I 3 kap. 1 § första stycket SmL regleras därför den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas om han eller hon vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom. I dessa fall ska den enskilde utan dröjsmål söka läkare.

En anledning att misstänka att man bär på en sådan sjukdom kan finnas t.ex. då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad. Skyldigheten kan också uppkomma genom att man underrättas om risken i ett smittspårningsärende.[57]

I 3 kap. 1 § andra stycket SmL regleras läkarens undersökningsskyldighet. Syftet med läkarundersökningen är att klarlägga vilken sjukdom det är fråga om. Skyldigheten avser endast undersökningar som är motiverade av smittskyddshänsyn, dvs. för att konstatera om smittsamhet föreligger. I förarbetena uttalas att undersökningen alltså inte får vara motiverad enbart av att man vill kunna behandla sjukdomen hos den enskilde. En skyldighet att genomgå en sådan behandling torde enligt förarbetena stå i strid med principerna om frivillig behandling. Något rent medicinskt motiv att behandla smittsamma sjukdomar på annat sätt än andra allvarliga sjukdomar torde enligt förarbetena inte heller finnas.[58]

Någon generell sanktion mot den som underlåter att söka läkare finns inte. Vid misstanke om att patienten bär på en allmänfarlig sjukdom ska dock läkaren anmäla till smittskyddsläkaren i regionen om patienten motsätter sig en erforderlig undersökning eller provtagning. Detta följer av 3 kap. 1 § tredje stycket SmL. Anmälan ska ske utan dröjsmål, dvs. i princip samma dag.[59]

I 6 kap. 3 § SmL regleras smittskyddsläkarens ansvar vid en sådan anmälan. Av bestämmelsen följer att smittskyddsläkaren ska utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en sådan undersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta. I 3 kap. 2 § SmL finns vidare bestämmelser som innebär att smittskyddsläkaren kan ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning av den som motsätter sig under-

[56] Prop. 2003/04:30 s. 99.
[57] Prop. 2003/04:30 s. 217.
[58] Prop. 2003/04:30 s. 217.
[59] Prop. 2003/04:30 s. 219.

sökningen, om det finns fog för att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom. Beslut om en sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Regeringen och Folkhälsomyndigheten kan meddela ytterligare föreskrifter

Enligt 9 kap. 4 § första stycket SmL får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda. Regeringen har bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela sådana föreskrifter (12 § SmF).

Bemyndigandet syftar till att säkerställa en likformig tillämpning av lagen. Enligt förarbetena kan det röra sig om föreskrifter inom skilda områden såsom exempelvis anmälningsförfarandet, journalföring, den enskilde läkarens skyldigheter gentemot sin patient och smittskyddsläkarens myndighetsutövning. Föreskrifterna kan också röra speciella situationer där man erfarenhetsmässigt vet att risk för smittoöverföring förekommer, t.ex. screening av gravida för enskilda sjukdomar i syfte att förhindra överföring till fostret. Föreskrifter och allmänna råd kan också beröra de åtgärder som bör vidtas kring ett eller flera inträffande fall av smittsam sjukdom och därvid behandla skilda frågor, såsom t.ex. riktlinjer för smittspårningsarbete, medicinska förebyggande åtgärder som bör vidtas samt förhållningsregler som kan komma i fråga. Vidare kan vägledning ges om vilka praktiska och medicinska råd som kan vara befogade vid de olika sjukdomarna. Föreskrifterna ska alltid anpassas till aktuell kunskap om de enskilda sjukdomarnas spridningssätt till och mellan människor och de kan därför behöva omprövas och förnyas relativt ofta.[60]

Med stöd av bemyndigandet har Folkhälsomyndigheten bl.a. meddelat föreskrifter om poliodiagnostik vid virusorsakad meningoencefalit (HSLF-FS 2015:5). Myndigheten har tidigare också meddelat föreskrifter och allmänna råd om bl.a. smittspårning med stöd av bemyndigandet, men dessa är numera upphävda.[61]

[60] Prop. 2003/04:30 s. 246 och 247.
[61] Se Föreskrifter (HSLF-FS 2020:42) om upphävande av Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:4) om smittspårning.

Under covid-19-pandemin meddelade Folkhälsomyndigheten med stöd av bemyndigandet föreskrifter och allmänna råd om att förhindra smitta av covid-19 på restauranger och caféer m.m. (HSLF-FS 2020:9) och föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. (HSLF-FS 2020:12). Under perioden 1 april 2022–15 mars 2023 gällde även föreskrifter om att covid-19 endast var smittspårningspliktig i sådan sluten vård och omsorgsverksamhet som vårdar eller har omsorg om personer med en hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19. Även dessa föreskrifter meddelade Folkhälsomyndigheten med stöd av bemyndigandet[62], se mer om smittspårning i avsnitt 7.5.3.

Särskilda föreskrifter vid krig eller krigsfara och vid fredstida kriser

I 9 kap. 5 och 6 §§ SmL finns beredskapsbemyndiganden för krig eller krigsfara, respektive för fredstida kriser. Regeringen får enligt 5 § meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Enligt 6 § får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Med stöd av bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL om ytterligare föreskrifter vid fredstida kriser meddelade regeringen förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen innehåller bestämmelser om samordning mellan kommuner och regioner av tillgången till skyddsutrustning och provtagningsmaterial och får tillämpas om det behövs för att förhindra spridning av covid-19 samt uppnå en god arbetsmiljö för personal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service

[62] Se Föreskrifter (HSLF-FS 2022:24) om ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar och Föreskrifter (HSLF-FS 2023:12) om ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar.

till vissa funktionshindrade vid kontakt med människor som är eller misstänks vara smittade av det virus som orsakar covid-19.

En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag för en samhällsfarlig sjukdom bör införas

Skyldigheten att få till stånd en läkarundersökning och provtagning i enlighet med smittskyddslagens bestämmelser fyller under normala förhållanden en viktig funktion ur smittskyddshänseende. Genom skyldigheten att söka läkare kommer misstänkta fall till sjukvårdens kännedom och en smittspårning kan genomföras och ytterligare smittskyddsåtgärder vidtas för att minimera risken för smittspridning. Vid en omfattande smittspridning kan skyldigheten vidare vara avgörande, så som också beskrivs för anmälningsskyldigheten ovan, för att tidigt upptäcka fall av smitta i landet och för den epidemiologiska övervakningen. Vid en omfattande smittspridning kan dock situationen också vara sådan att skyldigheten att uppsöka läkare och få till stånd en undersökning och provtagning inte fyller någon egentlig funktion ur smittskyddssynpunkt, vare sig för att kunna begränsa smittspridningen eller för den enskilde.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar att så t.ex. kan vara fallet när en sjukdom har fått en omfattande spridning i samhället och kännedom om ytterligare milda sjukdomsfall inte leder till ökad kunskap om spridningen eller nytta för den smittade eller för samhället. I stället riskerar provtagning och läkarundersökning av sådana smittfall att bidra till ökad smittspridning och arbetsbelastning. Så kan t.ex. vara fallet om kraven innebär besök på en vårdcentral. Även i en situation där sjukvården är mycket ansträngd och där milda fall av sjukdomen är sådan att det inte krävs en läkarundersökning för att ge råd om hur den enskilde kan minimera risken för att föra smittan vidare, kan ett krav på att uppsöka läkare vid varje symtom på sjukdomen anses vara omotiverat. Likaså kan situationen vara sådan att det inte är möjligt att få svar på prover i tid för att vidta effektiva smittskyddsåtgärder och att ett krav på obligatorisk provtagning därför förlorar syftet att möjliggöra åtgärder som begränsar smittspridningen.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att regeringen bör ha möjlighet att för en samhällsfarlig sjukdom meddela föreskrifter om undantag från smittskyddslagens bestämmelser om att den som

vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på sjukdomen är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta sig undersökas och provtas, läkarens skyldighet att skyndsamt undersöka patienten och ta prover. Det bör dock understrykas att avsikten med sådana undantag inte innebär att den som är i behov av vård och behandling för att minska risken för förvärrad sjukdom eller för att minska smittrisken inte bör söka läkare och få den vård och behandling som han eller hon är i behov av.

Huruvida bemyndigandena om att regeringen kan meddela ytterligare smittskyddsåtgärder enligt 9 kap. 4 § SmL respektive särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt 6 § samma kapitel, möjliggör sådana undantag har vad utredningen erfarit inte varit föremål för prövning. Oavsett hur det förhåller sig med den saken, föreslår vi att regeringen genom ett nytt bemyndigande i smittskyddslagen uttryckligen ges möjlighet att meddela sådana undantag.

Utredningen har övervägt om riksdagen bör medge att regeringen delegerar den föreslagna föreskriftsrätten till en förvaltningsmyndighet. Utredningen konstaterar dock att sådana avsteg från de krav och skyldigheter som normalt sett anses utgöra ändamålsenliga smittskyddsåtgärder kräver ställningstaganden på regeringsnivå. De avsteg som föreslås är vidare att jämställa med sådana särskilda föreskrifter om smittskyddet som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd vid en fredstida kris och som det ankommer på regeringen att meddela enligt 9 kap. 6 § SmL. Det är därför utredningens mening att subdelegation av den föreslagna föreskriftsrätten inte bör medges.

I fråga om behovet av särskild lagstiftning om provtagning vid storskalig testning och smittspårning, se kapitel 8.

Föreskrifter om undantagen bör vara tidsbegränsade

Sådana möjligheter till undantag som vi nu föreslår är, så som nämns ovan, avsteg från de krav och skyldigheter som under normala förhållanden är viktiga ur smittskyddshänseende. Sådana undantag bör endast införas med försiktighet, övervägas regelbundet och vara tidsbegränsade. Utredningen har valt att inte slå fast en bestämd tid för hur länge ett undantag ska få gälla. Föreskrifter om undantag ska dock inte ha en längre giltighetstid än vad som krävs med hänsyn

till den specifika åtgärdens syfte och det aktuella epidemiologiska läget. Något hinder mot att en föreskrift om undantag vid behov förlängs en viss tid när giltighetstiden går ut bör dock inte ställas upp. Möjligheten att göra undantag ska dock inte utnyttjas på ett sådant sätt att det närmast blir ett permanent undantag. Under sådana förhållanden bör i stället övervägas om sjukdomen bör klassificeras om.

7.5.3 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att smittspåra

Förslag: För en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga ska regeringen få meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten för den behandlande läkaren att smittspåra.

Föreskrifter om sådana undantag ska vara tidsbegränsade.

Allmänfarliga sjukdomar och vissa andra sjukdomar ska smittspåras

I 3 kap. 4–6 §§ SmL finns bestämmelser om smittspårning. Av dessa följer att om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, ska läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Smittspårning ska i enlighet med bestämmelsen således inte ske endast i de fall en smittsam sjukdom konstaterats utan även vid misstänkta fall. I förarbetena framhålls att smittskyddsåtgärder kan, beträffande ett flertal sjukdomar, behöva vidtas även om sjukdomen inte är fastställd och det kan vara viktigt att redan i ett tidigt skede nå personer som kan ha smittats av sjukdomen.[63] Den enskilde patienten är skyldig att medverka i smittspårningen och lämna de upplysningar som han eller hon förmår lämna (3 kap. 4 § första stycket).

[63] Prop. 2003/04:30 s. 220 och 221.

Enligt den tidigare smittskyddslagen (1988:1472) var det den behandlande läkaren som hade det formella ansvaret för smittspårningsarbetet, även om han eller hon i praktiken delegerade uppgiften till annan hälso- och sjukvårdspersonal. Det ansågs dock befogat att den som utför det praktiska arbetet också har det formella ansvaret för smittspårningen. Den nu gällande bestämmelsen innebar således en utvidgning av ansvaret för smittspårningsarbetet med den enskilde patienten. Behandlande läkare är dock skyldig att se till att ansvaret ges till personal med kompetens för arbetet.[64]

Den som svarar för smittspårningen och som på grund av uppgifter från patienten misstänker att andra personer kan ha smittats ska se till att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare (3 kap. 4 § andra stycket). Bestämmelsen innebär inte att den som utför smittspårningen alltid personligen behöver kontakta den som kan antas ha smittats. Om det är lämpligt kan detta överlåtas åt patienten, antingen självständigt eller med stöd av läkare eller kurator. Ansvarig personal har dock alltid en skyldighet att kontrollera att den som man misstänker kan ha smittats verkligen har underrättats.[65]

Om det rör sig om en allmänfarlig sjukdom och den som underrättats inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, ska detta utan dröjsmål anmälas till smittskyddsläkaren (3 kap. 6 §). Anmälan ska göras av den som ansvarar för smittspårningen, dvs. i förekommande fall även annan hälso- och sjukvårdspersonal än behandlande läkare. Av 6 kap. 3 § SmL följer att smittskyddsläkaren ska utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en sådan undersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta. I 3 kap. 2 § SmL finns vidare bestämmelser som innebär att smittskyddsläkaren kan ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning av den som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom och som motsätter sig undersökningen. Beslut om en sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Någon skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren för andra smittspårningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga finns inte. För

[64] Prop. 2003/04:30 s. 108 och 221.
[65] Prop. 2003/04:30 s. 221.

sådana sjukdomar åligger det i stället den som ansvarar för smittspårningen att aktivt försöka påverka personen att söka läkare.[66]

Smittskyddsläkaren ska också underrättas om den som ansvarar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen. Smittskyddsläkaren får då överta ärendet eller överlämna det till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. Detsamma får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt. Har smittspårningsärendet tagits över av smittskyddsläkaren ska den enskilde patienten lämna de erforderliga uppgifterna till honom eller henne i stället (3 kap. 5 §).

Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som meddelar vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara smittspårningspliktiga (9 kap. 3 § andra stycket SmL). Regeringen har i 7 § SmF bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela sådana föreskrifter. Bemyndigandet är begränsat till anmälningspliktiga sjukdomar.

Regeringens och Folkhälsomyndighetens föreskrifter om smittspårning

Föreskrifter om smittspårningen

Vilka sjukdomar som är smittspårningspliktiga, förutom de allmänfarliga, framgår av 1 § Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar.

Med stöd av bemyndigandet i 12 § SmF om att meddela ytterligare föreskrifter för ett ändamålsenligt smittskydd har Folkhälsomyndigheten tidigare meddelat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:4) om smittspårning. Föreskrifterna gällde bl.a. utförandet av smittspårningen, kontakter med smittskyddsmyndigheten och dokumentation. I juli 2020, i samband med att myndigheten bedömde att föreskrifterna och de allmänna råden var i behov av en omfattande omarbetning, upphävdes de och har ännu inte ersatts av några nya.[67]

[66] Prop. 2003/04:30 s. 222.
[67] Folkhälsomyndighetens beslut den 20 juli 2020, dnr 03291-2020 och HSLF-FS 2020:42.

Föreskrifter om begränsad smittspårning av covid-19

I samband med att covid-19 omklassificerades den 1 april 2022, från att vara en allmän- och samhällsfarlig sjukdom till att vara en anmälnings- och smittspårningspliktig sjukdom, meddelade Folkhälsomyndigheten med stöd av 12 § SmF föreskrifter om att covid-19 endast skulle vara smittspårningspliktig i sådan sluten vård och omsorgsverksamhet som vårdar eller har omsorg om personer med en hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19 (2 § HSLF-FS 2015:10).

I den konsekvensutredning som föregick föreskriften bedömde Folkhälsomyndigheten att det fanns en risk för att nya virusvarianter skulle uppstå, varianter där vaccinens skyddseffekt inte skulle vara lika god eller varianter som skulle kunna ge upphov till en annan sjukdomsbild som skulle förändra bedömningen av covid-19. En sådan förändrad bedömning skulle kunna leda till att det på nytt uppstod ett behov av att införa åtgärder såsom testning vid symtom, smittspårning och även samhällsåtgärder för att minska kontaktintensiteten. Myndigheten bedömde därför att det fanns ett fortsatt behov av att övervaka covid-19, även om sjukdomen inte längre var allmän- eller samhällsfarlig. Myndigheten avsåg att fortsätta övervaka de virusvarianter som cirkulerade i Sverige med helgenomsekvensering samt att omvärldsbevaka för att följa läget. Att covid-19 smittspårades i vissa miljöer ansågs vara en viktig del i den fortsatta hanteringen av sjukdomen. [68]

Folkhälsomyndigheten framhöll också att myndighetens prioritet genom hela pandemin hade varit att särskilt skydda riskgrupper från smitta och var så även fortsättningsvis. Vaccination var den mest effektiva åtgärden för att minska riskerna med covid-19, även för dem med riskfaktorer för allvarlig sjukdom. Då skyddseffekten av vaccination var lägre hos vissa grupper och inget vaccin gav ett fullständigt skydd, var dock åtgärder för att minska risken för smitta till riskgrupperna fortsatt viktiga. Detta särskilt i perioder då smittspridningen av covid-19 var hög. Smittspårning i miljöer där riskgrupper vistades bedömdes kunna minska smittspridning och bidra till att förhindra insjuknande i allvarlig sjukdom och död. Vaccination av patienter, omsorgstagare och personal samt grundläggande vårdhygieniska rutiner bedömdes vara de viktigaste åtgärderna för

[68] Folkhälsomyndigheten, Konsekvensutredning – ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter med anledning av ev. ändrad klassificering av covid-19, den 15 mars 2020, dnr 00977-2022, s. 3.

att förhindra smittspridning i vård- och omsorgsmiljöer. För att skydda individer med hög risk för allvarlig sjukdom ansåg myndigheten att också testning och smittspårning borde ske i de miljöer där dessa individer vistades. Att smittspåra utan begränsning till dessa miljöer skulle enligt myndighetens mening vara resurskrävande och inte proportionerligt mot de risker som förelåg med smittspridningen i samhället generellt.[69]

Föreskrifterna gällde fram till den 15 mars 2023. Vid den tidpunkten bedömde Folkhälsomyndigheten att SARS-CoV-2-viruset hade förändrats på så sätt att smittsamheten ökat och inkubationstiden minskat, parallellt med att merparten individer i samhället hade fått någon form av immunitet mot viruset genom den omfattande vaccinationsinsatsen och genom naturlig exponering. Sjukdomsbilden hade även bytt karaktär till ett förlopp med lägre risk för allvarlig sjukdom och död. Under pandemin hade vidare en omfattande utbildningsinsats av personal inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genomförts, och rutiner för hantering av smittspridning mot olika former av smittsamma sjukdomar hade uppdaterats. Under vintersäsongen 2022–2023 hade också flertalet olika smittor i samhället, så som t.ex. influensa, RS-virus och vinterkräksjuka, medfört risk för smittspridning inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Myndigheten framhöll att för dessa miljöer krävs en hög medvetenhet och etablerade rutiner för hur individer med infektioner med hög spridningsrisk hanteras för att bryta smittspridning, oberoende av smittämne. Erfarenheter som hade rapporterats från flera smittskyddsläkare gjorde dessutom gällande att smittspridningen av covid-19 på flertalet säbon hade varit så snabb att den inte varit möjlig att stoppa, trots en kombination av smittspårning av boende och provtagning av personal med symtom. Effektiviteten av smittspårningen i de miljöer där föreskrifterna varit gällande bedömdes därför vara begränsad. Kombinationen av att det fanns tillgång till förebyggande behandling i form av vaccination, vikten av att bekämpa spridning av ett flertal olika infektionssjukdomar och att effekten av smittspårning av covid-19 var begränsad, gjorde att en resurskrävande smittspårningsplikt inte bedömdes vara en proportionerligt och motiverad åtgärd.[70] Mot denna bakgrund bedömde

[69] Folkhälsomyndigheten 2020a, s. 4.
[70] Folkhälsomyndigheten, Beslut att inte genomföra konsekvensutredning vid ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar, den 8 mars 2023, dnr 00737-2023.

Folkhälsomyndigheten att covid-19 inte längre skulle vara en smittspårningspliktig sjukdom och ändrade sina föreskrifter i enlighet med detta (HSLF-FS 2023:12).

En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag från smittspårning för en samhällsfarlig sjukdom bör införas

Folkhälsomyndighetens vägledning för smittspårning av covid-19 under pandemin

Som framgår ovan har Folkhälsomyndigheten använt bemyndigandet i 12 § SmF för att begränsa smittspårningen av covid-19 under tiden sjukdomen var klassificerad som en smittspårningspliktig sjukdom. Under sådana förhållanden, dvs. när en sjukdom är klassificerad som en smittspårningspliktig sjukdom men inte en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom, bedömer därför utredningen att föreskrifter om begränsningar och andra undantag i smittspårningsplikten kan meddelas med stöd av detta bemyndigande.

Såvitt utredningen erfar har dock vare sig detta bemyndigande eller bemyndigandena i smittskyddslagen använts för att begränsa smittspårningen av en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom. Av 1 kap. 3 § SmL följer att sådana sjukdomar alltid är smittspårningspliktiga, dvs. också utan att regeringen eller Folkhälsomyndigheten meddelat någon föreskrift om att sjukdomarna ska vara föremål för smittspårning.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar att det vid en omfattande smittspridning också av en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom kan uppkomma behov av att variera smittspårningens omfattning och innehåll beroende på omständigheterna i det enskilda fallet eller den fas i smittspridningen som landet eller en region befinner sig i. Vid en stor samhällsspridning kan t.ex. resurserna behöva koncentreras till att identifiera nära kontakter som exponerats i miljöer där man vet att det finns en hög risk för smittspridning och till miljöer där spridning kan få stora konsekvenser.

I juli 2020 tog Folkhälsomyndigheten därför fram en vägledning för smittspårningen av covid-19. Vägledningen syftade till att ge rekommendationer om hur smittspårning av verifierade covid-19-fall skulle genomföras för att begränsa fortsatt spridning. Vägledningen riktade sig främst till regionerna, vilket innefattade smittskyddsläk-

arna, för att de skulle kunna utforma regionala riktlinjer för smittspårning.[71] Vägledningen var också en del av ett regeringsuppdrag som Folkhälsomyndigheten fick att i samråd med regionerna och länsstyrelserna säkerställa förutsättningar för en kraftigt ökad testning och smittspårning.[72] Vägledningen reviderades vid ett flertal tillfällen i takt med utvecklingen av pandemin.

I vägledningen angavs att det krävdes en regional anpassning av hur smittspårningsarbetet implementerades och kvalitetssäkrades, eftersom spridningen av covid-19 var ojämnt fördelad över landet. Vidare underströks att det i en situation med samhällssmitta är viktigt att vid smittspårningen fokusera resurser på kontakter i miljöer där man vet att det finns en hög risk för smitta samt miljöer där smittspridning skulle få stora konsekvenser. Vägledningen riktade därför in sig på smittspårningen av kontakter inom hälso- och sjukvården och omsorgen, hushållet och andra riskmiljöer för allmänheten.

En beskrivning av processen för smittspårning av covid-19 ges i avsnitt 8.1.5.

En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag ger större flexibilitet i smittspårningen

Folkhälsomyndighetens vägledning för smittspårning av covid-19 innebar inte i sig några avsteg från smittskyddslagen. Den skyldighet som den behandlande läkaren har enligt smittskyddslagen att smittspåra patienter med konstaterad eller misstänkt smitta kvarstod således under hela pandemin.

Som framgår i kapitel 8 är vår bedömning att även en framtida omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan kräva en storskalig testning och smittspårning. Utifrån erfarenheterna från covid-19-pandemin och för att säkerställa en sådan testning och smittspårning föreslår vi i avsnitt 8.9.3 att särskilda bestämmelser som kan tillämpas vid storskalig testning och smittspårning införs i smittskyddslagen.

Det kan dock inte uteslutas att det under en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan behöva göras undantag i fråga om den behandlande läkarens skyldighet att smittspåra, eller införas särskilda föreskrifter om smittspårningen även i en situation

[71] Folkhälsomyndigheten, Vägledning för smittspårning av covid-19, den 22 juli 2020.
[72] S2020/05026/FS.

där en storskalig testning och smittspårning inte genomförs. Som en beredskapsåtgärd bör det därför enligt utredningens mening införas en möjlighet för regeringen att meddela föreskrifter om undantag från den behandlande läkarens smittspårningsplikt i 3 kap. 4 § i fråga om en samhällsfarlig sjukdom. En sådan möjlighet ger en ökad flexibilitet i smittskyddslagen för att möta en omfattande smittspridning. I likhet med vad som föreslås i fråga om undantag från läkarundersökning och provtagning bör subdelegering till en förvaltningsmyndighet inte medges.

Av samma skäl som för undantagsmöjligheterna när det gäller läkarundersökning och provtagning bör föreskrifter om undantag vara tidsbegränsade.

7.5.4 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att lämna individuellt utformade råd

Förslag: För en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga, ska regeringen få meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten för den behandlande läkaren att ge patienten individuellt utformade medicinska och praktiska råd.

Föreskrifter om sådana undantag ska vara tidsbegränsade.

Bedömning: En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag att erbjuda psykosocialt stöd bör inte införas.

Den behandlande läkaren ska ge individuella råd och erbjuda stöd

Utgångspunkten för smittskyddsarbetet är att tyngdpunkten bör ligga på frivilliga åtgärder. Det har dock ansetts viktigt att var och ens ansvar kommer till uttryck i smittskyddslagen.[73] Av 2 kap. 1 § SmL framgår därför att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom har vidare en

[73] Prop. 2003/04:30 s. 96.

skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. Detta följer av den s.k. skyddsplikten i 2 kap. 2 § första stycket SmL.

I förarbetena till smittskyddslagen anges att en förutsättning för att den enskilde ska kunna ta sitt ansvar och förhindra smittspridning är att han eller hon får individuellt utformad information om vad han eller hon kan göra för att förhindra att smitta sprids vidare.[74] Enligt 4 kap. 1 § första stycket SmL har den behandlande läkaren därför en skyldighet att ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Vidare ska enligt andra stycket samma paragraf den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring erbjudas detta. Stödet kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften. Skyldigheten att ge råd och erbjuda stöd gäller alla sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen, dvs. alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § första stycket SmL).

Vilka råd den enskilde bör ges beror på sjukdomens art och den enskildes livssituation. I förarbetena ges exempel på vad råden kan avse. Råden kan exempelvis avse patientens kontakter med läkaren, hygien, arbete, skolgång och livsföring i övrigt. I rådgivningen ska enligt uttalandena i förarbetena också ingå information om sjukdomens art, smittsamhet och smittvägar. Det framhålls vidare att det kan vara svårt för den enskilde läkaren att i alla fall ha tillräckliga kunskaper om vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas. Vägledning bör därför ges centralt i form av allmänna råd, och vid tveksamhet bör läkaren kontakta smittskyddsläkaren som i enlighet med 6 kap. 2 § fjärde punkten SmL ska bistå honom eller henne.[75] Riktlinjer utformas även inom smittskyddsläkarorganisationen, exempelvis genom s.k. smittskyddsblad som utges av Smittskyddsläkarföreningen. I smittskyddsbladen ges information och råd om den aktuella sjukdomen.

Den som har svårigheter med att hantera situationer där andra kan utsättas för smittrisk och som inte på egen hand klarar av att i

[74] Prop. 2003/04:30 s. 223.
[75] Prop. 2003/04:30 s. 223.

nödvändig utsträckning ändra sitt beteende eller sin livssituation måste alltså så snart som möjligt få det stöd och den hjälp som behövs. I förarbetena betonas att särskilt vid svåra långvariga sjukdomar torde det inte främst vara de medicinska frågorna om behandling och dylikt som är avgörande, utan den enskilde kan också behöva stöd i sin livssituation. Det stöd som ska erbjudas enligt bestämmelsen avser dock inte allmänna stödbehov utan stödet ska behövas av smittskyddsskäl.[76]

Som beskrivs ovan i avsnitt 7.5.2 har regeringen och Folkhälsomyndigheten möjlighet att meddela ytterligare föreskrifter för ett ändamålsenligt smittskydd och till skydd för enskilda (9 kap. 4 § första stycket SmL och 12 § SmF), och regeringen har möjlighet att meddela särskilda föreskrifter vid krig eller krigsfara och vid fredstida kriser (9 kap. 5 och 6 §§ SmL).

En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att ge individuella råd för en samhällsfarlig sjukdom bör införas

Erfarenheter från covid-19-pandemin av råd till smittade

Skyldigheten att få till stånd en läkarundersökning och provtagning i enlighet med smittskyddslagens bestämmelser fyller, så som beskrivs ovan i avsnitt 7.5.2, under normala förhållanden en viktig funktion ur smittskyddshänseende. Detsamma gäller den behandlande läkarens skyldighet att ge individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur patienten ska undvika att utsätta andra för smittrisk.

Även vid en omfattande smittspridning kan dessa skyldigheter vara avgörande. Som framgår i avsnittet om läkarundersökning och provtagning visade covid-19-pandemin att situationen dock kan vara sådan att skyldigheten att uppsöka läkare och få till stånd en undersökning och provtagning inte fyller någon egentlig funktion ur smittskyddssynpunkt, vare sig för att kunna begränsa smittspridningen eller för den enskilde. Är sjukdomen så vanligt förekommande och sjukdomsbilden för många så okomplicerad att det inte finns behov av individuellt utformade råd i varje enskilt fall, kan ett krav på läkarbesök med efterföljande individuellt utformade råd anses vara omoti-

[76] Prop. 2003/04:30 s. 223.

verat. Detta särskilt om hälso- och sjukvården är högt belastad av att ta om hand allvarliga fall av sjukdomen.

Under pandemin meddelade Folkhälsomyndigheten allmänna råd till 2 kap. 1 och 2 §§ SmL, dvs. till bestämmelserna om var och ens ansvar att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och om skyldigheten för den som misstänks bära på en smittsam sjukdom att vidta åtgärder för att skydda andra från smittrisk. De allmänna råden ändrades vid flera tillfällen för att anpassas till det epidemiologiska läget. De första allmänna råden bestod bl.a. av råd till var och en om sådant som handhygien, att hålla avstånd till andra människor i offentliga miljöer och att undvika onödiga resor. Vissa av råden riktade sig särskilt till personer över 70 år och andra riskgrupper och innehöll förutom råden om handhygien och avstånd också råd om att begränsa sina sociala kontakter och att undvika offentliga miljöer. Vidare gavs råd till personer som var smittade av eller misstänktes vara smittade av covid-19 om att bl.a. stanna hemma och att undvika sociala kontakter. Allmänna råd riktades även till arbetsplatser och andra verksamheter att t.ex. se till att personal om möjligt kunde hålla avstånd till varandra, arbeta hemifrån och undvika onödiga resor i arbetet och i rusningstid (Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2020:12] om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m., se också Folkhälsomyndighetens allmänna råd [HSLF-FS 2021:69] till 2 kap. 1 och 2 §§ SmL om covid-19 och Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2021:104] om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19). Regeringen gav även Folkhälsomyndigheten i uppdrag att proaktivt, genom olika kanaler och vid dagliga pressträffar informera om utbrottet av covid-19 till allmänheten och andra berörda aktörer om utbrottsläget i omvärlden och i Sverige, och om nationella beredskapsåtgärder.[77]

Även regionerna gav på sina hemsidor och på samlade webbplatser såsom 1177.se ut information och råd om sjukdomen och om förebyggande smittskyddsåtgärder till allmänheten.

[77] Se bl.a. regeringsbeslut den 5 mars 2020 om Uppdrag att vidareutveckla befintliga och kommande samordnings- och informationsinsatser m.m. med anledning av utbrottet av covid-19 (S2020/1232/FS (delvis).

Allmänna råd till enskilda kan vara tillräckligt som smittskyddsåtgärd

Utredningen bedömer att vid en liknande omfattade smittspridning som den som rådde under covid-19-pandemin kan sådana allmänna råd och lättillgänglig information som gavs då ge tillräcklig vägledning för den som är eller misstänks vara smittad. Så kan vara fallet t.ex. om sjukdomsbilden är relativt likartad för majoriteten av de smittade, sjukdomen har fått en stor samhällsspridning och då skyldigheten att utforma individuellt utformade råd skulle ge en ytterligare belastning på en redan hårt belastad hälso- och sjukvård.

På motsvarande sätt som utredningen föreslår ovan i fråga om skyldigheten att söka läkare och den behandlande läkarens skyldighet att undersöka, provta och smittspåra, bör därför regeringen genom ett nytt bemyndigande ges möjlighet att för en samhällsfarlig sjukdom meddela föreskrifter om undantag från smittskyddslagens bestämmelser om den behandlande läkarens skyldighet att ge individuellt utformade medicinska och praktiska råd. Det bör i detta sammanhang understrykas att avsikten med sådana undantag inte innebär att den som är i behov av vård och behandling inte ska söka läkare och få den vård och behandling som han eller hon är i behov av. Det är vidare den behandlande läkaren som bedömer patientens behov av vård och av information. Det bör också framhållas att även vid sådana undantag har samhället ett långtgående ansvar att ge information om åtgärder för att minska smittspridning. Det gäller inte minst information till dem som är diagnostiserade med den smittsamma sjukdomen.

I likhet med de övriga undantag som vi föreslår från smittskyddslagens bestämmelser bör det ankomma på regeringen att meddela föreskrifter om detta. Av samma skäl som för övriga undantag bör sådana föreskrifter vara tidsbegränsade.

En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag att erbjuda psykosocialt stöd bör inte införas

Utredningens förslag om att införa en möjlighet att göra undantag från skyldigheten att söka läkare och från den behandlande läkarens skyldighet att undersöka, provta och smittspåra i fråga om en samhällsfarlig sjukdom syftar till att kunna avlasta en hårt belastad hälso- och sjukvård i en situation med omfattande smittspridning under

vilken undersökning, provtagning och smittspårning av varje enskilt sjukdomsfall inte bedöms vara en effektiv smittskyddsåtgärd. Det bör dock understrykas att sådana undantag dock inte får innebära att de som är i behov av vård och behandling ska hindras från att söka och få den vård och behandling som den enskilde är i behov av.

Den som bär på en smittsam sjukdom och som har svårigheter med att hantera situationer där andra kan utsättas för smittrisk och som inte på egen hand klarar av att i nödvändig utsträckning ändra sitt beteende eller sin livssituation ska få det stöd och den hjälp som behövs. Detta följer av 4 kap. 1 § andra stycket SmL.

Som framhålls i förarbetena till 4 kap. 1 § andra stycket SmL är det i första hand vid långvariga sjukdomar som psykosocialt stöd kan behövas för att hjälpa den smittade att förändra sin livsföring och på så sätt undvika att föra smittan vidare. Skyldigheten att erbjuda sådant stöd föregås således av en bedömning i det enskilda fallet. Ett behov av psykosocialt stöd kan givetvis uppstå för en smittad person även i en situation där förutsättningarna för att meddela undantag från skyldigheten att söka läkare och att undersöka, provta och smittspåra varje sjukdomsfall är för handen. Det är utredningens uppfattning att även under sådana förhållanden ska den som bär på sjukdomen och söker sig till vården vid behov ska erbjudas psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring. Något bemyndigande om undantag från den behandlande läkarens skyldighet att erbjuda sådant stöd föreslås därför inte.

7.5.5 Det bör vara möjligt att göra undantag från skyldigheten att lämna individuellt utformade förhållningsregler

Förslag: För en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga ska regeringen få meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten för den behandlande läkaren att besluta om individuellt utformade förhållningsregler.

Föreskrifter om sådana undantag ska vara tidsbegränsade.

Behandlande läkarens och smittskyddsläkarens skyldigheter vad gäller förhållningsregler till patienten

Vid en allmänfarlig sjukdom ska den behandlande läkaren besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära på sjukdomen. Skyldigheten följer av 4 kap. 2 § SmL.

I förarbetena framhålls att förhållningsregler kan innebära inskränkningar i den enskildes grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Det är därför viktigt att behovet av en förhållningsregel noga prövas i varje enskilt fall och att smittskyddsintresset vägs mot den enskildes integritet och rörelsefrihet.[78] I syfte att åstadkomma en enhetlighet i tillämpningen, undvika godtycke och stärka den smittades rättssäkerhet innehåller bestämmelsen en begränsning av de olika moment som förhållningsreglerna kan omfatta.[79] Förhållningsreglerna får således endast avse

1. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
2. förbud mot att donera blod och organ,
3. förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,
4. skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap,
5. skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
6. skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning,
7. skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, eller
8. skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Förhållningsreglerna ska meddelas skriftligt så snart det är möjligt och tas in i den undersöktes patientjournal. Läkaren ska så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

Smittskyddsläkaren har i uppgift att stödja den behandlande läkaren och ge råd om lämpliga åtgärder (6 kap. 2 § fjärde punkten SmL).

[78] Prop. 2003/04:30 s. 115.
[79] Prop. 2003/04:30 s. 224.

På patientens begäran ska smittskyddsläkaren även pröva beslutet om förhållningsregler. Efter en sådan begäran, eller på eget initiativ, får smittskyddsläkaren ändra förhållningsreglerna (4 kap. 3 § SmL). Smittskyddsläkarens beslut om förhållningsreglerna får överklagas till allmän förvaltningsdomstol (8 kap. 1 § första stycket första punkten SmL).

I 4 kap. 4 § SmL finns bestämmelser om när den behandlande läkaren ska anmäla till smittskyddsläkaren att patienten inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna. Av 6 kap. 4 § SmL framgår smittskyddsläkarens utredningsansvar efter en sådan anmälan. Finns det en grundad anledning att anta att patienten inte följer förhållningsreglerna och det finns en påtaglig risk för att andra personer kan smittas får smittskyddsläkaren även ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsisolering (5 kap. 1 § SmL).

Förhållningsreglerna ska vara utformade utifrån aktuell kunskap om sjukdomen och dess spridningssätt, samt individuellt utformade utifrån den smittade individen och dennes levnadsförhållanden. Folkhälsomyndigheten kan ge vägledning i detta arbete genom föreskrifter och allmänna råd. Riktlinjer utformas även inom smittskyddsläkarorganisationen, exempelvis genom s.k. smittskyddsblad som utges av Smittskyddsläkarföreningen.[80] I smittskyddsbladen ges informationen om en sjukdom, tillsammans med rekommendationer om vilka förhållningsregler som bör ges vid sjukdomen. För många sjukdomar finns smittskyddsblad både riktade till läkaren och till patienten.

En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att ge förhållningsregler för en samhällsfarlig sjukdom bör införas

Förhållningsregler enligt 4 kap. 2 § SmL är en viktig hörnsten i smittskyddsarbetet med allmän- och samhällsfarliga sjukdomar. Skyldigheten för patienten att hantera sin sjukdom och sin situation enligt behandlande läkares beslutade förhållningsregler ökar normalt sett möjligheten för patienten att undvika att sprida sjukdomen vidare till någon i omgivningen.

[80] Se även prop. 2003/04:30 s. 224.

På motsvarande sätt som beskrivs ovan i avsnitt 7.5.4 om individuellt utformade råd till den enskilde, kan dock omständigheterna vid en omfattande smittspridning vara sådana att det inte är möjligt eller inte effektivt att förebygga smittspridning genom individuellt utformade förhållningsregler. Nyttan att ge sådana förhållningsregler skulle alltså vid en situation med omfattande smittspridning kunna utebli. Omständigheterna kan vara sådana att allmänna råd och rekommendationer riktade till smittade, respektive till var och en och till riskgrupper, bedöms utgöra ett lika effektivt alternativ och som även minskar belastningen på hälso- och sjukvården och smittskyddsläkarna.

Vid situationer där värdet med förhållningsregler kan utebli bör regeringen, i enlighet med vad vi föreslår ovan om individuellt utformade råd, få möjlighet att meddela föreskrifter om undantag från den behandlande läkarens skyldighet att besluta om förhållningsregler vid en samhällsfarlig sjukdom. Liksom för de övriga möjligheter som föreslås att meddela undantag från smittskyddslagen bör regeringen inte medges rätt att delegera uppgiften till en förvaltningsmyndighet. Av samma skäl som för övriga undantag bör sådana föreskrifter vidare vara tidsbegränsade.

I detta sammanhang kan nämnas att en föreskrift om undantag från kravet på att besluta om individuellt utformade förhållningsregler samtidigt innebär att patienten i dessa fall inte får några individuella förhållningsregler att följa. Något särskilt bemyndigande för att meddela undantag för patientens skyldighet att följa förhållningsreglerna behövs därför inte.

7.5.6 En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag att erbjuda vård och behandling bör inte införas

Bedömning: En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten för den behandlande läkaren att erbjuda sådan vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning och sådana särskilda behandlingsinsatser som behövs för att förändra ett smittfarligt beteende bör inte införas.

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom ska enligt 4 kap. 6 § SmL av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning. Om det finns behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende ska detta också erbjudas den enskilde. Om den behandlande läkaren får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte följer erbjuden medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor, ska läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren. Detta följer av 4 kap. 7 § SmL.

Att patienten ska erbjudas viss behandling innebär inte att patienten får förtur till behandlingen. Med särskilda behandlingsinsatser avses t.ex. behandling av missbruk av alkohol eller narkotika. Den vård och behandling som avses är vidare sådan som kan påverka smittsamheten av sjukdomen. För sådan vård och behandling som patienten kan behöva för sjukdomen i sig gäller bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.[81]

Som vi tidigare framhållit i avsnitt 7.5.4 om psykosocialt stöd är avsikten med våra förslag om möjligheter att meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att söka läkare, att undersöka och provta patienten och att smittspåra vid misstänkt eller konstaterad smitta, inte att den som är i behov av vård och behandling för att minska risken för förvärrad sjukdom eller för att minska smittsamheten ska hindras från att söka och få den vård och behandling som han eller hon är i behov av. Ett behov av vård och behandling kan givetvis uppstå för en smittad person även i en situation där förutsättningarna för att meddela undantag från skyldigheten att söka läkare och att undersöka, provta och smittspåra varje sjukdomsfall är för handen. Om den behandlande läkaren bedömer att det för en patient som sökt läkarvård finns ett behov av vård och behandling för att förebygga eller minska risken för smittspridning, ska läkaren alltså erbjuda patienten sådan vård och behandling. Något bemyndigande som tar sikte på undantag från den behandlande läkarens skyldighet att erbjuda sådan vård och behandling föreslås därför inte.

[81] Prop. 2003/04:30 s. 227.

7.5.7 Det bör vara möjligt att göra undantag från viss anmälnings- och underrättelseplikt

Förslag: För en viss sjukdom för vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga ska regeringen få meddela föreskrifter om undantag från

- skyldigheten för den behandlande läkaren att anmäla till smittskyddsläkaren att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om sjukdomen, och
- skyldigheten för smittskyddsläkaren att efter anmälan om en patients underlåtenhet att informera närstående underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas.

Föreskrifter om sådana undantag ska vara tidsbegränsade.

Av 2 kap. 2 § andra stycket SmL är den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma. Den smittade har alltså en informationsplikt, se mer om denna nedan i avsnitt 7.5.8 nedan.

Enligt 4 kap. 8 § SmL ska den behandlande läkaren anmäla till smittskyddsläkaren om han eller hon får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om sjukdomen och den behandlande läkaren bedömer att den närstående löper en påtaglig risk att smittas. Om smittskyddsläkaren gör samma bedömning som den behandlande läkaren, ska smittskyddsläkaren underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas. I förarbetena framhålls att det är smittskyddsläkaren som ska underrätta den närstående, med hänsyn till betydelsen av förtroendet mellan den smittade patienten och den behandlande läkaren. Av samma hänsyn ska den närstående underrättas endast om den närstående bedöms löpa en påtaglig risk att smittas och det står klart att den smittade personen inte frivilligt vill informera den närstående om smittrisken.[82]

Den behandlande läkarens skyldighet enligt bestämmelsen kräver en närmare kännedom om patienten. Det är därför utredningens

[82] Prop. 2003/04:30 s. 227.

uppfattning att skyldigheten hänger nära samman med de övriga skyldigheter som den behandlande läkaren har att bl.a. undersöka och provta patienten, att smittspåra utifrån patientens uppgifter om sina kontakter och att besluta om förhållningsregler. I en situation där en eller flera av dessa skyldigheter helt eller delvis har undantagits för den sjukdom som patienten bär på, bör därför även den behandlande läkarens skyldighet att anmäla misstanke om att patienten inte följt sin informationsplikt kunna undantas. Även smittskyddsläkarens skyldighet att underrätta den närstående bör kunna undantas. Regeringen bör därför ges möjlighet att meddela föreskrifter om sådana undantag. Liksom för de övriga möjligheter som föreslås att meddela undantag från smittskyddslagen bör regeringen inte medges rätt att delegera uppgiften till en förvaltningsmyndighet. Av samma skäl som för övriga undantag bör sådana föreskrifter vidare vara tidsbegränsade.

7.5.8 En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag för den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning bör inte införas

Bedömning: En möjlighet att meddela föreskrifter om undantag från den enskildes ansvar att medverka till att minska risken för smittspridning genom uppmärksamhet och försiktighetsåtgärder bör inte införas. Inte heller bör sådana möjligheter införas för den enskildes skyddsplikt och informationsplikt.

Den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning

Försiktighetsåtgärder

Smittskyddslagens syfte är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar.[83] Det är emellertid inte möjligt för det allmänna att skydda sin befolkning mot alla smittrisker. Alla individer har därför i vid mening ett intresse av och ett ansvar för att förhindra smittspridning. Detta kommer till uttryck i 2 kap. 1 § SmL som slår fast att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgär-

[83] Prop. 2003/04:30 s.84.

der ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Ansvaret för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar vilar på såväl smittade som osmittade personer. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar. Enligt propositionen till smittskyddslagen spelar också information och förebyggande åtgärder en stor roll.[84] Både regionen och smittskyddsläkaren har därför en skyldighet att se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 § och 6 kap. 2 § första punkten SmL).

Skyddsplikt

Samtidigt som alla har ett ansvar att förhindra smittspridning genom försiktighetsåtgärder är det oundvikligt att den som bär på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar för att undvika att andra utsätts för smitta, en s.k. skyddsplikt. Av 2 kap. 2 § första stycket SmL följer att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. I propositionen till smittskyddslagen uttalar regeringen att det är ofrånkomligt att den som bär på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar för att undvika att andra utsätts för smitta. Den smittade har många gånger i kraft av vetskapen om att han eller hon är smittad en större möjlighet att vidta åtgärder för att minska smittrisken. De åtgärder som ska vidtas utgör, enligt uttalandena, ofta relativt begränsade inskränkningar i livsföringen.[85]

Bestämmelsen om skyddsplikten omfattar situationer där en enskild person vet eller har anledning att misstänka att han eller hon utsatts för smittrisk och därför har anledning att misstänka att smittöverföring kan ha förekommit. Bestämmelsen innebär alltså en lagfäst skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. Skyldigheten gäller samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen enligt 1 kap. 3 § första stycket SmL. Någon särskild sanktion för den som inte uppfyller skydds-

[84] Prop. 2003/04:30 s. 214 och SOU 1999:51 s. 370
[85] Prop. 2003/04:30 s. 97

plikten finns inte. Enligt förarbetena får i stället straffbestämmelser eller tvångsåtgärder i form av isolering och tillfällig isolering tillämpas när förutsättningarna för dessa är uppfyllda.[86]

Informationsplikt

Enligt 2 kap. 2 § andra stycket SmL är den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Till skillnad från skyddsplikten gäller således informationsplikten enbart vid allmänfarliga sjukdomar och endast då det finns en beaktansvärd risk för smittspridning.

När smittskyddslagen infördes var skyldigheten att underrätta andra om att man bär på en smittsam sjukdom en fråga som krävde särskilda överväganden. Det konstaterades i propositionen att en sådan skyldighet kunde medföra stora svårigheter för den smittade. Det kunde till exempel medföra en rädsla för att inleda en kärleksrelation eller för att bli utlämnad till andra personer om ens smittbärarskap blir känt. Ett argument som några remissinstanser, däribland Riksförbundet för hivpositiva, Riksförbundet för sexuell upplysning och Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, förde fram var att informationsplikten invaggar människor i en falsk säkerhet, eftersom man tar för givet att den som är smittad talar om detta. Enligt regeringen talade dock flera omständigheter för att en informationsplikt skulle finnas. En utgångspunkt var att den enskilde själv måste få avgöra om han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas. Regeringen framhöll att såväl smittade som osmittade har ett ansvar för att spridning av smittsamma sjukdomar undviks. För att även en osmittad person ska kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon också ha insikt i de förhållanden som råder. Även om den smittade vidtar försiktighetsmått, till exempel ett sexualbeteende som begränsar risken för smittspridning, kvarstod i regel en viss risk för smittöverföring, enligt regeringen. I fråga om sjukdomen hiv hade flera remissinstanser, bland annat Föreningen läkare mot AIDS, framhållit att om man överhuvudtaget kunde föra ett resonemang om ett delat ansvar mellan

[86] Prop. 2003/04:30 s. 97.

en känt hivpositiv och en hivnegativ måste man acceptera skyldigheten att informera sin sexualpartner. Mot denna bakgrund konstaterade regeringen att övervägande skäl talar för att den som bär på vissa allmänfarliga sjukdomar ska vara skyldig att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer.[87]

Regeringen framhöll att diskussionen om informationsplikt vid allmänfarliga sjukdomar gällde främst hiv och de sexuellt överförbara sjukdomarna men det principiella ställningstagandet gäller samtliga allmänfarliga sjukdomar, även till exempel lungtuberkulos och salmonellainfektion. Informationsplikten är därför inte heller definierad som en allmän skyldighet utan gäller endast vid vissa situationer då en person utsätts för en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När denna risk föreligger är beroende på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar.[88] Regeringen framhöll vidare att den smittade måste få det stöd och de råd, i form av adekvat kunskap om sjukdomen och dess smittvägar, han eller hon behöver för att kunna informera riskutsatta personer på ett sakligt sätt. De medicinska och praktiska råd samt de förhållningsregler (se avsnitt 7.5.4 och 7.5.5) som den behandlande läkaren är skyldig att ge den smittade bör enligt regeringens mening fungera som vägledning för den smittade i dessa avseenden. En utgångspunkt för informationen är i dag de smittskyddsblad som ges ut av Smittskyddsläkarföreningen.

En möjlighet att undanta den enskildes skyldigheter gällande försiktighetsåtgärder, skyddsplikt och informationsplikt bör inte införas

Det är inte möjligt att skydda befolkningen mot alla smittrisker, vilket gör att ett stort behov finns för att enskilda genomför smittskyddsåtgärder utifrån sina förutsättningar och utifrån sin enskilda situation. Ett ansvar för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar vilar på såväl smittade som osmittade personer. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar.

[87] Prop. 2003/04:30 s. 98.
[88] Prop. 2003/04:30 s. 214.

Utredningen bedömer att oavsett smitta finns ett behov av att envar tar ansvar för att skydda sig och sin omgivning för smittsamma sjukdomar. Som framgår ovan har alla i vid mening ett ansvar för att förhindra smittspridning. Utredningen anser att ansvaret att skydda sig och sin omgivning ska kvarstå även om föreskrifter om undantag från till exempel läkarundersökning, individuella råd och förhållningsregler meddelas vid en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Dessa undantag avser, som beskrivs i avsnitten ovan, situationer med sådan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom att det saknas skäl att utreda varje sjukdomsfall för att konstatera smitta och för att ge individuellt utformade råd och förhållningsregler. Nyttan med en läkarundersökning, individuella råd och förhållningsregler vid en sådan situation kan således utebli och kan leda till en onödig överbelastning av hälso- och sjukvården och av regionernas smittskydd. Däremot anser utredningen att nyttan av att tillämpa försiktighetsåtgärder, informationsplikt och skyddsplikt vid en sådan misstänkt eller konstaterad smitta kommer att bestå och kan även vara särskilt viktig i en situation då övriga skyldigheter undantas. Att enskilda vidtar försiktighetsåtgärder under en omfattande smittspridning är av avgörande betydelse för att motverka smittspridningen och för att minska belastningen på hälso- och sjukvården. Som beskrivs i avsnitt 7.5.4 bör allmänheten på sedvanligt sätt, t.ex. genom 1177 sjukvårdsupplysningen, informeras om sjukdomen och dess spridningssätt.

7.6 Bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa bör göras mer ändamålsenliga

7.6.1 Folkhälsomyndigheten bör få fatta beslut om hälsokontroll även om ett utbrott inte konstaterats

Förslag: Folkhälsomyndigheten ska få fatta beslut om hälsokontroll på platsen för inresan om det finns grundad anledning att anta att det i ett visst geografiskt område pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom.

Frågor om att förhindra att smitta förs in i landet uppstod under covid-19-pandemin

De extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen utgörs av hälsokontroll på platsen för inresan, karantän, avspärrning och förbud att resa ut ur landet (3 kap. 8–10 och 12 §§ SmL).

I våra direktiv anges att det under covid-19-pandemin uppstod vissa frågor kring extraordinära smittskyddsåtgärder, bl.a. möjligheterna att, även i fall där det inte finns någon konstaterad smitta, vidta preventiva extraordinära åtgärder i syfte att förhindra att smitta förs in i landet eller sprids vidare till nya områden. Vi ska därför analysera och ta ställning till om det vid situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska vara möjligt att utföra en hälsokontroll vid inresa i landet, även i de fall det saknas konstaterat utbrott i avreselandet.

Hälsokontroll på platsen för inresan

Hälsokontroll kan vidtas i två situationer

Som beskrivs nedan får hälsokontroll på platsen för inresan beslutas i två olika situationer. I den ena är det smittskyddsläkaren som fattar beslut och i den andra Folkhälsomyndigheten. I båda fallen ska smittskyddsläkaren verkställa beslutet. I propositionen som låg till grund för införandet av de extraordinära smittskyddsåtgärderna konstaterades att andra läkare än smittskyddsläkare, t.ex. läkare vid vårdcentraler, bör kunna anlitas för att genomföra hälsokontrollen. Det framgår vidare att hälsokontrollen i normalfallet bör kunna genomföras av ett team bestående av en läkare och en sjuksköterska men att omständigheterna kan vara sådana att fler läkare och sjuksköterskor behöver engageras.[89]

Såvitt utredningen erfar har något beslut om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän eller avspärrning aldrig fattats i Sverige sedan bestämmelserna infördes.

[89] Prop. 2003/04:158 s. 64.

Smittskyddsläkarens beslut

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan (3 kap. 8 § första stycket SmL).

Av propositionen framgår att regeringen bedömde att det var lämpligt att smittskyddsläkaren fattar beslut i de fall då risken för smittspridning bedöms föreligga på grund av omständigheter i det enskilda fallet, t.ex. om någon eller några av passagerarna kommer från ett område där sjukdomen vunnit spridning eller när besättningen på flygplanet eller fartyget gjort iakttagelser som tyder på att någon passagerare bär på sjukdomen. Detsamma gäller personer som reser in i landet med t.ex. tåg, buss eller bil. Regeringen konstaterade att smittskyddsläkaren i många fall är den instans som först får information om sjukdomsfall och därför i tid kan bedöma behovet av åtgärder samt har det samlade ansvaret för smittskyddet i det område där han eller hon verkar. Vidare konstaterade regeringen att smittskyddsläkaren är skyldig att se till att nödvändig smittspårning kommer till stånd samt har att bedöma behovet av tvångsundersökning, tillfällig isolering och tvångsisolering. Regeringen bedömde att smittskyddsläkaren är den instans som har bäst förutsättningar att i det enskilda fallet bedöma behovet av hälsokontroll vid platsen för inresa samt att följa upp ett sådant beslut och bedöma behovet av ytterligare åtgärder.[90]

Folkhälsomyndighetens beslut

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan (3 kap. 8 § andra stycket SmL). Av fjärde stycket i samma paragraf framgår att smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut.

För bestämmelsens tillämpning krävs inte att det föreligger risk för smittspridning på grund av omständigheter i ett enskilt fall. Det

[90] Prop. 2003/04:158 s. 62.

handlar i stället om att en sjukdom har fått en sådan spridning inom ett visst geografiskt område att det kan finnas skäl att besluta att samtliga personer som vistats inom detta område under en viss tidsperiod ska bli föremål för hälsokontroll. Regeringen menade att en sådan långtgående åtgärd främst aktualiseras i fall då WHO rekommenderat att hälsokontroll ska genomföras för inresande från vissa länder eller om en sådan åtgärd har rekommenderats inom EU. Vid en sådan situation ställs det särskilda krav på likartade bedömningar oavsett i vilken hamn eller på vilken flygplats som inresan sker. Regeringen menade att om det är fråga om ett geografiskt område från vilket det finns ett stort antal flygförbindelser till Sverige kan det bli svårt för smittskyddsläkaren att hinna fatta samtliga beslut i tid. Regeringen bedömde att sådana beslut bör läggas på en central myndighetsnivå där både medicinsk och rättslig kompetens är företrädd. Ansvaret för att verkställa sådana beslut borde dock vila på respektive smittskyddsläkare. Av propositionen framgår även att Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll måste omprövas kontinuerligt både avseende om behovet hälsokontroll kvarstår och av det eller de områden som omfattas. Ett beslut om hälsokontroll torde endast kunna bestå under en kortare tidsperiod.[91]

Det framgår inte närmare i förarbetena vad som avses med rekvisitet ”skett utbrott”. Folkhälsomyndigheten har framfört till utredningen att myndigheten tolkar uttrycket som att det måste finnas ett konstaterat utbrott. Enbart misstanke om ett utbrott i ett geografiskt område är enligt myndigheten inte tillräckligt.

Erfarenheter från ebolautbrottet 2013–2016

Erfarenheterna från utbrottet av ebola i Västafrika 2013–2016 (se även avsnitt 7.4), det hittills största ebolautbrottet, visar på en situation där information om utbrottet dröjde. Enligt vad som är känt började utbrottet i december 2013 i en by i Guinea nära gränsen till Sierra Leone och Liberia. Utbrottet pågick sedan tämligen ouppmärksammat tills lokal sjukvårdspersonal i mars 2014 underrättade myndigheterna i Guinea och Läkare utan gränser om en mystisk sjukdom. Den 14 mars rapporterade Guinea till WHO om ett sjukdomsutbrott av okänd orsak. Den 20 mars visade laboratorietest att det rörde sig

[91] Prop. 2003/04:158 s. 63–64.

om ebola. I augusti samma år deklarerade WHO internationellt hot mot människors hälsa (PHEIC, se avsnitt 3.4.1 och 4.1.3).[92] Ebola-utbrottet spred sig snabbt till grannländerna Sierra Leone och Liberia. I juni 2016 förklarades utbrottet vara över. Under den tid utbrottet varade spred sig smittan till ytterligare sju länder: Italien, Mali, Nigeria, Senegal, Spanien, Storbritannien och USA.

Det bör krävas en grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott

Det är inte otänkbart att det på nytt uppstår en situation där det kan finnas misstankar om att det pågår spridning av en viss sjukdom i ett land men där det inte med säkerhet går att veta om det verkligen skett ett utbrott. Det kan finnas flera orsaker till att det råder informationsbrist, t.ex. att det aktuella landet har en dåligt utbyggd hälso- och sjukvård eller ett bristfälligt övervakningssystem för smittsamma sjukdomar. Det går inte heller att utesluta att information om pågående smittspridning undanhålls av exempelvis rädsla för minskad turism eller internationella rese- eller handelsrestriktioner.[93]

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att det inte bör krävas ett konstaterat utbrott av en samhällsfarlig sjukdom för att Folkhälsomyndigheten ska kunna besluta om hälsokontroll. Det bör i stället var tillräckligt att det finns en grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom. Med grundad anledning att anta menas att det ska föreligga konkreta omständigheter som talar för att det pågår smittspridning av en viss samhällsfarlig sjukdom.

[92] Bucht G, Frithz E och Waleij A. Totalförsvarets forskningsinstitut. Ebola – Vetenskap, samhälle och säkerhet. 2016. FOI-R-4355-SE, s. 11 och 27.
[93] Se t.ex. Bucht, Frithz och Waleij. 2016, s. 21.

7.6.2 Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll bör kunna omfatta en vidare krets av resenärer

Förslag: Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll ska även få omfatta personer som anländer till Sverige från ett område som står i nära förbindelse med det geografiska område där myndigheten bedömt att det finns grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom.

Större spridning vid omfattande resande

När de extraordinära smittskyddsåtgärderna infördes i smittskyddslagen konstaterades att infektionssjukdomar som blossar upp i en del av världen har en mycket större spridningspotential än tidigare. Detta på grund av människors alltmer omfattande resande, den ökade invandringen och handeln med livsmedel. Som skäl till behovet av en förstärkt smittskyddslagstiftning lyftes fram att det är nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Det konstaterades att det i vissa extrema situationer kan vara nödvändigt att samhället har möjlighet till ett snabbt ingripande med extraordinära smittskydds åtgärder.[94] Det är även utredningens bedömning att det är mest sannolikt att de sjukdomar som bestämmelserna om samhällsfarlig sjukdom för närvarande är tillämpliga på kommer in i Sverige via så kallade importfall, dvs. genom att en person som blivit smittad utomlands reser in i Sverige (se även avsnitt 4.4.6).

Enligt FN-organet UNWTO (Världsturismorganisationen) var de internationella turistresorna under 2024 tillbaka på högre nivåer än före pandemin. Runt 1,4 miljarder internationella resor genomfördes under året, varav 747 miljoner till länder i Europa.[95]

[94] Prop. 2003/04:158 s. 48 och 49.
[95] UNWTO. International tourism recovers pre-pandemic levels in 2024. Hämtat 2025-02-28 från https://www.unwto.org/news/international-tourism-recovers-pre-pandemic-levels-in-2024.

Erfarenheter från covid-19-pandemin

Spridningen av covid-19 föranledde Folkhälsomyndigheten att utfärda så kallade provtagningsindikationer (kriterier för vilka personer som rekommenderades provtagning). Den 24 februari 2020 uppmanades personer som reste till Sverige efter att ha vistats i bl.a. norra Italien att, vid symtom på covid-19, kontakta sjukvården för en bedömning. Den 9 mars 2020 rekommenderades även den som varit i österrikiska delen av Tyrolen att testa sig vid symtom. Förutom något enstaka importfall fanns det inga tecken på förekomst av SARS-CoV-2 i Sverige före vecka nio 2020 (24 februari–1 mars). Forskning talar för att tidig import från norra Italien och Österrike, förmodligen skidorter i dessa länder, var mycket betydelsefull för att etablera smittspridningen av covid-19 i Sverige under våren 2020.[96] Det kan alltså pågå smittspridning i ett geografiskt område utan att det ännu är känt, vilket innebär att resor till och från ett sådant område kan leda till smittspridning i Sverige.

Även i områden med nära förbindelser kan det pågå smittspridning

På samma sätt som en sjukdom kan sprida sig till ett angränsande område kan ett sjukdomen spridas mellan områden som står i nära förbindelse med varandra utan att de behöver ligga geografiskt nära varandra. Utredningen bedömer därför att Folkhälsomyndighetens möjlighet att besluta om hälsokontroll bör utökas till att även kunna omfatta ett område som står i nära förbindelse med det geografiska område där det finns en grundad anledning att anta att det pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom. Att områdena står i nära förbindelse med varandra behöver inte betyda att de är närliggande. Områden kan stå i förbindelse med varandra genom en omfattande rörlighet av människor mellan områdena. Det kan t.ex. handla om handelsutbyte, turister, migranter eller gästarbetare. Något närmare krav på hur omfattande rörligheten mellan områdena behöver vara bör inte ställas upp. Det bör i stället göras en samlad bedömning av

[96] Dyrdak, A & Albert, J. Utredning av den initiala smittspridningen av SARS-CoV-2 till och inom Sverige – Underlagsrapport till SOU 2021:89 Sverige under pandemin. 2021, s. 2, 6 och 7. Dyrdak et al. Early unrecognised SARS-CoV-2 introductions shaped the first pandemic wave, Sweden, 2020. Euro Surveillance. 2024;29(41). https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.41.2400021.

omständigheterna i det enskilda fallet. Det bör dock, i enlighet med vad vi anfört i avsnitt 7.6.1, handla om en sådan mängd resor att det finns en grundad anledning att anta att sjukdomen kan ha spridit sig mellan områdena.

I detta sammanhang bör också nämnas att redan enligt nuvarande lydelse av bestämmelsen om hälsokontroll vid inresa uppställs inget krav på att det aktuella geografiska området, som resenärerna ska anlända från för att genomgå kontrollen, ska ligga i enbart ett land. Ett geografiskt område kan alltså avse ett område som sträcker sig över landsgränser.

7.6.3 Innebörden av en hälsokontroll och möjligheten att provta personer vid inresa bör tydliggöras

Bedömning: Innebörden av en hälsokontroll och möjligheten att provta personer vid inresa i landet bör tydliggöras.

Bakgrunden till utformningen av gällande bestämmelser om hälsokontroll vid inresa

Enligt utredningens direktiv ska vi analysera och ta ställning till om det ska vara möjligt att vid en hälsokontroll vid inresa till landet utföra provtagning av individer. I nuvarande bestämmelser om hälsokontroll vid inresa anges uttryckligen att hälsokontrollen inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp (3 kap. 8 § tredje stycket SmL). Bakgrunden till denna reglering var Lagrådets yttrande över regeringens förslag.[97]

I lagrådsremissen hade regeringen konstaterat att hälsokontrollen i regel borde kunna begränsas till att hälso- och sjukvårdspersonal samtalar med envar av passagerarna och under samtalen gör iakttagelser beträffande förekomsten av eventuella sjukdomssymtom. Regeringen konstaterade att någon mer ingripande undersökning av varje resenär alltså normalt inte skulle komma i fråga. Om iakttagelserna vid en hälsokontroll givit anledning till det skulle dock vissa resenärer kunna bli föremål för en något närmare undersökning. En sådan

[97] Prop. 2003/04:158 s. 64.

undersökning skulle i första hand kunna omfatta feberkontroll, besiktning av hud och av munhålan och kontroll av hjärt- och lungstatus. Regeringen hade också konstaterat att en hälsokontroll svårligen kunde genomföras tvångsvis då den i regel består av att hälso- och sjukvårdspersonal samtalar med envar av passagerarna på ett visst transportmedel och under samtalen gör iakttagelser. Om en person vägrar att medverka till en hälsokontroll torde den bli ganska meningslös. Smittskyddsläkaren skulle då i stället kunna besluta att personen ska sättas i karantän.[98]

I sitt yttrande framförde Lagrådet att förslaget väcker frågan om begreppet hälsokontroll är tillräckligt väl avgränsat för att en skiljelinje, så som motiveringen ovan antyder, ska kunna dras mot undersökningsförfaranden som brukar uppfattas som mer ingripande för den enskilde. Lagrådet framförde att en möjlighet skulle kunna vara att föreskriva att hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan undersöksåtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. En uttrycklig bestämmelse om detta lades därför till i paragrafen. Hälsokontrollen begränsades således till att innebära att sjukvårdspersonal samtalar med envar av passagerarna och under samtalen gör iakttagelser beträffande förekomsten av eventuella sjukdomssymtom. Regeringen anförde att om den som genomför hälsokontrollen anser att det behövs en mer ingripande undersökning och detta inte kan genomföras på frivillig väg, kan smittskyddsläkaren, om förutsättningarna är uppfyllda besluta om karantän eller tillfällig isolering och hos domstol ansöka om tvångsundersökning.[99]

Rätten till rörelsefrihet och skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp

Europakonventionen gäller som svensk lag enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Artikel 5 i Europakonventionen ger rätt till frihet och personlig säkerhet. Artikel 8.1 i Europakonventionen om rätt till skydd för privat- och familjeliv ger ett skydd mot påtvingande kroppsliga ingrepp. Enligt 2 kap. 19 § regeringsformen får lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid

[98] Lagrådsremiss. Extraordinära smittskyddsåtgärder s.61 och 75.
[99] Prop. 2003/04:158 s. 64, 130, 131 och 147.

med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen. Enligt Europakonventionen kan dock skyddet för privat- och familjeliv begränsas genom lag om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till bl.a. skydd för hälsa eller för andra personers fri- och rättigheter (artikel 8.2). Frihetsberövande får t.ex. ske genom att någon lagligen berövas friheten för att förhindra spridning av ”smittosam sjukdom” (artikel 5.1 e).

Bestämmelser om skydd för de grundläggande fri- och rättigheterna finns i 2 kap. regeringsformen. Där finns bl.a. bestämmelser om kroppslig integritet och rörelsefrihet (4–8 §§). Av 2 kap. 8 § framgår att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot frihetsberövanden och att den som är svensk medborgare även i övrigt är tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna det. Av 2 kap. 6 § framgår bl.a. att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Av förarbetena framgår att uttrycket kroppsligt ingrepp främst avser våld mot människokroppen. I begreppet ingår även läkarundersökningar och smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning och liknande åtgärder som brukar betecknas som kroppsbesiktning.[100] Enligt regeringsformen får rätten till rörelsefriheten och skyddet mot påtvingande kroppsliga ingrepp begränsas genom lag (2 kap. 20–22 §§). Av dessa bestämmelser framgår bl.a. att begränsningar av skyddet mot påtvingande kroppsliga ingrepp och rörelsefriheten får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och att de aldrig får gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den.

Närmare om påtvingade kroppsliga ingrepp

På flera rättsområden finns det bestämmelser om kroppsliga ingrepp. Förarbetena till dessa kan ge ytterligare vägledning i vad som kan anses falla in i begreppet kroppsbesiktning. En okulär yttre granskning av en naken kropp liksom att lyfta på någons hår anses vara en kroppsbesiktning.[101] En ögonundersökning enligt lagen (1999:216) om ögonundersökning vid misstanke om vissa brott i trafiken anses också vara en kroppsbesiktning.[102] En sådan undersökning innebär

[100] Prop. 1975:76:209 s. 147.
[101] Prop. 1981/82:2 s. 10 och 11 samt prop. 1993/94:24 s. 33 och 34.
[102] Prop. 1998/99:43 s. 33, 34 och 88.

yttre iakttagelser av ögats utseende och funktion. Hjälpmedel i form av pupillometer, penna eller annat liknande föremål samt mindre ljuskälla får användas vid undersökningen.

Ytterligare exempel på vad som är att betrakta som kroppsbesiktning är att en polis tar av en persons handskar för att kunna titta på händerna, knäpper upp en persons skjortknappar för att se om det finns märken på halsen eller viker upp en ärm för att se om det finns tatueringar. Den omständighet att en person själv tar av sig ett klädesplagg på uppmaning av en polis förändrar inte förfarandets karaktär av tvångsmedel. Åtgärder av detta slag hör till den nedre gränsen för vad som kan anses falla in i begreppet kroppsbesiktning. Att betrakta de synliga delarna av en persons kropp på ett sätt som normalt kan göras av var och en anses inte vara ett tvångsmedel, t.ex. att titta på de synliga delarna armarna på en person som bär en kortärmad skjorta. Den avgörande skillnaden är att personen i fråga inte behöver ta av sig några kläder på uppmaning av polisen för att en viss del av kroppen ska kunna granskas.[103]

Tagande av salivprov för dna-analys genom s.k. ”topsning” anses också falla inom begreppet kroppsbesiktning. Dna-prover tas genom enkla blod- eller salivprover och, det integritetsintrång som själva provtagningen utgör har inte ansetts vara särskilt stort, även om det sker mot den enskildes vilja.[104]

Att ta fingeravtryck är också ett påtvingat kroppsligt ingrepp.[105] Riksdagens justitieombudsmän (JO) har bedömt att tagande av urinprov är ett sådant kroppsligt ingrepp som avses i 2 kap. 6 § första stycket regeringsformen.[106] Som ytterligare exempel på vad som kan anses falla in under begreppet kroppsligt ingrepp i regeringsformens mening kan nämnas temperaturtagning, även om termometern inte vidrör den undersöktes kropp. I ett beslut där JO riktar kritik mot en svensk ambassad för att under covid-19-pandemin ha kontrollerat kroppstemperaturen på personer som skulle besöka ambassaden, anför JO att även om de allra flesta inte torde uppfatta temperaturtagning som särskilt integritetskänsligt gäller grundlagsskyddet även för mindre ingrepp. Temperaturtagning innebär en undersökning av kroppen och för att genomföra undersökningen kan vissa delar av kroppen behöva göras tillgängliga för den som ska mäta tempe-

[103] SOU 1995:47 s. 259 och 260.
[104] Prop. 2005/06:29 s. 18–22.
[105] Prop. 2024/25:37 s. 46 och 47.
[106] JO 2011/12 s. 471, dnr 6823-2009 och 2196-2010.

raturen. Enligt JO skulle det t.ex. kunna innefatta att den som ska kontrolleras behöver ta av sig en huvudbonad eller flytta på något annat klädesplagg. Undersökningen resulterar även i att information om besökarens kropp och hälsotillstånd kan läsas av.[107]

Skyddet mot kroppsliga ingrepp gäller bara om ingreppet är att anse som påtvingat. Det kan vara fråga om direkt våldsanvändning men det kan även vara påtvingat genom att den enskildes motstånd bryts genom hot om någon sanktion. Det kan t.ex. handla om att en befattningshavare uppträder på ett sätt som får till följd att någon med fog uppfattar sig vara tvungen att underkasta sig provtagning.[108] I beslutet rörande frågan om temperaturtagning konstaterade JO att alla som velat besöka ambassadens lokaler var tvungna att låta kontrollera kroppstemperaturen och att det inte funnits utrymme för någon frivillighet. Det verkade enligt JO även som att besökarna inte hade fått information om att det var möjligt att neka till temperaturtagningen och, utifrån vad som hade framkommit, hade ambassaden inte heller erbjudit några alternativ till fysiska besök i ambassadens lokaler. JO bedömde därför att det inte varit fråga om ”någon verklig frivillighet”.[109]

Förutsättningarna för tvångsundersökning, tillfällig isolering och karantän

Det svenska smittskyddet utgår från det frivilliga förebyggande arbetet samt det ansvar som var och en har att förhindra smittspridning. Som framgår i avsnitt 2.1.1 är det utredningens uppfattning att den ordningen även fortsatt ska gälla.

Som framgår ovan är avsikten med gällande reglering att det ska vara möjligt att utföra provtagning av individer på grundval av vad som kommer fram vid en hälsokontroll vid inresa, under förutsättning att personen i fråga medverkar till detta eller med hjälp av beslut om tillfällig isolering eller karantän och tvångsundersökning i enlighet med smittskyddslagens övriga bestämmelser.

Av dessa bestämmelser följer exempelvis att en läkare som misstänker att en patient bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan

[107] JO 2022/23 s. 529, dnr 3511-2021.
[108] JO 2011/12 s. 471, dnr 6823-2009 och 2196-2010. Eka A., Hirschfeldt J, Jermsten H., Svahn Starrsjö K. Regeringsformen – med kommentarer. 2:3 uppl. Stockholm: Karnov Group Sweden AB; 2022, s. 103. Se även JO 2022/23 s. 529, dnr 3511-2021.
[109] JO 2022/23 s. 529, dnr 3511-2021.

smittspårningspliktig sjukdom skyndsamt ska undersöka patienten och ta de prover som behövs (eftersom samhällsfarliga sjukdomar också är klassificerade som allmänfarliga gäller bestämmelsen även samhällsfarliga sjukdomar). Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning ska läkaren utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren (se 3 kap. 1 § andra och tredje stycket SmL). Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen ska hållas i karantän (se 3 kap 9 § första stycket SmL). Smittskyddsläkaren får besluta om tillfällig isolering om den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas (5 kap. 3 § SmL). En skillnad mellan karantän och tillfällig isolering är att det för ett beslut om att sätta någon i karantän endast krävs att det kan antas att personen varit utsatt för smitta, medan det för ett beslut om tillfällig isolering krävs att det kan misstänkas att personen är smittad och genom sitt beteende utsätter någon annan för en omedelbar risk att smittas. En person som t.ex. uppvisar sjukdomssymtom som ger anledning till misstanke om smitta bör inte sättas i karantän utan bör hanteras inom ramen för bestämmelserna om isolering.[110]

Smittskyddsläkaren kan också hos förvaltningsrätten ansöka om tvångsundersökning om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. Beslut om sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Vid undersökningen får inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men (3 kap. 2 § första och andra styckena SmL).

I propositionen till smittskyddslagen framgår att det för att tvångsundersökning ska kunna äga rum krävs att det finns konkreta omständigheter som talar för att personen har varit i sådan kontakt med en smittad person eller annan smittkälla att det föreligger en påtaglig risk för att han eller hon har smittats. Det framgår vidare att tydliga symtom på smitta av en viss sjukdom kan vara en sådan omständighet.[111]

[110] Se prop. 2003/04:158 s. 67–71, 105 och 106.
[111] Prop. 2003/04:30 s. 129, 130, 219 och 220.

Före det att bestämmelserna om de extraordinära smittskyddsåtgärderna infördes i smittskyddslagen 2005 var rättsläget sådant att det var svårt för en smittskyddsläkare att kunna utreda om en person som reste in i Sverige via flyg eller fartyg var smittad av en viss smittsam sjukdom om personen inte frivilligt medverkade i en sådan utredning. Både tvångsundersökning och tillfällig isolering krävde bl.a. att det fanns anledning att misstänka att den enskilde bar på en viss sjukdom. Det fanns inte möjlighet att ingripa enbart på grunden att en person hade utsatts för risk att smittas. Mot denna bakgrund infördes i smittskyddslagen bestämmelser om hälsokontroll vid inresa och om karantän. Som framgår ovan framhöll Lagrådet att en hälsokontroll inte får vara förenad med någon åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp och regeringen anförde att om den som utför hälsokontrollen anser att en mer ingripande undersökning bör genomföras och det inte kan ske på frivillig väg så kan smittskyddsläkaren, om förutsättningarna i de aktuella paragraferna är uppfyllda, besluta om karantän eller tillfällig isolering eller ansöka om tvångsundersökning.[112]

Utredningen uppfattar utifrån dessa uttalanden att syftet med hur regleringen kom att utformas var att rekvisitet som avser misstänkt bärarskap i bestämmelserna om tvångsundersökning respektive tillfällig isolering ska kunna anses vara uppfyllt när en person inte frivilligt medverkar till ytterligare utredning efter en hälsokontroll. Detta således under förutsättning att det finns grund för att genomföra en hälsokontroll vid inresa och att det utifrån vad som framkommer vid hälsokontrollen finns skäl att uppmana den undersökte att underkasta sig ytterligare undersökning. Är situationen sådan att det exempelvis inte finns någon adekvat provtagningsmetod eller om provtagning av andra skäl inte bedöms kunna ge resultat bör frivillig isolering, om den enskilde medverkar till det, eller tillfällig isolering efter beslut av smittskyddsläkaren, kunna vidtas.

Det är vidare utredningens bedömning att om en person vägrar att medverka i en hälsokontroll och det därigenom är svårt att få fram uppgifter som talar mot att personen varit utsatt för smitta torde i många fall de omständigheter som föranlett att smittskyddsläkaren eller Folkhälsomyndigheten har beslutat om en hälsokontroll vara tillräckliga för att anse att förutsättningarna för karantän

[112] Se prop. 2003/04:158 s. 61, 62 och 64.

är uppfyllda. Det torde alltså i många fall vara möjligt att under sådana förhållanden bedöma att det finns en risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom och att personen har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen (3 kap. 9 § SmL). I detta sammanhang kan även nämnas att karantän skulle kunna bli aktuellt även om en person medverkar till ytterligare utredning, men det t.ex. inte finns någon adekvat testmetod eller om det rör sig om en sådan smitta att det tar tid att få svar på analysen av testet (se nedan) och det inte är möjligt med frivillig isolering.

Handläggningen av tvångsundersökning i domstol

När det gäller tvångsundersökning är det förvaltningsrätten som fattar beslut om detta efter en ansökan från smittskyddsläkaren. Förvaltningsrätten ska inom en vecka, från den dag en ansökan om tvångsundersökning inkommer till domstolen, ta upp ansökan till avgörande (8 kap. 5 § första stycket första punkten SmL). Enligt andra stycket samma paragraf får dock förvaltningsrätten förlänga tidsfristen om det finns särskilda skäl. På begäran av smittskyddsläkaren ska Polismyndigheten lämna biträde för att genomföra tvångsundersökning (8 kap. 12 § första stycket första punkten SmL).

Utredningen har hämtat in statistik avseende ansökningar om tvångsundersökning från de regionala smittskydden i Skåne, Stockholm och Västerbotten. Av underlagen framgår att i ingen av regionerna har någon ansökan avslagits av förvaltningsrätten. Ett antal ansökningar har dock avskrivits och det beror sannolikt oftast på att personen, efter att ansökan lämnats in till domstol, valt att själv gå och lämna prov och att smittskyddsläkaren därför återkallat ansökan. Av de ärenden som bifölls av förvaltningsrätterna tog det från det att ansökan lämnades in till dess att ansökan bifölls i snitt 33 dagar i Stockholm, 19 dagar i Skåne och 13 dagar i Västerbotten. Från bifall till dess att provet faktiskt togs tog det i snitt 28 dagar i Stockholm, 31 dagar i Skåne och 6 dagar i Västerbotten. Det innebär att från det att ansökan lämnades in till dess prov faktiskt togs tog det i snitt 61 dagar i Stockholm, 50 dagar i Skåne och 19 dagar i Västerbotten. Antalet ärenden skiljer sig åt mellan regionerna och enstaka avvikelser kan få mer eller mindre stort genomslag. Utredningen bedömer ändå att det inhämtade underlaget ger en tydlig

indikation på att i de fall undersökning behöver ske med tvång rör det sig om en relativt, ur smittskyddssynpunkt, lång tidsutdräkt. Vi har inte närmare kunnat undersöka anledningen till detta men det är inte orimligt att anta att det beror på t.ex. svårigheter för förvaltningsrätten att få den misstänkt smittade personen delgiven samt för Polismyndigheten att i förekommande fall hitta och kunna föra personen till provtagning.

Behovet av tvångsprovtagning vid en hälsokontroll vid inresa

Provtagning bör i de flesta fall kunna genomföras utan tvång

Syftet med en hälsokontroll är att förhindra att en eller flera personer som bär på en samhällsfarlig sjukdom för smittan vidare till andra personer i Sverige. Det rör sig alltså om att stoppa en sjukdom som kan få allvarliga konsekvenser såväl för den som drabbas av den som för samhället. Utredningen delar den bedömning som gjordes i samband med att bestämmelserna om hälsokontroll vid inresa infördes om att det i de allra flesta fall kan antas att den som med fog kan misstänkas vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom låter sig undersökas frivilligt.[113] Erfarenheterna från covid-19-pandemin ger inte heller någon anledning att frångå denna bedömning.

Det krävs starka skäl för att genom ny lagstiftning frångå de krav som ställts vid tvångsprovtagning i dag

Att förhindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom är ett berättigat intresse som väger tungt i förhållande till det ingrepp i den personliga integriteten som en tvångsundersökning innebär.

Utredningen har övervägt om det bör införas ett snabbare förfarande som skulle göra det möjligt att genomföra en provtagning med tvång utan den tidsutdräkt som domstolsförfarandet i 3 kap. 2 § SmL medför i dag. Ett sådant förfarande skulle t.ex. kunna innebära att beslutet inte behöver fattas av en förvaltningsrätt utan skulle kunna fattas av smittskyddsläkaren själv. Andra alternativ skulle kunna vara att den läkare som genomför hälsokontrollen skulle få

[113] Prop. 2003/04:158 s. 67.

fatta ett sådant beslut eller att beslutet fattas av Folkhälsomyndigheten.

I propositionen till smittskyddslagen framgår att regeringen bedömde att tvångsundersökning innebär ett sådant betydande integritetsintrång att beslut bör fattas av domstol. Det som enligt regeringen talade för en domstolsprövning var bl.a. de rättssäkerhetsgarantier som omgärdar ett domstolsförfarande och att en rättslig prövning torde innebära att en mer enhetlig praxis utvecklas rörande i vilka fall tvångsundersökning kan anses befogad. Det som talade emot en domstolsprövning var att det kan föreligga ett smittskyddsintresse av att snabbt få till stånd en läkarundersökning. Ett alternativ som övervägdes var därför att smittskyddsläkaren skulle kunna fatta beslut om tvångsundersökning och ge den enskilde rätt att överklaga smittskyddsläkarens beslut. Ett sådant överklagandeförfarande skulle dock i praktiken vara betydelselöst eftersom snabbhetsintresset torde kräva att undersökningen genomförs omedelbart.[114]

Som framgår av kapitel 4 har utredningen fokuserat på smittspridning med ett hastigt förlopp. Vi har också bedömt att nästa pandemi sannolikt orsakas av ett luftvägsvirus då det framför allt är sådana virus som har kapacitet att orsaka en omfattande snabb smittspridning, se avsnitt 4.1.5 och 4.4. Det rör sig således om virus som sannolikt har kort inkubationstid och kort smittsamhetsperiod. För att begränsa smittspridningen av ett sådant virus är det, enligt utredningen, viktigt att snabbt kunna vidta åtgärder. Det föreligger alltså ett smittskyddsintresse att snabbt kunna få till stånd en läkarundersökning.

Utredningen har därför övervägt att föreslå att regleringen ska ändras så att en domstolsprövning inte krävs på förhand. Vi instämmer dock med den ovan refererade bedömningen att en tvångsundersökning innebär ett sådant betydande integritetsintrång att beslut om tvångsundersökning bör fattas av en domstol. Utredningen anser att det behöver finnas tillräckligt starka skäl för att göra avsteg från de rättssäkerhetsgarantier som en domstolsprövning på förhand innebär. För att införa en annan ordning behöver t.ex. testmetoden vara väl underbyggd och analysresultatet tillräckligt tillförlitligt, dvs. det får inte föreligga för stora risker för felbedömningar avseende s.k. falska negativa eller falska positiva analysresultat. Motsvarande resonemang har förts i andra sammanhang

[114] Prop. 2003/04:30 s. 129 och 130.

i samband med att testmetoder som innebär kroppsliga ingrepp har införts, exempelvis i propositionerna vid införandet av lagen (1999:216) om ögonundersökning vid misstanke om vissa brott i trafiken samt lagen (2024:1231) om försöksverksamhet med rutinmässiga ögonundersökningar i trafiken.[115] Andra viktiga faktorer att beakta är att provtagningen ska kunna genomföras på ett för alla inblandade smittsäkert sätt och att det måste gå att få svar på analysresultat relativt snabbt.

Särskilt om temperaturmätning

Utredningen har övervägt om temperaturmätning bör kunna ingå i hälsokontrollen som ett komplement till samtalet och om det skulle bidra till en mer träffsäker bedömning av vilka personer som behöver genomgå ytterligare läkarundersökning samt eventuell provtagning. Temperaturmätning användes vid inresa av vissa andra länder under covid-19-pandemin.[116] Det torde vara en allmän uppfattning att det inte är särskilt integritetskränkande att mäta temperaturen i hörselgången eller via pannan. Temperaturmätning är dock ett trubbigt verktyg för att fånga upp personer som kan bära på en viss samhällsfarlig sjukdom, se även avsnitt 5.3.8. Det finns flera skäl till detta. Det viktigaste är att en smittad person kan vara feberfri under hela eller delar av den smittsamma perioden. Dessutom kan förhöjd temperatur bero på andra infektiösa och icke-infektiösa sjukdomar liksom normala variationer. Utredningen bedömer därför att det inte finns tillräckligt starka skäl för att särskilt reglera att sådan mätning kan genomföras med tvång inom ramen för en hälsokontroll. Något hinder mot att genomföra temperaturmätning på personer som frivilligt medverkar finns inte. Temperaturmätning kan också vara en undersökningsmetod bland flera som vidtas inom ramen för en tvångsundersökning enligt smittskyddslagen.

[115] Se prop. 1998/99:43 s. 34 och prop. 2024/25:16 s. 18 och 19.
[116] Se t.ex. Normile, D. Why airport screening won't stop the spread of coronavirus – Temperature checks and health questionnaires very rarely catch infected travelers. Science. [Internet]. 6 mars 2020. Hämtad 2025-01-13 från https://www.science.org/content/article/why-airport-screening-wont-stop-spread-coronavirus.

Särskilt om provtagning för analys

Utredningen har även övervägt om provtagning för analys bör kunna ingå i hälsokontrollen som ett komplement till samtalet och om det skulle kunna bidra till en mer träffsäker identifiering av personer som är eller kommer att bli smittsamma. De tester som framför allt kan vara aktuella är snabba patientnära analyser med antigentester eller PCR-tester samt mer långsamma PCR-tester utförda på laboratorium. I framtiden kan tester baserade på andra teknologier också tänkas bli tillgängliga. Vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning av ett mer eller mindre nytt smittämne kommer det troligen ta veckor till månader innan snabba kommersiella antigentester och PCR-tester med goda prestanda blir tillgängliga i tillräcklig omfattning. För en ny sjukdom kommer därför diagnostiken initialt sannolikt att baseras på egentillverkade PCR-tester som utförs på ett laboratorium. Sådana tester kan etableras på någon vecka från det att smittämnets arvsmassa har blivit känd.

Validerade PCR-tester har mycket hög känslighet, medan antigentester generellt har lägre känslighet. För ett nytt smittämne är det oklart hur stor andel av de smittade personerna som kommer att uppvisa positivt analysresultat med ett antigentest. Det ska också påpekas att varken antigentest eller PCR-test kan fånga upp en person som helt nyligen blivit smittad, t.ex. någon dag före resan eller under resan. Validerade antigentester och PCR-tester har bägge låg risk för falskt positiva resultat.

Även hur lång tid det tar innan det finns ett resultat från analysen är av betydelse vid hälsokontroll i samband med inresa. Ett antigentest kan ge svar på cirka 15 minuter och kan utföras patientnära. Ett snabbt PCR-test kan ge svar efter någon timme, men utförs i allmänhet på ett laboratorium vilket kräver att provet ska transporteras dit. Egentillverkade PCR-tester utförs också på laboratorium och analysen tar tre till fyra timmar från det att provet kommit dit.

För allvarliga smittämnen ställs särskilda säkerhetskrav på hanteringen under transport och i laboratoriemiljön, vilket kan bidra till tidsutdräkten. Exempelvis kräver prov som är tagna för misstanke om ebolavirus eller marburgvirus den högsta skyddsnivån (fyra) för laboratoriet. Vid Folkhälsomyndigheten finns Nordens och landets enda säkerhetslaboratorium i skyddsnivå fyra.

Om ett beslut om tvångsundersökning i samband med inresa skulle bli aktuellt bedömer utredningen att en sådan kan behöva genomföras med hjälp av Polismyndighetens tvångsbefogenheter. Om personen hade medverkat till nödvändig undersökning och provtagning hade det inte funnits skäl att fatta beslut om tvångsundersökning. En undersökning som genomförs med hjälp av Polismyndigheten innebär sannolikt en begränsning av rörelsefriheten och den kan också innebära ett kortvarigt frihetsberövande.[117] Även om provtagningen kan utföras på platsen för hälsokontrollen så att någon längre transport inte är nödvändig kan en viss förflyttning, t.ex. till ett angränsande rum eller lokal behöva genomföras.

Om personen inte på annat sätt är frihetsberövad saknas i dag möjlighet att t.ex. kvarhålla en person efter provtagning i avvaktan på analysresultatet. Ska hälsokontrollen fylla sitt syfte måste en person som provtagits stanna kvar under denna tid. Utredningen bedömer att omständigheterna kan vara sådana att en person som vägrat medverka inte heller frivilligt kommer att stanna kvar. Det kan beroende på omständigheterna i det enskilda fallet röra sig om en inte obetydlig tid från provtagning till svar om man räknar in tid för transport och analys av provet. Såväl platsen för hälsokontrollen och vad det är för potentiellt smittämne (som styr vilket laboratorium som kan utföra analysen) är faktorer som påverkar hur lång tid det tar. Under denna tid behöver personen vistas på ett sätt som gör att han eller hon inte riskerar att smitta någon annan.

För att säkerställa att eventuell ytterligare smittspridning inte kan ske kommer det därför sannolikt ändå vara nödvändigt att fatta beslut om någon form av tvångsåtgärd som innebär begränsning i rörelsefriheten. Sådana möjligheter finns redan i dag i smittskyddslagen. En smittskyddsläkare kan under vissa förutsättningar t.ex. fatta beslut om karantän eller tillfällig isolering. Exempelvis kan karantän bedömas nödvändigt för personer som så nyligen exponerats för smitta att negativt testresultat kan förväntas oavsett om personen har smittats eller inte och oavsett om provtagning skett med tvång eller frivilligt.

[117] Se SOU 2024:80 s. 640, 641, 680 och 681.

Avsikten med hälsokontrollen och möjligheterna att provta bör tydliggöras

Med beaktande av det ovan sagda bedömer utredningen att det inte finns behov av någon tvångsåtgärd som uttryckligen tar sikte på temperaturmätning eller annan provtagning vid inresa. Inte heller behövs någon frihetsberövande tvångsåtgärd utöver de som redan är tillgängliga i smittskyddslagen. Om en person sätts i karantän eller i tillfällig isolering finns det enligt utredningens bedömning, för det fall smittskyddsläkaren bedömer att tvångsundersökning behövs, tid att via förvaltningsrätten ansöka om sådan enligt bestämmelserna om tvångsundersökning i 3 kap. SmL. Enligt utredningen föreligger det därför inte tillräckligt starka skäl att frångå det förfarande som finns i dag.

Det är emellertid utredningens bedömning att bestämmelserna i smittskyddslagen om hälsokontroll vid inresa inte i tillräcklig grad tydliggör avsikten med hälsokontrollen och möjligheterna att vidta provtagning i samband med inresa till landet. Utredningen anser därför att innebörden av hälsokontrollen och möjligheten att provta personer vid inresa i landet bör tydliggöras i smittskyddslagen.

7.6.4 Innebörden av en hälsokontroll bör regleras

Förslag: Bestämmelsen i smittskyddslagen om att en hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp ersätts med bestämmelser om vad en hälsokontroll vid inresa innebär.

Av bestämmelserna framgår att en hälsokontroll ska mynna ut i en individuell medicinsk bedömning av behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder med anledning av den samhällsfarliga sjukdomen. Kontrollen ska innefatta ett samtal om personens nuvarande hälsotillstånd. Samtalet ska även innehålla frågor om exponering för smitta och de övriga uppgifter som kan behövas från smittskyddssynpunkt.

Samtal ska mynna ut i en medicinsk bedömning

Som framgår av föregående avsnitt består en hälsokontroll huvudsakligen av ett samtal. Detta framgår indirekt av 3 kap. 8 § tredje stycket SmL, i vilket det stadgas att en hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp, samt av uttalanden i förarbetena. Syftet med en hälsokontroll vid inresa är att försöka fastställa att personer som har för avsikt att resa in i landet inte är smittade av en samhällsfarlig sjukdom. Genom att smittade personer kan diagnostiseras och relevanta åtgärder vidtas på ett tidigt stadium, kan en smittspridning av sjukdomen i Sverige undvikas.[118]

För att syftet ska kunna nås behöver hälsokontrollen mynna ut i en individuell medicinsk bedömning av behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen, t.ex. provtagning. Hälsokontrollen behöver därför fokusera på frågor som rör personens hälsotillstånd, eventuell exponering för smitta och de övriga uppgifter som kan behövas från smittskyddssynpunkt.

För att tydliggöra syftet med hälsokontrollen, och därmed också dess funktion i förhållande till övriga åtgärder enligt smittskyddslagen, föreslår vi mot denna bakgrund att det av smittskyddslagens bestämmelser om hälsokontroll vid inresa uttryckligen ska framgå att en sådan hälsokontroll ska mynna ut i en individuell medicinsk bedömning av behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder. Det bör framgå att kontrollen ska innefatta ett samtal om personens nuvarande hälsotillstånd. Samtalet ska även innehålla frågor om exponering för smitta och de övriga uppgifter som kan behövas från smittskyddssynpunkt. Det är utredningens uppfattning att en sådan reglering på ett bättre sätt tydliggör vad en hälsokontroll vid inresa får innehålla.

Bestämmelsen om vad en hälsokontroll inte får innehålla bör utgå

Med anledning av våra förslag om att det ska framgå av smittskyddslagen vad en hälsokontroll vid inresa ska innehålla och mynna ut i, är det vår bedömning att bestämmelsen i 3 kap. 8 § tredje stycket SmL om vad en kontroll inte får innefatta kan utgå. Det kan vidare

[118] Prop. 2003/04:158 s. 78.

noteras att redan av 2 kap. 6 och 20–22 §§ regeringsformen följer att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp och att detta skydd endast får begränsas genom lag. Någon ändring i sak avses således inte med detta förslag.

Särskilda krav ställs när enskilda är obenägna eller oförmögna att delta

Det är smittskyddsläkaren som ansvarar för att verkställa beslut om hälsokontroll. Beslutet kan verkställas genom att smittskyddsläkaren själv eller läkare och sjuksköterskor från en vårdcentral utför själva hälsokontrollen. Utredningen konstaterar att det ställs särskilda krav på den som utför en hälsokontroll om den som omfattas av ett beslut om hälsokontroll är obenägen eller oförmögen att delta i samtalet, exempelvis på grund av språkbarriärer eller intellektuella funktionsvariationer. Särskilda krav ställs också om den som ska genomgå en hälsokontroll är ett barn som reser utan vårdnadshavare.

I 13 § förvaltningslagen (2017:900) finns bestämmelser om att en myndighet ska använda tolk och se till att översätta handlingar om det behövs för att den enskilde ska kunna tillvarata sin rätt när myndigheten har kontakt med någon som inte behärskar svenska. En myndighet ska under samma förutsättningar använda tolk och göra innehållet i handlingar tillgängligt när den har kontakt med någon som har en funktionsnedsättning som allvarligt begränsar förmågan att se, höra eller tala.

I 6 kap. föräldrabalken finns bestämmelser om vårdnadens utövande som kan bli aktuella när en hälsokontroll vid inresa rör ett barn. Av 13 § följer att när ett barn står under vårdnad av två vårdnadshavare ska vårdnaden utövas av dem tillsammans. Är en av vårdnadshavarna till följd av frånvaro, sjukdom eller annan orsak förhindrad att ta del i sådana beslut rörande vårdnaden som inte utan olägenhet kan uppskjutas, bestämmer den andre ensam. Denne får dock inte fatta beslut av ingripande betydelse för barnets framtid, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det. Av 13 a § följer att för vissa åtgärder till stöd för barnet får socialnämnden, om bara den ena vårdnadshavaren samtycker till åtgärden, besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke. Åtgärder enligt smittskyddslagen omfattas dock inte av denna bestämmelse.

På närliggande område, i fråga om vaccination, finns två beslut från JO som rör frågan om vårdnadshavares samtycke: JO 2011/12 s. 496, dnr 6626-2009 och JO 2022/23 s. 126, dnr 5984-2021. Det första beslutet avser de fall där barnets egen inställning i vaccineringsfrågan är av underordnad betydelse och det alltså anses nödvändigt att klarlägga vårdnadshavarnas inställning rörande vaccinering. JO ansåg bl.a. att ett ställningstagande till om ett barn ska få sådan vaccinering som det var fråga om inte var ett sådant beslut rörande vården som den ena vårdnadshavaren själv kan fatta beslut om. I det andra beslutet hade JO inga synpunkter på en regions val att som utgångspunkt inte kräva vårdnadshavares samtycke för att i stället tillämpa individuella mognadsbedömningar i de enskilda fallen. Det rörde sig om vaccinationer mot covid-19 beträffande ungdomar mellan 15 och 17 år. Här kan också nämnas att Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården rörande s.k. mognadsbedömningar, ”Bedöma barns mognad för delaktighet”.

Smittskyddsläkaren liksom behandlande läkare och i vissa fall annan hälso- och sjukvårdspersonal utreder sjukdomsfall och utför smittspårning enligt smittskyddslagen även i normalläge, dvs. när det inte rör sig om någon extraordinär smittskyddsåtgärd. Även enligt annan lagstiftning har regionen ansvar att genomföra undersökningar och samtal om exponering av smittrisk och övriga frågor som kan behövas från smittskyddssynpunkt, exempelvis ska en region som huvudregel erbjuda t.ex. asylsökande en hälsoundersökning vid vilken sådana frågor bör ställas.[119]

Utredningen konstaterar att samtal med en person om dennes nuvarande hälsotillstånd kopplat till smittsamma sjukdomar kan vara känsligt för den enskilde och att förfarandet ställer krav på att den som håller i samtalet inger förtroende och motiverar delaktighet. Det är angeläget att motivet till samtalet framgår så att personen får klart för sig vilken sjukdom som utreds, hur den smittar, hur allvarlig den är samt skyldigheter och rättigheter som den enskilde har. Samtalet såväl som eventuellt behov av ytterligare undersökning eller provtagning motiveras exempelvis av att det kan förhindra att

[119] Se 7 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.

andra, t.ex. närstående, smittas samt att tidig behandling av den som är smittad kan förhindra att komplikationer uppstår.

Det är mot denna bakgrund utredningens uppfattning att det inom regionerna finns god kompetens att hantera den typ av frågor som kan uppstå vid en hälsokontroll och erfarenhet av att bemöta barn liksom tex. personer med intellektuell funktionsvariation, annan kulturell bakgrund eller som inte talar svenska.

Vi bedömer att våra föreslag om justeringar i bestämmelserna om hälsokontroll inte förändrar något i nämnda avseenden. Även med dagens reglering behöver alltså dylika situationer hanteras.

7.6.5 Det bör regleras hur ytterligare undersökning och provtagning ska hanteras vid en hälsokontroll

Förslag: Om det finns anledning till det ska den som genomgår en hälsokontroll uppmanas att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

Om personen inte medverkar till undersökningen eller provtagningen får det tillmätas den betydelse som omständigheterna motiverar för beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder.

Personen ska informeras om vad för slags undersökning och prov som avses och om syftet med åtgärderna. Informationen ska dokumenteras.

När det finns anledning till det bör den enskilde uppmanas till ytterligare undersökning eller provtagning

Som utredningen föreslagit i avsnitt 7.6.4 bör det av lagtexten framgå att en hälsokontroll vid inresa ska mynna ut i en individuell medicinsk bedömning av behovet av att vidta andra smittskyddsåtgärder och att hälsokontrollen ska innefatta ett samtal om den enskildes nuvarande hälsotillstånd, exponering för smitta och övriga uppgifter som kan behövas ur smittskyddssynpunkt. Inom ramen för en hälsokontroll vid inresa är det således inte fråga om provtagning eller att den enskilde på annat sätt ska utsättas för kroppsliga ingrepp. För att regleringen ska bli både tydlig och ändamålsenlig bör det

enligt utredningens mening därför också framgå vad som ska följa på hälsokontrollen, när den som genomför hälsokontrollen anser att det finns skäl att vidta ytterligare utredningsåtgärder. Det bör därför också framgå av regleringen att om den som utför hälsokontrollen finner anledning till det, ska han eller hon uppmana den som genomgår hälsokontrollen att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

Bedömningen av om det finns skäl för en sådan uppmaning bör baseras på vad som framkommit under hälsokontrollen. Eftersom ytterligare undersökning eller provtagning innebär en ingripande åtgärd ska en uppmaning om detta föregås av en behovs- och proportionalitetsbedömning.[120] Som vi beskrivit ovan i avsnitt 7.6.3 kan den samhällsfarliga sjukdomen t.ex. vara så pass ny att det inte ännu finns några tillförlitliga testmetoder. Detta måste självklart beaktas vid bedömningen av om det finns anledning att uppmana den enskilde att genomgå ytterligare undersökning och provtagning. Den enskilde bör inte underkastas större intrång än vad som oundgängligen krävs. Syftet med den ytterligare undersökningen eller provtagningen är att konstatera om smittsamhet föreligger. Den enskilde ska kunna uppmanas att låta en läkare vidta ytterligare undersökning eller ta prover om det bedöms nödvändigt för att uppnå detta syfte. Ingreppet i den kroppsliga integriteten ska vara så liten som möjligt. Detta gäller såväl frågan om en uppmaning överhuvudtaget bör riktas till den enskilde som i fråga om valet av undersökning och typ av provtagning.

Utebliven medverkan kan beaktas vid beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder

Som vi tidigare konstaterat torde de flesta som ställs inför en misstanke om att vara bärare av en samhällsfarlig sjukdom frivilligt låta sig undersökas och lämna prover för att klargöra om så är fallet. Det är utredningens bedömning att detta gäller också om misstanken om smitta skulle uppkomma vid en hälsokontroll vid inresa. Det kan dock inte uteslutas att det finns enskilda som trots uppmaning inte frivilligt låter sig undersökas eller provtas. Även om personen

[120] Jfr prop. 2021/22:178 s. 82 och 83.

uppmanas att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger innebär det inte att den enskilde måste underkasta sig sådan undersökning eller provtagning. På samma sätt som enligt gällande reglering bör en bedömning i varje enskilt fall göras av om smittskyddslagens bestämmelser om tvångsåtgärder i form av karantän eller tillfällig isolering och tvångsundersökning då bör tillämpas. Vi föreslår därför att det av regleringen ska framgå att om den enskilde inte medverkar till ytterligare undersökning eller provtagning får det tillmätas den betydelse som omständigheterna motiverar för beslut om ytterligare smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen.

För beslut om en tvångsåtgärd behöver samtliga förutsättningar för åtgärden vara uppfyllda. Likaså ska de allmänna riktlinjerna för smittskyddet i 1 kap. 4–6 §§ SmL beaktas, bl.a. att smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till människors hälsa (proportionalitetsprincipen), att det särskilt ska beaktas vad hänsyn till barnets bästa kräver när åtgärder rör barn samt att åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds.

En bedömning måste således göras i varje enskilt fall och en vägran att medverka kan därför inte per automatik leda till att förutsättningarna för en tvångsåtgärd kan anses vara uppfyllda och att tvångsåtgärden ska vidtas. Samtidigt bör också beaktas anledningen till att smittskyddsläkaren eller Folkhälsomyndigheten har beslutat om att en hälsokontroll ska göras vid inresa i landet. Ett sådant beslut grundas på en bedömning om att det finns en risk att de som ankommer med ett visst transportmedel eller från ett visst geografiskt område kan bära på en samhällsfarlig sjukdom. Det bör också beaktas att det av bestämmelserna om läkarundersökning i 3 kap. 1 § första stycket SmL följer att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom (det gäller således även samhällsfarliga sjukdomar) är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. En anledning att misstänka att man bär på en sådan sjukdom kan t.ex. vara att symtom uppträder eller att man har utsatts för risk att smittas vid kontakt med någon som man vet eller får reda på är smittad. Det kan också beaktas att syftet med läkarundersökningen är att för-

söka klarlägga vilken sjukdom det är fråga om.[121] Det är utredningens uppfattning att när omständigheterna är sådana att skäl föreligger för att genomföra hälsokontroller vid inresa och när det vid en sådan kontroll bedöms finnas skäl att uppmana den enskilde att låta en läkare göra ytterligare undersökningar eller ta prover, torde också omständigheterna vara sådana att det föreligger en skyldighet för den enskilde att enligt 3 kap. 1 § första stycket SmL söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs.

Krav på att information om undersökning och provtagning dokumenteras

I de allra flesta fall måste det kunna antas att om en person informeras om att det finns anledning att misstänka att han eller hon bär på en samhällsfarlig sjukdom kommer personen frivilligt låta sig undersökas. Utredningen anser att kunskap är en viktig faktor för att en person ska vilja ta sitt ansvar att förhindra smittspridning och frivilligt medverka till smittskyddsåtgärder. Rätt kunskap kan leda till ökad förståelse för behovet av åtgärden. Att den enskilde får tillräcklig information är också avgörande för att den enskilde ska förstå vad han eller hon uppmanas medverka i och en förutsättning för att kunna göra ett informerat ställningstagande. Det är således självklart att personen har rätt till information om vad för slags undersökning och prov som avses och syftet med åtgärderna. Att den enskilde ska få sådan information bör därför framgå av bestämmelsen.

Som framgår ovan är en uppmaning om att låta en läkare göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger inte tvingande. En uppmaning ska också föregås av en behovs- och proportionalitetsbedömning. Det kan dock vara så att en person som genomgår en hälsokontroll kan uppleva sig tvingad att underkasta sig läkarundersökning eller provtagning. Av rättssäkerhetsskäl bör det ställas krav på att informationen om vad för slags undersökning och prov som avses och syftet med åtgärderna ska dokumenteras. Även detta bör således framgå av bestämmelsen.

[121] Prop. 2003/04:30 s. 217.

Ytterligare krav på innehållet i och utformningen av information bör meddelas av Folkhälsomyndigheten genom myndighetsföreskrifter med stöd av bemyndigandet i 12 § SmF.

7.6.6 Tillgången till karantänsplatser bör säkerställas

Förslag: Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att kartlägga den befintliga tillgången till karantänsplatser i regionerna.

Folkhälsomyndigheten ska vid uppdragets genomförande samverka med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, andra berörda myndigheter, regionerna och Sveriges Kommuner och Regioner.

I uppdraget ska ingå att beskriva eventuella brister i tillgången till karantänsplatser och lämna förslag på lösningar. I analysen ska scenarier tas fram för att bedöma behovsnivån av karantänsplatser. I uppdraget ska vidare ingå att utreda möjligheten att vid behov snabbt kunna skala upp antalet karantänsplatser.

I uppdraget ska även ingå att ta fram ett underlag över vilka kostnader som är förknippade med tillgång till karantänsplatser samt omkostnader som kan tillkomma vid genomförande av beslut om karantän, i syfte att klargöra hur kostnaderna ska fördelas.

Bakgrunden till nuvarande bestämmelser om karantän

Karantänslagen

I samband med att den numera upphävda karantänslagen (1989:290) infördes fördelades ansvaret för karantänsuppgifterna mellan smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnden enligt samma principer som i den dåvarande smittskyddslagen (1988:1472). Det innebar i princip att smittskyddsläkaren skulle ansvara för personinriktade åtgärder och miljö- och hälsoskyddsnämnden för objektinriktade åtgärder.[122] Dessförinnan reglerades frågorna i karantänsförordningen (1975:1019). Då låg ansvaret för att vidta de åtgärder som förordningen föreskrev på hälsovårdsnämnden inom kommunen. Av förordningen framgick även att det vid varje karantänshamn och

[122] Prop. 1988/89:123 s. 21.

karantänsflygplats skulle finnas den personal och den utrustning som behövdes för kontroll av trafiken till förhindrande av att karantänssjukdom fördes in i riket eller spreds till utlandet. En s.k. karantänsläkare skulle finnas vid varje karantänshamn och karantänsflygplats och denne karantänsläkare skulle förordnas av hälsovårdsnämnden efter samråd med Socialstyrelsen.

I propositionen till karantänslagen konstaterade departementschefen att systemet med karantänshamnar och karantänsflygplatser i ett land som Sverige inte har samma betydelse som förr när det gäller att förhindra att karantänssjukdomarna sprids men att ett avskaffande av systemet torde kunna komma i konflikt med Sveriges åtaganden enligt det internationella hälsoreglementet (IHR). Departementschefen bedömde att karantänslagen inte skulle innehålla några självständiga bestämmelser om tvångsåtgärder utan att sådana åtgärder skulle få ske med stöd av annan lagstiftning, främst smittskyddslagen. Departementschefen konstaterade även att det inte går att bortse från att ett system med särskilt utpekade hamnar och flygplatser har den fördelen att nödvändiga karantänsåtgärder begränsas till ett fåtal platser där man har både de erfarenheter och förutsättningar i övrigt som krävs för att utföra åtgärderna. Det bedömdes att det precis som tidigare skulle vara Socialstyrelsen (numera Folkhälsomyndigheten) som skulle ha till uppgift att bestämma vilka hamnar och flygplatser som skulle vara karantänshamnar respektive karantänsflygplatser och att Socialstyrelsen i sådana frågor borde samråda med såväl de berörda landstingskommunerna (numera regionerna) som kommunerna. När beslut fattats om att utse en karantänshamn eller en karantänsflygplats skulle det bli en uppgift för landstingskommunen och kommunen att svara för att hamnen och flygplatsen har tillgång till den personal och utrustning som behövs för kontroll av trafiken för att bl.a. hindra att karantänssjukdomar förs in i landet. Departementschefen framhöll att förslaget innebar att karantänsverksamheten begränsas och förenklas. Förslaget bedömdes dock totalt sett inte leda till några nämnvärda kostnadsbesparingar med hänsyn till att verksamheten redan var av mindre omfattning. Den minskade kostnaden för kommunerna som det innebar att inte längre behöva tillhandahålla karantänsläkare torde i stort vägas upp av en motsvarande kostnadsökning för landstingskommunerna genom att smittskyddsläkarna skulle ta över karantänsläkarnas uppgifter. Kostnadsökningen bedömdes dock vara så

marginell att den kunde anses inrymmas inom smittskyddsläkarens övriga smittskyddsverksamhet.[123]

I 1988 års smittskyddslag fanns förutom bl.a. bestämmelser om tvångsundersökning och tvångsisolering bestämmelser om tillfälligt omhändertagande. Bestämmelserna tog sikte på fall där en person inte frivilligt medverkade och risken för smittspridning bedömdes så stor att det fanns behov av att kunna omhänderta en person som misstänks vara smittad på sjukhus under den tid det tog att klarlägga huruvida smitta förelåg.[124] Tillfälligt omhändertagande förekom enbart i något enstaka fall mellan åren 1989 och 1997.[125] Någon motsvarande bestämmelse fördes inte in i den nya smittskyddslagen.

Införandet av de extraordinära smittskyddsåtgärderna

Utredningen om extraordinära smittskyddsåtgärder föreslog en vidgning av möjligheten till omhändertagande genom en särskild bestämmelse om karantän.[126] Av propositionen framgår att en av skillnaderna mellan karantän och tillfälligt omhändertagande är att karantänsvistelsen kan äga rum i andra lokaler än vårdinrättningar. Angående de kostnader som kan antas uppstå med anledning av ett beslut om karantän anförde regeringen att det i första hand är kostnader för lokaler, personal och måltider som kan komma i fråga. Vad gäller karantänslokaler förordade regeringen användningen av mindre hotell, pensionat eller kursgårdar. Regeringen framförde att kostnaden blir beroende av i vilken utsträckning hotell- eller kursverksamhet kan bedrivas i den akuta situationen och vilken ersättning landstingen (numera regionerna) och näringsidkarna kommer överens om. Regeringen konstaterade att det är tydligt att en tillämpning av de föreslagna bestämmelserna i ett krisläge skulle kunna leda till en betydande ökning av kostnaderna för smittskyddet. Regeringen bedömde att det fanns en uppenbar risk att samhällets kostnader vid en epidemisk spridning av någon av de aktuella sjukdomarna skulle kunna bli mycket stora och att dessa kostnader ska ställas mot den tänkbara kostnadsökningen. Sammantaget bedömde regeringen

[123] Prop. 1988/89:123 s. 24–27 och 30.
[124] Prop. 1988/89:5 s. 131 och 132.
[125] Prop. 2003/04:30 s. 132.
[126] SOU 2003:83 s. 13.

att förslagen rymdes inom de finansiella ramar för smittskyddsarbetet för såväl stat som kommun och landsting.[127]

Lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

För att Sverige skulle kunna genomföra det internationella hälsoreglemente som antogs 2005 (IHR 2005) krävdes vissa lagändringar. Karantänslagen upphävdes och ersattes av lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, förkortad IHR-lagen. I propositionen konstaterade regeringen att karantänslagen enbart tillämpats i ytterst begränsad omfattning och att det förändrade tillämpningsområdet för IHR 2005 medför att den föreslagna lagstiftningen kan komma att tillämpas något oftare men att IHR 2005 inte kommer att behöva tillämpas särskilt ofta. Vidare framgår att den nya lagen utgör ett komplement till redan befintlig lagstiftning inom olika områden som rör skydd mot människors hälsa. Lagen innehåller inte några självständiga tvångsåtgärder mot människor utan sådana får vidtas med stöd av annan lagstiftning, främst smittskyddslagen.

Enligt 3 § första stycket karantänslagen var det miljö- och hälsoskyddsnämnden som ansvarade för att sanitära åtgärder vidtogs beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur. För andra smittskyddsåtgärder i karantänslagen ansvarade smittskyddsläkaren. Regeringen ansåg att den ansvarsfördelning som följde av karantänslagen huvudsakligen borde behållas i IHR-lagen. Regeringen ansåg även att ansvarsfördelningen i IHR-lagen skulle överensstämma med den i smittskyddslagen. Landsting (numera regioner) och kommuner skulle behålla ansvaret för de uppgifter som de haft tidigare och den beredskap som funnits torde i huvudsak överensstämma med de krav som ställs i IHR 2005.

Regeringen bedömde att den personal och utrustning som kommunerna och landstingen redan var skyldiga att ha enligt karantänslagen borde vara tillräckliga. Regeringen konstaterade även att ansvaret som landsting och kommuner hade för att karantänshamnar och karantänsflygplatser har tillgång till den personal och den utrustning som behövs inte innebär att personal och utrustning behöver finnas

[127] Prop. 2003/04:158 s. 69, 102 och 103.

vid hamnen respektive flygplatsen utan den innebär att det ska finnas beredskap för eventuella ingripanden.

Även om ansvaret för landsting och kommuner i vissa delar utvidgades genom införlivandet av IHR 2005 gjorde regeringen bedömningen att de föreslagna lagändringarna endast skulle innebära begränsade nya uppgifter och att de inte kunde förväntas föranleda annat än marginella kostnadsökningar som skulle rymmas inom de finansiella ramarna.[128]

Krav på kapacitet vid karantänshamnar och karantänsflygplatser

Folkhälsomyndigheten har tagit fram en vägledning utifrån IHR, ”Kapacitet vid karantänshamnar och karantänsflygplatser”. Av vägledningen framgår bl.a. att ett beslut om karantän bör meddelas utan dröjsmål – innan passagerarna lämnat flygplatsen eller hamnen. Utöver vad som framgår av förarbetena till bestämmelsen om karantän framgår även att tillgängligheten till lokaler som kan nyttjas som karantänslokaler bör vara säkrad genom i förväg ingångna avtal eller genom att ändamålsenliga lokaler har inventerats eller på förhand identifierats. Det framgår även att det inte finns några tvingande åtgärder för att få tillgång till lokaler för karantänsändamål med nuvarande lagstiftning.[129]

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap tillsattes 2018 för att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Utredningen fann bl.a. att regioner och kommuner behöver säkerställa sin förmåga att upprätthålla karantänsverksamhet i enlighet med IHR-lagen. Utredningen bedömde också att regioner och kommuner behöver ha en planering för att kunna utföra hälso- och sjukvård och omsorg till människor som befinner sig i bl.a. karantän samt att situationer med många personer i karantän ställer krav på bl.a. tillgång till personlig skyddsutrustning och utbildad och övad personal

[128] Prop. 2005/06:215 s. 32, 37, 49, 51, 57, 78 och 79.
[129] Folkhälsomyndigheten. Kapacitet vid karantänshamnar och karantänsflygplatser – Vägledning utifrån det internationella hälsoreglementet. 2016. Artikelnummer 15164.

från både regioner och kommuner. Enligt den utredningen finns inte tydliga förmågekrav angivna i IHR kopplat till vad karantänshamnar och karantänsflygplatser ska klara av. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilken personal och vilken utrustning som karantänshamnar och karantänsflygplatser ska ha (7 § andra stycket IHR-lagen). Regeringen har i 4 § förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa vidaredelegerat möjligheten att meddela sådana föreskrifter till Folkhälsomyndigheten. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap konstaterade att några sådana förmågekrav inte har angetts genom Folkhälsomyndighetens föreskrifter, men att myndigheten tagit fram ovannämnda vägledning.[130]

Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Bland de synpunkter som förts fram under remissomgången kan noteras att såväl Region Skåne som Folkhälsomyndigheten framhåller vikten av ett fortsatt arbete med att säkerställa en god förmåga att upprätthålla karantänsverksamhet. Folkhälsomyndigheten understryker att erfarenheter från covid-19-pandemin visar att det är ett område som kan utvecklas och att en djupare analys av denna fråga bör genomföras.

Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att kartlägga tillgången till karantänsplatser

Av Sveriges kommuner och regioners (SKR) remissvar på utkastet till propositionen Infektion med marburgvirus och ändring i smittskyddslagen, framgår att det på Arlanda flygplats finns kapacitet att härbärgera passagerarna på ett flyg ett antal timmar, men inte längre än så.[131] SKR anger även att frågan om karantänslokaler för många personer och under längre tid inte är helt klarlagd.[132]

Utredningen konstaterar vidare att det inte finns några tydligt angivna kapacitetskrav angående hur många karantänsplatser som det ur beredskapssynpunkt kan anses rimligt att regionerna genom avtal eller på annat sätt har tillgång till. Det kan även uppstå en situation där det finns behov av att snabbt kunna skala upp antalet karantänsplatser. Det skulle t.ex. kunna vara fallet om det finns grundad

[130] SOU 2022:6 s. 797 och 800.
[131] SKR2024/01714.
[132] Prop. 2024/25:63 s. 11.

anledning att anta att det pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom i ett visst geografiskt område där många personer som är bosatta i Sverige vistas på semester. Utredningen bedömer att det är viktigt att inte bara de praktiska frågorna kring en sådan uppskalning på förhand är utredda utan även hur kostnaderna ska fördelas.

Enligt vad utredningen erfar har något beslut om karantän inte fattats sedan bestämmelserna infördes. Det är inte sannolikt att bestämmelserna om karantän kommer att behöva tillämpas ofta heller i framtiden. Det kan dock inte uteslutas. Som framgår av utredningens bedömning i avsnitt 5.3.5 visar systematiska översikter att karantän av smittutsatta personer kan bidra till minskad spridning av influensa och SARS-CoV-2 men att det finns betydande oklarheter kring den kvantitativa effekten av åtgärden. Utredningen bedömer att det ur beredskapssynpunkt är viktigt att det finns praktiska förutsättningar för att kunna fatta beslut om karantän om behov skulle uppstå. Det är vidare angeläget att roller och ansvar är tydliga och det är viktigt att det inte råder osäkerhet kring ekonomiska förhållanden.

Utredningen konstaterar också att det finns en rad praktiska frågor kopplade till möjligheten att tillämpa karantänsbestämmelserna. Det handlar förutom om själva tillgången till karantänsplatser om att det behöver finnas tillgång till transport till lokalerna, måltider, möjlighet att kunna sköta sin hygien, eventuellt behov av tillgång till annan vård och läkemedel för de som sätts i karantän.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att kartlägga den befintliga tillgången till karantänsplatser i regionerna. Utredningen har övervägt om uppdraget enbart skulle gälla regioner som har karantänshamnar eller karantänsflygplatser. Det kan dock behövas tillgång till karantänsplatser även i andra regioner, t.ex. i anslutning till en hälsokontroll som genomförs för personer som reser in i landet med t.ex. tåg, buss eller bil.[133] Uppdraget bör mot den bakgrunden omfatta samtliga regioner.

Av uppdraget bör det framgå att Folkhälsomyndigheten vid dess genomförande ska samverka med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, andra berörda myndigheter, regionerna (inklusive deras smittskydd) och SKR. I uppdraget bör ingå att, för det fall karantänsplatser helt saknas eller om det bedöms att antalet platser som finns att tillgå är för få, analysera vad som orsakat detta samt

[133] Se prop. 2003/04:158 s. 62.

komma med förslag på lösningar. I analysen bör scenarier tas fram för att bedöma behovsnivån av karantänsplatser. I uppdraget bör vidare ingå att utreda möjligheten att vid behov snabbt kunna skala upp antalet karantänsplatser. I uppdraget bör även ingå att ta fram ett underlag över vilka kostnader som är förknippade med tillgång till karantänsplatser samt omkostnader som kan tillkomma vid genomförande av beslut om karantän i syfte att klargöra hur kostnaderna ska fördelas.

Vad slutligen gäller val av begrepp för den kapacitet som avses, anser utredningen att begreppet karantänsplatser, och inte karantänslokaler, är det mest ändamålsenliga att använda i sammanhanget. Detta eftersom det i regel bör eftersträvas att de som sätts i karantän inte anvisas att vistas tillsammans under karantänstiden.

7.7 Särskilda föreskrifter om smittskyddet vid en fredstida kris bör vara tidsbegränsade

Förslag: Bemyndigandet i smittskyddslagen om att regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet vid en fredstida kris bör ändras så att det framgår att föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

7.7.1 Smittskyddslagens bemyndigande om särskilda föreskrifter vid en fredstida kris

Som beskrivits tidigare i detta kapitel finns i smittskyddslagen två bemyndiganden som tar sikte på särskilda föreskrifter om smittskyddet vid krig och krigsfara respektive fredstida kris.

Enligt 9 kap. 5 § SmL får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Bemyndigandet är inte begränsat till några särskilda områden. Det innehåller inte heller någon underställningsmekanism. Bemyndigandet omfattar i princip hela det delegerbara lagområdet

och begränsas i fråga om sin räckvidd endast till föreskrifternas syfte, dvs. smittskydd, och att det ska vara fråga om särskilda föreskrifter.[134]

Enligt 9 kap. 6 § SmL får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnande nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet. Meningen med bemyndigandet är att regeringen vid svåra påfrestningar på samhället i fred vid vilka akuta smittskyddsåtgärder är nödvändiga ska kunna besluta om samordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smittskyddet. Med stöd av bemyndigandet kan regeringen besluta om sjukvårdshuvudmännens, inklusive smittskyddsläkarnas, deltagande i samordnade nationella åtgärder till skydd för befolkningen varvid sjukvårdshuvudmännen kan åläggas att ställa personella resurser, utrustning och läkemedel till förfogande även utanför den egna regionen. Vidare kan regeringen föreskriva att sjukvårdshuvudmännen ska erbjuda kostnadsfri vaccination eller annan tillgänglig profylax där det är medicinskt motiverad. Föreskrifterna får inte avse begränsningar i medborgarnas grundlagsfästa skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp eller frihetsberövande.[135] Vilka åtgärder bemyndigandet kan omfatta och vad som faller utanför regeringens befogenheter vid detta bemyndigande har varit föremål för diskussion alltsedan bemyndigandet först föreslogs. Förslaget i den lagrådsremiss som föregick införandet av bestämmelsen var utformat på ett något annorlunda sätt än den gällande lydelsen. Regeringen gavs enligt förslaget rätt att meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen om det vid en fredstida kris fanns behov av samordnade nationella åtgärder eller andra särskilda insatser inom smittskyddet. Lagrådet ansågs dock att uttrycket ”andra särskilda insatser” gavs ett väl stort utrymme för specialreglering och förespråkade att sådana insatser skulle begränsas till att avse insatser som inom smittskyddet är behövliga ur ett nationellt perspektiv. Likaså ansåg Lagrådet att ”fredstida kris” kunde ge upphov till tolkningssvårigheter och förespråkade att det av bestämmelsen skulle framgå att det ska röra sig om fredstida kriser som har betydande inverkan på möjlig-

[134] Prop. 2019/20:155 s. 12.
[135] Prop. 2003/04:30 s. 171 och 247.

heterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd.[136] Bemyndigandet utformades i enlighet med Lagrådets förslag.

Under covid-19-pandemin meddelande regeringen med stöd av bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL förordningen om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19, se avsnitt 7.5.2. I övrigt utnyttjades inte bemyndigandet under pandemin.

Vid inledningen av covid-19-pandemin bedömde regeringen att det skulle kunna uppkomma stora svårigheter för regeringen att genom adekvata och nödvändiga åtgärder möta de utmaningar som smittspridningen innebar. Såväl regeringen som Lagrådet gjorde bedömningen att räckvidden av 9 kap. 6 § SmL till viss del var oklar och bemyndigandet otillräckligt.[137] Mot den bakgrunden infördes tillfälliga bemyndiganden i smittskyddslagen som gällde april–juli 2020, som gav regeringen möjlighet att under vissa förutsättningar föreskriva om bl.a. tillfälliga begränsningar för folksamlingar, tillfällig nedstängning av köpcentrum, nattklubbar, restauranger, gym- och sportanläggningar och bibliotek, och tillfällig nedstängning eller andra begränsningar i fråga om transporter eller att använda infrastruktur. Dessa bemyndiganden kom dock inte att utnyttjas. Den 10 januari 2021 trädde covid-19-lagen i kraft som innebar liknande möjligheter, se mer om detta i avsnitt 9.4.1.

7.7.2 Bemyndigandet fyller en funktion också tillsammans med utredningens övriga förslag

Som framgår ovan användes bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL under covid-19-pandemin för att meddela föreskrifter om samordning av sjukvårdsmaterial i syfte att hantera den pågående smittspridningen. Det kan inte uteslutas att motsvarade behov av samordning skulle kunna uppstå också vid en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning, se vidare avsnitt 8.8.6. Det låter sig också svårligen göras att exakt ringa in behovet av ytterligare särskilda föreskrifter i en sådan situation, även om vi i det här delbetänkandet försöker förutse vilket typ att författningsberedskap som kan behövas vid en framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning och presenterar sådana förslag. Även med beaktande av att räckvidden i bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL alltjämt kan anses vara oklart talar

[136] Prop. 2003/04:30 se 9 kap. 7 § lagrådsremissens förslag och bilaga 5 och 6.
[137] Prop. 2019/20:155 s. 9–12.

detta enligt utredningens bedömning för att bemyndigandet även i en framtida pandemi eller sådan omfattande smittspridning som kan anses utgöra en fredstida kris fyller en funktion. Att de bemyndiganden vi föreslår i det här kapitlet om att meddela undantag från vissa skyldigheter i smittskyddslagen, liksom den lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår i kapitel 9 möjligen överlappar och på så sätt inskränker bemyndigandets område förändrar inte denna bedömning.

7.7.3 De särskilda föreskrifter det kan bli fråga om bör vara tidsbegränsade

I samband med våra förslag i det här kapitlet om undantagsmöjligheter har vi konstaterat att de utgör avsteg från de krav och skyldigheter som under normala förhållanden är viktiga ur smittskyddshänseende och att de därför endast bör införas med försiktighet, övervägas regelbundet och vara tidsbegränsade. Detsamma gäller tillämpningen av den lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder som vi föreslår i kapitel 9.

Det är således utredningens uppfattning att särskilda föreskrifter för att hantera en omfattande smittspridning inte ska ha en längre giltighetstid än vad som krävs med hänsyn till det aktuella epidemiologiska läget. Bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL kan användas vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Det rör sig alltså om en extraordinär situation som föranleder att det finns vissa specifika behov. Enligt utredningen bör därför, på samma sätt som vad utredningen föreslår vad gäller undantagsföreskrifter och föreskrifter enligt den nya lagen, föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL vara tidsbegränsade. Behövs mer varaktiga regeländringar, bör regeringen vända sig till riksdagen med förslag till lagändringar.

Utredningen föreslår därför att det av 9 kap. 6 § SmL ska framgå att föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet ska vara tidsbegränsade. Motsvarande bestämmelser om tidsbegränsade föreskrifter finns i liknande bemyndiganden, se t.ex. 29 kap. 29 § skollagen (2010:800).

Utredningen har övervägt om liknande förändring bör göras också i fråga om bemyndigandet i 9 kap. 5 § SmL om föreskrifter

vid krig eller krigsfara, men har inte haft möjlighet att överblicka följderna av en sådan begränsning i den situation som det bemyndigandet avser. Utredningen presenterar därför inte något sådant förslag.

7.8 Smittskyddslagens förhållande till annan tvångslagstiftning

7.8.1 Avgränsning

I utredningens direktiv anges att det kan finnas behov av att se över hur bestämmelserna i smittskyddslagen förhåller sig till bestämmelser i annan tvångslagstiftning såsom lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, i situationer med omfattande smittspridning, eftersom det kan uppstå oklarheter när lagstiftning på båda dessa områden blir aktuella. Utredaren ska analysera och ta ställning till om smittskyddslagen, under vissa förutsättningar, bör ha företräde i förhållande till annan tvångslagstiftning i situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar. Utredaren ska också lämna nödvändiga författningsförslag.

Direktiven utesluter inte att förhållandet även till annan lagstiftning än LPT och LRV omfattas. Utredningen har dock avgränsat uppdraget till att gälla dessa båda lagar. Det har inte heller under utredningens arbete framkommit att det förekommer gränsdragningssvårigheter visavi smittskyddslagen för patienter som ges öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV. Framställningen avgränsas därför till de slutna vårdformerna. Mot bakgrund av hur direktiven är formulerade berör vi inte vad som bör gälla när det inte råder omfattande smittspridning.

Av bestämmelserna i smittskyddslagen är det i första hand när isolering (5 kap. 1 §) eller tillfällig isolering (5 kap. 3 §) aktualiseras som det kan uppstå ett behov av att ta ställning till relationen till LPT och LRV. Framställningen begränsas därför till dessa bestämmelser. Andra bestämmelser som förvisso kan omfatta patienter som vårdas enligt LPT eller LRV men som härefter lämnas utanför framställningen avser tvångsundersökning (3 kap. 2 § SmL), karantän (3 kap. 9 § SmL) och avspärrning (3 kap. 10 § SmL).

7.8.2 Aktuell reglering

Smittskyddslagen

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får enligt 5 kap. 1 § SmL isoleras om det av omständigheterna klart framgår att han eller hon inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning, eller det finns grundad anledning anta att han eller hon inte följer de förhållningsregler som har beslutats. Beslut om isolering fattas av förvaltningsrätten på ansökan av smittskyddsläkare och får endast meddelas om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas får smittskyddsläkaren enligt 5 kap. 3 § SmL besluta om tillfällig isolering. Till skillnad från vad som gäller för isolering kräver tillfällig isolering inte att den enskilde har bekräftats bära på en allmänfarlig sjukdom, utan även misstänkta fall omfattas. Ett beslut om tillfällig isolering förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs förvaltningsrätten. Liknande bestämmelser om underställan vid omedelbara frihetsberövande tvångsåtgärder finns i 7 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, 15 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och 12 § LPT. Ett beslut om tillfällig isolering får bestå i högst två veckor, räknat från den dag beslutet verkställdes.

I propositionen till smittskyddslagen anges att det vid fall av allmänfarlig sjukdom i vissa fall kan uppkomma situationer där smittrisken är så allvarlig och överhängande att frivilliga åtgärder eller domstolsbeslut om isolering inte kan avvaktas. Vanligtvis torde det röra sig om en starkt smittsam sjukdom, men det kan även vara fråga om en mindre smittsam sjukdom som den smittade genom sitt beteende utsätter annan för överhängande risk att smittas av. Det huvudsakliga syftet med tillfällig isolering är att smittspridningen ska förhindras till dess att nödvändiga smittskyddsåtgärder hunnit vidtas. Då åtgärden gäller en person som misstänks vara smittad gäller det även att klarlägga om denne verkligen är smittad. Visar det sig att så inte är fallet ska isoleringen genast upphöra. Isoleringen ska annars upphöra så snart sådana åtgärder som undanröjer

den omedelbara smittrisken kunnat vidtas.[138] Tillfällig isolering ska ses som en självständig åtgärd och får enligt propositionen inte användas rutinmässigt eller som ett sätt att få till stånd isolering utan att avvakta domstolsprövning.[139]

Isolering eller tillfällig isolering ska ske på en vårdinrättning som drivs av en region (5 kap. 4 § SmL). Bestämmelsen har motiverats med att det med hänsyn till att isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda ska isolering äga rum i offentligt bedriven verksamhet. Några närmare krav på vårdinrättningens egenskaper ställs inte i lagen, men den måste vara så beskaffad att de i lagen reglerade kraven på isoleringens innehåll m.m. kan uppfyllas.[140]

I 5 kap. 9 och 10 §§ SmL finns bestämmelser om isoleringens innehåll. Där framgår bl.a. att den som är isolerad eller tillfälligt isolerad ska tas väl om hand. Han eller hon ska under isoleringen få det stöd och den hjälp som behövs för att risken för smittspridning ska förebyggas eller minskas så långt som möjligt. Den isolerade ska ges möjlighet till sysselsättning och sådan fysisk träning som är lämplig med hänsyn till hans eller hennes ålder och hälsotillstånd. Den isolerade ska ges möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, om det inte finns synnerliga hinder mot detta. Den isolerade har vidare rätt att föra telefonsamtal och ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på vårdinrättningen. Besök kan förbjudas, om ändamålet med isoleringen annars skulle motverkas.[141] Den isolerade har rätt att sända och ta emot brev och andra försändelser. I propositionen anges bl.a. att den enskilde under isoleringstiden ska erbjudas behövlig medicinsk vård men också sådant stöd eller sådan hjälp som behövs för att han eller hon ska kunna uppfylla de krav som ställs från smittskyddssynpunkt.[142]

I 5 kap. 12–16 §§ SmL finns bestämmelser om särskilda befogenheter som gäller vid isoleringen. Den som är isolerad eller tillfälligt isolerad får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon ska vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för

[138] Prop. 2003/04:30 s. 229.
[139] Prop. 2003/04:30 s. 140.
[140] Prop. 2003/04:30 s. 229 och 230.
[141] I lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård finns ytterligare bestämmelser om begränsningar av besök till dem som är isolerade eller tillfälligt isolerade enligt smittskyddslagen eller tvångsintagna för vård enligt LPT eller LRV.
[142] Prop. 2003/04:30 s. 138.

isoleringen. Rörelsefriheten får också inskränkas när det behövs av hänsyn till den isolerades egen eller andras säkerhet.

I 4 kap. 5 § andra stycket SmL finns en bestämmelse som bl.a. avser situationen att någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tagits in med tvång på en vårdinrättning. Med vårdinrättning avses i sammanhanget bl.a. vårdinrättningar för psykiatrisk tvångsvård.[143] Om den enskilde inte kan tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, ska den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården vid vårdinrättningen anmäla detta till smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren kan då enligt vad som anges i propositionen ge råd om lämpliga åtgärder. Vid en starkt smittsam sjukdom kan det t.ex. bli fråga om att ge den enskilde medicinsk vård under frivillig isolering på sjukhus. I vissa fall kan situationen vara föranledd av att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler till förhindrande av smittspridning.[144] Smittskyddsläkaren ska efter en sådan anmälan utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta. Detta framgår av 6 kap. 4 § SmL.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Vård som ges med tvång enligt LPT eller LRV omfattas av de grundläggande krav som gäller i hälso- och sjukvården och som kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen (2014:821).

Tvångsåtgärder enligt LPT respektive LRV får endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta (2 a och b §§ LPT och 2 a och b §§ LRV).

Av 15 § LPT framgår att vård enligt LPT ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region. Om det finns synnerliga skäl, får

[143] Prop. 2003/04:30 s. 226.
[144] Prop. 2003/04:30 s. 226.

regeringen bestämma att vård får ges även på någon annan vårdinrättning.[145] Motsvarande undantag gäller inte för LRV. Av 6 § LRV framgår att rättspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region.

I bestämmelserna i 18–24 §§ LPT anges de möjligheter till inskränkningar i patientens grundläggande fri- och rättigheter som patienter inom sluten psykiatrisk vård under vissa omständigheter får underkastas. Av 8 § LRV följer att dessa bestämmelser även gäller vid sluten rättspsykiatrisk vård.

En patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han ska vistas (18 § första stycket LPT). Patientens rörelsefrihet får däremot enligt denna bestämmelse inte begränsas genom inlåsning i enbart det rum där patienten vistas.[146] Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd (19 § och 19 a § LPT). En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna (20 § LPT). Vilken typ av aggressivt eller störande beteende som avses har inte närmare klargjorts i lag eller förarbetena.[147] Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Om det finns synnerliga skäl, får beslutet avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar (20 § andra och tredje styckena LPT). För avskiljning av patienter under 18 år gäller striktare bestämmelser enligt 20 a § LPT. Det ska dels vara uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga för att avskiljning ska få beslutas, och beslutet gäller som huvudregel två timmar. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska utan dröjsmål underrättas om patienten hålls avskild under en sammanhängande tid som överstiger två timmar.

[145] Detta förutsätter en dispensansökan från sjukvårdshuvudmannen till regeringen.
[146] Prop. 1990/91:58 s. 259.
[147] Prop. 1990/91:58 s. 260 och 261.

Förhållandet mellan smittskyddslagen, LPT och LRV

Det finns varken i smittskyddslagen, LPT eller LRV några bestämmelser som anger vad som ska gälla i händelse av att det blir aktuellt att tillämpa smittskyddslagen samtidigt som LPT eller LRV. Vi redogör därför här för de förarbetsuttalanden till nuvarande och tidigare lagstiftning som berör frågan.

Det bör påpekas att de aktuella tvångsbestämmelserna var något annorlunda konstruerade i 1988 års smittskyddslag än i dagens smittskyddslag. Tvångsisolering (38 och 39 §§ i den äldre lagen) förutsatte bl.a. bekräftad smitta. För den som inte var bekräftat smittad fanns möjlighet för smittskyddsläkaren att under vissa omständigheter besluta om tillfälligt omhändertagande på sjukhus under som mest sju dagar (37 §). Tillfälligt omhändertagande gällde dock inte för sexuellt överförbara sjukdomar.

Propositionen till 1988 års smittskyddslag

I propositionen till 1988 års smittskyddslag uttalade sig föredragande statsrådet om relationen mellan den smittskyddslagen och den dåvarande lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, förkortad LSPV.[148] Statsrådet anförde att tre situationer kunde urskiljas; att både tvångsisolering enligt 1988 års smittskyddslag och psykiatrisk vård enligt LSPV övervägs samtidigt, att en person som redan är tvångsisolerad insjuknar i en psykisk sjukdom och att tvångsisolering aktualiseras beträffande den som redan bereds vård enligt LSPV.

För den första situationen angavs att om det i ett enskilt fall samtidigt förelåg förutsättning för psykiatrisk vård enligt LSPV och tvångsisolering enligt smittskyddslagen borde vård enligt LSPV väljas i första hand. Smittskyddsläkaren borde regelmässigt avvakta utgången av ärendet enligt LSPV innan en eventuell framställning hos domstolen.

Beträffande den andra situationen angavs att tvångsisolering enligt smittskyddslagen inte utgör något hinder mot att omhänderta den tvångsisolerade för vård enligt LSPV. Om den som var föremål för tvångsisolering insjuknade i en psykisk sjukdom borde han beredas vård enligt LSPV, om förutsättningarna för vård enligt den lagen

[148] LSPV ersattes den 1 januari 1992 av LPT och LRV, se prop. 1990/91:58.

var uppfyllda. Beslutet om tvångsisolering borde dock bestå tills vidare om den psykiatriska vården beräknades pågå under endast en kortare tid. Om patienten kom att vårdas enligt LSPV under en inte helt kort tid torde oftast syftet med tvångsisoleringen förfalla och beslut borde fattas om att tvångsisoleringen skulle upphöra. Om vården inte kunde ges där tvångsisoleringen skedde, fick den tvångsisolerade föras över till en vårdinrättning för psykiatrisk tvångsvård.

Vad gäller den tredje situationen angavs det i propositionen att den psykiska störningen torde utgöra den verkliga orsaken till att den enskildes beteende inte kan godtas från smittskyddssynpunkt. För att förhindra smittspridning från en psykiskt sjuk person var det följaktligen av avgörande betydelse att hon eller han kunde beredas psykiatrisk vård. Regeringen menade att det allmänt sett torde vara så att vård enligt LSPV ges under sådana förutsättningar och i sådana organisatoriska former att risken för att patienten ska sprida smitta under vården bör vara begränsad. Detta innebar att det inte torde finnas något större praktiskt behov av att kunna ingripa med beslut om tvångsisolering enligt smittskyddslagen beträffande den som bereddes vård enligt LSPV. Någon regel som utesluter att beslut om tvångsisolering fattas i sådana fall ansågs dock inte påkallad.[149]

Förhållandet mellan tillfälligt omhändertagande enligt 1988 års smittskyddslag och vård enligt LSPV berördes inte uttryckligen i propositionen.

Propositionen till LPT

I propositionen till LPT anförde regeringen bl.a. att tvångsvård inom psykiatrin inte ska kunna utnyttjas som ett instrument för att tillgodose smittskyddets ändamål, och att avkall inte i något fall får göras på kravet för att beredas vård enligt LPT. Vidare angavs att en sådan vård som en allvarlig psykisk störning kräver inte kan påräknas på ett sjukhus där smittfara ska förebyggas. Med hänsyn till de former under vilka den psykiatriska tvångsvården bedrivs bör risken för att dess patienter ska sprida smitta under vårdtiden vara förhållandevis begränsad. På motsvarade sätt som i propositionen till 1988 års smittskyddslag fann regeringen att detta praktiskt bör innebära att för de situationer då det uppkommer fråga om vilket av regelverken

[149] Prop. 1988/89:5 s. 74 och 77.

som ska tillämpas, bör lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård normalt få företräde.[150]

Propositionen till nuvarande smittskyddslag

I propositionen till nuvarande smittskyddslag refereras delar av de uttalanden som gjorts i propositionen till 1988 års smittskyddslag och i propositionen till LPT. Regeringen ansåg att de bedömningar som gjorts i samband med dessa lagstiftningsärenden fortfarande var relevanta. De riktlinjer som angavs där borde enligt regeringen vara vägledande även vid tillämpningen av den nya smittskyddslagen. Regeringen ansåg dock att det som i propositionerna anförts om hivsmitta skulle utsträckas till att gälla även andra allmänfarliga sjukdomar vid vilka isolering kan förekomma. Regeringen anförde också att det tydligare bör framhållas att den smittade i första hand ska få vård mot psykisk sjukdom och att tvångsisolering enligt smittskyddslagen ska vara en sista utväg även vid överväganden om vilken tvångslagstiftning som bör tillämpas.[151]

7.8.3 Erfarenheter från covid-19-pandemin

Beslut om tillfällig isolering för covid-19

Det fattades fyra beslut om tillfällig isolering för diagnosen covid-19 under pandemin. Smittskyddsläkaren i Västerbotten beslutade i tre fall och smittskyddsläkaren i Stockholm i ett fall. I samtliga fall handlade det om patienter som vid tillfället var föremål för sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT. Av utredningens kontakter med de smittskyddsläkare som fattade besluten framgår att faktorer som beaktades vid bedömningarna var bl.a. risken för följderna av smittspridning på den aktuella vårdavdelningen, t.ex. medboendes hälsotillstånd och risk för allvarlig covid-19-sjukdom, och möjligheterna att besluta om avskiljning enligt LPT. I något fall uppgav vårdgivaren redan vid kontakten med smittskyddsläkaren att grunderna för att besluta om avskiljning enligt LPT inte ansågs uppfyllda.

[150] Prop. 1990/91:58 s. 94.
[151] Prop. 2003/04:30 s. 141.

Inspektionen för vård och omsorgs granskning av covid-19 inom psykiatrisk slutenvård

Under pandemin fann IVO att det i ett antal verksamheter förekommit beslut om att avskilja patienter från medpatienter på grund av misstänkt smitta av covid-19, med hänvisning till bestämmelserna i LPT och LRV, utan att det förekommit aggressivt eller störande beteende. Med anledning därav beslutade IVO att öppna tillsynsärenden för sex olika vårdgivare.

I tre av sex granskade ärenden fann IVO inga brister. I ett fjärde ärende påtalades inte någon brist men IVO konstaterade att såvitt framgått hade verksamheten fått felaktig information beträffande smittskyddslagens relation till de psykiatriska tvångslagarna. IVO angav i beslutet i ärendet att ett beslut om avskiljning alltid ska kopplas till den enskildes beteende.[152]

I de två övriga ärendena påtalade IVO som en brist att avskiljning enligt LPT beslutats utan stöd i lag. IVO bedömde att beslut om avskiljande enligt LPT fattats utan att patienten genom ett aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårat vården av de andra patienterna, vilket är en förutsättning för avskiljning. IVO anförde också att ett beslut om en tvångsåtgärd enligt LPT eller LRV inte kan fattas enbart mot bakgrund av att patienten har, eller misstänks ha, covid-19. I dessa fall kan smittskyddslagens bestämmelser enligt IVO bli tillämpliga.[153] I det ena av dessa två ärenden hade regionen anfört att det av de regionala rekommendationerna avseende tvångsvård i samband med covid-19 hos patienter i heldygnsvård bl.a. framgick att annan tvångsvårdslagstiftning, t.ex. LPT, alltid ska gå före smittskyddslagen. IVO delade inte den uppfattningen. IVO anförde att de förarbetsuttalanden som man antog att regionens rekommendationer utgått från[154] avser förutsättningar i samband med överväganden om en patient med allvarlig psykisk störning och misstänkt eller konstaterad smitta ska erhålla sluten psykiatrisk vård eller isoleras med stöd av smittskyddslagen. Förarbetena avsåg däremot enligt IVO inte handhavande under en pågående psykiatrisk tvångsvård eller i samband med särskilda tvångsåtgärder enligt 18–24 §§ LPT.

[152] Dnr 3.5.1-20146/2020-5.
[153] Dnr 3.5.1-21675/2020-4 och dnr 3.5.1-13506/2020-9. Covid-19 var under den aktuella perioden klassificerad som samhällsfarlig sjukdom.
[154] Prop. 1988/89:5 s. 74, prop. 1990/91:58 s. 93 och 94 samt prop. 2003/2004:30 s. 141.

IVO fann även senare under pandemin att beslut om avskiljande fattats utan stöd i lag.[155] Det har inte varit möjligt för utredningen att närmare bilda sig en uppfattning om i vilken omfattning det förekom att avskiljning eller någon annan tvångsåtgärd enligt LPT eller LRV vidtogs med anledning av risk för smittspridning. Uppgifter från IVO pekar dock på att tvångsåtgärder med smittspridning som orsak främst förekom under 2020 och sedan minskade påtagligt under 2021 och 2022.

IVO uttalade också att det inte finns något hinder mot att beslut om tvångsisolering enligt smittskyddslagen fattas för en person som ges psykiatrisk tvångsvård.

Ett nätverk av chefsöverläkare och verksamhetschefer inom psykiatrin som utredningen samrått med har bekräftat att gränsdragningsfrågor gällande avskiljning i relation till risken för att medpatienter skulle smittas uppstod under pandemin.

Gränsen för frivilliga åtgärder enligt smittskyddslagen

I IVO:s granskning aktualiserades även frågan om i vilken utsträckning det går att använda sig av frivillighet i en situation där patienten redan är frihetsberövad. I ett av de ovan refererade ärendena uttalade IVO att om en patient hänvisas till att enbart vistas i sitt rum utifrån Folkhälsomyndighetens då gällande rekommendation om att den som känner sig sjuk bör stanna hemma, förutsätter det att patienten uppfattar hänvisningen som frivillig.[156] IVO anförde bl.a. att patienter som tvångsvårdas är frihetsberövade, och ytterligare inskränkningar av deras grundlagsskyddade rättigheter kan endast ske med stöd i lag.

JO genomförde under 2020 inom ramen för sin Opcat-enhet[157], en granskning av fyra olika myndigheters åtgärder vad gäller frihetsberövade personer under pandemin. I granskningen av Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska undersökningsenheter uttryckte

[155] Dnr 3.5.1-09952/2022-4, som avsåg beslut om avskiljning i februari 2022.
[156] Se t.ex. dnr 3.5.1-21675/2020-4.
[157] Riksdagens ombudsmän har en särskild enhet, Opcat-enheten, som regelbundet inspekterar platser där människor hålls frihetsberövade och rapporterar från besöken. Opcat är det fakultativa protokollet till FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig behandling. Protokollet kräver att staterna har ett nationellt system, National Preventive Mechanism (NPM), på svenska kallat Nationellt besöksorgan, för att övervaka frågan. Syftet är att förebygga grym, omänsklig, eller annan förnedrande behandling eller bestraffning av människor som hålls frihetsberövade.

chefs-JO att hon var tveksam till hur långt det går att förlita sig på smittskyddslagens utgångspunkter om frivillighet och eget ansvar i situationer där den enskilde är föremål för frihetsberövande och annat tvång, utan att rättssäkerheten riskeras. Enligt chefs-JO innebär det förhållandet att en människa blivit frihetsberövad samtidigt inte att han eller hon därigenom ska anses förlora sin förmåga att fullgöra de skyldigheter som kan åligga var och en i samhället. Det framstår som en självklarhet att även frihetsberövade ska uppmanas till noggrann handhygien och att hålla avstånd för att förhindra smittspridning under ett pågående sjukdomsutbrott. När det däremot gäller åtgärder som mera allmänt anses kräva särskilt lagstöd, inom verksamheter som exempelvis kriminalvård eller annan tvångsvård, ansåg chefs-JO att det är svårare att bedöma i vilken utsträckning det är möjligt att utgå från frivillighet. Det gäller särskilt i fråga om överenskommelser som kan uppfattas som avstående från en grundlagsskyddad rättighet. Den som är föremål för ett frihetsberövande befinner sig i en utsatt situation och kan i olika avseenden uppleva sig utlämnad till den eller de befattningshavare som ansvarar för verksamheten. Det finns i sådana sammanhang en betydande risk för att frivilligheten blir en illusion. Det gäller inte minst personer med befarad eller konstaterad psykisk störning som kan påverka deras beslutsförmåga. Chefs-JO framhöll också att ett beslut om avskiljande enligt LRV inte kan ersätta åtgärder enligt smittskyddslagen och att den prövning som ska ske enligt smittskyddslagen inte kan underlåtas.[158]

Liknande synpunkter gällande gränserna för frivilliga åtgärder för frihetsberövade personer framförde JO beträffande Statens institutionsstyrelses åtgärder med anledning av covid-19. Även i det ärendet framhöll JO att situationen med en intagen som inte samtycker till att frivilligt vara skild från övriga intagna kan vara sådan att det uteslutande är en uppgift för smittskyddsläkaren att fatta beslut om tillfällig isolering eller ansöka hos förvaltningsrätten om att en sådan åtgärd beslutas.[159]

[158] Beslut 2020-10-15, dnr O 21-2020.
[159] Beslut 2020-09-03, dnr O 13-2020.

7.8.4 Utredningens överväganden

Bedömning: Det finns inget hinder mot att besluta om isolering eller tillfällig isolering för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV. Det finns heller inget hinder mot att beslutet verkställs på en vårdinrättning som drivs av en region där patienten är intagen, så länge isoleringens innehåll följer det som anges i 5 kap. smittskyddslagen.

Det bör inte gälla några andra krav för att besluta om isolering eller tillfällig isolering vid en pandemi eller någon annan omfattande smittspridning än vad som annars gäller.

Smittskyddsläkaren bör även vid omfattande smittspridning vara den som fattar beslut om tillfällig isolering. Möjligheten till delegation bör inte utökas.

En ordning som anger att åtgärder enligt smittskyddslagen i vissa situationer ska ha företräde framför åtgärder enligt LPT eller LRV bör inte införas.

Smittskyddslagen gäller i hela samhället

Målet med samhällets smittskydd är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Smittskyddslagen innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. I smittskyddslagen förekommer flera olika begrepp för att beteckna de enskilda som omfattas av lagen (t.ex. var och en, patient, smittade, misstänkt smittade och osmittade). Vilka smittskyddsåtgärder som kan aktualiseras beror dels på vilken sjukdom det är fråga om, dels om den enskilde är bekräftat smittad, misstänkt smittad, har varit utsatt för smitta eller kan antas ha varit utsatt för smitta. Varken i lag eller förarbeten anges dock några undantag för någon viss personkrets. Smittskyddslagen och det ansvar som där åläggs enskilda omfattar således hela samhället, inklusive personer som är föremål för tvångsvård.

Av detta följer att det ansvar som åvilar läkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal enligt smittskyddslagen även gäller i förhållande till personer som tvångsvårdas. Det framgår av propositionen till smittskyddslagen att om någon misstänker att han eller hon smittats av en smittsam sjukdom och uppsöker läkare för undersökning

blir den läkaren automatiskt patientens behandlande läkare i smittskyddslagens mening. Om läkaren inte anser sig ha kompetens att genomföra en undersökning åligger det läkaren att se till att kompetent läkare tar vid.[160]

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar, vilket framgår av 6 kap. 1 §. Den uppräkning av uppgifter som anges i 6 kap. 2 § är inte uttömmande. I ansvaret att stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet (6 kap. 2 § fjärde punkten) ingår således även läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma inom den psykiatriska tvångsvården. Stödet kan ges på olika sätt. Det kan röra sig om råd vid telefonförfrågningar eller skriftlig information (t.ex. smittskyddsblad). I ansvaret ligger också att smittskyddsläkaren, när behov finns, bör genomföra undervisning av berörd personal inom tvångsvården i smittskyddsfrågor, på samma vis som för annan personal inom hälso- och sjukvården. Aktörer inom psykiatrin som har en begränsad erfarenhet av smittskyddsarbete kan behöva vägledning kring i vilka situationer kontakt med smittskyddsläkaren bör tas. I smittskyddsläkaren uppdrag ingår också att vid behov ge råd om lämpliga smittskyddsåtgärder.[161]

Smittskyddsläkarens uppgift att följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning (6 kap. 2 § sjunde punkten) gäller likaså samtliga vårdgivare i regionen. Smittskyddsläkaren har också ett ansvar att enligt 6 kap. 5 § påpeka uppmärksammade brister för den som har att avhjälpa bristerna och, om bristerna inte avhjälps och detta medför fara från smittskyddssynpunkt, anmäla detta till tillsynsmyndigheten. Genom bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i 6 kap. 9–11 §§ säkerställs att smittskyddsläkaren får tillgång till behövliga uppgifter från olika aktörer.

Smittskyddslagen gäller således i hela samhället, inklusive inom den psykiatriska tvångsvården. Utredningen anser att det inte krävs något förtydligande i lagstiftningen om detta.

[160] Prop. 2003/04:30 s. 219 och 220.
[161] Jfr uttalandena i prop. 2003/04:30 s. 234–235.

Det finns inget hinder mot att besluta om isolering för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV

I förarbetena till 1988 års smittskyddslag berördes frågan om behovet av att ingripa med beslut om tvångsisolering beträffande den som bereddes vård enligt dåvarande LSPV. Det ansågs att vård enligt LSPV allmänt sett gavs under sådana förutsättningar och i sådana organisatoriska former att risken för att patienten skulle sprida smitta under vården var begränsad. Detta ansågs innebära att det inte fanns något större praktiskt behov av att kunna ingripa med beslut om tvångsisolering i den angivna situationen.[162] Någon regel som uteslöt att beslut om tvångsisolering fattades i sådana fall ansågs dock inte påkallad.

I propositionen till nuvarande smittskyddslag ansågs de bedömningar som hade gjorts i samband med 1988 års smittskyddslag och i samband med införandet av LPT fortfarande som relevanta trots de ändringar i fråga om tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen som samtidigt föreslogs. Vidare angavs det i propositionen att det tydligare än i äldre förarbeten bör framhållas att isolering enligt smittskyddslagen ska vara en sista utväg vid överväganden om vilken tvångslagstiftning som bör tillämpas.[163]

Utredningen kan konstatera att propositionen till nuvarande smittskyddslag visserligen inte uttryckligen behandlar situationen att en patient som redan vårdas enligt LPT kommer i fråga för tvångsisolering. Propositionens hänvisning till tidigare förarbeten som berört frågan kan dock enligt utrednings mening inte uppfattas på något annat sätt än att de äldre uttalandena även i den delen alltjämt ansågs relevanta. Vidare har det inte i förarbetena uteslutits att det kan komma i fråga att en patient som redan slutenvårdas enligt LPT isoleras enligt smittskyddslagen, även om det i propositionen till nuvarande smittskyddslag tydligare än tidigare framhålls att isolering enligt smittskyddslagen ska vara en sista utväg vid överväganden om vilken tvångslagstiftning som bör tillämpas.

Som konstateras ovan gäller smittskyddslagen även den som vårdas enligt LPT eller LRV. Det finns med andra ord inget hinder mot att isolering eller tillfällig isolering beslutas för en person som redan är föremål för vård enligt LPT eller LRV. Ett beslut om isolering

[162] Prop. 1988/89:5 s. 77.
[163] Prop. 2003/04:30 s. 141

eller tillfällig isolering innebär inte att tvångsvården enligt LPT eller LRV upphör.

Ett beslut om isolering eller tillfällig isolering får verkställas på regiondriva vårdinrättningar för LPT eller LRV

Isolering eller tillfällig isolering ske på en vårdinrättning som drivs av en region. Bestämmelsen har motiverats med att det med hänsyn till att isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda ska isolering äga rum i offentligt bedriven verksamhet.[164] Några närmare krav på vårdinrättningens egenskaper eller att det där ska erbjudas någon visst typ av vård ställs inte i lagen, men den måste vara så beskaffad att de i lagen reglerade kraven på isoleringens innehåll m.m. kan uppfyllas.[165] Vård enligt LPT eller LRV sker närmast uteslutande på vårdinrättningar som drivs av regioner.

Det finns således enligt utredningens mening inget hinder mot att ett beslut om isolering eller tillfällig isolering verkställs på en vårdinrättning som drivs av en region där den enskilde är intagen för sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård. En förutsättning är dock att kraven på isoleringens innehåll och ansvaret för ledningsansvar som anges i 5 kap. SmL kan följas.

Frågan om isolering vid pandemi är inte uttryckligen berörd i förarbetena

De skäl som i 1988 års proposition angavs till varför isolering enligt den då föreslagna smittskyddslagen inte torde bli aktuellt – nämligen att den psykiatriska vården normalt skulle ges under sådana förutsättningar att risken för att patienten skulle sprida smitta var begränsad – gäller enligt utredningens mening inte självklart för alla vårdinrättningar där patienter vårdas enligt LPT eller LRV. Uttalandena i förarbetena har inte heller uttryckligen beaktat att det kan vara fråga om en sjukdom som är pandemisk. Det kan då vara fråga om ett smittämne som ger vaga eller inga symtom och som är mycket smittsamt.

[164] Prop. 2003/04:30 s. 137.
[165] Prop. 2003/04:30 s. 229 och 230.

Smittskyddsläkaren bör även vid omfattande smittspridning vara den som fattar beslut om tillfällig isolering

I händelse av en pandemi kommer smittskyddsläkaren sannolikt att vara hårt belastad. Konsekvenserna kan bli allvarliga om en samhällsfarlig sjukdom tar sig in på en sådan vårdenhet eller institution som det här är fråga om. Samtidigt har samhället ett särskilt ansvar för att skydda människor som är frihetsberövade mot risken att smittas av en samhällsfarlig sjukdom av medpatienter på vårdinrättningen.

Det kan därför övervägas om chefsöverläkaren inom psykiatrin under vissa omständigheter skulle kunna få fatta beslut om tillfällig isolering. En fördel med en sådan ordning skulle vara att beslutet fattas av någon med god kännedom om patienten. Beslutet skulle i vissa fall kunna tas snabbare än om smittskyddsläkaren eller en infektionsläkare först ska kontaktas. Beslutet skulle också alltjämt fattas av en läkare.

Smittskyddsläkaren har dock det samlade ansvaret för smittskyddet inom sin region. Smittskyddsläkaren är den som har bäst överblick över det epidemiologiska läget i regionen och kompetens gällande smittämnet i fråga, kännedom om riskgrupper med mera. Smittskyddsläkaren är därmed enligt utredningens uppfattning den som är bäst lämpad att göra den proportionalitetsbedömning och bedömning av det epidemiologiska behovet som enligt 1 kap. 4 § SmL krävs vid alla beslut om smittskyddsåtgärder. Att flytta beslutsbefogenheter från smittskyddsläkaren skulle kunna riskera att medföra rättssäkerhetsrisker för enskilda patienter. Smittskyddsläkarens samlade överblick över smittskyddet i regionen skulle också kunna försämras.

I de kontakter som utredningen har haft med chefsöverläkare och verksamhetschefer inom psykiatrin har det inte heller uttrycks något tydligt behov om att få beslutsbefogenheter på smittskyddsområdet.

Enligt 1 kap. 9 § tredje stycket SmL får smittskyddsläkaren uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt smittskyddslagen. Det finns alltså möjlighet för smittskyddsläkaren, t.ex. i en ansträngd arbetssituation, att delegera beslutet om tillfällig isolering, även till någon utanför smittskyddsenheten.

Smittskyddsläkaren bör mot denna bakgrund även vid framtida pandemi eller annan omfattande smittspridning vara den som fattar beslut om tillfällig isolering. Smittskyddsläkarens nuvarande möjlighet att uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra dennes uppgifter enligt smittskyddslagen bör inte utvidgas.

Samma krav för att besluta om tillfällig isolering och isolering bör gälla vid omfattande smittspridning som annars

Isolering och tillfällig isolering är mycket ingripande åtgärder för den enskilde. Det är därför enligt utredningens uppfattning alltid risken för smittspridning i det enskilda fallet som bör ligga till grund för ett beslut om tillfällig isolering eller en ansökan om isolering. Det bör inte gälla några andra förutsättningar för att besluta om isolering eller tillfällig isolering i händelse av en omfattande smittspridning eller pandemi än i ett normalläge. Det omvända gäller självklart också, dvs. att personer som är tillfälligt isolerade eller isolerade under en pandemi inte i stället kan omhändertas enligt den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen enligt några andra krav än vad som annars gäller.

En annan sak är att en omfattande smittspridning kan innebära att det oftare kommer i fråga att isolera eller tillfälligt isolera individer än i ett normalläge. Alla åtgärder enligt smittskyddslagen ska dock vara motiverade av ett klart epidemiologiskt behov. Hur omfattande smittspridningen är kan med andra ord vara en omständighet som tillmäts betydelse vid proportionalitetsbedömningen i det enskilda fallet.

Bestämmelsen om tillfällig isolering hindrar inte den skyndsamhet som kan krävas

Vid en mycket smittsam allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom kan ett beslut om tillfällig isolering behöva kunna fattas mycket snabbt. Utredningens samverkan med nuvarande och tidigare smittskyddsläkare, inklusive de som under pandemin fattade beslut om tillfällig isolering för personer med diagnosen covid-19, ger inte vid handen att bestämmelsens utformning i sig innebär några hinder för att vid behov kunna fatta ett beslut med den skyndsamhet som

krävs. Det finns därför inte heller av dessa skäl någon anledning att justera bestämmelsen om tillfällig isolering.

Avskiljning har ett annat syfte än isolering men samma patient kan uppfylla rekvisiten för båda åtgärderna

Grunden för avskiljning enligt LPT är att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Bestämmelsen har alltså till ändamål att skydda andra patienter från ett beteende som kan leda till att de ges en sämre psykiatrisk vård.

Ändamålet med smittskyddslagens bestämmelser om isolering och tillfällig isolering är i stället att avvärja risken för att någon annan smittas av en allmänfarlig sjukdom. Det är alltså fråga om ett skydd för omgivningen mot somatisk sjukdom.

Det finns även andra skillnader mellan avskiljning enligt LPT och tillfällig isolering eller isolering enligt smittskyddslagen. Avskiljning får ske under en avsevärt kortare tid än isolering eller tillfällig isolering. JO har påpekat är det även en skillnad på det sättet att det är en domstol som beslutar om isolering och att det ska finnas ett mer omfattande underlag vid isolering enligt smittskyddslagen än det som i regel ligger till grund för ett beslut om avskildhet.

Det kan inträffa att en patient genom sitt beteende bedöms uppfylla rekvisiten i både 20 § LPT och 5 kap. 3 § SmL, och att det alltså föreligger grund för både avskiljande och tillfällig isolering. Vilket alternativ som då väljs får enligt utredningens uppfattning bedömas från fall till fall och mot bakgrund av vad som är syftet med åtgärden.

Det måste i de situationer när det blir aktuellt kunna förväntas att behövlig samverkan mellan vårdgivare och smittskyddsläkare sker så att prövningen enligt smittskyddslagen inte förbises eller ersätts av beslut enligt LPT.

Situationen förutsätter även under isoleringstiden en nära samverkan mellan smittskyddsläkaren och den som ansvarar för ledningsansvaret på vårdinrättningen, inte minst för att bevaka hur patientens somatiska mående utvecklas och om isoleringen riskerar att försvåra den psykiatriska vården av honom eller henne.

En reglering om att smittskyddslagen i vissa situationer ska ha företräde bör inte införas

Ovan har vi konstaterat att smittskyddslagen gäller i hela samhället, inklusive för patienter som vårdas enligt LPT eller LRV. Beslut enligt smittskyddslagen kan alltså aktualiseras även för patienter inom psykiatrin. Förarbetena kan sägas betona att vård för den psykiatriska diagnosen normalt ska prioriteras när det uppstår en konkurrenssituation. Vi har också konstaterat att förarbetena inte uttryckligen har beaktat att det kan vara fråga om en pandemisk sjukdom som aktualiserar behovet av att besluta om tillfällig isolering eller isolering. Det finns dock inget hinder mot att besluta att en patient som redan ges sluten psykiatrisk eller rättspsykiatrisk tvångsvård blir föremål för t.ex. tillfällig isolering. Det finns heller inget hinder mot att beslutet verkställs på den vårdinrättning där patienten vårdas, om smittskyddslagens krav på innehållet i isoleringen kan tillgodoses. Vi har också bedömt att utformningen av bestämmelsen om tillfällig isolering inte hindrar ett ingripande med den skyndsamhet som en pandemisk sjukdom kan kräva.

Mot bakgrund av det anförda finns det enligt utredningens bedömning inget skäl att föreslå en reglering som innebär att åtgärder enligt smittskyddslagen i vissa situationer ska ha företräde framför åtgärder enligt LPT eller LRV. Den nuvarande ordningen framstår som ändamålsenlig.

Det har framgått att det under pandemin uppstod gränsdragningssvårigheter mellan åtgärder enligt LPT och smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen. Liknande svårigheter fanns även inom annan tvångsvård, t.ex. vid Statens institutionsstyrelses ungdomshem. Det kan dock inte uteslutas att en reglering som tydligt ger en viss reglering företräde framför en annan skulle skapa andra gränsdragningssvårigheter. Som vi anfört i det föregående måste det i de situationer det blir aktuellt kunna förväntas att behövlig samverkan mellan vårdgivare och smittskyddsläkare sker så att prövningen enligt smittskyddslagen inte förbises eller ersätts av beslut enligt någon annan lagstiftning. Genom upparbetade kanaler och samverkan på förhand kan situationer undvikas där osäkerhet uppstår om vad som gäller.

Utredningen avser inte att i detta sammanhang gå närmare in på hur långt det går att utsträcka kravet på personer som är frihetsberövade att vidta åtgärder enligt 2 kap. 1 eller 2 §§ SmL för att skydda

andra mot smittrisk. Mot bakgrund av det vi har anfört om isoleringsbestämmelsens utformning och vår bedömning att samma krav för isolering bör gälla vid en omfattande smittspridning som annars, är det dock lämpligt att regionens smittskyddsläkare strävar efter att stärka sitt stöd till och samverkan med vårdgivare inom psykiatrin och rättspsykiatrin, där så behövs, så att behövliga överväganden av åtgärder enligt smittskyddslagen inte förbises.

8 En ordning för storskalig testning och smittspårning

Utredningen har i uppdrag att analysera och, om det bedöms lämpligt, föreslå en ordning där statliga myndigheter och regioner har beredskap och tekniska förutsättningar för att vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar skyndsamt utföra relevant storskalig provtagning, analys och smittspårning. Utredningen har också att förhålla sig till vad gäller bestämmelser om provtagning och smittspårning att hänsyn bör tas till att det, i vart fall i inledningen av en pandemi eller en omfattande epidemi, kan saknas kunskap om hur den specifika sjukdomen sprids, med vilket intensitet och allvarlighetsgrad.

Vi använder genomgående begreppet *testning* i kapitlet. Med det avses provtagning och mikrobiologisk laboratoriediagnostik inklusive analys, och processen från det att beslut tas om provtagning till dess att den provtagne meddelas om resultat och eventuella åtgärder på basen av analyssvaret (för en närmare beskrivning av processen för testning se avsnitt 8.1.2).

Vi använder också uttrycket *storskalig* testning och smittspårning. Uttrycket storskalig har blivit relativt etablerat inom testning och smittspårning under covid-19-pandemin. Storskalig testning och smittspårning avser betydande kapacitet och volymer för att genomföra testning och smittspårning i syfte att hantera en situation med omfattande smittspridning. Det handlar således om en smittskyddsåtgärd som riktar sig till allmänheten och har helt eller delvis ett annat syfte än att hantera testning av dem som söker vård inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, eller smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL. Det kan också innebära en ordning där en stor mängd potentiellt smittade behöver hanteras och för vilka tiden mellan exponering och smittsam fas kan

vara kort. Vid omfattande smittspridning kan det t.ex. uppstå ett akut behov av att identifiera smittade för att tidigt bryta smittkedjor. Som beskrivs i direktiven kan det handla om en situation där de olika målen med testning – att ta prover och smittspåra för att minska smittspridning på nationell nivå och att ta prover för individers vårdbehov – skapar en otydlighet, bl.a. när det gäller ansvaret för dimensionering av kapaciteten för provtagning och smittspårning.

Den storskaliga testningen under covid-19-pandemin riktade sig till olika målgrupper över tid såsom personal inom hälso- och sjukvård och omsorg, personer som bor på särskilda boenden för äldre (säbon) eller i bostäder med särskild service (LSS-boenden), personer med viktiga samhällsfunktioner samt allmänhet. Vi gör ingen särskild distinktion i betänkandet över vilka målgrupper som avses vid storskalig testning i en framtida situation med omfattande smittspridning. Det är rimligt att anta att olika prioriteringar gällande testning kommer att behöva göras över tid i en framtida pandemisituation med ett nytt eller förändrat smittämne.

I kapitlet behandlas regionernas uppgifter inom testning och smittspårning, eftersom regionerna har ett ansvar att tillhandahålla testning och smittspårning enligt hälso- och sjukvårdslagen och smittskyddslagen. Regioner har ansvar för hemsjukvård men får överlåta ansvaret till kommuner enligt hälso- och sjukvårdslagen (bl.a. 12 kap. 2 § HSL). Kommunerna ansvarar för omsorgsverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, däribland för provtagning i dessa delar, samt att hålla en god hygienisk standard i den del som avser vård. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visade tydligt att både patienter och omsorgstagare drabbades hårt, och vård- och omsorgspersonal fick hantera de utmaningar som blev följden av den omfattande smittspridningen i verksamheterna. Men eftersom det är regionerna som har ansvaret för smittskyddsfrågor däribland testning och smittspårning, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, så behandlas inte den kommunala vård- och omsorgsverksamheten specifikt i detta kapitel.

Vårt uppdrag avser således regioners och statliga myndigheters beredskap för storskalig testning och smittspårning. Vi anser dock att beredskapen även omfattar ett ansvar att se till att personal och vård- och omsorgstagare i den kommunala verksamheten har tillgång till testning och smittspårning, i synnerhet mot bakgrund av

att det till stor del handlar om sköra grupper som sannolikt löper stor risk för att drabbas hårt av ett nytt eller förändrat smittämne.

Vidare finns flera regelverk, både aktuella och kommande, som är centrala för pandemiberedskap och hälsohot och som kan antas påverka förutsättningarna för testning och smittspårning. Dessa regelverk har vi redogjort för i kapitel 3. Det gäller t.ex. Världshälsoorganisationens (WHO:s) internationella hälsoreglemente, IHR 2005, som revideras för närvarande. IHR 2005 har implementerats via lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Nya EU-regelverk på hälsohotsområdet samt för medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (laboratoriediagnostik) påverkar beredskapen i stort respektive den framtida laboratorieberedskapen. Regelverket på hälsodataområdet, European Health Data Space (EHDS), har ännu inte antagits av EU, men antas få stor betydelse för digitaliseringen i hälso- och sjukvården.

Det bör också nämnas att det pågår flera utredningar och regeringsuppdrag i syfte att stärka beredskapen inom hälso- och sjukvården som en följd av bristen på sjukvårdsmaterial som vi redogör för i kapitlet. De bedömningar och förslag vi lämnar gäller beredskap specifikt för storskalig testning och smittspårning inom smittskyddet, och inte beredskap för hälso- och sjukvården överlag.

Kapitlet inleds med en redovisning av nuvarande rättslig reglering och processbeskrivning av testning och smittspårning (avsnitt 8.1) samt av erfarenheter från covid-19-pandemin (avsnitt 8.2). Därefter följer en övergripande länderjämförelse (tre nordiska länder, avsnitt 8.3) och aktuellt kunskapsläge (avsnitt 8.4, se även kapitel 5). I avsnitt 8.5 redogörs för några frågor som vi har identifierat som centrala för storskalig testning och smittspårning utifrån erfarenheter från covid-19-pandemin följt av en analys av regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning (avsnitt 8.6). I avsnitt 8.7 behandlas olika ekonomiska aspekter av storskalig testning och smittspårning, lagerhållning av sjukvårdsprodukter samt kostnader för hälsodata.

Därefter redovisar vi våra bedömningar och förslag om en ordning för storskalig testning och smittspårning (avsnitt 8.8–8.10). Ordningen är uppdelad i två delar: beredskap för och genomförande av storskalig testning och smittspårning följt av ett avsnitt om tillsyn. Vi presenterar också våra bedömningar om finansiering av storskalig testning och smittspårning (avsnitt 8.11). Finansieringen av-

ser dels beredskap för storskalig testning och smittspårning, dels hantering av en framtida situation med omfattande smittspridning.

8.1 Allmänt om testning och smittspårning

I avsnitt 7.5 har vi redogjort för den rättsliga regleringen för bl.a. testning och smittspårning. I förevarande avsnitt ger vi en kort sammanfattning av denna reglering och en fördjupad beskrivning av processen för testning och smittspårning, följt av en övergripande beskrivning av system för övervakning av smittsamma sjukdomar.

8.1.1 Rättslig reglering

Anmälningsskyldigheten

Skyldighet för behandlande läkare och laboratorium att anmäla allmänfarliga och vissa andra sjukdomar

För att, så som beskrivs i avsnitt 7.5.1, direkta åtgärder mot allvarliga smittsamma sjukdomar ska kunna vidtas snabbt och för att bygga upp mer långsiktiga kunskaper om utbredningen av smittsamma sjukdomar följer av 2 kap. 5 § SmL en skyldighet för en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom att utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten (en s.k. klinisk anmälan). För en definition av allmänfarlig sjukdom och närmare om klassificeringen av smittsamma sjukdomar, se avsnitt 7.3. Vidare följer att anmälningsskyldigheten också gäller läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik och den som är ansvarig för ett sådant laboratorium (en s.k. laboratorieanmälan) samt läkare som utför obduktion. Den behandlade läkaren ska även anmäla en annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form. I 2 kap. 6 § SmL finns bestämmelser om innehållet i anmälan.

Genom ett bemyndigande i 2 kap. 7 § SmL har regeringen i smittskyddsförordningen (2004:255), förkortad SmF meddelat föreskrifter om anmälan och om vad en anmälan ska innehålla. I 3 § SmF regleras kravet på snabbhet i anmälningsförandet. Av bestämmelsen följer att anmälan ska göras skriftligen senast dagen efter den dag då den som är skyldig att göra anmälan misstänkt eller konstaterat fall av smittsam sjukdom, eller misstänkt eller funnit smittämne av sådan sjukdom vid analys i ett laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik. Om den som är skyldig att göra anmälan misstänker att flera patienter har smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom ska smittskyddsläkaren genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrättas om detta. I 4 § SmF har regeringen meddelat föreskrifter om innehållet i anmälan avseende vissa sexuellt överförbara sjukdomar.

Regeringen får även delegera föreskriftsrätten till en myndighet, vilket regeringen har gjort till Folkhälsomyndigheten (5 § SmF). Folkhälsomyndigheten åläggs vidare att fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar enligt 2 kap. 5 § SmL till myndigheten och på begäran från Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information. Folkhälsomyndigheten ska också med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser med sådan information till berörda myndigheter, läkare och veterinärer (6 § SmF).

Undantag från anmälningsskyldigheten

Huvudregeln är att anmälan ska göras till såväl regionens smittskyddsläkare som till Folkhälsomyndigheten och i praktiken görs en gemensam anmälan genom rapporteringssystemet SmiNet. Av huvudregeln följer vidare att såväl läkare som laboratorium ska anmäla, vilket innebär att ett misstänkt eller konstaterat sjukdomsfall ofta anmäls två gånger.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från anmälningsskyldigheten i fråga om viss sjukdom, om undantag i fråga om till vem anmälan ska göras, om undantag om kravet på att anmälan ska ske utan dröjsmål, och om undantag från uppgift i anmälan om en viss sjukdom (2 kap. 7 § SmL). I Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-

FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall, föreskriver myndigheten bl.a. att det inte krävs en klinisk anmälan vid vissa där angivna sjukdomar och att vid covid-19 och mpox ska inte misstänkta fall anmälas (4 §).

Falldefinitioner vid anmälan

Som anges ovan ska enligt huvudregeln både konstaterade fall och kliniskt misstänkta fall anmälas. Den anmälningsskyldige läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han eller hon gör sin anmälan. För att misstanke ska föreligga krävs det dock att det finns något konkret som tyder på att den smittsamma sjukdomen är för handen, t.ex. att patienten uppvisar symtom som är typiskt för sjukdomen.[1] I publikationen Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen (2024) ger Folkhälsomyndigheten vägledning för de sjukdomsfall som ska anmälas. I publikationen anges att i praktiken är anmälan av misstänkta fall av betydelse endast för ett begränsat antal smittämnen, men att det dock alltid finns ett ansvar att bedöma om anmälan ska ske redan vid misstanke om att någon har en anmälningspliktig sjukdom.

Undantag vid omfattande smittspridning

Som framgår av avsnitt 7.5 bedömer utredningen att denna möjlighet som finns i gällande rätt att meddela föreskrifter om undantag från anmälningsskyldigheten ger utrymme för sådana undantag från anmälningsskyldigheten som kan krävas vid en omfattande smittspridning.

Skyldigheten att undersöka, provta och smittspåra

Den enskilde har en skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas

Som beskrivs i avsnitt 7.5.2 är en lagfäst skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas, när man tror sig vara smittas av en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom, en bety-

[1] Prop. 2003/04:30 s. 94.

delsefull markering av att envar ska bidra till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar, även om de allra flesta människor självmant torde söka läkare och låta sig undersökas. I 3 kap. 1 § första stycket SmL regleras den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas om han eller hon vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom. I dessa fall ska den enskilde utan dröjsmål söka läkare.

Vidare som beskrivs i avsnitt 7.5.2 kan en anledning att misstänka att man bär på en sådan sjukdom finnas t.ex. då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad. Skyldigheten kan också uppkomma genom att man underrättas om risken i ett smittspårningsärende.

Läkarens skyldighet att undersöka och provta

Även läkarens undersökningsskyldighet är reglerad (3 kap. 1 § andra stycket SmL). Som beskrivs i avsnitt 7.5.2 är syftet med läkarundersökningen att klarlägga vilken sjukdom det är fråga om och skyldigheten avser därför endast undersökningar som är motiverade av smittskyddshänsyn, dvs. för att konstatera om smittsamhet föreligger. Undersökningen får alltså inte vara motiverad enbart av att man vill kunna behandla sjukdomen hos den enskilde, eftersom en skyldighet att genomgå en sådan behandling torde stå i strid med principen om frivillig behandling. Något rent medicinskt motiv att behandla smittsamma sjukdomar på annat sätt än andra allvarliga sjukdomar torde enligt bestämmelsens förarbeten inte heller finnas.[2]

En läkare ska göra en anmälan till smittskyddsläkaren i regionen om en patient som misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig en erforderlig undersökning eller provtagning. Anmälan ska ske utan dröjsmål (3 kap. 1 § tredje stycket SmL). I 6 kap. 3 § SmL regleras smittskyddsläkarens ansvar vid en sådan anmälan. Av bestämmelsen följer att smittskyddsläkaren ska utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en sådan undersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl

[2] Prop. 2003/04:30 s. 217.

talar mot detta. I 3 kap. 2 § SmL finns vidare bestämmelser som innebär att smittskyddsläkaren kan ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning av den som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom men som motsätter sig undersökningen. Beslut om en sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Motsvarande bestämmelser om anmälan och tvångsundersökning finns inte för andra smittspårningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga sjukdomar.

Skyldighet att smittspåra

I 3 kap. 4–6 §§ SmL finns bestämmelser om smittspårning. Av dessa följer att om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, ska läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Smittspårning ska i enlighet med bestämmelsen således inte ske endast i de fall en smittsam sjukdom konstaterats utan även vid misstänkta fall. Som beskrivs i avsnitt 7.5.3 kan smittskyddsåtgärder beträffande ett flertal sjukdomar behöva vidtas även om sjukdomen inte är fastställd och det kan vara viktigt att redan i ett tidigt skede nå personer som kan ha smittats av sjukdomen. Den enskilde patienten är skyldig att medverka i smittspårningen och lämna de upplysningar som han eller hon förmår lämna (3 kap. 4 § första stycket).

Enligt 1988 års smittskyddslag (1988:1472) var det den behandlande läkaren som hade det formella ansvaret för smittspårningsarbetet, även om han eller hon i praktiken delegerade uppgiften till annan hälso- och sjukvårdspersonal. Det ansågs dock befogat att den som utför det praktiska arbetet också har det formella ansvaret för smittspårningen. Den nu gällande bestämmelsen innebar således en utvidgning av ansvaret för smittspårningsarbetet med den enskilde patienten. Behandlande läkare är dock skyldig att se till att ansvaret ges till personal med kompetens för arbetet.[3]

Misstänker den som ansvarar för smittspårningen att andra personer kan ha smittats ska han eller hon se till att dessa underrättas

[3] Prop. 2003/04:30 s. 108 och 221.

om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare (3 kap. 4 § andra stycket). Som beskrivs i avsnitt 7.5.3 innebär inte detta att den som utför smittspårningen alltid personligen behöver kontakta den som kan antas ha smittats. Om det är lämpligt kan detta överlåtas åt patienten, antingen självständigt eller med stöd av läkare eller kurator. Ansvarig personal har dock alltid en skyldighet att kontrollera att den som man misstänker kan ha smittats verkligen har underrättats.

Om det rör sig om en allmänfarlig sjukdom och den som underrättats inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, ska detta utan dröjsmål anmälas till smittskyddsläkaren (3 kap. 6 §). Anmälan ska göras av den som ansvarar för smittspårningen. Smittskyddsläkaren ska utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en sådan undersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta (6 kap. 3 § SmL). I 3 kap. 2 § SmL finns vidare bestämmelser som innebär att smittskyddsläkaren kan ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning av den som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom och som motsätter sig undersökningen. Beslut om en sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Någon anmälningsskyldighet för andra smittspårningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga finns inte. För sådana sjukdomar åligger det i stället den som ansvarar för smittspårningen att aktivt försöka påverka personen att söka läkare.

Smittskyddsläkaren ska också underrättas om den som ansvarar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen. Smittskyddsläkaren får då överta ärendet eller överlämna det till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. Detsamma får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt. Har smittspårningsärendet tagits över av smittskyddsläkaren ska den enskilde patienten lämna de erforderliga uppgifterna till honom eller henne i stället (3 kap. 5 §).

Det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som meddelar vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara smittspårningspliktiga (9 kap. 3 § andra stycket SmL). Regeringen har i 7 § SmF bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela sådana föreskrifter. Bemyndigandet är begränsat till anmälningspliktiga sjukdomar. De smittspårningspliktiga sjukdomarna återfinns i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar.

Ytterligare föreskrifter om undersökningen, provtagningen och smittspårningen

Enligt 9 kap. 4 § första stycket SmL får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda. Regeringen har bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela sådana föreskrifter (12 § SmF). Med stöd av bemyndigandet har Folkhälsomyndigheten bl.a. meddelat föreskrifter om poliodiagnostik vid virusorsakad meningoencefalit (HSLF-FS 2015:5). Som beskrivs i avsnitt 7.5.3 har myndigheten tidigare också meddelat föreskrifter och allmänna råd om bl.a. smittspårning med stöd av bemyndigandet, men dessa är numera upphävda. Under covid-19-pandemin meddelade myndigheten med stöd av bemyndigandet föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:9) om att förhindra smitta av covid-19 på restauranger och caféer m.m. och föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. Under perioden 1 april 2022–15 mars 2023 gällde även föreskrifter om att covid-19 endast var smittspårningspliktig i sådan sluten vård och omsorgsverksamhet som vårdar eller har omsorg om personer med en hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19.

I 9 kap. 5 och 6 §§ SmL finns beredskapsbemyndiganden för krig eller krigsfara, respektive för fredstida kriser. Regeringen får enligt 5 § meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Enligt 6 § får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smitt-

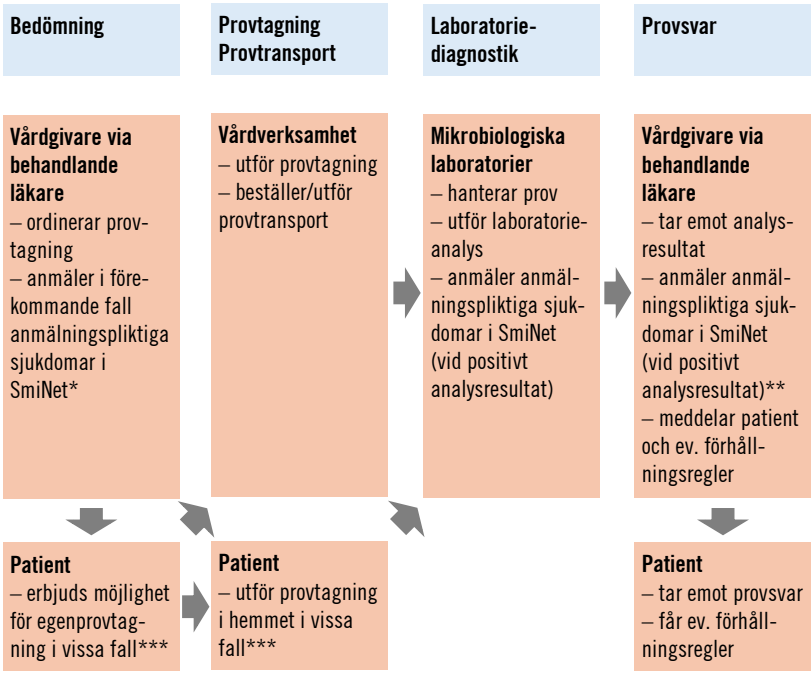
skyddslagen, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Med stöd av bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL om ytterligare föreskrifter vid fredstida kriser meddelade regeringen förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen innehåller bestämmelser om samordning mellan kommuner och regioner av tillgången till skyddsutrustning och provtagningsmaterial och får tillämpas om det behövs för att förhindra spridning av covid-19 samt uppnå en god arbetsmiljö för personal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade vid kontakt med människor som är eller misstänks vara smittade av det virus som orsakar covid-19.

8.1.2 Processen för testning

Figuren illustrerar på en övergripande nivå processen för testning. Med det avser vi hela processen från det att behandlande läkare ordinerar provtagning tills dess att denna meddelar om resultat och beslutar om åtgärder på basis av analysresultat.

Figur 8.1 Processen för testning (provtagning och laboratoriediagnostik)



Anm.: * Misstänkta fall avser fall med klinisk och/eller epidemiologisk misstanke, men ingen fastställd laboratoriediagnos. Misstänkta fall kan också undantas för anmälan enligt Folkhälsomyndighetens föreskrifter om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall HSLF-FS 2015:7 samt tillhörande vägledningar (falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen).

** I vissa fall är det inte nödvändigt med klinisk anmälan från den behandlande läkaren. I dessa fall är det tillräckligt med laboratorieanmälan enligt Folkhälsomyndighetens föreskrifter om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall HSLF-FS 2015:7.

*** Egenprovtagning för SARS-CoV-2 användes tidvis under covid-19-pandemin. I ett normalläge erbjuds en person möjlighet till egenprovtagning för vissa blodsjukdomar och sexuellt överförbara sjukdomar, STI.

Källa: SOU 2021:89 volym 1 s. 242, egen bearbetning.

Vårdgivaren bedömer via den behandlande läkaren om ett prov bör tas. Efter provtagning skickas provet till ett mikrobiologiskt laboratorium för analys. Den behandlande läkaren underrättas om analysresultat, meddelar sedan den provtagne om analysresultat och beslutar om förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom för att hindra smittspridning. Vid allmänfarlig sjukdom ska den behandlande läkaren erbjuda den enskilde kostnadsfri vård och behandling som behövs för att minska risken för smittspridning. Smittspårning ska utföras

vid allmän- och samhällsfarliga sjukdomar samt vid andra smittspårningspliktiga sjukdomar.[4]

Den behandlade läkaren gör en klinisk anmälan i anmälningssystemet SmiNet[5] till Folkhälsomyndigheten och den regionala smittskyddsläkaren. Det görs också en laboratorieanmälan till SmiNet från det mikrobiologiska laboratoriet. För vissa smittsamma sjukdomar görs enbart en laboratorieanmälan. Undantagen från anmälningsskyldigheten till SmiNet regleras som beskrivs ovan i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall och beskrivs i Folkhälsomyndighetens publikation med falldefinitioner.[6]

Det är regionen som ansvarar för att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov av mikrobiologiska undersökningar inklusive undersökningar enligt smittskyddslagen, undersökningar vid utbrott av smittsam sjukdom samt kvalitets- och metodutveckling av denna verksamhet. Smittskyddslagen innehåller inte några närmare bestämmelser om regionernas beredskap gällande smittskyddet. För Folkhälsomyndigheten, finns närmare bestämmelser om myndighetens ansvar för beredskap inom smittskyddet i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten, bl.a. i fråga om att upprätthålla viss laboratoriediagnostik. Enligt förordningen ska myndigheten upprätthålla den laboratorieberedskap som behövs och tillhandahålla mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier (28 § andra punkten).

Det finns sammanlagt 24 kliniska laboratorier i Sverige, såväl i regionens regi som privata. Dessa ingår i ett nationellt nätverk, Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi (SLIM), som bildades 2017 och samägs av landets 21 regioner och Folkhälsomyndigheten. SLIM bildades mot bakgrund av att den mikrobiologiska verksamheten i landet hade genomgått omfattande organisatoriska förändringar som innebar att regionernas laboratorier hanterade över 99 procent av landets undersökningar. Syftet med SLIM är att

[4] Andra smittspårningspliktiga sjukdomar regleras i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar.
[5] SmiNet är ett system som förvaltas av Folkhälsomyndigheten men ägs och finansieras gemensamt av myndigheten och de regionala smittskydden. Hälso- och sjukvården använder SmiNet för att anmäla fall av smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Databasen används för att bedriva epidemiologisk övervakning på både nationell och regional nivå.
[6] Folkhälsomyndigheten. Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen. 2024.

uppnå ökad kostnadseffektivitet, minskad sårbarhet, och en hållbar och jämlik mikrobiologisk verksamhet för hälso- och sjukvården i hela landet.[7]

Inom SLIM finns ett antal nationella referenslaboratoriefunktioner (NRL) för olika smittämnen eller grupper av smittämnen, för närvarande 37 s.k. NRL-områden.[8] NRL:s uppdrag är att tillhandahålla analyser, insatser för kvalitetssäkring och expertis som är viktig för hälso- och sjukvårdens uppdrag att handlägga enskilda patienter.[9] Efter en utvärdering av verksamheten inom SLIM planeras att sammanfoga antalet NRL-områden till 29 och inrätta två nya: ett gemensamt för SARS-CoV-2 och influensa samt ett för specialtekniker[10,11]

Som en följd av covid-19-pandemin har en rad initiativ tagits på EU-nivå för att stärka arbetet kring framtida hälsohot och den rättsliga ramen för det. I Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2371 av den 23 november 2022 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 1082/2013/EU, kallad hälsohotsförordningen och som beskrivs i avsnitt 3.4.3, föreskrivs bl.a. inrättande av ett nätverk av EU-referenslaboratorier (skäl 2). EU-referenslaboratorierna är tänkta att stödja de nationella referenslaboratorierna på folkhälsoområdet eller för specifika områden inom folkhälsa som är relevanta inom ramen för hälsohotsförordningen eller nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser. EU-kommissionen kan genom genomförandeakter utse EU-referenslaboratorier som ska ge stöd till nationella referenslaboratorier för att främja god praxis och medlemsstaternas frivilliga harmonisering av diagnostik, testmetoder och användning av vissa tester för medlemsstaternas enhetliga övervakning, anmälan och rapportering av sjukdomar (artikel 15 i hälsohotsförordningen).

[7] Folkhälsomyndigheten. Ett laboratorienätverk för smittskydd och mikrobiologi i Sverige. Överenskommelse om ansvar för funktioner av betydelse för ett laboratorienätverk. 2015. s. 5. I det följande anges källan Folkhälsomyndigheten 2015.
[8] Folkhälsomyndigheten. Nationella referenslaboratorier (NRL). Hämtat 2024-03-22 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/slim/nationella-referenslaboratorier.
[9] Folkhälsomyndigheten 2015, s. 8.
[10] Området specialtekniker omfattar elektronmikroskopi, metagenomik och virusisolering.
[11] Folkhälsomyndigheten SLIM utlyser uppdrag som NRL 2025–2029. Hämtat 2024-03-22 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/slim/nyheter/slim-utlyser-uppdrag-som-nrl-2025-2029.

PCR-tester, antigentester, antikroppstester, egenprovtagning och screening

Under covid-19-pandemin användes PCR-tester, antigentester och antikroppstester i stor omfattning. Provtagning för dessa analyser skedde av provtagningspersonal eller av den provtagne själv, dvs. via egenprovtagning. Vid egenprovtagning skedde analyserna antingen på ett laboratorium efter transport dit eller av den provtagne själv.

Vi redogör i korthet nedan för de olika tester och metoder för provtagning och analys som finns, och med fokus på deras användning vid omfattande smittspridning. Testprinciperna är dock generiska och används även inom en rad andra områden som t.ex. klinisk kemi och klinisk immunologi.

Ett *PCR-test* (polymerase chain reaction test) används bl.a. för att påvisa ett smittämnes arvsmassa (nukleinsyra) i ett prov. Även om PCR ibland används som samlingsbegrepp är NAAT (nucleic acid amplification tests) en mer korrekt beteckning på metoder för att amplifiera och påvisa arvsmassa (nukleinsyra) från ett smittämne. Utöver PCR finns det flera andra NAAT-metoder för detta syfte, t.ex. LAMP (loop-mediated isothermal amplification) och TMA (transcription-mediated amplification). Rätt utförd har PCR-tester och andra NAAT hög känslighet för att korrekt identifiera sant positiva prov (sensitivitet) och låg risk för falskt positiva analysresultat (specificitet). För provtagning inför ett PCR-test avseende ett luftvägsagens, t.ex. SARS-CoV-2 eller influensavirus, krävs en provtagningspinne eller annat provtagningsmaterial och tillhörande provrör, kork och ofta även ett transportmedium, dvs. en vätska som tillförs provmaterialet.

Ett *antigentest* är en alternativ metod för att påvisa om en person bär på ett visst smittämne. Med antigen avses ett främmande ämne som inducerar ett immunsvar – i detta fall en proteinbyggsten från ett smittämne. Antigentester detekterar således proteiner från smittämnet i stället för deras nukleinsyra. De antigentester som användes i sjukvården och privat under covid-19-pandemin kan ge resultat inom några minuter. Denna typ av antigentest ingår i det som med ett bredare namn kallas patientnära analyser (PNA), men det finns även laboratoriebaserade antigentester bl.a. för hepatit-B virus och hiv. Med patientnära analyser (PNA) avses laboratorieanalyser som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal på vårdenheter, och där prov-

tagning och analys sker nära patienten.[12] De patientnära antigentesterna för smittämnen såsom SARS-CoV-2 är generellt sett mindre känsliga och tillförlitliga än PCR-tester eftersom det behövs en betydligt högre nivå av smittämnet i provet för att de ska ge ett positivt resultat (lägre sensitivitet). De har även en något högre risk för falskt positiva resultat (lägre specificitet). Antigentester användes under covid-19-pandemin som ett komplement till PCR-tester när det fanns ett behov av ökad testkapacitet och snabba svar. Möjligheten till patientnära provtagning och analys av vårdpersonal eller den provtagne själv och snabbt svar uppväger till viss del den lägre känsligheten. Provtagning inför antigentest avseende SARS-CoV-2 och andra luftvägssmittämnen sker på liknande sätt som provtagning inför PCR, dvs med en provtagningspinne i näsa eller svalg.

Ett *antikroppstest* (serologiskt test) används inom mikrobiologin både för att påvisa pågående infektion och för att undersöka genomgången infektion. Antikroppar består av proteiner som bildas av kroppens immunsystem när den utsätts för ett antigen såsom en byggsten från ett smittämne. Antikroppstester har begränsningar när det gäller diagnostik av akuta infektioner, såsom SARS-CoV-2, eftersom det tar ett par veckor innan antikropparna har nått sådana nivåer att de kan påvisas och de hos vissa personer aldrig når sådana nivåer. För vissa smittämnen (t.ex. mässlingsvirus) innebär antikroppsnivåer över en definierad nivå att man har skyddande immunitet mot infektionen. För andra smittämnen (t.ex. SARS-CoV-2 och influensavirus) innebär ett positiv antikroppstest inte fullt skyddande immunitet utan enbart att man har haft infektionen. Under pandemin användes antikroppstesterna därför framför allt för populationsundersökningar av andel av befolkningen som hade haft infektionen, s.k. seroprevalens. Ett antikroppstest genomförs vanligen med ett s.k. venöst blodprov av vårdpersonal och analyseras på kliniskt laboratorium.[13] Det finns också snabbtester på marknaden, vilka tas via ett stick i fingret.[14]

Egenprovtagning avser prov som tas av personen själv. Analysen kan då utföras helt på egen hand med en patientnära analys, t.ex. en

[12] Nationellt Nätverk av PNA-koordinatorer inom laboratoriemedicin. Nationella rekommendationer för patientnära analyser, PNA. 2017-04-23, reviderad 2020-03-30.
[13] Man kan också mäta antikroppar i ryggmärgsvätska och på slemhinna.
[14] SOU 2021:89 volym 1 s. 246 och 247.

antigentest. Alternativt sänds provet till ett mikrobiologiskt laboratorium som utför en PCR-test eller antigentest.

Traditionellt utförs mikrobiologisk provtagning framför allt på personer med misstänkt sjukdom eller exposition. Testerna kan dock även användas för *screening*, som är en bredare testning av personer utan sådan misstanke. Genom screening kan man upptäcka smitta hos personer som inte upplever sig ha några symtom eller har annan misstanke om infektion. Under pandemin användes screening framför allt av personer som sökte vård av andra skäl än misstänkt covid-19 och av vård- och omsorgspersonal. Smittskyddsåtgärder kunde då sättas in i ett tidigt skede och vilket kunde minska risken för ytterligare smittspridning. Riktad screening sågs som en tilläggsåtgärd under covid-19-pandemin så länge det pågick en omfattande smittspridning i samhället.[15]

8.1.3 Övergripande om smittspårning

Som framgår ovan har den som tror sig vara smittad av en allmänfarlig eller annan smittspårningspliktig sjukdom en skyldighet att uppsöka läkare och lämna uppgifter så att en smittspårning kan komma till stånd. Smittspårning syftar till att genom en diagnostiserad smittad individ – ett s.k. indexfall – identifiera såväl personer som kan ha gett upphov till smittan hos indexfallet och personer som kan ha blivit smittade av indexfallet. Syftet är att bryta smittkedjor för att förhindra att fler personer blir smittade.

Smittspårning är således viktig för att, genom att identifiera smittkällor och bryta smittkedjor, kunna begränsa spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen. Tidsaspekten är avgörande för effektiv smittspårning, detta gäller speciellt för akuta infektionssjukdomar med kort inkubationstid och kort smittsam period så som många luftvägsinfektioner.[16] En effektiv process för sådana sjukdomar bygger således på en tidig provtagning och korta svarstider. En tidig provtagning kan också reducera antalet kontakter innan fastställd diagnos.

[15] Folkhälsomyndigheten. Teststrategi för covid-19 under 2021. Version 1. 2021, s. 6.
[16] Folkhälsomyndigheten. Kartläggning och effektivisering av smittspårning av covid-19. 2021, s. 13. I det följande anges källan Folkhälsomyndigheten 2021.

Smittspårningspliktiga sjukdomar kan leda till allvarliga konsekvenser för den drabbade, bl.a. om behandling inte ges i tid och utgör, om de får en större spridning, en belastning för folkhälsan. Då är det viktigt att smittkällan spåras upp, och att man når personer som kan ha smittats av sjukdomen för att kunna erbjuda dem testning och i förekommande fall behandling eller förebyggande insatser som t.ex. information och vaccination.

Data från smittspårning och information om smittväg och smittort, som finns i SmiNet och som samlats genom den kliniska anmälan från behandlande läkare, är enligt Folkhälsomyndigheten central för att kunna göra epidemiologiska sammanställningar och analyser. Uppgifterna från smittspårningen ligger till grund för smittskyddsarbetet på både nationell och regional nivå. Informationen redovisas i Folkhälsomyndighetens och de regionala smittskyddens årsrapporter om olika anmälningspliktiga sjukdomar.[17]

8.1.4 Processen för smittspårning

Smittspårningsprocessen påbörjas när den behandlande läkaren misstänker att den enskilde har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, eller när läkaren konstaterar ett positivt analysresultat för indexpersonen, dvs. personen med först upptäckt/diagnostiserad sjukdom inom en smittkedja. Det behöver dock inte vara en person som är först infekterad i smittkedjan.

Smittspårningssamtal genomförs med personen i samband med provtagningen, redan vid misstanke om smittsam sjukdom. Vid konstaterad smitta, dvs. när det finns ett positivt analysresultat, kontaktas indexpersonens kontakter som kan ha utsatts för smitta. På så sätt identifieras personer som kan ha blivit smittade av indexpersonen vid konstaterad smitta, vem som smittat indexpersonen och hur smittan har överförts och i vilka situationer.[18] Smittspårningen ska därmed identifiera och bryta smittkedjor, och för att detta ska lyckas bör den smittade personens kontakter ha informerats och vidtagit åtgärder innan de själva riskerar att bli smittsamma.

[17] Folkhälsomyndigheten. Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen. Version 10. 2022, s. 8.
[18] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 25.

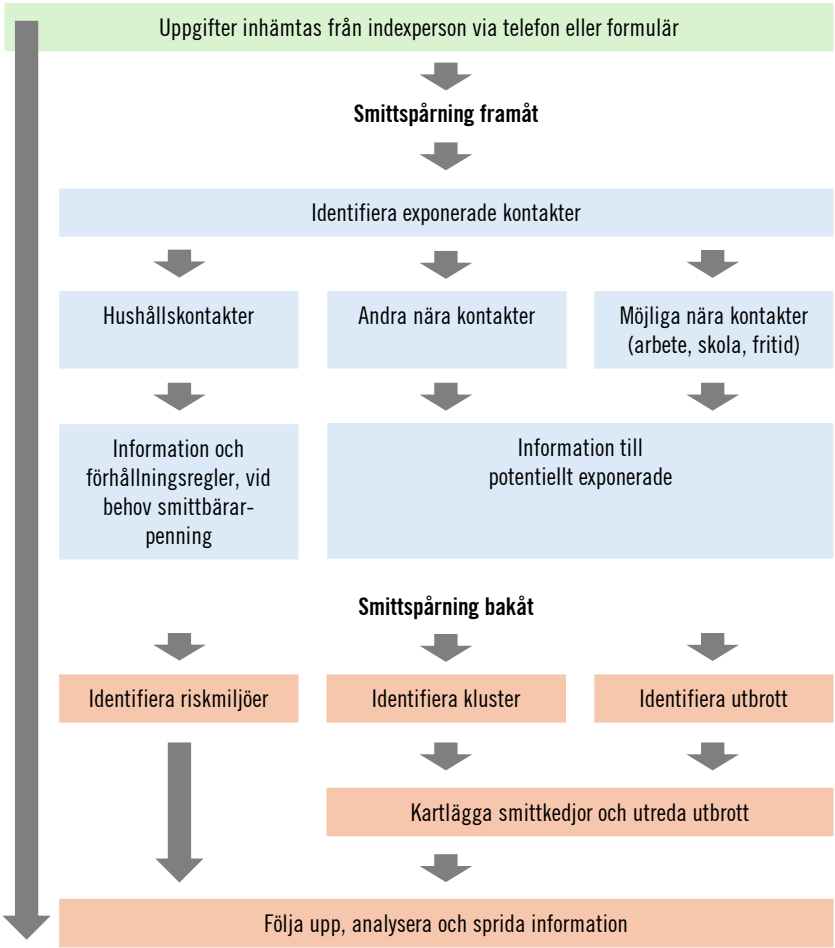
Processen för smittspårning är komplex, och utgör endast en del av den behandlande läkarens uppgifter när ett fall av allmänfarlig sjukdom konstateras. Enligt Folkhälsomyndigheten är den övergripande processen för hur den behandlande läkaren hanterar ett bekräftat fall av allmänfarlig och därmed också smittspårningspliktig sjukdom densamma oavsett vilken allmänfarlig sjukdom som avses. Själva smittspårningen utförs på olika sätt för olika sjukdomar beroende på t.ex. smittväg, smittsamhet och sjukdomens allvarlighetsgrad.[19] Men även i fråga om smittspårningsprocessen av covid-19 när den var klassificerad som allmän- och samhällsfarlig kunde arbetssättet för hur de olika momenten utfördes skilja sig åt mellan eller till och med inom regioner.[20]

8.1.5 Smittspårningsprocessen av covid-19 när sjukdomen var klassificerad som allmän- och samhällsfarlig

Under 2021 tog Folkhälsomyndigheten fram en rapport i syfte att beskriva processen för smittspårning av covid-19 och hur denna kunde effektiveras.[21] Covid-19 var klassificerad som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom till och med mars 2022.[22] Smittspårning av covid-19 i samhället innehöll flera moment men delades upp i två huvuddelar, *smittspårning framåt och smittspårning bakåt.* Dessa två delar hade delvis olika syften, även om det övergripande målet med smittspårning var att stoppa smittspridning. Figuren nedan illustrerar schematiskt processen för smittspårning för covid-19.

[19] Region Stockholm. Epidemi- och pandemiplan. 2023, s. 20.
[20] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 26.
[21] Folkhälsomyndigheten 2021.
[22] Prop. 2021/22:137, bet. 2021/22:SoU27, rskr. 2021/22:197.

Figur 8.2 Processen för smittspårning av covid-19 i samhället



Källa: Folkhälsomyndigheten. Kartläggning och effektivisering av smittspårning av covid-19. 2021, s. 30.

Smittspårning framåt innebär att identifiera personer som kan ha smittats av indexpersonen, dvs. indexpersonens kontakter från tidpunkten då denne bedöms ha blivit smittsam. Det kan vara hushållskontakter eller andra nära kontakter. Med hushållskontakter avses de personer som indexpersonen bor tillsammans med eller har delat hushåll med under den smittsamma fasen. Med nära kontakter utöver hushållskontakter avses att personen ska ha varit inom två meters avstånd från indexpersonen i över 15 minuter under dennes smitt-

samma fas gällande covid-19. En person som varit i nära kontakt med en person med covid-19 har enligt smittskyddslagen rätt till information om risken för att ha utsatts för smitta.[23]

Smittspårning framåt måste ske omgående vid varje nytt fall av smitta för att snabbt bryta smittkedjor kring bekräftade fall av akuta luftvägsinfektioner som t.ex. covid-19. Smittspårning framåt behöver därför prioriteras om smittspridningen ökar snabbt. Ju fortare en kontakt får kännedom om att denne har utsatts för smitta, desto större möjlighet att förhindra vidare smittspridning. Det sker genom att kontakten agerar, t.ex. minimerar sina sociala kontakter, arbetar hemifrån, är uppmärksam på symtom och provtar sig vid behov. Åtgärderna bör vidtas så pass omgående att kontakten själv ännu inte hunnit insjukna eller bli smittsam.[24]

Smittspårning bakåt innebär att försöka ta reda på var indexpersonen kan ha blivit smittad. Smittspårning bakåt möjliggör också att smittspårningspersonalen kan upptäcka och identifiera kluster eller utbrott. På så sätt kan fler smittkedjor brytas. Utgångspunkten för smittspårning bakåt är inkubationstiden, dvs. tiden från smittotillfället till insjuknandet, för covid-19 gäller 1–14 dagar. Eftersom tiden kan variera är det också viktigt att känna till den vanligaste inkubationstiden.

I smittspårningen bakåt tar smittspåraren reda på vad indexpersonen har gjort och var denne har varit under perioden då smittan kan ha överförts. Poängen är att sammanställa information från många bakåtspårningar och få med samtliga potentiella smittkällor eller miljöer. På så sätt kan en specifik miljö, som verkar generera smitta, identifieras och hanteras med lämpliga åtgärder. Det kan handla om en arbetsplats, skola eller restaurang. Genom att identifiera dessa s.k. riskmiljöer får man en uppfattning av var smittspridning sker. Informationen kan sedan kommuniceras till allmänheten och uppmärksamma den på var smitta sprids i syfte att få fler att avstå från att vistas i dessa miljöer.[25]

Folkhälsomyndigheten tog fram föreskrifter för smittspårning vid covid-19, vilka trädde i kraft i oktober 2021 (Folkhälsomyndighetens föreskrifter [HSLF-FS 2021:74] om uppgifter om smittspårning vid sjukdomen covid-19). Föreskrifterna innehåller en specifi-

[23] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 32.
[24] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 28.
[25] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 28 och 29.

kation på uppgifter som ska hämtas in till ett automatiserat system vid klinisk anmälan av covid-19 från den behandlande läkaren. Uppgifterna hämtas in enligt Folkhälsomyndighetens nationella formulär för smittspårning av covid-19. Föreskrifterna gäller de regioner som använder det automatiserade systemet för smittspårning (se avsnitt 8.6.1). Det är dock inte alla regioner som är anslutna till smittspårningsverktyget.[26]

8.1.6 Centrala system för övervakning av smittsamma sjukdomar

SmiNet

SmiNet är det huvudsakliga nationella elektroniska systemet för epidemiologisk övervakning av smittsamma sjukdomar. Det förvaltas av Folkhälsomyndigheten men ägs, finansieras och drivs gemensamt av myndigheten och regionernas smittskyddsläkare och tillhörande smittskyddsenheter. Hälso- och sjukvården använder SmiNet för att anmäla fall av smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Anmälan till SmiNet görs av den behandlande läkaren, genom en klinisk anmälan, och från laboratorierna (ansvarig läkare eller annan ansvarig laboratoriepersonal) genom en laboratorieanmälan.[27] Systemet används av regionernas smittskyddsenheter för att handlägga konstaterade fall av anmälningspliktiga sjukdomar samt för att hantera myndighetsärenden anmälda utifrån smittskyddslagens regelverk.

SmiNet gör det också möjligt att bedriva epidemiologisk övervakning på både regional och nationell nivå för att följa förekomsten av smittsamma sjukdomar. Data från SmiNet används för fortlöpande sammanställningar och redogörelser av anmälningar till Folkhälsomyndigheten, på begäran från Socialstyrelsen, IVO eller andra myndigheter. Data från SmiNet används också som underlag för löpande och årlig rapportering av smittsamma sjukdomar, däribland till den europeiska smittskyddsmyndigheten European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

[26] Folkhälsomyndigheten. Smittspårningsverktyget och resultat från datainsamling under fjärde vågen av covid-19. November 2021 till april 2022. 2022, s. 6. I det följande anges källan Folkhälsomyndigheten 2022.
[27] Även rättsläkare omfattas av anmälningsskyldighet vid fall av smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga.

Laboratorieinformationssystem

Regionernas mikrobiologiska laboratorier har egna laboratorieinformationssystem som de använder för att tillhandahålla diagnostik. Dessa laboratorieinformationssystem är inte harmoniserade vilket är en utmaning när nationella data ska sammanställas av t.ex. Folkhälsomyndigheten.[28] Viss information om positiva analysresultat rapporteras till SmiNet och blir därmed tillgängliga för Folkhälsomyndigheten, men till SmiNet rapporteras enbart begränsande kliniska data och inget för patienter med negativa analysresultat. Det var en utmaning när Folkhälsomyndigheten snabbt skulle få igång ett nationellt system för uppskalad testning under covid-19-pandemin har sin grund i att regioner har olika laboratoriedatasystem.

Mikrobiella övervakningsprogram

De mikrobiella övervakningsprogrammen används för karaktärisering av smittämnen, s.k. typning. Vid smittspårning och utbrottsutredningar är resultaten från typningen ofta av avgörande betydelse. Typning är en metod för att bestämma och jämföra olika varianter och stammar av bakterier eller virus. Typning görs vanligen med helgenomsekvensering, som ger information om epidemiologiska smittsamband och även resistens- och virulensmarkörer. Helgenomsekvensering innebär att man undersöker bakteriens eller virusets hela genuppsättning, DNA, eller för vissa virusfamiljer RNA. För att typning ska kunna utföras måste bakterien eller viruset först ha påvisats i provet. För bakterier sker detta oftast via en föregående odling vilket innebär att ett s.k. isolat typas. Isoleringen eller påvisningen sker oftast vid det lokala laboratoriet. Vid den epidemiologiska typningen utförs en kluster- eller liknande analys för att ta reda på om smittämnet har ett nära gemensamt ursprung med de som påvisats i andra prover, det vill säga om det föreligger ett utbrott.

Regionerna har egna system för mikrobiell övervakning och på nationell nivå finns mikrobiella övervakningsprogram för olika smittämnen som bygger på ett samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och de kliniska mikrobiologiska laboratorierna. De mikrobiella över-

[28] Riksrevisionen. Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning. RiR 2023:9. 2023, s. 43. I det följande anges källan Riksrevisionen 2023.

vakningsprogrammen används för övervakning av olika smittämnen, för utbrotts-, metod- och kvalitetsstöd samt för att utvärdera vaccinationsprogram och andra preventiva insatser. Den nationella mikrobiella övervakningen är en del i Folkhälsomyndighetens uppdrag för att följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar och bidrar med underlag för de åtgärder som sätts in för att minska deras förekomst.[29]

Valet av smittämne och omfattning baseras på den aktuella epidemiologiska situationen och prioriteras utifrån relevans av mikrobiella övervakningsdata och val av förebyggande åtgärder för att påverka smittläget.[30] Resultaten från de olika övervakningsprogrammen publiceras på Folkhälsomyndighetens webbplats, men också i andra myndighetsgemensamma rapporter om antibiotikaförsäljning, antibiotikaresistens, barnvaccinering och zoonoser. Rapportering sker utifrån aktuellt läge kring en smittsam sjukdom eller i syfte att informera olika målgrupper nationellt eller internationellt. Rapportering kan ske oftare om det finns särskilda behov, exempelvis vid utbrott.[31]

8.2 Storskalig testning och smittspårning – erfarenheter från covid-19-pandemin

I avsnittet redovisas övergripande iakttagelser och slutsatser om den storskaliga testningen och smittspårningen från i huvudsak Socialstyrelsens rapport om de regionala smittskyddens förutsättningar och kapacitet, Coronakommissionens betänkanden samt Riksrevisionens granskning av det nationella smittskyddet. Rapporterna är centrala för utredningens uppdrag. I avsnittet beskrivs också ett antal aktuella statliga utredningar inom hälsodata och beredskap som vi bedömer har bäring för storskalig testning och smittspårning.

[29] Riksrevisionen 2023, s. 42.
[30] Riksrevisionen 2023, s. 39.
[31] Folkhälsomyndigheten. Mikrobiella och immunologiska övervakningsprogram. Hämtat 2023-12-12 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/mikrobiologi-laboratorieanalyser/mikrobiella-och-immunologiska-overvakningsprogram.

8.2.1 En lagstiftning som inte är anpassad för storskalig testning och smittspårning

Enligt Socialstyrelsen har det största hindret för att genomföra nödvändiga smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin varit att bestämmelserna i smittskyddslagen om testning och smittspårning inte är ändamålsenligt utformade för att hantera en situation med omfattande smittspridning.[32]

Bestämmelserna är inte utformade på ett sådant sätt att det är praktiskt möjligt att följa dem vid omfattande spridning av en smittsam sjukdom. Den diagnostik för smittsamma sjukdomar som i vanliga fall utförs i regionerna i första hand är dimensionerad för att hantera testning i ett normalläge, dvs. med utgångspunkt i individers vårdbehov. Det innebär att regionerna har kapacitet att i ett normalläge testa enskilda som söker vård inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen, och för testning som initieras vid konstaterad eller misstänkt smitta på individnivå enligt smittskyddslagen, men inte vid omfattande smittspridning. På motsvarande sätt är den smittspårning av individer med positiva analysresultat och insamling av information från individer med misstänkt smitta, som utförs inom regionerna inte dimensionerad för att hantera många potentiellt smittade individer med en sjukdom med hög och snabb smittsamhet. I en situation med omfattande smittspridning kan det uppstå ett akut behov av att identifiera smittade individer för att tidigt bryta smittkedjor.[33]

De olika syftena med testning och smittspårning – att förhindra eller minska en omfattande smittspridning på befolkningsnivå kontra att utföra testning för individuella vårdbeslut – har inneburit att regionerna inte hade beredskap för uppskalning under covid-19-pandemin. Framför allt förutsågs inte i Sverige eller internationellt att storskalig testning riktad till allmänheten kunde bli aktuell.

Det stora antalet smitto- och sjukdomsfall under pandemin ledde till att Folkhälsomyndigheten genomförde flera regelförändringar för att möjliggöra för hälso- och sjukvården att hantera den omfattande smittspridningen. Bland annat tog myndigheten fram föreskrifter om undantag från huvudregeln i smittskyddslagen i fråga

[32] Socialstyrelsen. Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet. Översyn och förslag till utveckling. 2022, s. 7. I det följande anges källan Socialstyrelsen 2022.
[33] Dir. 2023:106, s. 5.

om anmälningsskyldigheten för covid-19 i den del som avsåg kliniska anmälningar, dvs. anmälningar från behandlande läkare.[34] De kliniska anmälningarna och smittspårningen innebar stor belastning hos både behandlande läkare och smittskyddsläkare, och bristen på personal och provtagningsmaterial gjorde att smittskyddslagens krav på provtagning och anmälningar inte kunde följas fullt ut.[35] I och med att kravet på laboratorieanmälning kvarstod erhöll smittskyddsläkare och Folkhälsomyndigheten fortsatt information om varje nytt fall vilket var tillräckligt för såväl smittspårning som för uppföljning av det epidemiologiska läget. I sammanhanget bör påpekas att en smittskyddsanmälan är skild från det analyssvar som alltid lämnas till behandlande läkare eller direkt till den provtagne oavsett om sjukdomen är anmälningspliktig eller inte.

8.2.2 Nationella rekommendationer och statlig finansiering för storskalig testning

Folkhälsomyndigheten tog fram flera versioner av rekommendationer för provtagning, s.k. provtagningsindikationer under våren 2020. För att undvika undanträngningseffekter vad gäller testning av de mest sårbara grupperna, tog Folkhälsomyndigheten fram en strikt prioriteringsordning, i väntan på att laboratorieresurser kunde tillföras och att regionernas egen kapacitet därmed ökade.[36]

I juni 2020 tog myndigheten fram en ny version av provtagningsindikationer med rekommendationer för storskalig testning av allmänheten. Regeringen gav Folkhälsomyndigheten i uppdrag att på nationell nivå säkerställa flöden för storskalig testning för covid-19[37], och att tillsammans med länsstyrelserna bistå regionerna i att bygga upp kapacitet för storskalig testning[38]. Samtidigt slöts den första överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, för att finansiera regionernas arbete med att skala upp testningen och smittspårningen.[39] Nya överenskommelser med

[34] Se Folkhälsomyndighetens föreskrifter HSLF-FS 2020:10, HSLF-FS 2020:23, HSLF-FS 2020:45 respektive HSLF-FS 2022:4 om ändring av Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälningspliktig sjukdom i vissa fall.
[35] Socialstyrelsen 2022, s. 18.
[36] Riksrevisionen 2023, s. 33.
[37] Regeringsbeslut S2020/05026/FS (delvis).
[38] Regeringsbeslut S2020/05027/FS (delvis).
[39] Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad nationell testning för covid-19. 2020 (regeringsbeslut S2020/05276).

samma syfte slöts för 2021 och 2022.[40, 41] Överenskommelserna innebar att antalet provtagningar ökade från drygt 60 000 per vecka, när den första överenskommelsen gjordes i juni 2020, till cirka 300 000 provtagningar vid årsskiftet 2020–2021. Folkhälsomyndigheten fick också i uppdrag att upphandla och tillhandahålla en viss test- och analyskapacitet som komplement till regionernas egen kapacitet. Syftet var att se till att det fanns tillräcklig kapacitet för 2022.[42]

Enligt Riksrevisionen beräknades statens kostnader för storskalig testning och smittspårning sammantaget vara 30,5 miljarder kronor för 2020–2022. Syftet med testning under covid-19-pandemin har ändrats efterhand eftersom förutsättningarna har skiftat över tid. Samtidigt har regionernas resursläge och testkapacitet spelat stor roll för hur Folkhälsomyndigheten gjorde sina prioriteringar för testning.[43] Folkhälsomyndighetens utvärdering visar att statens kostnader var något högre, närmare 33 miljarder kronor.[44]

8.2.3 Ansvaret för testning och smittspårning blev föremål för diskussion under covid-19-pandemins initiala fas

Coronakommissionen var tydlig med att framhålla att det är regionernas ansvar att testa personer som kan misstänkas vara smittade av en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom.[45] Men enligt kommissionen uppstod en diskussion om ansvar, finansiering och prioriteringar kring vilka grupper som skulle testas under den pågående pandemin. Kommissionen menade att detta bidrog till att testningen och smittspårningen i regionerna kom igång sent och i varierande omfattning, och att det i grunden berodde på för låg provtagningskapacitet. Analyskapaciteten byggdes upp relativt snabbt och var under större delen av våren 2020 större än kapaciteten för provtagning. Enligt Coronakommissionen tog det däremot tid att öka provtagnings-

[40] Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad nationell testning och smittspårning för covid-19. 2021 (regeringsbeslut S2020/08575).
[41] Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner om nationell testning och smittspårning för covid-19. 2022 (regeringsbeslut S2021/08205).
[42] Regeringsbeslut S2021/07150 (delvis).
[43] Riksrevisionen 2023, s. 33. Se även Riksrevisionen 2023 bilaga 5 och Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd för provtagning och smittspårning av covid-19. 2023. s. 2 och 3.
[44] Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att utvärdera den storskaliga testningen av misstänkta fall av covid-19. 2024, s. 5. I det följande anges källan Folkhälsomyndigheten 2024.
[45] SOU 2021:89 s. 723.

kapaciteten.[46] SKR menade att otydligheter i finansiering, roller och ansvar bidrog till att det tog tid att skala upp testningen. Flera konkreta frågor fick hanteras vartefter, som tillgång till provtagningsmaterial och tekniska förutsättningar för informationsdelning mellan aktörer.[47] Den 30 mars 2020 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att förbereda storskalig provtagning.[48]

Folkhälsomyndighetens rekommendationer är inte rättsligt bindande men blev i praktiken styrande för regionernas arbete med storskalig testning. Se avsnitt 8.5.1 för en redogörelse av ansvaret för testning och smittspårning.

8.2.4 Storskalig testning har inte tidigare setts som en självklar smittskyddsåtgärd för pandemihantering

Riksrevisionen konstaterade att Folkhälsomyndigheten, som samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå, inte har tagit med en beskrivning av storskalig testning i de tidigare planeringsstöden för pandemiberedskap. Anledningen är att en sådan testning inte har setts som en strategi i pandemibekämpning. Även WHO har tidigare avstått från att förorda storskalig testning och smittspårning i händelse av influensaepidemier och -pandemier.[49] Men denna ståndpunkt ändrades under covid-19-pandemin. Den 16 mars 2020 rekommenderade WHO länderna att testa i så stor utsträckning som möjligt, och med fokus på hushållskontakter, vårdpersonal och högriskmiljöer.[50] Folkhälsomyndigheten uppdaterade i maj 2023 planeringsstödet för pandemier.[51]

[46] SOU 2021:89 volym 1 s. 268.
[47] SKR. Att lära av en kris. Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin. 2023, s. 285. I det följande anges källan SKR 2323a.
[48] SKR 2023a, s. 279.
[49] World Health Organization. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. 2019, s. 3.
[50] World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020. Hämtat 2024-03-14 från https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020.
[51] Folkhälsomyndigheten. Pandemiberedskap. Hur samhällets aktörer kan förbereda sig – ett kunskapsstöd för beredskapsplanering. 2023, s. 25. I det följande anges källan Folkhälsomyndigheten 2023.

8.2.5 Mycket få länder hade en beredskap för storskalig testning och smittspårning men det fanns skillnader i hanteringen

Mycket få länder hade en beredskap för storskalig testning och smittspårning i början av covid-19-pandemin. Det saknades inledningsvis tillräcklig laboratoriekapacitet och bristen på provtagnings- och laboratoriematerial, personal och skyddsutrustning var omfattande och utgjorde ett hinder för en snabb uppbyggnad.[52]

Enligt en OECD-rapport hade 13 OECD-länder inlett arbetet med storskalig testning och smittspårning inom en månad från det att WHO deklarerade att covid-19 utgjorde ett internationellt hot mot människors hälsa, enligt systemet för Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) den 30 januari 2020. Att uppskalningen ändå dröjde för flertalet länder berodde på flera olika faktorer: bland annat svårigheter att rekrytera smittspårningspersonal med tillräcklig utbildning och erfarenhet, problem att skala upp testkapaciteten, global brist på viktig testutrustning och brist på upphandlade anläggningar för isolering av smittade personer samt system för övervakning.[53]

Avsaknaden av välfungerande it-system för t.ex. beställning av prov och provsvar var också en begränsande faktor för storskalig testning. Bland de nordiska länderna hade Danmark bättre förutsättningar för snabb uppskalning av storskalig testning redan före pandemin, bl.a. genom en egen produktion av centrala beståndsdelar för testning samt nationella it-system på plats som underlättade för en uppskalning. Att Danmark hade kommit längre vad gäller nationell delning av laboratoriedata framgår även i en nordisk jämförelse från 2019.[54] I rapporten bedöms den generella hälsodatautvecklingen i Danmark, Norge, Finland och Sverige för sju olika typer av hälsodata samt utifrån vissa kvalitetskriterier som utgår ifrån sökbara,

[52] Se t.ex. Peaper D.R., Doern C.D., Sharp S. Proceedings of the Clinical Microbiology Open 2022 – assessing clinical laboratory and industry responses to COVID-19 pandemic testing capacity challenges (part 1). Journal of Clinical Microbiology. March 2024. Volume 62. Issue 3.
[53] OECD. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. Paris. 2023, s. 127.
[54] NordForsk. A vision of a Nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons. 2019.

tillgängliga, interoperabla[55] och återanvändningsbara data.[56] Jämförelsen indikerar att Sverige överlag ligger efter de övriga nordiska länderna i fråga om att effektivisera och utveckla hälsodata. Men varken Sverige, Finland eller Norge uppfyllde kvalitetskriterierna för just laboratoriedata vid tiden före pandemin.[57] Se avsnitt 8.3 för en översiktlig länderjämförelse av storskalig testning och smittspårning.

I en underlagsrapport till Coronakommissionen jämfördes den svenska nationella strategin för testning och smittspårning med motsvarande strategier i jämförbara länder. Sammantaget identifierades flera skillnader mellan den svenska strategin för testning och smittspårning under 2020 jämfört motsvarande rekommendationer i Norge, Danmark, Finland, Spanien och England. De viktigaste skillnaderna mellan Sverige och de övriga länderna var att PCR-testningen kom igång långsammare, det tog längre tid innan testningen kom igång av personer i särskilda boenden med symtom på covid-19, liksom av sjuka personer som inte behövde sjukhusvård. PCR-testningens omfattning bedömdes under en längre tid inte vara tillräcklig för att kunna uppskatta spridningen av SARS-CoV-2 i befolkningen. Vidare bedömdes reglerna för personer som identifierats som smittade med SARS-CoV-2 i början av pandemin vara mindre strikta. Först i Folkhälsomyndighetens teststrategi i juni 2020 gällde storskalig provtagning på befolkningsnivå.

Smittspårningen omfattade inte alla till en början, utan var prioriterad till vissa grupper. Vidare behövde inte nära kontakter till en person diagnosticerad med covid-19 isolera sig förrän i slutet av september 2020 när isoleringskrav började gälla för hushållskontakter. Slutligen användes inte appar för smittspårning.

I underlagsrapporten konstateras att många andra faktorer, förutom testning och smittspårning, har haft betydelse för hur omfattande spridningen av covid-19 var under 2020. I tapporten undersöks emellertid inte övriga skillnader mellan ländernas pandemihantering. Underlaget är inte heller tillräckligt för att kunna bedöma i vilken grad de identifierade skillnaderna i testning och smittspårning kan

[55] Med interoperabilitet avses kortfattat förmåga hos system eller data att kommunicera med andra system eller data.
[56] I jämförelsen används s.k. FAIR-principer (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable). Principerna innebär att data ska gå att hitta, det ska finnas information om hur man får tillgång till dem, de ska vara kompatibla med andra data, och de ska vara möjliga att återanvända (källa: SOU 2023:76 del 1 s. 140).
[57] SOU 2023:76 del 1 s. 299 och 300.

ha påverkat utvecklingen av pandemin i Sverige. För det krävs vetenskapliga studier.[58]

8.2.6 Regionala skillnader i volymer och arbetssätt för storskalig testning och smittspårning

I en underlagsrapport till Coronakommissionens andra betänkande kartlades regionernas arbete med testning och smittspårning för covid-19 under pandemins första år.[59] I första hand analyserades PCR-testningen men även antikroppstestning, antigentestning samt sekvenseringsanalyser. Kartläggningen avsåg de första identifierade fallen från vecka 6 2020 till och med vecka 16 2021. Den övergripande slutsatsen var att få regioner hade en beredskap för att kunna bedriva storskalig testning och smittspårning i början av pandemin. Men kartläggningen visade också på stora regionala skillnader i testvolymer[60] och arbetssätt för både provtagning[61] och smittspårning[62], även efter att testningen väl kom igång. Testkapaciteten verkar inte enbart ha drivits på av högre smittspridning eftersom antalet positiva test inte ökade i motsvarande takt, vilket tyder på skillnader i strategier mellan regionerna.

Kartläggningen pekade särskilt på bristen av detaljerade data över tid i början av pandemin. Bristen på data bedömdes vara allvarlig, och rapportförfattarna menar att bristen har sannolikt väsentligt hindrat eller försvårat arbetet med pandemihanteringen på både

[58] Örtqvist Å. Strategies for PCR-testing and contact tracing during the first year of the covid-19 pandemic – a comparison between Sweden and five other European countries (underlagsrapport till SOU 2021:89). 2021.
[59] Almgren M, Björk J. Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin (underlagsrapport till SOU 2021:89). 2021.
[60] Enligt kartläggningen fanns stora skillnader i testvolymer mellan regionerna. Skillnaderna bestod i 2–3 gånger fler utförda test i regioner med högst testvolymer jämfört med regioner med lägst testvolymer. Skillnaderna kunde inte förklaras av skillnader i smittspridning, och det var i stor utsträckning samma regioner som har höga respektive låga testvolymer under de undersökta delperioderna. Analyskapaciteten bedömdes vara en väsentligt hindrande faktor i arbetet med att öka testvolymerna under hösten 2020. Även regionernas kapacitet för att genomföra sekvenseringsanalyser varierade stort mellan regionerna. Regionernas storlek eller folkmängd bedömdes inte ha haft en avgörande betydelse för att skala upp testvolymerna.
[61] Vissa regioner erbjöd primärt egenprovtagning medan andra hade genomgående provtagning med personal som utförde provtagningen. De regioner som erbjöd möjlighet till egenprovtagning hade i allmänhet större testvolymer.
[62] Stora skillnader identifierades mellan regionerna i smittspårningens start, organisation, resurstilldelning, uppskalningstakt och omfattning. Majoriteten av regionerna organiserade smittspårningen från centrala smittspårningsenheter, medan smittspårningen i några regioner i stället utgick från primärvården.

regional och nationell nivå. Enligt rapporten försvårades kartläggningen i sig av att det inte gick att överblicka vilka tillgängliga data som fanns i regionerna för bl.a. testvolymer och smittspårning. Folkhälsomyndigheten hade inte systematiskt samlat nationell statistik för uppföljning av regionernas smittspårningsarbete, vilket innebar att det inte gick att utvärdera effekterna av Folkhälsomyndighetens succesivt utvidgade kunskapsstöd i form av provtagningsindikationer.

8.2.7 Laboratoriediagnostiken – materialbrist initialt och it-system som inte kommunicerar mellan verksamheter

Laboratoriediagnostiken kännetecknades inledningsvis av den globala bristen på förbrukningsmaterial samtidigt som trycket på vården var mycket högt. Det var också brist på tillgänglig utbildad laboratoriepersonal. De mikrobiologiska laboratorierna fick kraftigt utöka sin verksamhet och laboratoriepersonal behövde lånas in från annan verksamhet eller nyanställas, som behövde undervisning kring rutiner och laboratorieutrustning.[63]

En bestående brist handlar om it-system som inte kommunicerar mellan olika verksamheter. Detta försvårade snabba svarsvägar mellan laboratorier och olika vårdenheter. För mikrobiologiska laboratorier som normalt står utanför hälso- och sjukvården[64] behövdes dessutom flera specialanpassningar utöver nödvändiga ackrediteringar. Överföringen av analysresultat mellan laboratorierna och hälso- och sjukvården var därför initialt ofta ett problem och många tillfälliga lösningar skapades under pandemins gång. Det fanns även svårigheter med att göra beställningar av provtagning och sedan återkoppla analysresultatet till den provtagne personen.[65] För en närmare redovisning av utredningens enkäter se avsnitt 8.6.3.

[63] Utredningens intervju med sakkunnig 2023-11-20 samt utredningens enkäter till samtliga regioner (regionledning).
[64] Avser laboratorier som inte har uppdrag för landets hälso- och sjukvård, och som inte är med i laboratorienätverket inom mikrobiologi SLIM.
[65] Utredningens intervju med sakkunnig 2023-11-20 samt utredningens enkäter till samtliga regioner (regionledning).

8.2.8 Digitala verktyg för smittspårning och system för att identifiera riskmiljöer saknades under covid 19-pandemin

Under pandemin blev det på olika sätt tydligt att det till en början inte fanns system och digitala verktyg för smittspårning. Riksrevisionen konstaterade i en granskning av det nationella smittskyddet att ett digitalt system för att hantera och följa upp smittspårningen av covid-19 inte fanns på plats i regionerna. På regional nivå fanns initialt heller inget system för att hantera resultat från storskalig testning. På nationell nivå har det återkommande efterfrågats en nationell samordning av smittspårning, smittkedjor och sekvensering.

Enligt Riksrevisionens granskning står smittspårning för en stor del av kostnaderna för smittskyddsverksamheten, eftersom den görs manuellt och vanligen i samband med mindre eller avgränsade utbrott av smittsamma sjukdomar som är smittspårningspliktiga enligt HSLF-FS 2015:10 samt de sjukdomar som är allmänfarliga.[66]

Folkhälsomyndigheten fick i november 2020 i uppdrag av regeringen att kartlägga processer och arbetsmoment som kan effektivisera smittskyddsarbetet under en pandemi.[67] Enligt myndighetens kartläggning i mars 2021 saknade regioner system för att identifiera riskmiljöer. Syftet med att hitta dessa riskmiljöer är inte primärt att bryta smittkedjor kring ett specifikt fall, utan att ta reda på var smitta sker för att specifika åtgärder ska kunna vidtas i dessa miljöer. För att få en övergripande bild av var smitta sprids behöver smittspårarna göra smittspårning bakåt, där information från ett stort antal smittspårningar sammanställs och analyseras, vilket till stor del görs manuellt och är mycket tidskrävande. För smittspårningsenheterna är de mest tidskrävande momenten själva smittspårningen av patienten, som t.ex. att kontakta och få tag i patienten och inhämta den information som behövs för smittspårningen. Det administrativa arbetet med hushållskontakter är också ett område som kan förbättras för att optimera smittspårningsarbetet, liksom överföringen av information om positiva covid-19-fall till de som ska smittspåra. Det har framkommit att ett digitalt ärendehanteringssystem skulle kunna underlätta nödvändiga prioriteringar av fall i perioder med hög belastning. Det fanns även behov hos Folkhälsomyndigheten

[66] Riksrevisionen 2023, s. 45.
[67] Regeringsbeslut S2020/08098 (delvis).

av att samla in kvalitetssäkrade och jämförbara data för att kunna följa upp smittspårningen på nationell nivå. Myndigheten föreslog därför att regionerna skulle införa ett digitalt ärendehanteringssystem för smittspårning av covid-19, för både regional och nationell uppföljning.[68] En närmare beskrivning av hur ett sådant system har tagits fram och används i regionerna, redovisas i avsnitt 8.6.1.

8.2.9 Flera utredningar och regeringsuppdrag på hälsodataområdet har initierats för att förbättra tillgången till och användningen av hälsodata

Ett genomgående och sedan länge känt problem är regionernas olika digitala lösningar och att vårdinformationssystemen inte bygger på en gemensam standard för data. Det innebär att systemen inte kan kommunicera med varandra, att data inte kan överföras mellan system eller sammanställas på ett enkelt och rättsligt adekvat sätt på nationell nivå. Under covid-19-pandemin blottlades därför betydande svårigheter att snabbt samla in grundläggande vårdinformation på nationell nivå. Att tillgången till nationella vårddata dröjde innebar också att alternativa datakällor som nationella kvalitetsregister fick användas i ett kritiskt skede av pandemin.[69,70]

Avsaknad av tillgång till nämnardata på nationell nivå är ytterligare ett exempel på en brist som aktualiserades under pandemin. Med nämnardata menas uppgifter från samtliga individer som testats för covid-19, dvs. även de som testats utan att coronaviruset påvisats. Denna information är viktig för att förstå och tolka förekomsten av påvisade fall och därmed smittspridningen.[71] Folkhälsomyndigheten samlar in anonymiserade, aggregerade data men saknar författningsstöd för att samla in data med personuppgifter för att möjliggöra en fördjupad analys. Därtill är tillgång till personkopplade data (s.k. metadata), såsom information om vaccinationsstatus, skäl till provtagning (symtom eller screening), samt socioekonomisk och demografisk information för alla provtagna personer viktig för analysen av pandemins utveckling. Med tillgång till personkopplade

[68] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 9.
[69] Riksrevisionen 2023, s. 46.
[70] SOU 2022:10 s. 568–571 och s. 573.
[71] Syftet med nämnardata är att jämföra det totala antalet fall med antalet positiva fall för att bedöma utvecklingen i antalet fall.

data kan säkra slutsatser dras om förekomst i olika grupper i samhället.[72]

Behovet av en förbättrad tillgång till och användning av hälsodata har också aktualiserats på global nivå, bl.a. med anledning av Europeiska kommissionens förslag till förordning för det europeiska hälsodataområdet, EHDS.[73] Det finns emellertid många, i första hand, juridiska frågor som måste lösas för att förbättra tillgången till och användningen av hälsodata på olika nivåer i Sverige. Hälsodata innehåller ofta känsliga personuppgifter och omfattas av sekretessregler. Hanteringen av hälsodata innebär även en personuppgiftsbehandling som kräver rättslig grund.

Flera regeringsuppdrag och utredningar har därför initierats på hälsodataområdet i syfte att förbättra tillgången och användningen av hälsodata på både vårdverksamhets-, regional och nationell nivå. De statliga utredningar som har initierats på hälsodataområdet syftar också till att analysera olika aspekter som rör dataskydd och personlig integritet. Utredningarna redovisas i korthet i det följande. Först beskriver vi några centrala begrepp som används återkommande i avsnittet och framgent.[74,75]

Hälsodata saknar en vedertagen definition, men kan avse olika typer av data relaterad till personers hälsa och som genereras av hälso- och sjukvården, omsorgen, forskare eller individer. Data kan avse individ eller en grupp, samt omfatta biologiska data, vårddata, livsstilsdata, socioekonomiska data, kulturella data och miljödata.

Primäranvändning gäller användning av information till det ändamål den ursprungligen är insamlad för, t.ex. för patientens vård. Enligt EHDS avses behandling av personliga e-hälsodata för tillhandahållande av hälso- och sjukvård.

Sekundäranvändning eller vidareanvändning, gäller användning av information till andra ändamål än vad den ursprungligen är insamlad för. I EHDS anges följande ändamål: allmänintresse inom folkhälsa, stöd till offentliga myndigheter, officiell statistik, utbildning, vetenskaplig forskning, innovationsverksamhet, utbildning/

[72] Riksrevisionen 2023, s. 48.
[73] Europeiska kommissionens förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om ett europeiskt hälsodataområde COM (2022) 197/2 final av den 3 maj 2022.
[74] E-hälsomyndigheten. Förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bilddiagnostik (S2021/05259). Slutrapport, 2022. I det följande anges källan E-hälsomyndigheten 2022. Se även kap. 3 i SOU 2023:76 del 1 för en utförlig beskrivning av data och datadelning.
[75] E-hälsomyndigheten. Förslag till övergripande färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Delredovisning S2023/02108. 2023.

testning/utvärdering av algoritmer samt precisionsmedicin baserad på andra personers hälsodata.

Digital infrastruktur avser grundläggande system och funktioner som har en koppling till digital teknik. Utöver hårdvara och digitala tjänster ingår även specifikationer, processer, lagar, förordningar och andra stödjande och styrande funktioner som bidrar till att skapa en digital infrastruktur. Således behöver användare förhålla sig till bl.a. standarder, regelverk och ramverk för att kunna dra nytta av infrastrukturen. En nationell infrastruktur för hälsodata ska komplettera och vara kompatibel med såväl befintlig som kommande nationell och internationell digital infrastruktur.

Utredningen om sekundäranvändning av hälsodata

Utredningen om sekundäranvändning av hälsodata lämnade sitt betänkande i november 2023.[76] Utredningen föreslog ändringar i bl.a. patientdatalagen (2008:355) för att göra det möjligt för hälso- och sjukvården att vidareanvända personuppgifter för vårdändamål i en s.k. precisionsmedicinsk databas. De avvägningar som har gjorts i samband med förslaget handlar om ökad patientnytta kontra ökat intrång i den personliga integriteten för vissa patienter. Utredningen föreslog att det ska finnas en förutsättning för vidareanvändning, nämligen att patienten ska kunna motsätta sig att vården får tillgång till personuppgifter i databasen. Det ska också vara frivilligt för regionerna att tillämpa reglerna, t.ex. inrätta en precisionsmedicinsk databas och att i övrigt vidareanvända personuppgifter för vård, med anledning av det kommunala självstyret.

Utredningen lämnade inga författningsförslag i den del som avser statliga, regionala och kommunala myndigheters beslutsfattande. Dels bedömde utredningen att det kan omhändertas av det författningsförslag som har lagts för vårdändamål. Dels ansåg utredningen att det saknas organisatoriska och infrastrukturella lösningar för att nyttan ska kunna stå i proportion till det intrång i den personliga integriteten som ett sådant förslag skulle innebära.

Utredningen identifierade utmaningar och behov som behöver utredas vidare. Utredningen ansåg att några utmaningar kan delvis lösas genom en s.k. nationell datahubb. Kortfattat avses en natio-

[76] SOU 2023:76.

nell gemensam digital infrastruktur för hälso- och sjukvården där staten tar ett större ansvar. En infrastruktur med gemensamma standarder innebär att hälsodata blir tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård oavsett nivå eller huvudman. Datahubben är tänkt att fungera som ett nav för datadelning med flera olika funktioner. Det handlar inte om ett lager med uppgifter där all hälsodata ska samlas och lagras, utan de relevanta datamängderna är snarare tänkta att finnas vid den nationella hubben så länge det behövs för ett aktuellt ändamål, t.ex. under tiden som ett forskningsprojekt pågår.

Utredningen bedömde att en statlig myndighet bör ansvara för en nationell datahubb, eftersom den typ av datadelning kräver hög säkerhet, tydligt ansvarsutkrävande och en fungerande infrastruktur. Två centrala funktioner behövs för datadelning: samkörning och tillgängliggörande av data i en säker behandlingsmiljö. Utredningen ansåg också att det finns ett behov av regionala och lokala datahubbar på hälsodataområdet. Därför bör relevanta myndigheter och andra berörda aktörer arbeta direkt med regionerna i arbetet med att utveckla regionala datahubbar. Vidare bör den ansvariga myndigheten för en nationell datahubb samtidigt vara ansvarig myndighet för primär- och sekundäranvändning av hälsodata enligt förslaget till det europeiska hälsodatadirektivet, EHDS (artikel 10 och 26). Skälen för att samordningen och styrningen för primär- och vidareanvändning av hälsodata centraliseras till en aktör på hälsodataområdet är att det finns en uppenbar risk för en svår myndighetsstyrning där inblandade myndigheter annars skulle få dras med en betydande gränsdragningsproblematik, utöver den identifierade risken för kostnadsdrivande och ineffektiv styrning.

Förslagen i utredningens betänkande bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utredningen om interoperabilitet vid datadelning

Utredningen om interoperabilitet vid datadelning lämnade sitt betänkande i december 2023.[77] Uppdraget handlade om att analysera befintlig styrning och reglering av interoperabilitet vid datadelning inom den offentliga förvaltningen och från den offentliga förvalt-

[77] SOU 2023:96.

ningen till externa aktörer, för att utifrån analysen föreslå om och hur styrning och reglering av interoperabilitet bör och kan utvecklas.

Utredningen föreslog att styrning för att uppnå interoperabilitet vid datadelning ska samlas i en ny lag benämnd lagen om den offentliga förvaltningens interoperabilitet. Det saknas i dag nationell styrning som gäller för hela den offentliga förvaltningen i syfte att data som delas ska vara interoperabel eller att den ska delas på ett interoperabelt sätt. I den offentliga förvaltningen ingår statliga myndigheter, kommuner, regioner, kommunalförbund och kommunala bolag, och ska därmed tillämpa lagens bestämmelser.

Privata aktörer som t.ex. privata vårdgivare omfattas inte av den föreslagna lagen. Utredningens bedömning var att det framgent även kommer att behövas styrning av interoperabiliteten inom andra sektorer[78], däribland privata aktörer.

Utredningen föreslog ett antal definitioner i lagen. Data definieras som information i digitalt format oberoende av medium. Uttrycket är ett samlingsbegrepp för att beskriva all information som omfattas av tillämpningsområdet. Vidare definieras datadelning som att tillhandahålla data eller ta del av data. Uttrycket innebär således både att dela med sig av data och att ta del av data. Datadelning kan t.ex. ske på grund av att en myndighet har en uppgiftsskyldighet, på grund av uppgiftsutbyte inom ärendehantering eller någon annan form av informationsförsörjning.

Interoperabilitet vid datadelning definieras i betänkandet som förmågan att tillhandahålla eller ta del av data genom informationssystem som interagerar med varandra. För att uppnå interoperabilitet vid datadelning krävs att både den tillhandahållande och mottagande myndigheten följer samma interoperabilitetslösning eller krav, t.ex. en viss öppen standard eller specifikation. Interoperabilitetslösning definieras som en återanvändbar resurs som avser rättsliga, organisatoriska, semantiska eller tekniska krav, såsom konceptuella ramverk, riktlinjer, referensarkitekturer, tekniska specifikationer, standarder, tjänster och applikationer, samt doku-

[78] Utredningen om interoperabilitet vid datadelning använder begreppet sektor och sektorsspecifik styrning. Begreppet sektor är inte definierat, utan avser i allmänhet att en sektor består av en begränsad mängd aktörer som agerar inom samma avgränsade område, eller hanterar samma, eller liknande sorters datamängder eller har gemensam verksamhetsreglering, som exempelvis hälso- och sjukvården. Med sektorsspecifik styrning avses i utredningen styrning som träffar enbart aktörer i en viss sektor (källa: SOU 2023:96 s. 44).

menterade tekniska komponenter, såsom källkod, som syftar till att uppnå interoperabilitet vid datadelning.

En nationell interoperabilitetslösning definieras som en interoperabilitetslösning som är gemensam för den offentliga förvaltningen. Ett av utredningens förslag var att offentlig förvaltning ska använda nationella interoperabilitetslösningar som meddelas genom föreskrifter, i syfte att uppnå interoperabilitet vid datadelning. Lösningarna ska dock inte användas om det av säkerhetsskäl är olämpligt för de data som omfattas av datadelning.

Betänkandet remitterades i februari 2024 och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse

Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse tillsattes 2022 och hade i uppdrag att analysera och föreslå ändamålsenliga och samhällsekonomiskt effektiva åtgärder som bedöms vara motiverade för att åstadkomma en bättre och säkrare informationsförsörjning av hälsodata mellan system och aktörer. Syftet var att öka patientsäkerheten, bedriva mer patientcentrerad vård och minska administrativt dubbelarbete för hälso- och sjukvårdspersonalen samt ge bättre förutsättningar för att utveckla och förbättra medicinska behandlingar, arbetssätt och hälsofrämjande preventiva insatser. Utgångspunkten var också att en förbättrad informationsförsörjning av hälsodata kan bidra till att öka samhällets förmåga att möta olika utmaningar och kriser.

Utredningen skulle bl.a. analysera de rättsliga, organisatoriska, ekonomiska och tekniska förutsättningarna för att förbättra interoperabiliteten när uppgifter om hälsa överförs mellan olika system, aktörer och huvudmän, såväl kommuner och regioner som privata sådana. Med interoperabilitet menas att olika system kan samarbeta genom att få tillgång till och använda varandras information. Interoperabla data ska kunna läsas av maskiner utan speciallösningar. För det behövs också gemensamma nationella standarder.[79]

Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i maj 2024. Utredningen konstaterade att det finns utmaningar med interoperabilitet

[79] Dir. 2022:98.

i hälso- och sjukvården. Det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet, där varje aktör i stor utsträckning själv bestämmer om tillämpningen av olika standarder och villkor, i kombination med avsaknad av krav i författning på interoperabilitet gör att varje aktör agerar utifrån vad som är rationellt för dem själva. Utmaningarna med interoperabilitet är särskilt stora för data som behövs för nationella intressen där behovet av gemensamma definitioner och standarder är särskilt viktigt. En fragmenterad styrning av hälsodataområdet samt en brist på nationellt bindande beslut, en gemensam målbild och ett statligt ledarskap på området har sammantaget lett till långtgående utmaningar för hälso- och sjukvården och för möjligheten att säkra olika nationella intressen, inte minst möjligheten att styra mot en jämlik vård i hela landet. Mot denna bakgrund lämnade utredningen följande förslag:

– E-hälsomyndigheten föreslås ansvara för att ta fram interoperabilitetslösningar för hälso- och sjukvården. Lösningarna tas fram i samverkan med andra statliga myndigheter och i samarbete med hälso- och sjukvårdens aktörer.

– Ett rådgivande organ införs vid E-hälsomyndigheten för beslut om interoperabilitet utifrån hälso- och sjukvårdens behov. Beslut om interoperabilitetslösningar i vården bedöms vara av strategisk karaktär där fler aktörer behöver involveras i beslutsprocessen. Dialog och samverkan ska därför ligga till grund för beslut som ska fattas av E-hälsomyndigheten, vilka kan komma att bli bindande för vårdgivare. Frågan om hälso- och sjukvårdens interoperabilitet bedöms vara så pass viktig för vårdens utveckling att det är motiverat att införa ett strategiskt organ för ändamålet.

– Möjlighet att genom myndighetsföreskrifter ställa krav på interoperabilitet vid frivillig delning av patientuppgifter via sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Föreskrifterna ska kunna utfärdas för den frivilliga delningen av patientuppgifter som vårdgivare redan i dag har möjlighet till genom lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Bestämmelserna i föreskrifterna medför inga skyldigheter att tillgängliggöra patientuppgifter, men när så sker ska tillgängliggörandet kunna omfattas av krav på hur det ska göras.

– Möjlighet att ställa krav på att vissa patientuppgifter ska delas genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation på ett anvisat sätt. Utredningen föreslår en skyldighet för vårdgivare att tillgängliggöra vissa patientuppgifter som behövs för en effektiv och säker vård för andra vårdgivare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Enligt utredningen är det viktigt att frågan om vilka uppgifter som ska delas hålls samman med frågan om hur uppgifterna ska delas. Därför föreslås att E-hälsomyndigheten bemyndigas att meddela föreskrifter om hur denna uppgiftsskyldighet ska fullgöras. En förutsättning för att kunna ställa krav på samtliga vårdgivare att tillgängliggöra uppgifter är att staten samtidigt tillhandahåller en teknisk infrastruktur som möjliggör datadelning. Förslag till en teknisk infrastruktur bedöms dock ligga utanför utredningens uppdrag.
– IVO ska, inom ramen för befintligt tillsynsansvar, utöva tillsyn över om vårdgivarna delar datamängder på anvisat sätt.
– Socialstyrelsen ska fördela ett riktat statsbidrag för att främja kompetenshöjande insatser i syfte att använda standarder, särskilt på en avancerad nivå.
– Det ska införas en skyldighet för Socialstyrelsen att beakta de interoperabilitetslösningar för hälso- och sjukvården som tagits fram av E-hälsomyndigheten. Det gäller vid föreskrifter om utfärdande av intyg samt fullgörande av uppgiftsskyldighet till de nationella hälsodataregistren. Utredningen bedömer det vara angeläget att kraven på hur vårdgivare ska lämna uppgifter till statliga myndigheter i så hög grad som möjligt utgår från de interoperabilitetslösningar som tagits fram för vårdens behov. För att ytterligare avlasta vården från onödig dubbeldokumentation ska statens finansiering av kvalitetsregister i större utsträckning villkoras med att registren tillämpar, eller använder medlen för att tillämpa, sådana interoperabilitetslösningar som tagits fram för vårdgivare.[80]

Som framgått tidigare är bakgrunden till utredningens förslag ett antal identifierade utmaningar med hälsodata och interoperabilitet i hälso- och sjukvården. I korthet handlar utmaningarna om att det

[80] SOU 2024:33 s. 20–25.

är frivilligt för vårdgivare att dela patientuppgifter och att det inte ställs krav på standarder. Det innebär att det varierar hur vårdgivare delar patientuppgifter. En fungerande informationsöverföring av patientuppgifter mellan vårdgivare är viktigt för att hälso- och sjukvården ska kunna bedrivas samordnat. Vidare har den digitala infrastruktur och de tjänster som Inera[81] tillhandhåller för vårdgivare karaktären av en interregional infrastruktur, snarare än en nationell. Detta eftersom Ineras tjänster riktar sig till regioner, kommuner och privata vårdgivare som är offentligt finansierade, men är frivilliga att ansluta sig till.[82]

Utredningen konstaterade att vårdgivare har stor frihet att välja bland standarder, vilket beror på att det saknas krav på interoperabilitet vid datadelning mellan vårdgivare. Varje vårdgivare beslutar själv vilka it-system och digitala tjänster som behövs utifrån egna prioriteringar och förutsättningar. Det betyder att en ansenlig del av hälso- och sjukvårdens tusentals olika it-system bygger på egenutvecklade standarder och informationsmodeller. Mängden it-system i hälso- och sjukvården och att de utvecklats med begränsad standardisering sinsemellan har lett till att de flesta regioner i dag har ett spretigt och rikt utbud av både tjänster och system som är förenade med stora förvaltnings- och utvecklingskostnader. Avsaknaden av gemensamma format, standarder eller principer resulterar också i ett omfattande arbete för att möjliggöra säker delning av information.[83]

Utredningen pekade på olika typer av bristande semantisk interoperabilitet. För det första framhöll utredningen bristen på gemensamma informationsmodeller. Detta trots att Socialstyrelsen har lagt ner omfattande resurser på att ta fram en nationell informationsstruktur (NI) med egna informationsmodeller. Det har varit svårt att få vården att använda modellerna i verksamheterna som en grund för informationsstrukturerna i och mellan olika vårdinformationssystem. Vinsten med en informationsmodell är att skapa format och struktur på data, dvs. att den utgör en referensmodell. När flera olika informationsmodeller med sinsemellan olika representationer

[81] Inera är ett aktiebolag som ägs av kommuner och regioner med uppgift att digitalisera välfärdstjänster.
[82] SOU 2024:33 s. 199–202.
[83] SOU 2024:33 s. 203.

av liknande datamängder används så kan det innebära problem för interoperabiliteten.[84]

För det andra identifierade utredningen att vårdverksamheter använder olika kodverk och terminologier, dvs. det finns stora variationer i hur vårdinformationen kodas och struktureras. Det är en konsekvens av att hälso- och sjukvården saknar gemensamma standarder och ramverk för beskrivning av information. Variationen beror också på att normeringen på området har varit begränsad. Det är viktigt att t.ex. patientjournaler kan tolkas på samma sätt oberoende av vårdgivare och it-system, men blir ett problem när patienter rör sig över vårdgivargränser och patientinformation finns lagrade i olika it-system.[85]

För det tredje pekade utredningen på att en bristande enhetlig semantik begränsar utveckling och uppföljning av vården. Eftersom hälso- och sjukvården dokumenterar uppgifter på olika sätt blir det svårt att följa upp och jämföra mellan vårdgivare och på nationell nivå om hur vården faktiskt bedrivs. Att uppnå enhetlighet i de semantiska detaljerna är nödvändigt eftersom definitioner, struktur och kodning är en förutsättning för att data ska bli jämförbara och kunna användas för väl underbyggda beslut.[86]

Betänkandet överlämnades i maj 2024 och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utredningen om hälsodataregister

Utredningen om hälsodataregister tillsattes 2023 och hade att se över regelverket för hälsodataregister i syfte att skapa ändamålsenliga regler som ökar förutsättningarna för att förbättra hälso- och sjukvården och folkhälsan. En del av bakgrunden till uppdraget var att det saknas flera centrala hälsodatamängder som är av nationellt intresse, vilket blev särskilt tydligt under covid-19-pandemin med brist på uppdaterade och tillförlitliga data för att följa utvecklingen och för att utforma träffsäkra åtgärder. Utredningen skulle föreslå regler för behandling av personuppgifter från primärvården, av upp-

[84] SOU 2024:33 s. 203 och 204.
[85] SOU 2024:33 s. 205.
[86] SOU 2024:33 s. 206. Utredningen konstaterade fler brister än de som redovisas här, t.ex. att sekundäranvändares krav och behov ofta leder till ökad administration och att data av nationellt intresse saknas eller saknar enhetlig standardisering.

gifter om väntetider och vårdköer, av uppgifter om samtliga patienter som behandlas inom den specialiserade öppenvården samt som avser rekvisitionsläkemedel. Utredningen skulle också föreslå ett samlat regelverk för hälsodataregister som är förenligt med regeringsformens normgivningskrav liksom med EU:s dataskyddsförordning. Regelverket måste vara utformat på ett sådant sätt så att det skyddar den personliga integriteten.

Betänkandet överlämnades i september 2024. Utredningen föreslog bl.a. en ny lag och en anslutande förordning för behandlingen av personuppgifter i hälsodataregister. Den nya lagen och förordningen föreslogs benämnas hälsodataregisterlagen respektive hälsodataregisterförordningen. Lagen utformas som en ramlag och ska kunna gälla för Socialstyrelsens befintliga hälsodataregister likväl som för framtida ännu ej inrättade hälsodataregister. Vidare föreslogs att de gällande sex förordningarna ersätts av en gemensam förordning för att få en överblick av regelverket, vilket ger bättre förutsättningar för en enhetlig tolkning och tillämpning av reglerna.[87] Vidare föreslogs en utökad insamling av uppgifter till patientregistret hos Socialstyrelsen och att privata vårdgivare omfattas av uppgiftsskyldigheten till registret över kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen föreslogs få i uppdrag att utreda behovet av att samla in uppgifter av bl.a. medicinsk betydelse till registret över kommunal hälso- och sjukvård. Förslagen i betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Nationell samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården

Regeringen utsåg i december 2023 en nationell samordnare som ska bistå och samordna arbetet med att införa en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Målet är att hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård, såväl kommunal som regional, och för tandvård, oavsett huvudman. Utredaren ska informera om regeringens arbete med nationell digital infrastruktur, och genom nära dialog med kommuner, regioner, privata utförare av hälso- och sjukvård och tandvård samt SKR, patientföreträdare och andra be-

[87] SOU 2024:57.

rörda aktörer förbereda för införandet av en nationell digital infrastruktur.

Bakgrunden är att avsaknaden av en nationell digital infrastruktur för hälsodata samt bristen på styrning och samordning försvårar kommunikationen mellan olika it-system. Avsaknaden av en gemensam digital infrastruktur försvårar också beredskapsarbetet och möjligheterna till att agera inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap, vilket blev tydligt under covid-19-pandemin. Framför allt vikten av uppdaterade och detaljerade data för att kunna följa pandemins utveckling och som underlag för att ta fram träffsäkra åtgärder, samt behovet av åtgärder för att förbättra insamling och hantering av vårddata för att åstadkomma ett mer effektivt smittskydd. Samordnaren delredovisade arbetet i april och juni 2024 och ska slutredovisa sitt arbete senast den 1 april 2026.[88]

En viktig del i samordningsuppdraget är att bevaka och på ett samlat sätt informera om pågående utredningar och förslag samt de beslut som regeringen fattar. I delredovisningen framgår att sammanlagt 27 uppdrag och utredningar som rör nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården har tillsatts de senaste fyra åren. För närvarande bereds förslag från totalt 13 utredningar (regeringsuppdrag och statliga utredningar) i Regeringskansliet, och det pågår totalt 14 regeringsuppdrag och statliga utredningar som ska lämna sina förslag de närmaste två åren.[89]

En del i samordningsuppdraget är att kommunicera vad som ska åstadkommas och driva på arbetet hos berörda aktörer. Tanken är att alla ska veta vem som ska göra vad och när genom att informera och förbereda berörda aktörer om regeringens insatser på området. Övergripande handlar det om att informera, förmedla, förankra och samverka. Följande delar lyftes av aktörerna som viktiga i arbetet:

– Fokus på patientens och vårdens nyttor när det gäller utveckling av den nationella digitala infrastrukturen. Enligt vårdgivare är it-systemen inte alltid byggda helt enligt vad verksamheten behöver, och upphandlingsfrågorna har varit en utmaning.

[88] Riksdagen. Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) (kommittéberättelse). Hämtat 2025-02-05 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommitteberattelse/uppdrag-att-mojliggora-en-nationell-digital_hcb2sa.
[89] Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. S 2023:14. Promemoria 2024-05-01, s. 4. I det följande anges källan Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården 2024.

– Tydlig ansvarsfördelning och förankringsprocess från statens sida, t.ex. regeringens prioriteringar och beslut. Staten ska också göra det lätt för aktörer att anpassa sig.
– Förutsägbarhet och långsiktigt hållbara lösningar. En statlig och nationell styrning avseende semantiska och tekniska frågor välkomnas, men statens styrning bör vara tydlig och samordnad och med god framförhållning.
– Samverkan är en framgångsfaktor. Det är inte interoperabiliteten som är den största utmaningen utan samverkan. Däremot ses en samordning av it-lösningar för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården som viktig, samt ett tydligare regelverk för att undanröja den rättsliga osäkerhet som rådet.
– Sektorsövergripande lösningar behöver komma på plats för att kunna bygga de sektorsspecifika funktionerna för hälso- och sjukvården. Aktörerna efterfrågar en statlig lösning för t.ex. e-legitimation och behörighetssystem.[90]

Uppdrag att utifrån rättsliga förutsättningar möjliggöra för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården

Regeringskansliet har gett en utredare i uppdrag att utifrån rättsliga förutsättningar analysera och föreslå åtgärder som möjliggör en nationell digital infrastruktur för hela hälso- och sjukvården. Bakgrunden är att det saknas en nationell digital infrastruktur som omfattar samtliga vårdgivare som berörs av hälso- och sjukvårdslagen samt tandvårdslagen (1985:125). Med en nationell digital infrastruktur avses det sammanhang av tekniska och organisatoriska resurser som stöder informationsutbytet mellan och inom olika verksamheter och sektorer. En sådan infrastruktur ska bidra till att öka effektiviteten och säkerheten i informationshanteringen och kan bestå av både hård infrastruktur, som kablar och servrar, och mjuk infrastruktur, som standarder, regelverk och gemensam terminologi.[91] Utredaren ska i huvudsak

[90] Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården 2024, s. 5, 8 och 9.
[91] Bilaga till regeringskanslibeslut § 14 S2024/00100, s. 3.

- kartlägga behandlingen av personuppgifter inom ramen för den nationella digitala infrastrukturen inklusive vårdgivarnas personuppgiftsbehandling samt E-hälsomyndighetens roll i infrastrukturen,
- analysera och ta ställning till om det behövs kompletterande reglering för E-hälsomyndigheten och vårdgivarnas behandling av personuppgifter inom ramen för den nationella digitala infrastrukturen, och i så fall föreslå en sådan reglering,
- analysera och föreslå en eller flera myndigheter som ska utgöra organ[92] med ansvar för tillgång till hälsodata samt en nationell kontaktpunkt när det gäller sekundäranvändning av hälsodata,
- beräkna kostnaderna för genomförandet av EHDS i sin helhet och lämna förslag till finansiering, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att beräkna kostnaderna för genomförandet av EHDS redovisades i april 2024, vilket redovisas i avsnitt 8.7.7.[93] Den andra delen i uppdraget som avsåg att analysera och föreslå en eller flera myndigheter som ska utgöra organ med ansvar för tillgång till hälsodata och en nationell kontaktpunkt i den gränsöverskridande infrastrukturen för sekundäranvändning av hälsodata redovisades i juni 2024.[94] Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 april 2026.[95]

[92] I kapitel IV anges att medlemsstaterna ska inrätta organ (health data access bodies) som ska ansvara för att hälsodata görs tillgängliga för sekundäranvändning, antingen genom att utse en eller flera nya myndigheter eller inom ramen för en eller flera befintliga. Organet ska bl.a. ansvara för att besluta om ansökningar om sekundäranvändning av hälsodata, bearbeta sådan data inför sekundäranvändning i säkra miljöer och underlätta gränsöverskridande datadelning inom EU för sekundäranvändning (källa: Regeringskansliet, Faktapromemoria 2021/22:FPM97, Förordning om det europeiska hälsodataområdet, s. 5).
[93] Delredovisning inom uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A). Det europeiska hälsodataområdet - kostnadsuppskattningar och finansieringsförslag. 2024. I det följande anges källan S 2024:A 2024a.
[94] Delredovisning inom uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A), Det europeiska hälsodataområdet – sekundäranvändning och ansvarsfördelning mellan myndigheter, 2024. I det följande anges källan S 2024:A 2024b.
[95] Riksdagen. Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) (kommittéberättelse). Hämtat 2025-02-05 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommitteberattelse/uppdrag-att-mojliggora-en-nationell-digital_hcb2sa.

Regeringsuppdrag med fokus på att utreda en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården

Flera myndigheter har under senare år haft i uppdrag att utreda möjligheterna för olika typer av nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. E-hälsomyndigheten hade bl.a. i uppdrag att utreda ett nationellt datautrymme för hälsodata inom bilddiagnostik[96] och en nationell infrastruktur för kvalitetsregister[97]. Uppdragen slutredovisades 2022 och 2023.[98]

E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen hade i uppdrag att kartlägga, analysera och ge förslag på hur en nationell listningstjänst ska kunna inrättas i statlig regi[99] och att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas[100]. Syftet är att regionerna ska i realtid kunna se ledig och tillgänglig vårdkapacitet i hela landet för att snabbare ge vård till väntande patienter. Det förstnämnda uppdraget slutredovisades 2023.[101] Uppdraget om ett nationellt vårdsöksystem slutredovisas i mars 2025.[102]

E-hälsomyndigheten hade i uppdrag att ta fram en färdplan för genomförande av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården och tandvården. Tanken är att hälsodata ska bli tillgänglig i hela vårdkedjan för all vård, både kommunal vård, regional sjukvård och tandvård oavsett huvudman. Vid olika typer av kriser, så som covid-19-pandemin, kan den digitala infrastrukturen komma att vara ännu viktigare, samtidigt som den kan utsättas för säkerhetshot och andra påfrestningar.[103]

E-hälsomyndighetens uppdrag slutredovisades i april 2024.[104] Färdplanen avser perioden 2024–2028, men arbetet med infrastrukturen kommer att fortsätta efter 2028. E-hälsomyndigheten föreslår att den nationella digitala infrastrukturen ska bestå av en rad olika

[96] Regeringsbeslut S2021/05259 (delvis).
[97] Regeringsbeslut S2021/06170 (delvis).
[98] E-hälsomyndigheten 2022 samt E-hälsomyndigheten. Förstudie om digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Slutredovisning regeringsuppdrag S2021/06170. 2023.
[99] Regeringsbeslut S2022/01375.
[100] Regeringsbeslut S2022/01372.
[101] E-hälsomyndigheten. Nationell listningstjänst i statlig regi. Slutrapport. Uppdrag att kartlägga, analysera och ge förslag på hur en nationell listningstjänst ska kunna inrättas i statlig regi S2022/01375. 2023.
[102] Regeringsbeslut S2022/01372 (delvis).
[103] Regeringsbeslut S2023/02108 (delvis).
[104] E-hälsomyndigheten. Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Slutredovisning S2023/02108. 2024. I det följande anges källan E-hälsomyndigheten 2024.

komponenter och strukturer. Dessa bör vara relativt tekniskt fristående från varandra och vara återanvändningsbara, eftersom ett sådant tillvägagångssätt gör det lättare att utveckla infrastrukturen stegvis allt eftersom nya behov uppstår. Därtill minskar de ekonomiska riskerna eftersom hela infrastrukturen inte byggs som en enda stor del.

Två kriterier bör vara uppfyllda för en nationell digital infrastruktur. Dels att infrastrukturen ska kunna användas av alla aktörer, dels att staten ansvarar för infrastrukturen. I det ingår att infrastrukturen ska förvaltas av en aktör som kan bemyndigas att meddela föreskrifter och utöva andra uppgifter som är förbehållna staten och dess myndigheter.

Enligt E-hälsomyndigheten kan infrastrukturen ses som en grund inom hälsodataområdet. Infrastrukturen syftar bl.a. till att skapa bättre förutsättningar för den enskilde att få tillgång till och kontroll över sina egna hälsodata, att effektivisera arbetssätten för verksamheterna, att bättre kunna nyttja data för att utveckla vården, bedriva forskning och att skapa bättre möjligheter för beslutsfattande. Därutöver ska infrastrukturen genom ökad datatillgång också bygga på att man använder gemensamma standarder och specifikationer. Det är i huvudsak aktörer inom sektorn som kommer att använda infrastrukturen för att utveckla tjänster för verksamhet och invånare. Uppbyggnaden av den digitala infrastrukturen innebär inte att E-hälsomyndigheten kommer att ta över interna system från andra myndigheter. Snarare kan myndigheten ses som leverantör av den infrastruktur som de olika aktörerna kan, eller i vissa fall ska, använda för att ta fram sina respektive tjänster. [105]

Vidare behöver den nationella digitala infrastrukturen utvecklas av flera myndigheter, däribland Myndigheten för digital förvaltning, Digg. Den grundläggande förvaltningsgemensamma infrastrukturen bör i första hand utvecklas inom ramen för s.k. Ena, ett nationellt digitalt infrastrukturprojekt som leds av Digg. Syftet med Ena är att bygga upp en förvaltningsgemensam digital infrastruktur så att information ska kunna utbytas säkert och effektivt. Enligt E-hälsomyndigheten bör myndigheten själv ansvara för utvecklingen av infrastrukturen för de sektorsspecifika delarna. Det kan dock bli aktuellt att driften hanteras, eller att vissa komponenter utvecklas,

[105] E-hälsomyndigheten 2024, s. 3 och 4.

av andra myndigheter och organisationer inom sektorn. Med utveckling avses också den övergripande utvecklingen av infrastrukturen på nationell nivå, vilket bl.a. inbegriper samverkan mellan aktörer för att lösa ett gemensamt problem.[106]

För att säkerställa en sammanhängande och långsiktig utveckling av den nationella infrastrukturen föreslås en funktion på E-hälsomyndigheten för stöd och styrning som ska ansvara för arbetet. Funktionen är enligt myndigheten en grundförutsättning för att det ska gå att utveckla en nationell digital infrastruktur. Men det är helt avgörande att arbetet bedrivs i bred nationell samverkan med berörda aktörer. Funktionen för interoperabilitet, som myndigheten har i uppdrag att etablera, är en del av funktionen för stöd och styrning.[107]

En nationell digital infrastruktur innebär kostnader för staten och vårdgivarna. E-hälsomyndigheten har gjort kostnadsberäkningar för staten t.o.m. 2028 som redovisas i avsnitt 8.7.6. En nationell digital infrastruktur betyder också att flera rättsliga frågor måste utredas, vilket beskrivs i avsnitt 8.5.3.

8.2.10 Flera utredningar och regeringsuppdrag för att stärka beredskapen inom hälso- och sjukvården som en följd av bristen på sjukvårdsmaterial

Covid-19-pandemin och även den s.k. materialkrisen under hösten 2019 som avsåg fem regioners gemensamma upphandling av förbrukningsartiklar till hälso- och sjukvården, visade att lagerhållningen av läkemedel, personlig skyddsutrustning, medicinteknisk utrustning, provtagningsmaterial och förbrukningsartiklar inom hälso- och sjukvården och omsorgen inte var tillräcklig för att möta det stora behov som på kort tid uppstod.[108] Flera utredningar och regeringsuppdrag initierades till följd av dessa händelser, vilka redovisas i det följande.

[106] E-hälsomyndigheten 2024, s. 4.
[107] E-hälsomyndigheten 2024, s. 4.
[108] Prop. 2022/23:45 s. 84.

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap tillsattes 2018 och hade i uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas.[109] Genom tilläggsdirektiv 2019 skulle utredningen även överväga och analysera bl.a. vilka åtgärder som behövdes för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmaterial samt läkemedel under förhållanden då inte någon allvarlig händelse i övrigt påverkar försörjningen.[110] Genom ytterligare tilläggsdirektiv 2020 utvidgades uppdraget på så sätt att utredningen i sitt arbete skulle beakta erfarenheter av utbrottet av covid-19.[111]

Utredningen lämnade två delbetänkanden. I det första betänkandet från 2020 föreslog utredningen bl.a. ett system för lagerhållning av sjukvårdsprodukter i Sverige indelat i fyra nivåer.[112] I det andra betänkandet från 2021 föreslog utredningen ett genomförande av ett sådant system.[113] En förutsättning för systemet är enligt utredningen att det finns en robust försörjning och lagerhållning i vardagen som bygger på sjukvårdshuvudmännens, öppenvårdsapotekens och patienternas eget ansvar att säkerställa en viss tillgång till sådana sjukvårdsprodukter man har behov av. Utredningen såg också behov av en utökad lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter som krävs för sådan vård som inte kan anstå, vilket bör utformas som en lagerhållningsskyldighet reglerad i lag. En sådan lagerhållning bör ske genom omsättningslagring nära slutanvändarna i den ordinarie logistikkedjan.

Utredningen såg också ett visst behov av lagerhållning i statliga säkerhetslager för sådana produkter som inte kan omsättas i vardagen, och ett behov av att skapa en tillverkningsberedskap för vissa produkter eller produktkategorier.

Utredningen lämnade ett slutbetänkande i februari 2022.[114] I betänkandet behandlades frågor om ansvar, samverkan och ledning för att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att hantera

[109] Dir. 2018:77.
[110] Dir. 2019:83.
[111] Dir. 2020:84.
[112] SOU 2020:23.
[113] SOU 2021:19.
[114] SOU 2022:6.

allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Utredningen föreslog bl.a. att nya bestämmelser om planering införs i hälso- och sjukvårdslagen och att kommuner och regioner åläggs att genomföra åtgärder i planeringsanvisningar från regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. Kommuner och regioner föreslogs också få en skyldighet att hjälpa varandra för att det även vid katastrofsituationer ska finnas förutsättningar för en jämlik vård över hela landet.

Delar av förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet. Ett antal av förslagen har lett till lagstiftning som trädde i kraft den 1 juli 2023.[115] Lagändringarna innebar bl.a. att det förtydligades i hälso- och sjukvårdslagen att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det, förutom den personal och de lokaler som behövs, även finnas de sjukvårdsprodukter – dvs. läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial – och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. I lagen (2009:366) om handel med läkemedel infördes dels en lagerhållningsskyldighet för öppenvårdsapotek, dels en leveransskyldighet för partihandlare gentemot sjukhusapotek och i läkemedelslagen infördes bestämmelser om sanktionsavgift för företag som inte meddelar Läkemedelsverket om att försäljningen av ett läkemedel upphör tillfälligt eller permanent. Vidare gjordes en ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, som möjliggör överföring av sekretess från Läkemedelsverket till en region eller en kommun som inte ingår i en region för vissa uppgifter om brist på läkemedel eller medicintekniska produkter.

I förarbetena uttalas att arbetet med att stärka hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap måste bedrivas med ett långsiktigt perspektiv och göras i flera steg och beredskapsutvecklingen behöver hålla det tempo som krävs utifrån hot- och riskbilden och den politiska inriktningen för civilt försvar, samhällets krisberedskap samt skydd mot olyckor. Insatserna måste vara hållbara på längre sikt, även när omvärldsläget kräver att åtgärder påskyndas och att arbetet bedrivs i ett högt tempo.[116]

Regeringen delade mot den bakgrunden ut ett antal uppdrag till flera myndigheter i syfte att öka samordningen och förbättra över-

[115] Prop. 2022/23:45, bet. 2022/23:SoU11, rskr. 2022/23:164.
[116] Prop. 2022/23:45, bet. 2022/23:SoU11 s. 16 och 17, rskr. 2022/23:164.

blicken över tillgång och produktionskapacitet för läkemedel och medicintekniska produkter:[117]

- Socialstyrelsen skulle utveckla ett arbete för ett samlat statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet när det gäller läkemedel och medicintekniska produkter (S2021/08235). Uppdraget delredovisades i juni 2022 och slutredovisades i december 2023[118].
- Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten skulle gemensamt göra en förstudie inför framtagandet av en nationell lägesbild över tillgången till läkemedel och relevanta medicintekniska produkter (S2022/01265). Förstudien om läkemedel redovisades i februari 2023. Förstudien om medicintekniska produkter delredovisades i mars 2023 och slutredovisades i oktober 2023.
- Socialstyrelsen skulle identifiera och sammanställa de mest kritiska läkemedlen och därtill tillhörande medicintekniska produkter inför fredstida kriser, höjd beredskap och ytterst krig (S2022/01940). Uppdraget redovisades i april 2022.
- Socialstyrelsen skulle i samarbete med andra myndigheter informera om egenberedskap när det gäller läkemedel och medicintekniska produkter (S2022/03178). Uppdraget redovisades i november 2022. Socialstyrelsen skulle sedan genomföra och följa upp informationsinsatser om egenberedskap för dessa produkter (S2022/04810).
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten skulle utforma ett system med beredskapsapotek (S2022/03298). Uppdraget delredovisades i mars 2023 och slutredovisades i december 2023.
- Socialstyrelsen skulle ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (S2022/04550). Myndigheten lämnade två delredovisningar 2023 och en slutredovisning i februari 2024. Den första delredovisningen i januari 2023 avsåg sjukvårdsprodukter som behövs för traumavård och som bör finnas i statliga säkerhetslager. Den andra delredovisningen i maj 2023 avsåg läkemedel

[117] Prop. 2022/23:45 s. 28.
[118] Socialstyrelsen. Statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården. Vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap inklusive ytterst krig. 2023.

och vissa förbrukningsartiklar som behövs för att kunna administrera läkemedel, och som lämpar sig för omsättningslagring. Slutredovisningen i februari 2024 omfattade underlag för omsättningslagerhållning av sjukvårdsprodukter som inte är läkemedel (personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål, tillverkningsmaterial och återstående medicintekniska produkter), statlig säkerhetslagerhållning, utöver traumavård, samt tillverkningsberedskap.[119] För en närmare redovisning av kostnader för lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter, se avsnitt 8.7.5.

Det kan i sammanhanget också nämnas att E-hälsomyndigheten 2025 fick i uppdrag att i samverkan med Läkemedelsverket ta fram förslag på en nationell databas för medicintekniska produkter.[120] Arbetet med att ta fram förslag på en nationell databas ska ta hänsyn till utvecklingen av den Europeiska databasen för medicintekniska produkter (Eudamed), som syftar till att implementera EU-regelverket för medicintekniska produkter (se avsnitt 3.4.3). E-hälsomyndigheten ska även samarbeta med Läkemedelsverket inom ramen för Läkemedelsverkets uppdrag att möjliggöra framtagande av en nationell lägesbild över medicintekniska produkter samt produktionskartläggning av medicintekniska produkter i Sverige (S2024/00545). I det samarbetet ska E-hälsomyndigheten bidra med att införa en gemensam kategorisering för medicintekniska produkter utifrån den struktur som ska införas och användas inom EU för att kategorisera och gruppera medicintekniska produkter. Vidare ska E-hälsomyndigheten bidra med att utreda hur en nationell kategorisering och identifiering av medicintekniska produkter ska genomföras. Bakgrunden till uppdraget var att Läkemedelsverket i en delredovisning i december 2024 av sitt uppdrag enligt ovan uppmärksammade regeringen på att data från Eudamed behöver tillgängliggöras för det fortsatta arbetet.[121]

[119] Socialstyrelsen. Underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap. Slutredovisning av regeringsuppdrag. 2024, s. 7. I det följande anges källan Socialstyrelsen 2024.
[120] Regeringsbeslut S2025/00532 (delvis).
[121] Läkemedelsverket. Uppdrag att möjliggöra framtagande av en nationell lägesbild över medicintekniska produkter samt produktionskartläggning av medicintekniska produkter i Sverige. Delredovisning december 2024. Dnr: 1.1.8 2024 023786. 2024.

E-hälsomyndigheten ska delredovisa uppdraget senast den 15 december 2025 respektive den 15 december 2026, samt lämna en slutredovisning senast den 31 oktober 2027.[122]

Som beskrivits ovan i fråga om lagerhållning bör också nämnas att regeringen pekade på att det behövs en grundläggande lagerhållning i regioner och kommuner för att minska sårbarheten. För att minska sårbarheten i hälso- och sjukvårdens förnödenhetsförsörjning behöver det finnas en viss buffert hos sjukvårdshuvudmännen av de flesta sjukvårdsprodukter som används i vården i ett normalläge. Syftet är att vårdgivaren ska kunna fortsätta bedriva god vård till dess att kompletterande inköp kan göras, beslut fattas om att använda befintliga beredskapslager eller ytterligare produkter kan omfördelas från andra vårdgivare.[123]

Regeringen lämnade inte några förslag om regioners och kommuners skyldighet att hålla lager för viss tid. Regeringen bedömde dock att det framöver kan finnas skäl att införa ett krav på regioner och kommuner att lagerhålla sjukvårdsprodukter för vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Innehållet i och omfattningen av en sådan lagerhållning bör då få preciseras av regeringen i föreskrifter. En sådan lagerhållning bör i så stor utsträckning som möjligt ske nära de ställen där sjukvårdsprodukterna ska omsättas för att ge förutsättningar att vara så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt och säkerställa att sjukvårdsprodukterna är tillgängliga när de behövs. En utökning av lagerhållningen bör ske successivt och i dialog med leverantörer och andra sjukvårdshuvudmän, så att tillgången på produkter för övriga aktörer i Sverige inte påverkas negativt. Regeringen framhåller i propositionen att den följer noga frågan om hur lagerhållningen utvecklas hos regioner och kommuner och har vidtagit olika insatser för att stärka förutsättningarna för en utökad lagerhållning av sjukvårdsprodukter. Vid behov skulle regeringen återkomma i frågan om lagerhållningsskyldighet.[124]

Regeringen slöt i november 2024 en överenskommelse med SKR om att stärka försörjningsberedskapen för medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning. Regionerna tilldelades 850 miljoner kronor för att bygga upp ett omsättningslager av medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär och personlig skyddsutrustning

[122] Regeringsbeslut S2025/00532 (delvis).
[123] Prop. 2022/23:45 s. 35.
[124] Prop. 2022/23:45 s. 36.

som används inom intensivvård och traumavård som kan leda till intensivvård. Avsikten är att produkterna ska omsättningslagras en månad i nära anslutning till där vård bedrivs för att säkerställa tillgängligheten när de behövs. Enligt överenskommelsen ska regionerna utarbeta handlingsplaner för att nå en utökad försörjningsberedskap, bl.a. ska planerna visa hur regionerna ska uppnå målsättningen om minst en månads omsättningslager. Handlingsplanerna ska vara färdigställda senast december 2025. De åtgärderna enligt överenskommelsen ska följas upp och redovisas av Socialstyrelsen inom ramen för myndighetens uppdrag att bl.a. samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar.[125]

Utredningen om nationell samordning av försörjningsberedskapen

Utredningen om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap tillsattes 2021 och hade i uppgift att analysera och föreslå en funktion med ansvar för nationell samordning av försörjningsberedskapen samt utreda principer och former för finansiering av samhällets försörjningsberedskap.[126] Utredningen föreslog i sitt betänkande att ansvaret för den nationella samordningen av försörjningsberedskapen ska ges till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).[127] Myndigheten föreslogs att få i uppdrag att – genom att ta ut avgifter – upprätta och upprätthålla statliga beredskapslager för lagring av försörjningsviktiga varor som inte omfattas av någon annan myndighets ansvarsområde, inom ramen för försörjning med övriga varor och tjänster.

Utredningen lämnade också förslag på fem principer för finansiering av försörjningsberedskapen i syfte att klargöra gränsdragningen vid statliga beslut:

[125] Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2024. Överenskommelse om försörjningsberedskap för medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Protokoll vid regeringssammanträde 2024-11-21. S2024/02033.
[126] Dir. 2021:65.
[127] SOU 2023:50.

– Staten bär huvudansvaret för försörjningsberedskapen, vilket också betyder ansvar för finansieringen av prioriterade, men inte författningsreglerade åtgärder som syftar till att stärka försörjningsberedskapen.
– Staten kan ersätta externa deltagare för betydande kostnader att delta i planerings- och övningsverksamhet som staten anordnar om det krävs för att säkerställa deras deltagande.
– Enskilda och icke-statliga aktörer inklusive kommuner och regioner kan förväntas att på egen bekostnad upprätthålla en viss grundberedskap för att hantera mindre störningar i sin verksamhet.
– Kommuner och regioner kompenseras genom den kommunala finansieringsprincipen för stadigvarande förändringar av det kommunala ansvaret. För aktivitetsbaserade åtgärder som kräver statlig styrning bör i stället riktade bidrag användas.
– Företag ansvarar i normalfallet själva för finansieringen av författningsreglerade skyldigheter att vidta beredskapsåtgärder.

8.3 Storskalig testning och smittspårning – en länderjämförelse

I avsnittet redogör vi för de nordiska ländernas hantering av storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin.

Danmark skiljer ut sig med en mycket omfattande testningskapacitet. Det blev särskilt tydligt efter att landets strategi reviderades i oktober 2020 i syfte att bygga ut kapaciteten för testning. Danmark hade redan innan pandemin tillgång till data och uppbyggda it-system, vilket möjliggjorde en snabbare uppskalning. Även användningen av antigentester, framför allt för screening, bidrog till storskalig testning.

8.3.1 Finland

Finland hade en nationell strategi för testning och smittspårning som uppdaterades vid några tillfällen under covid-19-pandemin. Den övergripande principen för testning under hela pandemin var ”testa-spåra-isolera-vårda”. Inledningsvis var testningen riktad och Social-

och hälsovårdsministeriet hade som mål att öka testkapaciteten till 10 000 prov per dygn. Kapaciteten ökade successivt och fördubblades i september 2020 och övergick därmed till en omfattande testning. I den uppdaterade testnings- och spårningsstrategin från september 2021, konstaterades att PCR-testningskapaciteten var 40 000 prov per dygn. Som mest togs 5 000–8 000 antigentest per dygn. I strategin konstaterades att en sådan kapacitet endast kan upprätthållas tillfälligt. I den uppdaterade strategin från februari 2022 konstaterade man att efterfrågan på testkapacitet på många ställen överskridit utbudet på grund av omikronvarianten, som spreds snabbare än tidigare varianter. Epidemisituationen hade förändrats och innebar att testningen krävde en stor del av vårdpersonalens kapacitet. Att ytterligare öka testningen bedömdes inte vara en realistisk lösning. Syftet med ändringen av kriterierna för testning var att effektivisera användningen av den befintliga kapaciteten. Målet var att man fortfarande skulle kunna testa sig inom ett dygn och få fram ett analysresultat inom ett dygn för de personer och grupper som uppfyllde kriterierna för testning. Den frivilliga självtestningen med antigentester ökade kraftigt.[128]

Fram till den 31 maj 2022 hade sammanlagt cirka 11 miljoner covid-19-tester tagits inom hälso- och sjukvården i Finland. Av dem var cirka 10 miljoner PCR-tester och cirka 0,8 miljoner antigentester. Antalet utförda tester för covid-19 i Sverige som rapporterats till Folkhälsomyndigheten under 2020–2022 var drygt 19,8 miljoner PCR-tester, närmare 2,7 miljoner antigentester samt drygt 1,5 miljoner antikroppstester.[129]

De primära kriterierna för testning var personens symtom och vårdbehov, skydd av riskgrupper som kan utveckla allvarlig sjukdom samt hänsyn till att hälso- och sjukvårdens kapacitet säkras. De primära målgrupperna för testning var patienter med allvarliga symtom, personer med symtom i riskgrupp, personer i riskgrupper för allvarlig coronavirussjukdom, gravida kvinnor samt anställda inom social- och hälsovården. Kommunens eller sjukvårdsdistriktets smittskyddsläkare kunde dock fatta beslut som avviker från de primära kriterierna.[130]

[128] Institutet för hälsa och välfärd (THL). Uppföljning av hybridstrategin för covid-19-epidemin – sammanfattande rapport 1.6.2022. 2022, s. 5 och 6. I det följande anges källan Institutet för hälsa och välfärd (THL) 2022.
[129] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 19.
[130] Institutet för hälsa och välfärd (THL) 2022, s. 5 och 6.

8.3.2 Danmark[131]

Danmark tog fram en nationell teststrategi i maj 2020 när samhället återigen började öppnas upp efter att landet hade infört nedstängning i mars och april 2020. Den nationella teststrategin var uppdelad i följande tre delar: offensiv testning, effektiv smittspårning och isolering av smittade. För att möjliggöra kapacitet att testa brett bland befolkningen etablerades två spår för själva testningen. Det första spåret var det s.k. *Hälsospåret (sundhedsspåret)* som administrerades av regionerna och riktade sig till personer med symtom på covid-19 samt personal och patienter inom sjukvården. Det andra spåret var det s.k. *Samhällsspåret (samfundssporet)* som etablerades för att möjliggöra för personer med milda symtom och asymtomatiska personer att också testa sig.

Testningen möjliggjordes genom att ett antal testcentrum (”Testcenter Danmark”) etablerades och administrerades av Statens Serum Institut (SSI), i samarbete med regionerna, och med stöd från ett läkemedelsbolag, Novo Nordisk (inklusive finansiering). I praktiken innebar det att alla som ville testa sig kunde också göra det.

Den danska teststrategin har under hela perioden varit föremål för kritik. I början av pandemin, våren 2020, ifrågasattes om kapacitet verkligen fanns för att testa i den utsträckning den danska regeringen önskade. Strategin uppdaterades oktober 2020 då regeringen meddelade att kapaciteten för testning markant skulle byggas ut och att testningen framöver skulle genomföras mer strategiskt. Fortsatt gällde följande övergripande principer för testning:

– testinsatsen ska vara uppsökande och sättas in där den kan bidra till störst minskning av smitta,
– testinsatsen ska vara mobil och flexibel för att genomföra test målinriktat där behov finns i landet, och
– möjlighet att testa sig ska vara lättillgänglig och kunna leverera snabba svar.

[131] Sveriges ambassad i Köpenhamn. Svar till Coronakommissionen – information om pandemin och dess verkningar i Danmark. Del 2: teststrategi och åtgärder för att begränsa smittspridningen. 2020.

Den tidigare målsättningen om att kunna genomföra 30 000 tester per dag ökade till 70 000–80 000 tester per dag, med möjlighet att vid behov kunna genomföra upp till 100 000 tester per dag. Extra laboratorier sattes upp för detta syfte i västra Danmark. Vidare preciserade regeringen en målsättning om att testsvar ska finnas tillgängliga i 80 procent av fallen senast 24 timmar efter genomfört test. För att kunna följa upp denna målsättning uppdaterade Statens Serum Institut dagligen siffror över tillgång till test, fördelat på teststationer och regioner.

Danmark reviderade sin teststrategi under covid-19 pandemin. Revideringarna beskrivs i kronologisk ordning:

- Maj 2020 togs den första teststrategin fram. Det skedde efter beslut i mars 2020 av ansvarig minister tillsammans med Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut och Lægemiddelstyrelsen att ta fram en teststrategi för covid-19, mot bakgrund av WHO:s rekommendationer.
- Oktober 2020 reviderades teststrategin. Avstånd och goda hygienrutiner gällde i syfte att bryta smittkedjor. Testkapaciteten utvidgades till 70 000–80 000 personer per dag, och vid särskild omfattande smitta 100 000 personer.
- Mars 2021 reviderades teststrategin i syfte att öka kapaciteten väsentligt. Planen var en testkapacitet på 500 000 antigentester per dag, och totalt 700 000 tester per dag (PCR- och antigentest). Kapaciteten för PCR- och antigentester var vid tillfället 400 000 personer per dag enligt Samhällsspåret eller Hälsospåret.
- Under januari 2022 var PCR-kapaciteten på 200 000 per dag. Regeringen minskade snabbtestkapaciteten från 500 000 till 200 000 test om dagen februari 2022. I februari 2022 reviderades också teststrategin på rekommendationer från regeringens rådgivande expertgrupp.

De grupper som prioriterades inledningsvis för testning var:

- personer med symtom som behöver uppsöka sjukvård,
- nära kontakter till personer med bekräftad covid-19,
- patienter som ska läggas in på sjukhus i mer än 24 timmar,

– boende och personal inom vården, socialtjänst och äldreomsorg i samband med lokal smittspridning,
– personal på vårdhem, i hemtjänsten och övrig personal med patientkontakt utanför sjukvården, och
– personer som reser in i Danmark ska erbjudas möjlighet att testa sig.

Vid konstaterad smitta gällde smittspårning. Delar av den myndighetsgemensamma telefonlinje som hade upprättats för frågor om covid-19 innefattade också en smittspårningsenhet. Styrelsen for Patientsikkerhed gav vetenskapligt stöd till smittspårningsenhetens personal, och ansvarade även för att lära upp personalen. Alla nära kontakter erbjöds testning dag 4 och 6 räknat från den dag personen blivit utsatt för smitta. Testning utfördes av Testcenter Danmark, utom i de fall då kontakten i fråga var vårdpersonal, som testas genom ”hälsospåret”. Smittspårning inleddes i maj 2020.

Förutom testning och smittspårning handlade den danska teststrategins också om *självisolering*. Hotell, vandrarhem och liknande inrättningar ställde sina resurser till förfogande för smittade personer att självisolera sig. Kommunerna hade i uppgift att organisera boenden och staten finansierade kostnaderna för dessa. Detta erbjöds personer som hade svårt att isolera sig i det egna hemmet, eller som delade hem med en riskperson. För att öka möjligheten att isolera sig tog regeringen bort självkostnadspriset för mat på boendet, vilket blev i stället gratis.

Regeringen lanserade i juli 2020 en app i syfte att förbättra smittspårningen. Efter kritik från bl.a. oppositionen om bristande kapacitet för smittspårning presenterade regeringen november 2020 insatser för att stärka kapaciteten. Definitionen av ”nära kontakt” utvidgades och preciserades. Även personer som vistades i samma kontorsmiljö uppmanades nu att testas i förebyggande syfte, men behövde dock inte isolera sig i väntan på svar.

8.3.3 Norge

Den norska hanteringen av storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin sammanfattas med åtgärderna testning, isolering, smittspårning och karantän (TISK). Det är ett samlingsbegrepp som används av norska hälsomyndigheter vid åtgärder för att begränsa smittspridning i samhället. Norges teststrategi under covid-19-pandemin benämndes TISK-strategin och lanserades formellt av regeringen maj 2020, som en del av den långsiktiga planen för en återöppning av det norska samhället, som stängdes ner den 7 april 2020.

Enligt en utvärdering av Norges pandemihantering med fokus på omikronvarianten var testkapacitet och tillgång till tester kärnan i TISK-strategin och en viktig grund för pandemihantering. Enligt Koronautvalget som genomförde utvärderingen sågs testning som en effektiv smittskyddsåtgärd för att upptäcka och kunna isolera smittsamma personer, samtidigt som information om nära kontakter bidrog med att ytterligare minska smittspridning. Vidare bedömdes testning kunna hålla samhället mer öppet under en pandemi eftersom den bidrar till tidig upptäckt av infektion. Möjligheten att använda antigentester (självtester) ledde till stora resursbesparingar eftersom de bedömdes kunna avlasta vårdpersonal, anställda i kommunerna, på teststationer och laboratorier, samtidigt som det ansågs vara tidsbesparande för befolkningen. Självtester kunde användas både i vården och av enskilda på eget initiativ. Koronautvalget menade att självtestning kunde ersätta karantänsåtgärder och därmed minska frånvaron från skola, utbildning och arbetsliv.[132]

Koronautvalgets genomgång av den norska regeringens TISK-strategi visar att strategin innehöll många detaljerade regler som ändrades efterhand. Det var utmanande att över tid ha överblick över gällande regler om provtagning, karantän och isolering, både lokalt och nationellt. Det var också svårt att hantera och följa upp regler för smittspårning och detaljerade krav för provtagning i stället för karantän. Koronautvalget konstaterade att det ofta är en avvägning mellan enkla regler som är lätta att förmedla och berör alla, och ett mer komplicerat regelverk som är svårare att förmedla, men som

[132] NOU 2023:16. Evaluering av pandemihåndteringen. Rapport fra Koronautvalget. 2023, s. 165. Utvärderingen är ett komplement till Koronakommisjonens granskning av Norges pandemihantering. I det följande anges källan NOU 2023:16.

ger vissa undantag. En sådan avvägning gällde även andra smittskyddsåtgärder.[133]

Koronakommisjonens iakttagelser och slutsatser om testning och smittspårning[134]

Den norska Coronakommissionen, Koronakommisjonen, konstaterade att testning, isolering, spårning och karantän (TISK) är grundläggande för att hantera utbrott, men det var aldrig tanken att använda dessa åtgärder i en sådan omfattning och under en så lång period som under covid-19-pandemin. Nedan följer kommissionens huvudsakliga iakttagelser:

– Våren 2020 var laboratoriekapaciteten begränsad, bl.a. på grund av brist på leveranser på den globala marknaden. Norge testade inte lika många som WHO rekommenderade. Norge var ändå ett av de länder i världen som testade mest i förhållande till befolkningsstorlek under den första perioden.
– När staten beslutade att kommunerna[135] ska implementera TISK som strategi, fick inte kommunerna det stöd de behövde för att genomföra åtgärderna i strategin.
– I början av pandemin var inte systemet för samordning och samarbete heltäckande mellan kommuner, laboratorier, sjukhus och andra som skulle genomföra de olika åtgärderna i TISK-strategin. Det var först i september 2020 som myndigheterna upprättade en övergripande samordningsstruktur för TISK.

Kommissionen drog följande slutsatser och lärdomar:

– Beredskapsplanerna borde omfatta beredskap att bygga testkapacitet och skala upp spårning. Planerna borde dessutom beskriva samordning/samverkan mellan kommuner, sjukhus, laboratorier och andra aktörer som kan ha uppgifter i en TISK-strategi.

[133] NOU 2023:16 s. 165.
[134] NOU 2021:6. Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen. 2021, s. 192. I det följande anges källan NOU 2021:6.
[135] Kommunerna har det operativa ansvaret för smittskyddet enligt den norska smittskyddslagstiftningen (källa: NOU 2021:6, s. 62).

– Regelverket för testning och smittspårning var inte tillräckligt anpassat för en pandemi. Den norska smittskyddslagen bör ha regler för smittspårning och testning i händelse av ett utbrott av en allmänfarlig sjukdom. Kommissionen menade bl.a. att ansvarsförhållandena blev oklara, och att det vore önskvärt med tydligare bestämmelser för ansvaret för smittspårning och uppföljning av smittade personer och deras närkontakter när detta inte görs av den behandlande läkaren.
– Före pandemin fanns det inga digitala verktyg för smittspårning som kommunerna kunde använda. Kommunerna måste själva bedöma vilka verktyg de bör ha, men staten bör bidra till att kommunerna har tillgängliga effektiva digitala verktyg under en pandemi.[136]

8.3.4 Erfarenheter av digitala verktyg för smittspårning från covid-19-pandemin – en europeisk utblick

E-hälsomyndigheten fick i början av covid-19-pandemin i uppdrag av regeringen att kartlägga digitala stöd och tillämpningar i smittskyddsarbetet i ett urval länder.[137] I uppdraget ingick också att utreda det organisatoriska och juridiska ansvaret för digitala stöd och tillämpningar, vilket avser personuppgiftsbehandling, integritetsskydd och informationssäkerhet.

E-hälsomyndighetens rapport från 2021 beskriver ett urval av digitala stöd och tillämpningar huvudsakligen inom EU, men även utanför EU.[138] Kartläggningen visar att många länder och regioner har tagit fram olika lösningar för digitala stöd för smittskydds- och smittspårningsarbetet. EU:s medlemsländer har också arbetat med att bygga upp gemensamma interoperabla ramverk för automatiserad smittspårning.

Manuellt traditionellt smittspårningsarbete med utgångspunkt i en indexperson är mycket resurskrävande och kan kompletteras bl.a. med automatiserad smittspårning, s.k. *proximity tracing*, i första

[136] NOU 2021:6, s. 188.
[137] Regeringsbeslut S2020/08097 (delvis).
[138] E-hälsomyndigheten. Kartläggning av digitala stöd och tillämpningar i smittskyddsarbetet i ett urval länder. Diarienummer: S2020/08097. 2021. I det följande anges källan E-hälsomyndigheten 2021.

hand via mobilappar, vilka kan upptäcka och spåra andra mobilenheter som befunnit sig i närheten.

Det finns också andra typer av digitala stöd och system för smittspårning för att göra smittspårningsarbetet snabbare och mer effektivt, *Contact Tracing Systems*. Dessa system kan även ses som ärendehanteringssystem. Ett svenskt exempel är Smittspårningsverktyget och byggdes upp under pandemin, men långt ifrån alla regioner har infört det trots stort intresse inledningsvis. se avsnitt 8.6.1 för en närmare beskrivning. Det kan i detta sammanhang nämnas att de regionala smittskydden och många smittspårare i regionerna numera har möjlighet att använda e-tjänsten 1177 för smittspårning, se avsnitt 8.6.2.

Egenrapportering kan ske via webbsidor eller appar, där individen fyller i formulär eller skattningar av symtom. Oftast handlar det om olika former av anonym symtomrapportering i syfte att ge en bättre överblick av möjlig smitta i samhället. I andra fall utgör symtomrapporteringen en del av ett digitalt system för smittspårning där kontakter till indexpatient ombeds rapportera in eventuella symtom och kan få rekommendationer om t.ex. provtagning.

Anonymiserade och aggregerade data från mobiloperatörer kan användas för att följa enskildas rörelsemönster i syfte att följa spridning eller att följa upp hur restriktioner påverkar rörligheten och spridningen av coronaviruset. Det skulle även kunna användas till att identifiera områden där ytterligare restriktioner krävs på grund av fortsatt hög rörlighet.[139]

En majoritet av EU-länderna införde nationella smittspårningsappar

Under covid-19-pandemin införde 22 EU-länder nationella smittspårningsappar som varnade användarna om de hade varit i närheten av någon som testat positivt för covid-19. Hösten 2021 när apparna användes som mest var 19 länder uppkopplade mot tjänsten. Apparna var frivilliga att använda, och sågs av EU som ett effektivt komplement till manuell smittspårning.[140] Som grund för den bedömningen beställde EU-kommissionen en studie i syfte att beskriva lärdomar

[139] E-hälsomyndigheten 2021, s. 3.
[140] Europeiska kommissionen. Smittspårningsappar som ett viktigt verktyg under pandemin. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/contact-tracing-and-warning-apps-during-covid-19_sv. Hämtat 2023-12-15.

från användningen av smittspårningsappar. Studien säger dock inget om vilka effekter apparna hade på smittspridningen.[141]

I samband med att smittspårningsapparna byggdes upp skapades också via EU-kommissionen en s.k. nätsluss så att appar från olika länder kunde kommunicera med varandra och fungera i hela EU. Bara de allra nödvändigaste uppgifterna överfördes och alla uppgifter krypterades. Tanken med apparna och nätslussen var att de skulle avvecklas när pandemin var över och länderna inte längre använde tjänsten. Flera länder hade för att kunna använda apparna en tillfällig lagstiftning eller ändrade befintliga lagar för att införa skydd av personuppgifter. I slutet av 2021 kopplade flera medlemsländer bort sig från nätslussen, antingen för att de slutade använda den nationella appen eller för att den tillfälliga lagstiftningen upphörde att gälla. I april 2022 överfördes nätslussen till ECDC i syfte att stärka den digitala smittspårningen, och i februari 2023 lämnade de sista medlemsländerna systemet och nätslussen stängdes. ECDC och EU-kommissionen har planerat ett förfarande för att vid behov återaktivera nätslussen.[142]

Smittspårningsappar väcker frågor om etik, integritetsskydd och också om deras effekter för att minska smittspridningen

Användningen av digitala lösningar som smittspårningsappar har i Sverige väckt både juridiska och etiska frågor när det gäller personuppgiftsbehandling, integritetsskydd och informationssäkerhet.[143]

Folkhälsomyndigheten konstaterade i sin kartläggning av smittspårningen av covid-19 att smittspårningsappar är avsedda att användas som ett komplement till den traditionella smittspårningen. Påverkan på personlig integritet och ekonomiska aspekter bör utredas grundligt innan en eventuell smittspårningsapp skulle kunna börja användas i Sverige. Enligt myndigheten löser inte smittspårningsappar heller utmaningarna i smittspårningsarbetet. Appar kan komplettera den traditionella smittspårningen genom att bidra till att

[141] European Commission. Digital Contact Tracing Study. Study on lessons learned, best practices and epidemiological impact of the common European approach on digital contact tracing to combat and exit the COVID-19 pandemic. 2022.
[142] Europeiska unionen. Smittspårningsappar som ett viktigt verktyg under pandemin. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/contact-tracing-and-warning-apps-during-covid-19_sv Hämtat 2023-11-17.
[143] E-hälsomyndigheten 2021, s. 3.

fler potentiellt smittade individer vidtar lämpliga åtgärder. Det skulle kunna leda till minskad smittspridning, men resultatet är helt beroende av vilka åtgärder som vidtas bland de som använder appen. Vidare angav Folkhälsomyndigheten i kartläggningen att en begränsad datainsamling i smittspårningsappar gör att kunskapsläget om deras effekt är oklart. Det innebär också svårigheter att upptäcka funktionella brister. En begränsad data beror på att få av EU:s medlemsstater som använde smittspårningsappar har kunnat redovisa data på hur många kontakter som appen har identifierat och skickat notifieringar till. Att relativt få länder har tillgång till sådan information beror sannolikt på att den har bedömts vara för känslig för att samla in eftersom det innebär att information om kontakter delas mellan appen i mobiltelefonen och den centrala myndigheten som ansvarar för appen.[144]

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) menade att digitala smittspårningsverktyg bör vara tidsbegränsade och insamlade data bör anonymiseras. Frågor om säkerhet, kvalitet och dataskydd är centrala, liksom om insyn och ansvar. Vidare borde det vara frivilligt att använda nationella smittspårningsappar.[145]

8.4 Kunskapsläget för storskalig testning och smittspårning

I detta avsnitt redovisas i korthet kunskapsläget för storskalig testning och smittspårning vid en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Fokus är på åtgärdernas effekter på smittspridning vid pågående pandemier eller utbrott av infektionssjukdomar.

8.4.1 Sammanställning av kunskap för testning och smittspårning vid omfattande smittspridning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fick i uppdrag av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) att göra en systematisk kunskapsöversikt om specifika icke-medicinska åtgärders effekter på smittspridning

[144] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 58.
[145] Statens medicinsk-etiska råd. Etiska vägval vid en pandemi. Rapport från Statens medicinsk-etiska råd. Smer 2020:3. 2020, s. 14 och 15.

vid pågående pandemier eller utbrott av infektionssjukdomar. De utbrott som undersöktes avser i första hand covid-19 sett till antal studier, men även sars, mers, influensa och ebola inkluderades. SBU:s upplysningstjänst identifierade sammanlagt 132 relevanta systematiska översikter varav 5 bedömdes ha låg risk för snedvridning/systematiska fel (benämnt bias i rapporten), 43 hade måttlig risk för sådana fel och 43 hög risk.[146]

För smittskyddsåtgärden storskalig testning (i rapporten benämnt masstestning) identifierades 10 systematiska översikter, varav fem hade låg eller måttlig risk för bias. För smittskyddsåtgärden storskalig kontaktspårning identifierades 22 systematiska översikter, varav nio hade måttlig risk för bias och ingen hade låg sådan risk.

Utredningen har översiktligt gått igenom underlaget från SBU:s systematiska kunskapsöversikt för en rad icke-medicinska smittskyddsåtgärder, vilket redovisas i avsnitt 5.3. Vår övergripande bedömning är att det finns vetenskapligt stöd för att storskalig testning och smittspårning kan bidra till minskad smittspridning och sjukdomsbörda av influensa och covid-19. Kunskapsunderlaget är dock begränsat när det gäller kvantitativa effekter i olika epidemiologiska situationer såsom vid omfattande smittspridning av ett nytt eller förändrat smittämne, men effekten är sannolikt störst under ett utbrotts tidiga fas (se avsnitt 5.3.4).

8.4.2 Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning för misstänkta fall av covid-19

Folkhälsomyndigheten fick i uppdrag i april 2023 att följa upp och utvärdera den storskaliga testningen för misstänkta fall av covid-19 i pandemins olika skeden. Uppdraget gällde både det praktiska genomförandet, och vilka effekter som testningen och smittspårningen och övervakningen hade för att begränsa smittspridningen, särskilt i vård- och omsorgsmiljöer. I uppdraget ingick också att inkludera andra länders erfarenheter från testning och smittspårning av covid-19 och dess effekter, särskilt vad det gäller ett nordiskt perspek-

[146] SBU. Icke-medicinska åtgärder för att minska smittspridning vid pandemier: en kartläggning av systematiska översikter. SBU Kartlägger 384. 2024.

tiv.[147] En delredovisning av uppdraget lämnades i november 2023[148] och en slutredovisning lämnades i april 2024, som redovisas i det följande.

Folkhälsomyndighetens övergripande slutsats var att det kommer att krävas en omfattande testning och smittspårning vid nästa pandemi, och samhällets beredskap för det behöver förbättras. Den statliga finansieringen och såväl statliga som privata aktörer bedömdes ha varit avgörande för genomförandet av den storskaliga testningen. Statens kostnader för den storskaliga testningen och smittspårningen under 2020–2022 var närmare 33 miljarder kronor. De åtgärder som bedömdes bidra till en effektiv storskalig testning var egenprovtagning med egenregistrerade kit. Även initiativ för att automatisera olika processer bedömdes öka kostnadseffektiviteten med tiden. Folkhälsomyndigheten identifierade också ett antal hinder för ett effektivt genomförande av storskalig testning och smittspårning. Ett sådant hinder var otydligheten i ansvarsfördelningen mellan den statliga och regionala nivån och otydligheter i fråga om testningens roll i att begränsa smittspridning, liksom bristen på reagenser[149] och material. För en bättre beredskap behöver ansvarsfördelningen för testningens olika ändamål vid omfattande smittspridning klargöras på förhand och en god försörjningsberedskap säkerställas.[150] För en mer utförlig beskrivning av identifierade framgångsfaktorer och hinder för storskalig testning enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering se avsnitt 8.6.3.

Svårt att dra säkra slutsatser om effekter av storskalig testning och smittspårning på smittspridningen av SARS-CoV-2

Enligt Folkhälsomyndigheten är det svårt att dra säkra slutsatser om effekter av storskalig testning och smittspårning på smittspridningen av SARS-CoV-2. Det beror bl.a. på att testningen och smittspårningen genomfördes parallellt med flera andra åtgärder inklu-

[147] Regeringsbeslut S2023/01302 (delvis).
[148] Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att utvärdera den storskaliga testningen av misstänkta fall av covid-19 (delredovisning). 2023.
[149] Med reagens avses en kemisk förening eller kombination av föreningar som vid tillsats till ett prov ger sådana karakteristiska förändringar att provet kan bestämmas kvantitativt eller kvalitativt. Reagens används för att påvisa förekomsten av ett ämne.
[150] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 5 och 6.

sive rekommendationer om beteendeförändringar, vilket bidrog till begränsade möjligheter att värdera enskilda åtgärders effekter.[151]

Folkhälsomyndighetens litteraturöversikt visar på stor variation med olika utfallsmått och tillvägagångsätt, vilket begränsar möjligheterna till systematiska jämförelser. Ett flertal översikter beskriver att kostnadseffektivitet av smittspårning och storskalig testning inte har utvärderats i någon större utsträckning. Vidare var det vetenskapliga stödet för storskalig testning och smittspårning vid införandet under 2020 främst teoretiskt och baserat på modelleringar utifrån olika scenarion. Modelleringarna gav teoretiskt stöd för att förhindra samhällsspridning vid införande vid låg nivå av smitta i samhället och stöd för att minska sjukdomsfall vid samhällsspridning.[152]

Svårigheten att dra säkra slutsatser om effekter av storskalig testning och smittspårning förklaras också av att det saknas strukturerade smittspårningsdata på individnivå. Data behöver finnas både för positiva fall och för smittspårade individer som inte insjuknade i covid-19. Vidare behövs detaljerad information om smittspårningskedjor, information om när förhållningsregler gavs i förhållande till indexfallets symtomdebut samt uppföljande testningsdata av ytterligare ett led av nära kontakter. Effekten av testning och smittspårning beror på smittämnets egenskaper, t.ex. smittvägar, när en person är smittsam, smittsamhet, sjuklighet och dödlighet och vilka grupper som drabbas. Effekten beror också på vilka åtgärder som finns tillgängliga och vidtas.[153]

Att strukturerade smittspårningsdata saknas för effektanalyser på nationell nivå beror på att cirka hälften av regionerna saknar samlad statistik över antalet utförda smittspårningar för covid-19. Regionernas smittspårningsdata finns lagrad på ett flertal olika sätt, både digitalt och i pappersformat. För att kunna mäta effekten av smittspårning behöver data vara enhetlig, strukturerad och tillgänglig i digitala system. Eftersom detaljerade smittspårningsdata inte har identifierats på nationell nivå har Folkhälsomyndigheten fått undersöka effekten av testning och smittspårning med hjälp av indirekta analyser av effekten. Innan covid-19-pandemin har testning och smittspårning setts som ett verktyg framför allt i en pandemis inledande fas innan en allmän smittspridning konstaterats. Det inne-

[151] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 6 och 7.
[152] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 28.
[153] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 6 och 7.

bär att det saknades beredskap för storskalig testning och smittspårning i regionerna.[154]

Bättre beredskap behövs för att hantera framtida pandemier

Folkhälsomyndigheten konstaterar att den regionala beredskapen för en mer omfattande smittspårning behöver förbättras. Behov finns också för författningsberedskap för åtgärder dels riktade mot individer, dels på gruppnivå. Detta för att möjliggöra att personer kan arbeta hemifrån samt generella åtgärder för att förhindra trängsel. Smitta inom hushåll har varit omfattande under covid-19-pandemin och det är därför viktigt att kunna förhindra vidare smittspridning till samhället med åtgärder som t.ex. förhållningsregler, smittbärarpenning och karensersättningsavdrag. Slutligen har bristen på samordnade it-system för testning och smittspårning utgjort ett hinder, dels för det operativa arbetet med testning och smittspårning, dels i uppföljningen av dess effekter. Interoperabla it-system för testning och smittspårning behöver därför utvecklas för att stärka beredskapen för framtida pandemier. Vidare bedöms mikrobiell övervakning med sekvensering vara viktig för att hantera framtida pandemier. Övervakning kräver dock integration med övriga data för att kunna utföras ändamålsenligt och resurseffektivt. Ett tydligt nationellt ansvar för mikrobiell övervakning innan covid-19-pandemin och ett nationellt digitalt verktyg för sekvensanalys och datalagring (GENSAM) möjliggjorde en snabb uppbyggnad av variantövervakningen under covid-19-pandemin.[155]

Folkhälsomyndighetens förslag på åtgärder

Folkhälsomyndigheten lämnade ett antal förslag på åtgärder utifrån utvärderingens resultat, vilka redovisas i det följande:[156]

– Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att samordna regionernas laboratorieberedskapsplanering.

[154] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 29 och 30.
[155] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 6 och 7.
[156] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 8 och 9.

- Statens och Folkhälsomyndighetens ansvar för storskalig testning bör klargöras, både inför och vid en pandemi.
- Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att förbereda processer för att vid en pandemi eller större utbrott kunna koppla in privata och statliga aktörer i testkedjan och för mikrobiell övervakning.
- Folkhälsomyndigheten får, i samarbete med Socialstyrelsen, i uppdrag att ta fram dimensionerande scenarier för regionernas beredskapsplanering för storskalig testning och smittspårning.
- Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att i samarbete med Inera verka för att det nationellt interoperabla systemet för remiss- och svarshantering, som utvecklas av Inera för regionerna, ska kunna fungera även för storskalig testning i en pandemisituation.
- Folkhälsomyndigheten får, i samarbete med E-hälsomyndigheten, i uppdrag att genomföra en förstudie för nationell interoperabilitet för regionala digitala smittspårningsverktyg.
- Författningsberedskap behövs för att möjliggöra förhållningsregler, eller motsvarande, till grupper och individer på ett för en storskalig testning och smittspårning anpassat sätt. Det innebär ett kompletterande regelverk för trängsel, möjligheter till arbete hemifrån och distansundervisning samt ett socialförsäkringssystem som kan anpassas till att fungera även vid omfattande smittspridning.
- Den rättsliga regleringen för Folkhälsomyndighetens tillgång till detaljerad testnings- och smittspårningsdata bör ses över för att möjliggöra datatillgång i realtid, i syfte att kunna ta fram beslutsunderlag för åtgärder och att följa upp smittspårningens effekter på smittspridningen i olika miljöer.
- Folkhälsomyndighetens rätt till prover från regionernas biobanker för att utföra myndighetens uppdrag bör klargöras i biobankslagen och/eller i smittskyddslagen.

Slutligen kan nämnas att Folkhälsomyndigheten gav Centrum för totalförsvar och samhällets säkerhet (CTSS) vid Försvarshögskolan, i uppdrag att utvärdera Folkhälsomyndighetens genomförande av flera tidigare regeringsuppdrag att nationellt samordna uppskal-

ningen av den nationella testkapaciteten av covid-19 under 2020. Resultaten från underlagsrapporten redovisas i avsnitt 8.6.3.

8.5 Identifierade frågor som har betydelse för storskalig testning och smittspårning

Avsnittet beskriver övergripande några frågor som vi har identifierat som centrala för storskalig testning och smittspårning utifrån erfarenheter från covid-19-pandemin.

Inledningsvis beskrivs regionernas och smittskyddsläkarens ansvar för testning och smittspårning (avsnitt 8.5.1) som en kontext till den statliga styrningen i fråga om storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin. Den statliga styrningen skedde genom icke-bindande styrmedel i form av rekommendationer, och hade stor betydelse för storskalig testning och smittspårning (avsnitt 8.5.2).

Ändamålsenliga hälsodata är centrala för storskalig testning och smittspårning, och som beskrivs i tidigare avsnitt har flera utredningar och regeringsuppdrag initierats för att förbättra tillgången till och användningen av hälsodata. I avsnitt 8.5.3 redogör vi för vissa rättsliga frågor som identifierats i dem.

Finansiering har stor betydelse för genomförande av storskalig testning och smittspårning. Vi behandlar olika ekonomiska aspekter som hör ihop med storskalig testning och smittspårning separat i avsnitt 8.7.

8.5.1 Regionerna har ansvaret för testning och smittspårning

Regionerna har ansvaret för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar inom sitt område, och det är smittskyddsläkaren i regionen som har det samlade ansvaret för att planera, organisera och leda smittskyddsarbetet (1 kap. 8 § och 6 kap. 1 § SmL). Som redogjorts för i avsnitt 7.5.4 omfattar smittskyddslagen samtliga smittsamma sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. I ansvaret ingår provtagning och smittspårning enligt smittskyddslagens bestämmelser.

Regionen har som huvudman[157] även ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård inom sitt geografiska område. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet enligt 2 kap. 2 § HSL.

De övergripande målen i respektive lagstiftning är att vård ska ges efter behov i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (3 kap. 1 § HSL), och befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar ska tillgodoses (1 kap. 1 § SmL). Regionerna har vidare en skyldighet att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar (13 a kap. 1 § tredje punkten HSL) vilket sammanfaller till viss del med smittskyddslagens syfte att hindra och förebygga smittspridning.

Regionen har enligt 1 kap. 8 § SmL ett ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av lagen. Det innebär att ansvaret för det regionala smittskyddet inte är begränsat till hälso- och sjukvården. Regionens ansvar innebär en skyldighet att på olika sätt förebygga uppkomst och hindra spridning av smittsamma sjukdomar. I det ingår att undersöka och behandla sjuka och andra smittbärare, vidta åtgärder för provtagning och smittspårning, övervaka smittskyddssituationen, samt utföra andra epidemiologiska insatser som kräver främst medicinsk kompetens. Regionen ansvarar för att anställa en smittskyddsläkare som inte är vårdgivare men som har ett samlat ansvar för regionens smittskyddsarbete.[158]

I kapitel 7 beskrivs smittskyddslagens bestämmelser om provtagning och smittspårning. Sammanfattningsvis är det i fråga om *provtagning* den behandlande läkaren som, vid misstanke om att en patient bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, skyndsamt ska undersöka patienten och ta de prover som behövs. Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning ska läkaren utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren (3 kap 1 § SmL). I 3 kap. 2 § SmL finns bestämmelser om smittskyddsläkarens möjlighet att ansöka om tvångsundersökning av patienten och i 6 kap. SmL finns ytterligare bestämmelser om smittskyddsläkarens ansvar.

[157] Även kommun är huvudmän för den del av verksamheten som utgör hälso- och sjukvård.
[158] SOU 2023:56 s. 222.

Smittspårning initieras av den behandlande läkaren och ska vidtas vid konstaterad eller misstänkt smitta av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom (3 kap. 4–7 §§ SmL). Den behandlande läkaren ansvarar för att smittspårning bedrivs, men smittspårningen kan utföras av annan hälso- och sjukvårdspersonal som har särskild kompetens för det (3 kap. 4 § SmL). I vissa fall kan även ansvaret för smittspårningen övertas av smittskyddsläkaren (3 kap. 5 § och 6 kap. SmL). I vissa smittspårningssituationer behövs också en särskild kompetens och överblick över smittskyddsläget. Detta kan vara fallet t.ex. vid smitta som härrör från objekt eller djur eller vid större utredningar av smitta mellan människor. Smittskyddsläkaren har av denna anledning ett övergripande ansvar för att se till att smittspårning äger rum genom att underrätta dem som primärt ansvarar för åtgärden och samordna åtgärderna. När smittskyddsläkaren får en anmälan om inträffat sjukdomsfall bör han eller hon se till att en erforderlig smittutredning kommer till stånd, men behöver inte genomföra det praktiska smittspårningsarbetet. Bestämmelser om smittskyddsläkarens ansvar om bl.a. smittspårningsarbetet finns i 6 kap. SmL.

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

En stor del av Folkhälsomyndighetens uppgifter handlar om att styra med kunskap, det vill säga ta fram olika typer av nationella kunskapsstöd, som t.ex. vägledningar och rekommendationer. Myndigheten tog fram sammanlagt 28 versioner av s.k. provtagningsindikationer under tiden covid-19 klassificerades som samhällsfarlig sjukdom. Med provtagningsindikationer avsågs detaljerade råd och rekommendationer till regionerna om hur provtagningen och smittspårningen skulle genomföras av vård- och omsorgsverksamheter vid symtom på covid-19. Råden och rekommendationerna gällde för olika grupper och med olika prioriteringar över tid (patienter, omsorgstagare, vård- och omsorgspersonal och allmänhet). Provtagningsindikationerna var således ett prioriteringsstöd för regionerna, som enligt Folkhälsomyndigheten kunde ses som ett komplement

till den lagstadgade skyldigheten om provtagning av allmän- och samhällsfarliga sjukdomar.[159]

Folkhälsomyndigheten tog även fram en strategi för storskalig testning och smittspårning för covid-19, på initiativ av regeringen.[160] Myndigheten presenterade en första version den 17 april 2020. Strategin uppdaterades den 30 april och den 4 juni samma år. Under våren 2023 fasade Folkhälsomyndigheten ut rekommendationerna för storskalig testning och smittspårning för covid-19. Den särskilda rekommendationen om bred testning för covid-19 vid symtom hos vård- och omsorgspersonal togs bort den 15 februari 2023. Månaden senare, den 15 mars 2023 upphörde covid-19 att vara en smittspårningspliktig sjukdom[161], vilket innebar att det inte krävdes smittspårning i verksamheter som vårdar eller har omsorg om personer med en hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19.[162]

Icke bindande statliga styrmedel förutsätter god följsamhet och i vissa fall statlig finansiering

De uppföljningar och granskningar som har gjorts av statlig styrning med icke-bindande styrmedel, som olika nationella kunskapsunderlag utgör, visar att det finns olika typer av utmaningar. Det kan handla om att det saknas kapacitet bland kommuner och regioner att ta emot och tillämpa den kunskap som statliga myndigheter tar fram. Stöden kan också uppfattas som inte anpassade till de egna verksamheterna.[163]

God följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården är centralt för att stöden ska vara effektiva, och komma till nytta för de verksamheter som berörs. Det finns emellertid återkommande problem med den statliga kunskapsstyrningen när den ska leda till konkreta resultat. Flera utredningar visar att det finns ett stort utbud av kunskapsstöd men att genomslaget för flera stöd

[159] SOU 2021:89 s. 269.
[160] Regeringsbeslut S2020/02676/SOF.
[161] Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2023:12) om ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar.
[162] Folkhälsomyndigheten. När hände vad under pandemin? Hämtat 2023-10-27 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/utbrottsarkiv/covid-19-pandemin-2019-2023/nar-hande-vad-under-pandemin.
[163] T.ex. Statskontoret. Att styra med kunskap, 2023; Statskontoret. Att styra de självstyrande. 2023; Statskontoret. Statens styrning av kommunerna. 2016.

är svagt.[164] Nationella myndigheter har svårt att påverka regionernas och kommunernas arbete med hjälp av icke-bindande kunskapsunderlag. Det är i sin tur svårt att fastställa hur mycket av statens arbete som påverkar arbetet i regionerna och kommunerna och vad som beror på verksamheternas egna förmågor, prioriteringar och mottagarkapacitet.[165]

Det bör i detta sammanhang förtydligas att statlig styrning med nationella kunskapsstöd kan öka likvärdigheten i hälso- och sjukvården utan att det behöver inverka negativt på den kommunala självstyrelsen. Detta kan göras genom att staten har en strategisk och långsiktig roll i styrningen med kunskap. Ett sådant perspektiv återfinns i flera utredningar och rapporter.[166]

Det finns emellertid utmaningar i den strategiska statliga styrningen i ett krisläge. Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå, och för att ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd (1 kap. 7 § SmL). Enligt Riksrevisionens granskning av det nationella smittskyddet bedömdes Folkhälsomyndighetens samordningsansvar fungera väl i ett normalläge, men visade samtidigt att det delade ansvaret för smittskydd har utmanats i ett läge med omfattande smittspridning. Företrädare för smittskyddet har på både regional och nationell nivå uttryckt att skarpare samordnande insatser från Folkhälsomyndighetens sida skulle underlätta hanteringen i lägen med omfattande smittspridning, men att det inte nödvändigtvis behöver innebära en ökad statlig styrning som sådan. Av granskningen framgick också att det inte är tydligt hur långt Folkhälsomyndighetens initiativrätt sträcker sig och vilka områden som omfattas av myndighetens mandat. Vid omfattande utbrott av smitta kan sådana otydligheter skapa problem, trots att de i ett normalläge är hanterbara.[167]

Regionernas följsamhet till Folkhälsomyndighetens provtagningsindikationer för covid-19 över tid har inte undersökts närmare. Enligt de uppgifter utredningen har hämtat in under arbetets gång uppfattas de nationella provtagningsindikationerna ha varit delvis svåra att följa av berörda verksamheter. Vi redogör för detta i av-

[164] SOU 2017:48.
[165] T.ex. Riksrevisionen. Statens suicidpreventiva arbete – samverkan med verkan? 2021.
[166] SOU 2017:48 samt Riksrevisionen. Staten och SKL -en slutrapport om statens styrning på vårdområdet. 2017.
[167] Riksrevisionen 2023, s. 80.

snitt 8.6.3. Enligt de uppföljningar som har gjorts av regionernas testning och smittspårning under covid-19 enligt överenskommelserna mellan regeringen och SKR har regionernas arbete byggt på Folkhälsomyndighetens rekommendationer.[168] När det gäller individers följsamhet till provtagningsindikationerna pekar resultaten från en studie på god följsamhet, men med tydliga sociodemografiska skillnader.[169]

Enligt SKR ålade staten, genom Folkhälsomyndighetens provtagningsindikationer, regioner att bygga upp storskaliga verksamheter under covid-19-pandemin. Samtidigt dröjde regeringen med beslut om hur kostnadsansvaret skulle fördelas mellan staten och regionerna. Detta ledde enligt SKR till en osäkerhet, och påverkade därmed effektiviteten i uppbyggnaden. SKR vill därför etablera en s.k. skyndsamhetsprincip vid beslut om kostnadsansvar i en kris. En sådan princip innebär att regeringen är skyldig att snabbt meddela beslut om hur kostnadsansvaret ska fördelas i akuta kriser, med finansieringsprincipen som en tänkbar utgångspunkt. SKR framhöll att det oklara kostnadsansvaret inte enbart varit en fråga om finansiering, utan också av en mer principiell karaktär. Om en uppskalning av verksamheten hade finansierats med egna medel så skulle det ha varit nödvändigt att utgå från den prioriteringsplattform som hälso- och sjukvårdslagen vilar på, det vill säga vård efter behov[170]. SKR ansåg att med en sådan prioriteringsprincip är det svårt att motivera storskalig provtagning av friska personer.[171]

Enligt SKR har hanteringen av covid-19-pandemin fungerat som bäst när ansvarsprincipen, som innebär att den som har ansvar för en verksamhet i normalläge ska ha motsvarande ansvar i kris, har tillämpats på ett konsekvent sätt. Det har också uppstått oväntade gränsdragningsfall då inte varit självklart vilken aktör som varit bäst lämpad att ansvara för en fråga. Oklarheten avser specifikt ansvaret

[168] SKR. Regionernas arbete med provtagning för covid-19. Kvartalsrapport 4 2022, enligt överenskommelse om avseende testning för covid-19. 2023. I det följande anges källan SKR 2023b.
[169] Sharma S., Li H., Löve J., Nwaru C., Gisslén M., Byfors S., Hammar N., Nilsson A., Björk J., Nyberg F. och Bonander C. Sociodemographic differences in the response to changes in COVID-19 testing guidelines. European Journal of Public Health, 2024, ckae145, https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae145.
[170] Den etiska plattformen anges i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60), som beslutades av riksdagen 1997. Den etiska plattformen gäller för prioriteringar även under covid-19-pandemin. Socialstyrelsen tog fram nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin som utgår från den etiska plattformen.
[171] SKR 2023a, s. 456.

för hur kostnaderna ska fördelas mellan staten och huvudmännen för att bygga upp storskaliga verksamheter som t.ex. testning och smittspårning.[172]

8.5.3 Rättsliga frågor som rör hantering och användning av hälsodata på ett mer ändamålsenligt sätt

Tillgången till och användningen av hälsodata är central för en rad olika ändamål. Flera utredningar har initierats för att analysera och föreslå hur regioner och myndigheter kan hantera och använda hälsodata på ett mer ändamålsenligt sätt. God tillgång till hälsodata är en viktig utgångspunkt för smittskyddet i ett normalläge och särskilt i en situation med en omfattande smittspridning, däribland för att hantera och utvärdera storskalig testning och smittspårning.

En etablering av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården innebär att de rättsliga frågorna måste utredas

E-hälsomyndigheten har haft i uppdrag att ta fram ett förslag till färdplan för genomförande av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Enligt myndighetens slutrapport aktualiseras ett flertal rättsliga frågor inom skilda rättsområden vid en etablering av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården[173]. Vissa av frågeställningarna avser generella rättsområden, andra frågeställningar är knutna till den sektorsspecifika regleringen. Även rättsliga aspekter kopplade till konkurrens- och upphandlingsfrågor aktualiseras. Myndighetens bedömning är att flertalet av de rättsliga frågeställningarna kommer att kräva utredning och författningsändringar eller nya författningar. Exempel på författningsändringar som behöver utredas är kopplade till uppgiftsskyldighet,

[172] SKR 2023a, s. 459.
[173] Enligt slutbetänkandet från Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse saknas en entydig definition av nationell digital infrastruktur. Digital infrastruktur kan enligt utredningen likställas med funktioner och förmågor som interoperabilitetslösningar avser, dvs. en återanvändbar resurs som beskriver rättsliga, organisatoriska, semantiska eller tekniska krav, såsom konceptuella ramverk, riktlinjer, referensarkitekturer, tekniska specifikationer, standarder, vissa tjänster och applikationer, samt dokumenterade tekniska komponenter, såsom källkod, som syftar till att uppnå interoperabilitet vid datadelning (SOU 2024:33 s. 60 och 61).

sekretess och dataskydd men även till anpassningen av svensk rätt till EHDS.[174]

Andra frågeställningar är knutna till den sektorsspecifika regleringen, t.ex. hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, patientdatalagen och lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Därutöver aktualiseras även rättsliga aspekter kopplade till konkurrens- och upphandlingsfrågor. E-hälsomyndigheten bedömer att lagstiftningen på hälsodataområdet behöver på sikt ses över i dess helhet. Den svenska hälso- och sjukvårdens strukturella uppbyggnad och regleringen på området har vuxit fram under en längre tid, vilket har lett till att lagstiftningen i vissa delar blivit splittrad och svåröverskådlig. När en ny och ändrad lagstiftning införs till följd av en ny digital infrastruktur för hälso- och sjukvården, behöver hänsyn tas till tidigare lagstiftning i syfte att inte skapa ytterligare splittring.[175] E-hälsomyndigheten bedömer att det är ungefär samma rättsliga frågeställningar som behöver hanteras, oavsett om staten väljer att förvärva befintliga tjänster från en annan aktör eller om staten bygger nya tjänster. Det handlar i stället om hur lösningen för infrastrukturen utformas. Om delar av infrastrukturen ska övertas från en annan aktör tillkommer vissa ytterligare rättsliga frågeställningar.[176]

Rättsliga möjligheter och hinder för att implementera ett nationellt hälsodataområde[177]

E-hälsomyndigheten fick i uppdrag 2021 att genomföra en förstudie för utveckling av ett statligt nationellt dataområde för hälsodata inom bilddiagnostik. Dataområde är den vedertagna översättningen av uttrycket ”data space” enligt förslaget om EU-förordningen EHDS.[178] Med dataområde avses lagringsplats för data. Det finns ingen fastställd definition av hälsodata, men termen brukar användas för information som är relaterad till hälsa, vård eller livssituation för en individ eller en grupp, se avsnitt 8.2.9.

[174] E-hälsomyndigheten 2024, s. 4 och 5.
[175] E-hälsomyndigheten 2024, s. 90 och 91.
[176] E-hälsomyndigheten 2024, s. 4 och 5.
[177] E-hälsomyndigheten 2022.
[178] E-hälsomyndigheten 2024, s. 16.

I uppdraget ingick att bl.a. kartlägga och beskriva vilka juridiska, tekniska och andra relevanta möjligheter respektive hinder som finns för att implementera ett nationellt hälsodataområde samt lämna förslag på lösningar.[179] Förstudien om ett nationellt dataområde kan ses som inledningen på ett långsiktigt utvecklingsarbete som ska omfatta inte bara bilddiagnostikdata utan också hälsodata generellt.[180]

E-hälsomyndigheten analyserade de rättsliga förutsättningarna för att använda en datadelningstjänst inom ett hälsodataområde för de ändamål som framgick av uppdraget. Datadelningstjänst är ett samlingsbegrepp för olika typer av digitala tjänster som tillhandahålls för att kunna dela information både från och till vårdgivare och andra intressenter. De ändamål som angavs i regeringsuppdraget för datadelning inom ett dataområde avsåg både primäranvändning och sekundäranvändning för forskning, statistik, innovation, kvalitetsuppföljning, myndighetsstyrning, tillsyn och utredning samt undervisning.[181] E-hälsomyndigheten utredde också de rättsliga förutsättningarna för en kompletterande sökfunktion via ett centralt patientdataindex, dvs. att uppgifter som ska delas kan hittas. Analysen handlade främst om grundläggande krav som gäller vid behandling av personuppgifter och de element som behöver analyseras vid en integritetsanalys, men även andra rättsliga aspekter såsom handlingsoffentlighet och sekretess.

En slutsats från förstudien var att det saknas rättsligt stöd för att använda hälsouppgifter från vårdgivarnas journaluppgifter för övriga ändamål såsom innovation, myndighetsstyrning, utredning och undervisning. Flera av de ändamål som nämndes i regeringsuppdraget är dessutom inte definierade ur ett rättsligt perspektiv. E-hälsomyndighetens bedömning var därmed att en datadelningstjänst inte får användas för dessa ändamål i dagsläget.[182]

I den del av uppdraget som avsåg att analysera behovet av en kompletterande sökfunktion till datadelningstjänsten (patientdataindex) identifierade E-hälsomyndigheten ett behov av en sådan sökfunktion för både primär- och sekundäranvändning[183]. Detta för att lättare och bättre kunna använda den föreslagna datadelningstjänsten.

[179] Regeringsbeslut S2021/05259.
[180] E-hälsomyndigheten 2022, s. 4.
[181] Regeringsbeslut S2021/05259 (delvis).
[182] E-hälsomyndigheten 2022, s. 95.
[183] Men primäranvändning avses användning av information till det ändamål den ursprungligen är insamlad för. Med sekundäranvändning avses användning av information till andra ändamål än vad den ursprungligen är insamlad för.

Men en sådan sökfunktion innebär dock, oavsett lösningsalternativ, sökningar i princip hos alla vårdgivare och på alla patienter. Det betyder att det finns risk för betydande intrång i patienternas integritet. E-hälsomyndigheten ansåg därför att frågan om en kompletterande sökfunktion i ett statligt nationellt hälsodataområde behöver utredas närmare.[184]

Slutligen identifierade E-hälsomyndigheten återkommande behov, som har framkommit i andra regeringsuppdrag och även i offentliga utredningar. Behoven är inte av rättslig karaktär, utan avser generiska delkomponenter och stödfunktioner som s.k. tekniska förmågor och byggblock. Exempel på stödfunktioner kan vara API- och webbgränssnitt, index, identitetskontroll och auktorisering, spårbarhet/loggning, samt digitala avtal. Ett ytterligare exempel är behovet av ett heltäckande digitalt vård- och omsorgsgivarregister och en ökad nationell kompetens för interoperabilitet. I flera uppdrag diskuteras och utformas konceptuella lösningsmodeller för it-arkitektur, anpassade för respektive behov, men med ambitionen att de i möjligaste mån ska vara generiskt utformade och samtidigt kunna bidra till det arbete med digital infrastruktur inom ramen för s.k. Ena – Sveriges digitala infrastruktur (för en kortfattad beskrivning, se avsnitt 8.2.9) E-hälsomyndigheten menade att många av de komponenter och stödfunktioner som identifierades i förstudien också kan återanvändas i andra uppdrag och sammanhang.[185]

Flera rättsliga frågor behöver utredas inför ett införande av ett digitalt smittspårningssystem

I Folkhälsomyndighetens kartläggning från 2021 om hur smittspårningen av covid-19 kunde effektiviseras redovisar myndigheten vissa rättsliga aspekter på digitalisering av processer inom smittskyddsarbetet som behöver utredas närmare innan ett digitalt system för smittspårning införs.[186]

Myndigheten konstaterar att regionerna ansvarar enligt smittskyddslagen för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område och att smittskyddsåtgärder, såsom att införa ett digitalt system för smittspårning, förutsätter behandling av person-

[184] E-hälsomyndigheten 2022, s. 136.
[185] E-hälsomyndigheten 2022, s. 136.
[186] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 56 och 57.

uppgifter. Därmed behöver det bl.a. säkerställas att databehandlingen är förenlig med EU:s dataskyddsförordning.[187] Folkhälsomyndigheten gör bedömningen att personuppgiftsbehandling som är nödvändig för detta arbete bör därför ses som ett allmänt intresse enligt förordningens mening och att det därför bör finnas en rättslig grund för behandlingen enligt artikel 6.1 e. Myndigheten bedömer också att känsliga personuppgifter bör kunna behandlas med stöd av artikel 9.2 i, eftersom smittspårning är ett allmänt intresse på folkhälsoområdet och att det föreligger tystnadsplikt för de personuppgifter som behandlas. Smittspårning är också en nödvändig åtgärd inom förebyggande hälso- och sjukvård Känsliga personuppgifter kan därmed behandlas med stöd av och i enlighet med artikel 9.2 h.

Folkhälsomyndigheten bedömer dock att när det gäller efterlevnaden av principerna i artikel 5 i EU:s dataskyddsförordning behöver närmare överväganden göras av de personuppgifter som behandlas. Det kan komma att vara uppgifter om diagnoser, personnummer och kontaktuppgifter till personer med anmälningspliktig sjukdom och de personer de har haft kontakt med. Personuppgifterna måste vara nödvändiga för att bedriva smittspårningsarbetet på ett effektivt sätt inom de rättsliga ramar som anges. Vidare ska personuppgifter inte sparas längre än nödvändigt. Det innebär att det är viktigt att en gallringsplan finns på plats innan ett digitalt system införs.

Folkhälsomyndigheten framhåller vidare att innan ett digitalt system för smittspårning införs, måste informationssäkerheten vara tillräcklig och kunna upprätthållas i det it-system som ska användas för ändamålet. En sådan lämplig säkerhetsnivå är ett uttryckligt krav enligt EU:s dataskyddsförordning[188] och är i praktiken också nödvändig för att säkerställa och upprätthålla sekretessen för uppgifter som används i smittspårningsarbetet. En otillräcklig informationssäkerhet innebär dels att dataskyddsförordningen inte efterlevs, dels en uppenbar risk för dataläckage och därmed ett röjande av sekretessbelagda uppgifter.[189]

Informationssäkerheten bör vara lika hög i ett digitalt smittspårningssystem som i befintliga journalsystem. Myndigheten anför

[187] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.
[188] Jämför artikel 5.1 och 32 i dataskyddsförordningen.
[189] Förbudet mot utnyttjande av en sekretessreglerad uppgift regleras i 7 kap 1 § OSL.

vidare att journalsystemen dock inte bör användas för smittspårningsarbete, eftersom uppgifter om smittspårningen ska hållas åtskilda från ordinarie journalföring så att inga anteckningar görs i indexpersonens patientjournal om vilka andra individer som kan ha utsatts för smitta eller smittorisk.

8.6 Regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning

I avsnittet redogör vi för regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning. Syftet är att undersöka vilka åtgärder regionerna har vidtagit gällande testning och smittspårning för att hantera kommande situationer med omfattande smittspridning samt vilka delar som behöver utvecklas för att åstadkomma en bättre beredskap.

8.6.1 Viss centralisering av smittspårningen i regionerna men intresset för ett gemensamt smittspårningsverktyg är lågt

Enligt Folkhälsomyndighetens kartläggning av hur smittspårningen kunde effektiviseras under pandemin framgår att samtliga regioner byggde upp någon form av centraliserad smittspårning i samband med hanteringen av covid-19-pandemin. Detta innebar att smittspårningen utförs av en eller ett fåtal enheter inom regionen i syfte att skapa enhetliga arbetsflöden för smittspårningsprocessen. Däremot var den centraliserade smittspårningen organiserad på olika sätt i olika regioner och innefattade allt från ett centralt smittspårningsteam som sköter smittspårningen av samtliga fall till en mer uppdelad smittspårning. Uppdelningen kunde t.ex. bygga på att en vårdhygienenhet sköter smittspårningen inom vården och omsorgen, en smittspårningsenhet sköter smittspårning av fall via egenprovtagning och provtagningscentraler och smittskyddsenheterna utför utbrottsutredningar.[190]

[190] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 22. I rapporten används regionala smittskyddsenheter och smittspårningsenheter. Utredningen använder genomgående i hela delbetänkandet regionala smittskydd.

Under covid-19-pandemin fanns inga kvalitetssäkrade och jämförbara data för att kunna följa upp smittspårningen på nationell nivå. Folkhälsomyndigheten fick i uppdrag av regeringen att ta fram förslag på hur regionernas arbete med smittspårning kunde effektiviseras för både regional och nationell uppföljning. Folkhälsomyndigheten föreslog att regionerna skulle införa ett digitalt ärendehanteringssystem för smittspårning av covid-19.[191]

Generellt för smittspårning gäller att den information som smittspårningspersonal inhämtar vid en smittspårning dokumenteras i en s.k. smittspårningshandling. En sådan handling innehåller anteckningar eller handlingar som upprättas eller inkommer i samband med smittspårningen. Information om kontakter dokumenteras i smittspårningshandlingen. Handlingen ska vara åtskild från patientjournalen.[192] Viss information, såsom medicinsk information, dokumenteras även i patientens journal. Enligt kartläggningen påbörjade flera regioner ett arbete med att digitalisera smittspårningshandlingen för att effektivisera hanteringen och uppföljningen av smittspårningen.[193]

Ett sådant specifikt initiativ var det s.k. smittspårningsverktyget som hade utvecklats initialt av Region Skåne och senare Region Värmland. Tillsammans med Folkhälsomyndigheten samordnades arbetet med att tillgängliggöra smittspårningsverktyget till andra regioner. Flera regioner var intresserade av att få ta del av källkoden för smittspårningsverktyget och sätta upp den i sin region. I april 2022 hade 12 regioner tecknat överlåtelseavtal med Region Värmland för att införa smittspårningsverktyget.[194] Men intresset från övriga regioner har hittills varit lågt, vilket innebär att Inera[195] som nationell samordnande aktör inte har gått vidare i ärendet med att äga och förvalta smittspårningsverktyget.[196]

Smittspårningsverktyget samlade under covid-19-pandemin information från flera olika system, vilket gav en överblick över de fall med bekräftad covid-19 som behövde smittspåras.

[191] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 9.
[192] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 7.
[193] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 39.
[194] Folkhälsomyndigheten 2022, s. 6.
[195] Inera är ett aktiebolag som ägs av kommuner och regioner med uppgift att digitalisera välfärdstjänster.
[196] Inera. Övertagande av digitalt ärendehanteringssystem för smittspårning covid-19. Hämtat 2024-02-22 från https://www.inera.se/utveckling/rapporter-och-resultat/2023/digitalt-stod-for-smittsparning-covid-19.

Informationen hämtades bl.a. från en individ med bekräftad covid-19 som får fylla i ett standardiserat smittspårningsformulär som sedan importeras till smittspårningsverktyget. Delar av informationen från formulärsvaren skickades till Folkhälsomyndigheten för nationella analyser av smittspårningsdata, om t.ex. riskmiljöer för smittspridning och anledningen till att personen testade sig. Enligt Folkhälsomyndigheten gav resultaten en bättre möjlighet att på nationell nivå följa var smittspridning sker och även ge en uppfattning om effekten av olika rekommendationer för testning. Vidare bidrog informationen från smittspårningsverktyget till att utforma myndighetens råd och rekommendationer om covid-19.[197] Smittspårningsverktyget saknade dock information från personer som testat negativt för covid-19. Det betyder att det inte går att dra slutsatser för hela populationen som testats.[198]

Folkhälsomyndigheten bedömde sammantaget att verktyget har en fortsatt viktig roll för att kunna skala upp smittspårningen vid ett förändrat läge i smittspridningen, och kan också fungera som ett grundsystem för att utreda möjligheter och behov av digitalisering av smittspårning av andra smittspårningspliktiga sjukdomar.

Folkhälsomyndigheten identifierade samtidigt flera utmaningar med ett gemensamt smittspårningsverktyg. Regionerna måste ha samsyn och samordning av arbetssätt och utveckling, bl.a. att verktyget behöver förbättras, uppdateras och användas kontinuerligt för att det ska vara effektivt ur ett beredskapsperspektiv. Regelbundna utbildningar är viktiga för att hålla rutiner vid liv och säkra datakvaliteten. Detta kräver i sin tur tydliga åtaganden, ledning och gemensamma mål över tid, och att enas om en stabil gemensam förvaltningsmodell för smittspårningsverktyget. Regionernas organisering av smittspårningen påverkar också hur verktyget används. I regioner som har en decentraliserad smittspårning med många olika aktörer och där smittspårning inte sker kontinuerligt, kan det vara svårare att rent organisatoriskt och utbildningsmässigt använda verktyget.[199]

Enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering av den storskaliga testningen och smittspårningen pågår ett flertal regionala initiativ för att utveckla digitala smittspårningsverktyg. För en nationell samordning och analys krävs dock att de regionala systemen är

[197] Folkhälsomyndigheten 2022, s. 6 och 18.
[198] Folkhälsomyndigheten 2022, s. 12.
[199] Folkhälsomyndigheten 2022, s. 26.

interoperabla och täcker de behov av data som finns för att följa smittspridningen och utgöra underlag för adekvata smittskyddsåtgärder. Folkhälsomyndigheten föreslår att myndigheten, i samarbete med E-hälsomyndigheten, genomför en förstudie för nationell interoperabilitet för regionala digitala smittspårningsverktyg. E-hälsomyndigheten är sektorsansvarig och leder arbetet med den nationella digitala infrastrukturen inom sektorn Hälsa, vård och omsorg.[200]

8.6.2 Visst utvecklingsarbete inom provtagning

Som en del i överenskommelserna mellan SKR och regeringen för storskalig testning och smittspårning från juni 2020 till 2022 följde SKR upp regionernas arbete med provtagning för covid-19. Enligt SKR pågick vid uppföljningstillfället visst utvecklingsarbete inom provtagning. Inera har sedan den 1 mars 2022 vidareutvecklat tjänsten 1177 Egen provhantering.[201] Provtagningen för covid-19 för den breda allmänheten upphörde den 9 februari 2022 i samband med att covid-19 upphörde att vara en allmän- och samhällsfarlig sjukdom.[202]

De delar som enligt uppgift från SKR hade utvecklats är test till laboratoriesystem, samt utökad drift, förvaltning och support. Inera hade också i samverkan med Folkhälsomyndigheten tagit fram en beredskapslösning för att vid behov snabbt kunna skala upp provtagningen över hela landet. I lösningen ingick att hantera beställningar och svar till enskilda via 1177 Egen provhantering för att kunna använda samma provtagningskit i alla regioner för nationellt upphandlade laboratoriesystem. Med det avsågs en gemensam provtagningsinstruktion för samtliga regioner och en anpassad integrationslösning till nationellt upphandlade laboratorieinformationssystem (LIS). Tanken med en teknisk integration av nationella och regionala laboratoriesystem var att stödja en långsiktig lösning för covid-19-tester med ett digitalt flöde med remisser och analysresul-

[200] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 51.
[201] SKR. Regionernas arbete med provtagning för covid-19. Kvartalsrapport 3 2022. Enligt överenskommelse om överenskommelse avseende testning för covid-19. 2022. I det följande anges källan SKR 2022.
[202] Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd för provtagning, s.k. provtagningsindikation, fokuserade i stället på testning av personal och patienter inom hälso- och sjukvård och omsorg, i enlighet med Folkhälsomyndighetens ändringsföreskrift HSLF-FS 2022:24. Smittspårningsplikten för covid-19 togs bort helt från den 15 mars 2023 genom ändringsföreskriften HSLF-FS 2023:12.

tat integrerade med laboratoriesystem. Olika typer av införandestöd togs fram för personal, patienter och omsorgstagare inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Funktionen finns i alla regioner som erbjuder provtagning via 1177 Egen provhantering.[203]

Inera skickade på initiativ av Region Västerbotten ut en intresseanmälan till regionerna för en nationell digital tjänst för att kunna hantera laboratorieprover som behöver skickas för analys över regiongränserna. Bakgrunden var regionernas stora behov av att skicka prover för analys till laboratorium utanför regionen på grund av kompetens-, utrustnings, volyms- och kvalitetsskäl. Behovet av att skicka prover till andra laboratorier gäller i normalläge. Processen hanteras i dagsläget manuellt, vilket både är resurskrävande och innebär risk för felhantering. En digitalisering av processen kan frigöra vårdresurser och minska risken för vårdskador[204]. Det skulle dessutom ge möjlighet att snabbt göra analyskapacitet tillgänglig vid storskalig smittspridning. Regionerna har visat intresse för den digitala tjänsten och Inera beslutade i februari 2024 att gå vidare och ta fram ett förslag på långsiktig finansiering för utveckling och förvaltning.[205] I ett nästa steg tecknar regionerna ett avtal eller skriver under en avsiktsförklaring med Inera. Arbetet med att ta fram en funktion eller tjänst påbörjas om tillräckligt många regioner tecknar avtal.[206]

8.6.3 Regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning – utredningens enkäter och Folkhälsomyndighetens utvärdering

Utredningen har skickat ut två enkäter med frågor om storskalig testning och smittspårning till samtliga regioner. Den ena enkäten gick till regionledningen och den andra till smittskyddsläkaren. En tredje enkät har skickats till en professionsförening inom klinisk

[203] SKR 2022.
[204] Vårdskador är undvikbara skador orsakade av hälso- och sjukvården.
[205] Inera. Elektronisk beställning och svar av laboratorieundersökningar över regiongränser. Hämtat 2024-02-26 från https://www.inera.se/utveckling/status-aktuella-initiativ/fordjupad-analys-och-finansiering-av-utveckling/elektronisk-bestallning-och-svar-av-laboratorieundersokningar-over-regiongranser.
[206] Inera. Så här bereder Inera utvecklingsförslag. Hämtat 2024-02-05 från https://www.inera.se/utveckling/utveckling2/sa-har-bereder-vi-utvecklingsforslag. Inera är ett aktiebolag med SKR som huvudägare och ägs av samtliga regioner och kommuner. Bolaget ska i första hand ta fram gemensamma tjänster och lösningar som efterfrågas av ägarna till stöd för digitalisering och verksamhetsutveckling inom områden där marknaden inte bedöms kunna tillgodose ägarnas behov och intressen.

mikrobiologi. En intervju har genomförts med en företrädare för samma professionsförening.

Sammanfattningsvis visar enkätsvaren att för att kunna skala upp testningen räcker det inte med att ha t.ex. utrustning för laboratorieanalys. Det krävs en etablerad testkedja, från själva provtagningen till analys, hantering och kommunikation av analysresultat inom ramen för patientsäkerhet och sekretess. En central del är behovet av ändamålsenliga system och data för storskalig testning. Väl fungerande it-system för testning lyfts särskilt som en viktig del både i normalläge och för en beredskap. Det framgår även av enkätsvaren att privata aktörer bedöms vara nödvändiga för storskalig testning, personalförstärkningar kommer att behövas och att beredskapen för storskalig testning behöver dimensioneras. En tydligare statlig samordning, utveckling och finansiering lyfts också som en viktig del av en framtida beredskap av storskalig testning och smittspårning.

I detta avsnitt redogör vi närmare för enkätsvaren och Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning och smittspårning.

Utredningens enkät till regionledningar om beredskap för storskalig testning och smittspårning

Utredningen skickade ut en enkät till samtliga 21 regionledningar under våren 2024. 17 regionledningar besvarade enkäten. Vi bedömer att svaren ger en god representation av regionstorlek och geografisk spridning, vilket torde ge en tillräckligt god överblick av hur det ser ut i landets regioner över lag. Med regionledning avser vi en central ledningsfunktion i regionen.

Flertalet regionledningar, 14 av 17, anger att de har tagit fram en reviderad epidemi- och pandemiplan under eller efter covid-19-pandemin. I en region pågår en revidering. Beslut om epidemiplan tas i allmänhet av nämnd motsvarande lägst hälso- och sjukvårdsnämnd. I två regioner tas beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören, och i en region har smittskyddsläkaren fastställt planen och i ett andra steg reviderats och fastställts av ”politiken”. Enligt en region har deras epidemi- och pandemiplan ännu inte fastställts.

Det finns en viss beredskap för storskalig testning och smittspårning i regionerna. Knappt hälften av regionerna uppger att de har beslutat om dimensionering och beredskap för testning. Men beslu-

ten innefattar inte budgeterade volymer eller planerad tidsram för hur länge beredskapen ska kunna bibehållas. En region ska dock enligt avtal kunna skala upp till 20 000 tester per vecka inom loppet av två veckor (se avsnitt 8.6.5). Bland de regioner som inte har beslutat om dimensionering och beredskap för testning svarar två regioner att det finns en hög kapacitet eller att det är möjligt inom befintlig verksamhet.

Flera delar behövs för att upprätthålla dimensionering och beredskap för storskalig testning. Några regionledningar har önskemål om nationell samordning, antingen att det ska finnas ett nationellt krav på beredskap för testning för att regionerna själva ska kunna planera för en sådan beredskap, eller en nationell plan för testning. Det kan också handla om beslut om en uppskalad testning i samarbete med en nationell myndighet och att det finns en gemensam planering för det. I planeringen bör också ingå hur resurser ska kunna omfördelas eller skjutas till, främst personal, instrument och lokaler. En regionledning anser att epidemi- och pandemiplanen bör ingå i regionernas övergripande plan för krisberedskap. Vidare behöver det finnas system, dels för lagerhållning och förbrukningsmaterial, dels för både egenprovtagning och provtagning. En regionledning vill dock se att uppskalad testning utvärderas först för att kunna bedöma nyttan med storskalig testning.

Närmare hälften av de svarande uppger att de har beslutat om dimensionering och beredskap för uppskalad smittspårning. I de flesta fall överlappar ett sådant beslut om det finns beslut för dimensionering och beredskap för uppskalning av testning. Det är dock endast en region som har beslutat om budgeterade volymer för smittspårning. I en annan region anpassas beredskapen efter behov och regionen har därför inga avtalade volymer. Två regioner har en planerad tidsram för hur länge dimensioneringen ska bibehållas.

En viktig aspekt för att skala upp smittspårningen är att ha tillräckliga personella resurser. Det betyder både tillräckligt mycket personal och adekvat kompetens inom smittspårning. Ett digitalt smittspårningsverktyg, som gärna får vara nationellt, efterfrågas explicit av två regionledningar. Storskalig smittspårning är ekonomiskt resurskrävande, och för att det ska fungera behöver det finnas system och organisation på plats i förväg. Det finns vilande funktioner i flera regioner som kan användas eller skalas upp vid behov.

I en region finns t.ex. en vilande styrgrupp som upprätthåller kompetensen genom regelbundna utbildningar.

Vad som behövs specifikt förutom ekonomiska, personella och digitala resurser varierar enligt enkätsvaren. En regionledning lyfter behov av system för egenbeställning och svar av prover samt utrustning för att smittspåra hemifrån eller ha avsatta lokaler för smittspårning. En annan respondent anser, i likhet med vad som bör gälla för storskalig testning, att det är viktigt att beredskapen ska vara en del av regionens plan för krisberedskap. En tredje svarande menar att nyttan av storskalig smittspårning bör utvärderas innan beslut fattas om beredskap för storskalig smittspårning.

Identifierade problem med storskalig testning

Det finns ett antal identifierade problem med storskalig testning efter erfarenheter från covid-19-pandemin. De flesta svarande regionledningar bedömer att problemen fanns på alla nivåer: verksamhetsnivå, regionnivå och på nationell nivå. Ett generellt problem var bristen på resurser i form av instrument, reagens[207], provtagningsmaterial och lokaler. Bristen gällde också personella resurser och omfördelning av personal. För detta krävs det ekonomiska resurser.

En förutsättning för lagerhållning i syfte att skala upp testningen är att ett lager måste bestå av generiska produkter. Reagens utvecklas och säljs på den internationella marknaden, vilket sannolikt blir en brist även i en framtida situation med omfattande smittspridning. En erfarenhet från pandemin är att hela kedjan med testning och smittspårning måste fungera. Därför behöver beredskapen stärkas i samtliga steg för att undvika att det bildas flaskhalsar. Det behöver också finnas ett digitalt system för det.

Regionledningarna anser att vissa delar av beredskapen för storskalig testning kan hanteras genom regionernas egen beredskapsplanering för t.ex. lokaler och analysinstrument. En region menar dock att tillgången till analysinstrument och reagens inte säkrades på nationell nivå för laboratorierna utan i stället erbjöd staten regionerna avtal med i första hand privata aktörer utan krav på kvalitetssäkrade analyser.

[207] Med reagens avses en kemisk förening eller kombination av föreningar som vid tillsats till ett prov ger sådana karakteristiska förändringar att provet kan bestämmas kvantitativt eller kvalitativt. Reagens används för att påvisa förekomsten av ett ämne.

Vad har utvecklats och vad behöver utvecklas framgent?

Flertalet regionledningar uppger att flera delar inom testning har utvecklats under covid-19-pandemin, och används delvis i normalläge. Utvecklingsinitiativ har i allmänhet tagits på verksamhetsnivå och regionnivå. Några regionledningar svarar att det även skett på nationell nivå. Det är framför allt olika delar i logistik, teknik och it-lösningar samt egenprovtagningen som har utvecklats. Knappt hälften av regionledningarna bedömer att åtgärder har vidtagits för att utveckla system och data för testning för att hantera en situation med omfattande smittspridning. Det gäller t.ex. e-tjänsten 1177 som har blivit en del av provtagningskedjan hos några regioner, system för egenprovtagning, initiativ för e-remiss för laboratorieanalyser, Region Värmlands framtagna smittspårningsverktyg samt andra it-lösningar som kan aktiveras och skalas upp vid behov. En regionledning anger att Ineras tjänster fungerade bra för digital överföring av analysresultat under pandemin.

Enligt tre regioner utvecklades ett system för egenprovtagning under covid-19-pandemin genom s.k. provtagningslådor, där tester för egenprovtagning kunde hämtas och lämnas. Dessa kan skalas upp igen för att tillhandahålla storskalig testning. Analysmetoder och processer har utvecklats i några regioner. I en region finns planer på att utbilda en ”beredskapsstyrka” som vid behov kan stärka upp den kliniska mikrobiologiverksamheten vid storskalig testning.

Regionledningarna understryker att hela testkedjan behöver fungera, och att utvecklingsbehoven ser olika ut i de olika regionerna. Det finns ett visst behov av en ökad personalstyrka och fler instrument. Även logistik och fysiska transport behöver utvecklas.

Det område som bedöms ha störst utvecklingsbehov inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning, är, trots flera initiativ, system och data. Information mellan olika laboratorier behöver kunna överföras och för det krävs kompatibla och användarvänliga it-system. Enligt flertalet regionledningar behöver den egna regionens system och data utvecklas inför en sådan framtida situation.

Flera regionledningar anser att det också vore bra med ett nationellt enhetligt it-system för att kunna skicka och ta emot prover till och från andra regioners laboratorier och för att kunna samla och analysera data snabbare för en bättre överblick. Även behov av olika digitala hjälpmedel och lösningar lyfts, bl.a. för egenprovtagning,

för att underlätta för en storskalig testning och smittspårning. En region bedömer att deras system och data för testning inte behöver utvecklas.

Ett par regionledningar nämner att flera delar utöver it-system behöver utvecklas på nationell nivå. Dels behövs en nationellt definierad beredskapsnivå, dels att tillgången till analysinstrument, provtagningsmaterial och reagens kan säkras genom en nationell samordning. Vidare efterfrågar en region samordnade krav från myndigheter för att minska den administrativa bördan. Det finns också behov av lagerutrymme och beredskapslager. En annan regionledning lyfter att en statlig garanti för transporter av biologiska prover är önskvärt. Vidare skulle en del av en framtida beredskap också kunna inrymma en tydlig förväntan och samordning från staten gällande t.ex. kvalitet på testningen. Beredskapen bör också baseras på kunskap som visar att det är effektivt med storskalig testning och smittspårning.

Sammanfattningsvis finns en ambition i de flesta regioner om att ha beredskap för storskalig testning och smittspårning. Några regionledningar vill dock se en utvärdering av nyttan med storskalig testning och smittspårning samt ett beslut på nationell nivå för att bygga upp en beredskap.[208]

Utifrån enkätsvaren gör vi tolkningen att det finns en mer uttalad ambition att ha en beredskap jämfört med vad som anges i regionernas pandemiplaner. Samtidigt är planerna styrande för regionens beredskap, och i dessa anges vanligen inte dimensionering eller finansiering av testning. Flertalet regionledningar anser att det är lämpligt att vissa delar av utvecklingsarbetet inom storskalig testning och smittspårning görs på nationell nivå, t.ex. när det gäller ett nationellt smittspårningsverktyg, it-system för att kunna skicka och ta emot prover till och från andra regioners laboratorier och bättre analyser, samverkan och omvärldsbevakning. Men nästan lika många regionledningar bedömer att det är lämpligt att utvecklingsarbetet bedrivs på både verksamhetsnivå och regionnivå.

[208] Utredningen skickade ut enkäten till regionledningarna innan Folkhälsomyndigheten publicerade utvärderingen av den storskaliga testningen och smittspårningen.

Utredningens enkät till smittskyddsläkaren i regionerna om beredskap för storskalig smittspårning

Utredningen skickade ut en enkät till samtliga 21 smittskyddsläkare om en rad olika frågeområden, bl.a. storskalig smittspårning. 20 smittskyddsläkare besvarade enkäten, vilket ger en heltäckande svarsfrekvens (95 procent).

Identifierade problem med storskalig smittspårning

En fråga handlar om identifierade problem med storskalig smittspårning efter erfarenheter från covid-19. I stort sett samtliga svarande smittskyddsläkare anger att det finns problem inom arbetssätt och processer, organisering samt system och data. De problem som avser arbetssätt och processer handlar om att storskalig smittspårning är personellt och ekonomiskt resurskrävande, och att det inte finns någon utarbetad plan för hur smittspårningen ska gå till. Vidare är det svårt att anpassa skalningen av smittspårning, och det gäller i båda riktningar. Storskalig smittspårning beskrivs som en komplex process som ställer krav på hela provtagningskedjan. Det krävs stora personella resurser och särskild kompetens för att kunna utföra smittspårning. Smittskyddsläkarna lyfter att det är vårdens ansvar att smittspåra. Ett problem är också att det inte finns någon nationell organisering eller struktur för smittspårning och upptäckt av kluster. I en region rådde initialt en bristfällig samordning mellan regionens vårdhygienverksamheter, smittskyddsläkaren med tillhörande smittskyddsenhet och smittspårningsverksamheterna.

En ytterligare svårighet är tidsaspekten. Om smittspårningen ska kunna hantera spridningen av ett luftburet virus effektivt måste ledtiderna vara korta under hela provtagningskedjan. Det fanns flera problem med kommunikationen och informationen till smittade personer och kontakter under covid-19-pandemin, bl.a. att kommunikationen inte kunde skötas på samma sätt som i ett normalläge. Det innebar att smittspåraren inte kunde informera alla personer som behövde kontaktas, t.ex. personer som inte har svenska som modersmål och personer som inte klarar en digital kommunikation när den sker elektroniskt.

Storskalig smittspårning förutsätter också en fungerande storskalig testning och en god samverkan mellan verksamheter. Men

även inom testningen konstateras flera problem under pandemin, såsom tillräcklig mängd personal, fungerande logistik och fysiska transporter av prover.

Behovet av fungerande digitala system för smittspårning lyfts särskilt. Under pandemin togs ett nationellt initiativ via Folkhälsomyndigheten till ett gemensamt digitalt verktyg för smittspårning – Smittspårningsverktyget (för en närmare beskrivning se avsnitt 8.6.1). Ett sådant verktyg behövs för dokumentation, uppföljning och smittspårning. Flertalet smittskyddsläkare efterfrågar ett nationellt system för det. Ett utvecklat system bör underlätta överföring av data mellan olika system, t.ex. analysresultat samt uppgifter från smittspårningsformulär och SmiNet. Generellt efterfrågas en bättre it-struktur och robusta it-lösningar.

Det anses även vara viktigt att man på nationell nivå bör utvärdera nyttan och kostnadseffektiviteten av smittspårning. Det gäller framför allt för en smitta som SARS-CoV-2, dvs. ett luftburet virus med kort inkubationstid och relativt kort smittsamhetsperiod. Vid minsta fördröjning i provtagningskedjan blir smittspårningen mindre effektiv. En smittskyddsläkare uppger att fördröjningarna under covid-19-pandemin var så stora i olika delar av kedjan att smittspårningen i många fall blev meningslös. Det tog tid att starta upp en smittspårningsenhet med utbildad personal och det var en stor utmaning att förmedla information effektivt i hela provtagningskedjan. Därför ses ändamålsenliga it-system som nödvändiga för att åstadkomma en effektiv storskalig smittspårning.

Vad har utvecklats och vad behöver utvecklas framgent?

I de flesta regioner utvecklades delar av smittspårningen under covid-19-pandemin. Framför allt handlar det om en utvecklad samordning och åtgärder som kan aktiveras igen vid en ny pandemi. Flera regioner byggde upp it-lösningar och smittspårningssystem, men dessa används i de flesta fall inte i ett normalläge. Endast en region använder enligt uppgift egenbeställnings- och självprovtagningssystem för två sjukdomar i normalläge. Inte heller de smittspårningsgrupper eller enheter som byggdes upp under pandemin används i dag, men kan aktiveras igen om ett behov skulle uppstå. Det som i regel finns kvar i verksamheten i dag är rutiner för smitt-

spårning, och rent allmänt en större förståelse för hur smittskydds- och smittspårningsarbete fungerar.

Hälften av de svarande smittskyddsläkarna uppger att det inte har vidtagits några utvecklingsåtgärder i regionen, i viss mån i avvaktan på en nationell samordning. En återkommande synpunkt är att arbetet med att utveckla ett digitalt smittspårningsverktyg eller ett it-system bör bedrivas på nationell nivå för en förbättrad hantering, uppföljning och utvärdering av smittspårning. Verktyget eller it-systemet bör kunna anpassas utifrån olika agens och bidra till att upptäcka utbrott i en viss miljö.

I stort sett samtliga smittskyddsläkare anger att system och data har ett fortsatt stort utvecklingsbehov för att hantera en framtida pandemisituation. Det gäller både ändamålsenlighet och kvalitet. Det bygger dock på att det bedöms vara relevant och att det finns en uttalad nytta med storskalig smittspårning. Framför allt efterfrågas möjligheten att kunna koppla ihop system i syfte att dela data, t.ex. laboratoriesvar och uppgifter från SmiNet. Ett system som underlättar analys skulle också behövas, t.ex. sammanställningar av data i realtid och ett arbetsverktyg för dokumentation. Flera smittskyddsläkare anger också behov av utvecklade analyser från smittspårningen, t.ex. att kunna dra slutsatser av identifierade spridningsmönster och smittrisker genom bättre tillgång till smittspårningsdata.

Samtliga svarande smittskyddsläkare anser att det är lämpligt att bedriva utvecklingsarbete av storskalig smittspårning på nationell nivå, t.ex. ta fram ett nationellt smittspårningsverktyg. I viss mån efterfrågas en nationell samordning av smittspårningen. Bland annat avses en nationell plan som slår fast att man ska bedriva storskalig smittspårning.

I stort sett samtliga svarande smittskyddsläkare anser att utvecklingen också behöver göras på regional nivå, t.ex. när nationella riktlinjer och rekommendationer ska implementeras. Drygt hälften av smittskyddsläkarna anser att utveckling behöver ske på verksamhetsnivå. Man vill att it-systemen ska haka i varandra och därför behövs utveckling på alla nivåer.

En majoritet av smittskyddsläkarna anser även att arbetssätt och processer måste utvecklas. Det som lyfts specifikt är att det måste bli lättare att kunna ha en centraliserad smittspårningsfunktion i regionen. Även att det kommer krävas ökad bemanning och att allt

måste hänga ihop så att hela provtagningskedjan fungerar, dvs. hela processen från provtagare, provtagning, transport av prov, provanalys till analysresultat. En smittskyddsläkare efterfrågar en ändring i smittskyddslagen för att inte begränsa möjligheterna att ha arbetssätt som t.ex. innebär ett större egenansvar hos den enskilde vid egenprovtagning vid omfattande smittspridning och mer automatiserade system.

För en snabb uppskalning måste vissa förutsättningar finnas på plats i regionerna. Samtidigt har regionerna olika förutsättningar för uppskalning av testning och smittspårning. Bland annat kan inte alla laboratorier kommunicera med olika journalsystem utan måste anpassas. Det behövs även personella resurser med höga kompetenskrav vid en uppskalning, vilket kan vara svårt för många regioner att motivera i ett normalläge. Det behöver också finnas en uppbyggd struktur som säkerställer beredskapslager med förbrukningsvaror inför en krissituation. En smittskyddsläkare understryker att det är viktigt att man tänker förutsättningslöst om smittämne i beredskapsplaneringen inför en framtida pandemi. En annan smittskyddsläkare lyfter frågan om betydelsen av tajming för storskalig testning och smittspårning; åtgärderna är förmodligen mest effektiva i början av en pandemi jämfört med när det finns en utbredd smittspridning i samhället.

Utredningens inhämtade uppgifter från en professionsförening om beredskap för storskalig testning

Utredningen har inhämtat uppgifter om beredskap för storskalig testning från Föreningen för Klinisk Mikrobiologi (FKM). Även en intervju genomfördes med en företrädare för samma förening. Vi redovisar i det följande de problem som lyftes särskilt med storskalig testning under covid-19-pandemin samt vilka delar inom testning som behöver utvecklas för en beredskap.

På *verksamhetsnivå* rådde initialt under covid-19-pandemin en global brist på förbrukningsmaterial för provtagning och analys, brist på instrumentation och personal för provtagning. Det fanns också problem med logistik och analys, och tillgången på laboratorielokaler var begränsad. När bristen på centrala produkter för laboratorieverksamheterna var som störst, föredrog leverantörerna

att förhandla med en nationell motpart, men det fanns ingen sådan i Sverige. Bristen på enhetlig kommunikation och samordning av inköp innebar att regionerna fick ta fram egna lösningar på generella problem utan att det motiverades av lokala förutsättningar. Regionerna fick bygga upp hela provtagningskedjan och Folkhälsomyndigheten hade i uppdrag att tillhandahålla storskalig testning som kunde avropas från regionerna. Avtal upprättades med Nationellt Pandemiskt Center (NPC) vid Karolinska Institutet (KI) och med privata aktörer i Sverige eller internationella sådana som bl.a. Eurofins[209] i Tyskland.

På *regionnivå* fanns inga ändamålsenliga it-lösningar för storskalig provtagning under covid-19-pandemin. När nationella mål om testning så småningom sattes, som 100 000 test per vecka då volymerna var som störst, var dessa frikopplade från en diskussion om medicinska behov eller andra behov, vilket gjorde det svårt att göra adekvata prioriteringar. På verksamhetsnivå uppfattades att det i viss mån skedde en undanträngning av andra diagnostiska behov, i vart fall uppfattades det som att utvecklingsarbetet inom andra diagnostiska områden avstannade.

På *nationell nivå* var främst avsaknaden av it-lösningar för att skicka prover och remisser mellan regioner och laboratorier en stor utmaning. Det uppstod även problem för verksamheterna att rapportera och leverera korrekt statistik till Folkhälsomyndigheten.

De nationella provtagningsindikationerna var delvis svåra att följa

Folkhälsomyndigheten tog fram ett antal versioner av provtagningsindikationer under covid-19-pandemin, vilket innebar att rekommendationerna om provtagning skiftade över tid vad gällde prioriteringar, områden och målgrupper. Det ledde till att det var svårt att korrekt identifiera vilka som faktiskt tillhörde eller kunde tillhöra prioriterade grupper, t.ex. vad som närmare avsågs med personer med samhällsviktiga funktioner. Det var också svårt att verifiera vilka som var sjukvårdspersonal eller hade samhällsviktiga funktioner inför beställning av prover samt provtagning. Därtill saknades det variabler eller registerdata som kunde användas för att styra provtagningarna till prioriterade grupper. Ytterligare en svårig-

[209] Eurofins är ett franskt laboratorieföretag med global verksamhet.

het, i åtminstone en storstadsregion, var att olika prioriterade grupper hanterades i olika testflöden. Det var svårt att skicka prov mellan dessa flöden eftersom de inte kommunicerade på ett bra sätt med varandra. Det bidrog till att testkapaciteten ibland inte kunde utnyttjas till fullo.

Vad gäller följsamheten till Folkhälsomyndighetens provtagningsindikationer så uppfattades besluten om vilka grupper som skulle provtas, överlag ha varit mer omfattande än det fanns kapacitet för. Tiden från beslut till implementering av provtagningsindikationerna bedömdes också vara kort. Det fick ofta till följd att svarstiderna blev för långa, vilket ledde till att den medicinska och epidemiologiska nyttan med analysresultaten blev ganska begränsad. De provtagna personerna var inte sällan redan smittfria när analysresultatet meddelades.

Vad har utvecklats och vad bör utvecklas framgent?

De delar inom testning och smittspårning som bedöms ha utvecklats under covid-19-pandemin är egenprovtagning, rutiner för egeninitierad provtagning och svar direkt till patient via e-tjänsten 1177. Även individens egenansvar för smittspårning bedöms ha utvecklats.

Mycket av det som togs fram under covid-19-pandemin var dock snabba lösningar som inte är optimala eller generaliserbara för en framtida situation med omfattande smittspridning. Den nuvarande e-tjänsten 1177 uppfattas som svårnavigerad för den enskilde och oflexibel för verksamheten när det gäller möjligheten att formulera svar och instruktioner och att använda automatiska algoritmer för att välja rätt svarskommentar och information. Vidare är det svårt att hantera uppgifter från enskilda från andra regioner vid smittskyddsrapportering. Det är också utmanande för verksamheten att nå ungdomar 13–15 år[210] och grupper som saknar e-legitimation. Det är problematiskt eftersom den sistnämna gruppen också till viss del kan utgöra riskgrupp för allvarlig sjukdom.

[210] Ungdomar 13–15 år har tillgång till flertalet e-tjänster på 1177.se, men däremot inte tillgång till analysresultat och journalanteckningar förrän vid 16 års ålder. Inte heller vårdnadshavare har digital tillgång. Tillgången till analysresultat och journalanteckningar får prövas i det enskilda fallet. Det är regionerna som ansvarar för hur information förmedlas till patienter och anhöriga och har fastställt denna ordning.

Det saknas i dag en standardiserad information som rör testning, vilket ger en låg interoperabilitet, dvs. bristande kommunikation mellan systemen för testning. Det betyder att regionernas data inte kan skickas obehindrat mellan olika centrala verksamheter såsom smittskyddsläkaren, behandlande läkaren/vårdgivaren och laboratorierna, eller kan sammanställas centralt. Det efterfrågas ett nationellt system för beställningar och svar för laboratorieanalyser, nationella RID-nummer samt en nationell databas eller datahubb för mikrobiologiska svar och smittskyddsdata. RID-nummer är en streckkodsetikett med identifikationsnummer utöver personnummer som används för märkning av prov i syfte att koppla provet till rätt remiss. Med datahubb avses en digital infrastruktur i för att tillgängliggöra data för ett aktuellt ändamål, men utan att behöva samla eller lagra data. På så sätt kan regionala vårdgivare lättare kunna utföra effektiva sökningar.[211]

De delar som sammanfattningsvis behöver utvecklas enligt FKM gäller ett nationellt it-system för provtagning och analys och en viss nivå av standardisering som möjliggör att

- prover kan skickas till valfritt laboratorium för analys,
- svarsrapporteringen till mottagare[212] standardiseras,
- gemensamt beredskapslager för provtagningsmaterial kan användas,
- smittskyddsrapportering och statistik blir nationell och automatisk, och att
- en effektiv provtagning vid t.ex. flygplatser blir möjlig.

Utvecklingsarbetet bör ledas på nationell nivå och bedrivas i regionerna inklusive beredskap

Enligt professionsföreningen FKM bör utvecklingsarbetet ledas på nationell nivå men bedrivas i regionerna inom ramen för den ordinarie sjukvårdsorganisationen, så att lösningarna och systemen används och underhålls löpande. Det bör även finnas beredskap för instrumentation och förbrukningsmaterial. Med instrumentation avses

[211] SOU 2023:76 del 2 s. 842 och 872 (se även kap. 19–21).
[212] Mottagare av analysresultat avser den provtagne, vårdgivaren och Folkhälsomyndigheten.

framför allt utrustning för att ta emot och registrera prov, förbereda prov för analys, s.k. extraktion, samt för att utföra PCR/NAAT-diagnostik. Men också kylar och frysar är nödvändiga för att lagra prov under kortare eller längre tid samt tillhörande servrar och it-system för att genomföra de olika momenten. En sådan beredskap kan åstadkommas med lagerhållning av utrustning för en viss nivå och volym i regionerna inför en situation med omfattande smittspridning.

Vidare kan det vara svårt att bibehålla regionernas ansvar för beredskap genom beredskapslager under en längre tid. För att upprätthålla en beredskap krävs sannolikt både lagstiftning och tillsyn. För att lagerhållning av utrustning ska vara meningsfull krävs också en standardisering av bl.a. provtagningsmaterial så att alla regioner och verksamheter kan använda de produkter som finns i ett beredskapslager. Det behövs också it-system för beställningar och svar, ett nationellt system för smittskyddsdata och statistik, standardisering av informationsformat för beställning och svar samt nationella RID-nummer.

Enligt den svarande professionsföreningen bör staten finansiera regionernas beredskap för uppskalning av testning för en viss nivå och volym av lagerhållning i normalläge. Den statliga finansieringen av storskalig testning under covid-19-pandemin bedöms ha varit nödvändig och välfungerande. FKM understryker att effekterna av storskalig testning bör utvärderas eftersom den medicinska nyttan av storskalig testning fortfarande är oklar. Samtidigt anses storskalig testning ha haft en viktig samhällsfunktion. Diagnostiken i vårdverksamheterna hade stora problem under covid-pandemin, och behöver förbättras, vilket också innefattar beredskap för testning.

Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning och smittspårning – vad har utvecklats och vad har varit försvårande?

Enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning och smittspårning finns en rad faktorer som underlättat men också försvårat en snabb utökning av testkapaciteten under covid-19-pandemin. Bland framgångsfaktorerna nämns bl.a. egenprovtagning och betydelsen av externa aktörer. Användningen av egenprovtagning och

senare också egenregistrerade provtagningskit för efterföljande analys med PCR bedöms ha varit det mest kostnadseffektiva sättet att utföra provtagning i stor skala. Externa aktörer inom mikrobiologisk laboratorieverksamhet bedöms ha varit centrala för att kunna bygga upp en hög analyskapacitet. Samtidigt går det inte att dra en direkt slutsats om kostnadseffektiviteten av att använda externa aktörer vid storskalig testning, då användningen har varierat mellan regioner. Folkhälsomyndigheten konstaterar dock att utformningen av myndighetens avtal med privata aktörer inte var kostnadseffektiv vid höga testvolymer. Det har också funnits kvalitetsbrister med vissa externa aktörer, och arbetet med att följa upp kvaliteten och avvikelser har varit resurskrävande för Folkhälsomyndigheten.[213]

Försvårande faktorer för en uppskalning har varit framför allt avsaknaden av ett nationellt it-system och gemensamma digitala lösningar.[214] Smittspårningsarbetet under pandemin försvårade dels genomförandet, dels uppföljningen på grund av brist på sammanställda data. Det beror att smittspårningen till stor del görs manuellt. Framgångsfaktorer för genomförandet av smittspårningen var framför allt uppbyggnaden av centrala smittspårningsenheter i regionerna och tillgången till digitala verktyg. Men för att smittspåra vid omfattande smittspridning krävs effektiva digitala verktyg där dataöverföringen mellan olika system i huvudsak är automatiserad. Folkhälsomyndigheten bedömer att dessa system bör utvecklas inför framtida pandemier.[215]

Det har skett en större grad av automatisering av processerna inom testkedjan och en viss utveckling av digitala lösningar, vilket bedöms ha ökat kostnadseffektiviteten, kvaliteten och patientsäkerheten i hela kedjan. Det gäller även för smittspårningen. Samtidigt har det inte varit möjligt för Folkhälsomyndigheten att räkna ut vad som varit mest kostnadseffektivt utifrån tillgängliga kostnadsunderlag och bristen på tillgängliga data. För att kunna mäta effekten av storskalig testning och smittspårning måste flera faktorer beaktas såsom kostnader ställda mot kvaliteten på provtagning och provhantering, transporter, laboratorieanalys men även undanträngningseffekter, ledtider, patientsäkerhet och tillgänglighet. I stället har Folkhälsomyndigheten gjort en sammantagen bedömning av

[213] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 25 och 45.
[214] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 25 och 45.
[215] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 45.

kostnadseffektiviteten utifrån de slutsatser som regionerna har angett i fråga om att identifiera de mest effektiva sätten att utföra provtagning, analys och smittspårning. Även myndighetens egna erfarenheter har legat till grund för bedömningen i denna del.[216]

Inom ramen för Folkhälsomyndighetens utvärdering fick Centrum för totalförsvar och samhällets säkerhet (CTSS) vid Försvarshögskolan (FHS) i uppdrag att utvärdera den nationella laboratorieberedskapen. De huvudsakliga slutsatserna var att privata aktörer är nödvändiga för storskalig testning, personalförstärkningar kommer att behövas och att beredskapen för storskalig testning behöver dimensioneras. Vidare framgick av utvärderingen att:

- regionindelningen utgör ett hinder för nationell samordning i fråga om t.ex. samverkan och analysförmåga utifrån olika it-system,
- förutsättningarna för nationell lagerhållning behöver förtydligas då det saknas ett tydligt mandat att på nationell nivå köpa in, prioritera och fördela materiel efter behov,
- statens och regionernas beredskapsansvar behöver klargöras för att fungera väl i kris och avser beredskap ur ett bredare perspektiv såsom materiel, utrustning och kompetenser,
- gränsdragningen mellan beredskaps- och referensdiagnostiken behöver förankras utifrån frågan om i vilket läge ansvaret övergår till regionerna vid en bredare samhällsspridning av t.ex. ett nytt smittoämne men som inte omfattas av beredskapsdiagnostik, dvs. ett akut behov av diagnostik,
- allmänhetens egenprovtagning var viktig för att uppnå stora testvolymer under covid-19-pandemin,
- ett stort behov av anpassningar i de system som användes av de olika aktörerna gjorde att skalfördelar uteblev,
- privata aktörers roll som en del av testkedjan bör förbättras och avser i första hand bättre förberedda processer för att hantera hinder som ekonomiskt risktagande,

[216] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 25 och 45.

– långsamhet i kvalitetssäkringsprocesserna, och att
– beredskapen behöver dimensioneras.[217]

En av de mest omedelbara konsekvenserna av covid-19-pandemin var ett ökat behov av personal. Framför allt personalbristen, svårigheten att rekrytera efterfrågad kompetens samt den tid upplärning av personal tog var ett problem, och gällde alla berörda aktörer, såväl Folkhälsomyndigheten, regionerna som privata aktörer.[218]

8.6.4 Beredskap för storskalig testning och smittspårning – exemplet Region Stockholm

Vi har valt att närmare undersöka Region Stockholms epidemi- och pandemiplan som reviderades i maj 2023. Skälet är att vi bedömer att Region Stockholms plan för beredskap för storskalig testning och smittspårning är förhållandevis detaljerad och utvecklad. Planen redovisas i det följande.

Enligt planen har regionen slutit ett avtal med ett laboratorium, Medicinsk Diagnostik Karolinska (MDK) vid Karolinska Universitetssjukhuset, om att samordna beredskapen för storskalig testning (provtagning och diagnostik) samt lagerhållning. I avtalet ingår kontrakt med MediCarrier och andra leverantörer för att tillhandahålla varor och transporter.

I planen framhålls att det är sannolikt att det vid en pandemisituation blir brist på förbrukningsvaror för samtliga delar av provtagnings- och analyskedjan, varför beredskapslager för dessa varor ska finnas. Lagret måste aktivt förvaltas och omsättas. Vidare framgår att oavsett vilka grupper som inkluderas kommer en pandemi att ställa höga krav på provtagnings-, it- och analyskapacitet, och en snabb uppskalning av analyskapacitet. It-lösningar för analysbeställning, provtagning, transport, analys och svar behöver byggas upp i förväg och vara en del av en ständig beredskap. Lösningarna bör byggas efter en standard som tillåter att beställningar kan utföras av olika provtagare och att helst samtliga prover kan analyseras på samt-

[217] Asp V, Engström M och Koraeus M. Lärdomar för nationell laboratorieberedskap, Utvärdering av Folkhälsomyndighetens genomförande av regeringsuppdragen för testning av covid-19 (underlagsrapport till Folkhälsomyndigheten 2024 bilaga 2, s. 4 och 45–48).
[218] Asp V, Engström M och Koraeus M 2024, s. 32.

liga laboratorier som anlitas av regionen så att belastning och kapacitet kan balanseras löpande.[219]

Moment och ansvar för testning vid en pandemi

I planen anges att snabb och korrekt mikrobiologisk diagnostik är viktig för att kunna diagnosticera sjukdom hos enskilda och för att kunna övervaka smittsamma sjukdomar i samhället och olika miljöer. Det kan också vara centralt med fördjupad typning av ett smittämne med t.ex. helgenomsekvensering för att kunna övervaka och vidta åtgärder för olika varianter av ett smittämne, och för att identifiera kluster och smittkedjor. För det behövs olika moment för testning i en pandemisituation, vilka illustreras i tabellen nedan.

Tabell 8.1 Moment och ansvar för testning vid en pandemi – exemplet Region Stockholm

Moment	Ansvar	Interpandemisk fas	Pandemisk fas
Ta fram och anpassa provtagningsindikationer	Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren (regional anpassning)	Ja	Ja
Säkerställa laboratoriekapacitet	Utsett laboratorium	Ja	Ja
Inventera och justera beredskapslager	Utsett laboratorium	Ja	
Anpassa it-lösning kontinuerligt	Utsett laboratorium	Ja	Ja
Starta styrgrupp	Utsett laboratorium, regionens chefsläkare, smittskyddsläkaren		Ja
Ta fram processer för fördjupad typning av smittämnet	Folkhälsomyndigheten i samarbete med utsett laboratorium	Ja	Ja
Samverka med nationella aktörer (Folkhälsomyndigheten, SKR)	Utsett laboratorium, regionens chefsläkare, smittskyddsläkaren		Ja

Källa: Region Stockholm 2023b, s. 20.

[219] Region Stockholm. Riktlinjer. Epidemi- och pandemiplan. Region Stockholm. Beslutad av regionfullmäktige den 9 maj 2023. 2023, s. 19. I det följande anges källan Region Stockholm 2023b.

Enligt den gällande överenskommelsen för storskalig testning i Region Stockholm innebär uppdraget att Karolinska Universitetssjukhuset ska kunna skala upp antalet analyser till 20 000 tester i veckan och för det krävs en lagerhållning av tester för cirka två månaders behov. Testerna är av olika typer, varav en för akut analys där svar ges inom två timmar från provtagningstillfället. Syftet är att hantera fall med snabbt insjuknande samt vid svår sjukdom för att sätta in rätt behandling för att förhindra dödsfall.[220]

Bakgrunden är att Region Stockholm bedömer att det är nödvändigt att ha en beredskap för patient- och omsorgstagarprover samt storskalig testning inför kommande epidemier eller pandemier som kan orsakas av nya eller förändrade smittämnen. I beredskapen ingår inte analyser av prover som har tagits på medicinsk indikation. De ingår i regionens övriga ordinarie verksamhet. I begreppet kommande epidemier eller pandemier inkluderas nya och/eller okända agens, epidemisk spridning av ett känt virus eller en ny virusvariant av ett känt virus, t.ex. SARS-CoV-2 eller influensavirus.[221]

Beredskap för smittspårning vid en pandemi

Nationella och regionala riktlinjer styr hur smittspårningen ska gå till och kan variera under olika faser av pandemin, och är beroende på smittämne och smittvägar. Storskalig smittspårning kan vara aktuellt i en situation med bred provtagning av t.ex. personer med lindriga symtom. Riktade smittspårningsinsatser kan krävas i miljöer där personer med hög risk att utveckla allvarlig sjukdom vistas, som i vård- och omsorgsmiljöer.

Tabellen redovisar olika moment och ansvar för smittspårning. Det är vårdgivaren som ansvarar för ett digitalt smittspårningsverktyg och att genomföra storskalig smittspårning, enligt gällande riktlinjer från ansvariga aktörer för smittskyddet – Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren – samt professionsföreningen Smittskyddsläkarföreningen.

[220] Region Stockholm. Beredskap för patient-/omsorgstagarprover samt storskalig provtagning och analys inför eventuella kommande epidemier/pandemier. Delegationsbeslut 2023-06-28. HSN 2023–0147. NSV 23203. 2023, s. 2. I det följande anges källan Region Stockholm 2023a.
[221] Region Stockholm 2023a, s. 1 och 2.

Tabell 8.2 Moment och ansvar för smittspårning vid en pandemi – exemplet Region Stockholm

Moment	Ansvar	Interpandemisk fas	Pandemisk fas
Tillhandahålla uppdaterade riktlinjer för smittspårning av olika sjukdomar	Smittskyddsläkaren, Smittskyddsläkar-föreningen, Folkhälso-myndigheten	Ja	Ja
Tillhandahålla digitalt smittspårningsverktyg	Vårdgivare (region)	Ja	Ja
Informera utsedd vårdgivare (vid storskalig smittspårning)			Ja
Genomföra storskalig smitt-spårning	Vårdgivare (region)		Ja

Källa: Region Stockholm 2023b, s. 22.

Region Stockholm tecknade 2023 en överenskommelse med Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, om beredskap för storskalig smittspårning genom att upprätta en särskild enhet. Enheten ska ha en grundbemanning om minst en heltid fördelat på minst tre personer, samt se till att beredskap finns inom it, medicinska riktlinjer, behörigheter, utbildningsmaterial, omvärldsbevakning, rekrytering, anpassad lokal och annat som behövs för en beredskap. I uppdraget ingår också att se till att beredskap finns för att vid behov skala upp bemanningen inom två veckor, och att säkerställa att adekvat it-infrastruktur finns för att kunna genomföra uppdraget och vid behov skala upp.[222] Regionen tecknade därför en överenskommelse med SLSO om att ta fram ett digitalt smittspårningsverktyg, en s.k. smittspårningsmodul. De förväntade positiva effekterna av ett digitalt verktyg är att patientsäkerheten stärks då regionens vårdgivare kan smittspåra på ett mer automatiserat, effektivt sätt och rättssäkert sätt. För 2023 uppgick utvecklingskostnaderna till 4 miljoner kronor samt därefter 41 000 kronor löpande per månad i förvaltningskostnader.[223]

[222] Region Stockholm. Överenskommelse om beredskap för storskalig smittspårning. HSN 2022–1693. ADA 12951. 2023.
[223] Region Stockholm. Beslut om att teckna en överenskommelse med Stockholms Läns Sjukvårdsområde (SLSO) avseende smittspårningsmodul. Delegationsbeslut HSN 2023–0702. HDIR 23262. 2023.

Finansieringen av kostnaderna för storskalig testning och smittspårning beslutas via årliga överenskommelser i Region Stockholm

Finansieringen av kostnaderna för storskalig testning och smittspårning beslutas för ett år i taget i Region Stockholm. Det innebär att regionens hälso- och sjukvårdsnämnd har uppdragit åt hälso- och sjukvårdsdirektören att teckna årliga överenskommelser. En sådan överenskommelse har tecknats för 2023 och tanken är att hälso- och sjukvårdsnämnden fortsatt ska teckna årliga överenskommelser. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska prioritera kostnaderna för överenskommelserna inom ramen för sina ekonomiska förutsättningar. Kostnaderna för beredskap för storskalig testning (provtagning och diagnostik hos regionens egenägda laboratorieverksamhet Medicinsk Diagnostik Karolinska) bedöms för Region Stockholm vara högst 8,5 miljoner kronor per år, vilket omfattar lagerhållning av förbrukningsvaror för åtta veckors uthållighet. Regionens beredskap för storskalig smittspårning bedöms kosta cirka 1 miljon kronor per år. [224]

Överenskommelsen om beredskap för storskalig testning förnyades 2024 till att gälla till och med den 31 december 2025 för samma årliga budgetram på 8,5 miljoner kronor för lagerhållning av förbrukningsvaror.[225]

8.6.5 Storskalig testning och smittspårning nämns i det nationella planeringsstödet för pandemier

Folkhälsomyndigheten samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå genom att ta fram nationella planeringsstöd. Myndighetens planeringsstöd för pandemier uppdaterades i maj 2023. I stödet nämns bl.a. att det under en pandemi behövs snabba beslut utifrån den kunskap som finns tillgänglig. I det initiala skedet handlar åtgärderna framför allt om att innesluta smittan och fördröja pandemins förlopp. Hanteringen av en pandemi innebär kontinuerliga avvägningar och anpassningar, med bl.a. testning och smittspårning

[224] Region Stockholm. Epidemi- och pandemiplan. Tjänsteutlåtande RS 2022–0548. 2023-03-07. 2023, s. 3.
[225] Region Stockholm. Beredskap för patient-/omsorgstagarprover samt storskalig provtagning och analys inför eventuella kommande epidemier/pandemier. Delegationsbeslut HSN 2023–0147. NSV 24034. 2024. I det följande anges källan Region Stockholm 2024.

i kombination med övriga åtgärder för att minska nära kontakt mellan människor.[226]

Det är först i det uppdaterade planeringsstödet som testning och smittspårning nämns. Folkhälsomyndigheten har således inte haft med en beskrivning av storskalig testning i de tidigare planeringsstöden för pandemiberedskap. Anledningen är att en sådan testning inte har setts som en strategi i pandemibekämpning av myndigheten.[227] WHO ändrade dock ståndpunkt under covid-19-pandemin (se även avsnitt 8.2.4):

> We have a simple message for all countries: test, test, test. Test every suspected case.[228]

Ur ett internationellt hänseende kan också nämnas att testning och smittspårning är de vanligaste angivna åtgärderna i OECD-ländernas nationella pandemiberedskapsplaner enligt en enkät till 22 OECD-länder.[229]

8.6.6 Tillsynen över smittskyddet och hälso- och sjukvårdens beredskap har varit begränsad

IVO utövar tillsyn över smittskyddet i landet med undantag för smittskyddet inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk som står under tillsyn av försvarsinspektören för hälsa och miljö (9 kap. 1 § SmL). Enligt förarbetena till smittskyddslagen ska tillsynen även omfatta smittskyddsläkarnas verksamhet.[230] Vid tillsynen ska IVO tillämpa 7 kap. 20–28 §§ och 10 kap. 13 § PSL. De hänvisade bestämmelserna i patientsäkerhetslagen anger de befogenheter IVO har för tillsynen. Enligt förarbetena till smittskyddslagen ska tillsynen även omfatta smittskyddsläkarnas verksamhet.[231]

---

[226] Folkhälsomyndigheten 2023, s. 25.
[227] Riksrevisionen 2023, s. 45.
[228] World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020. Hämtat 2024-03-21 från https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020.
[229] OECD 2023, s. 125.
[230] Prop. 2003/04:30 s. 244.
[231] Prop. 2003/04:30 s. 244.

Vidare utövar IVO tillsyn över att kommuner och regioner lever upp till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser avseende beredskap (7 kap. 2 § HSL) liksom till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap. Med katastrofmedicinsk beredskap avses beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse. Med allvarlig händelse avses en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt (2 kap. 1 §).

IVO utövar även tillsyn över andra regelverk som har bäring för hälso- och sjukvårdens beredskap, t.ex. lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Inga tillsynsinsatser inom smittskyddet och få tillsynsinsatser på beredskapsområdet över tid

Riksrevisionen konstaterade i en granskning av det nationella smittskyddet att IVO inte har genomfört egeninitierad tillsyn på smittskyddsområdet före covid-19-pandemin. Under pandemin påbörjade IVO ett arbete med att granska regionernas smittskyddsläkarfunktion med tillhörande smittskyddsenheter. Men det ledde inte till inspektioner på grund av myndighetens prioriteringar och överväganden som var kopplade till den akuta pandemisituationen. IVO genomförde dock två egeninitierade nationella tillsynsinsatser av vård- och omsorgsverksamheter under 2020. Dels genomfördes en tillsyn av äldreomsorgen, hemtjänsten och LSS-boenden, dels en tillsyn av regionernas ansvar för medicinsk vård och behandling av covid-19-patienter på landets alla säbon.[232] År 2021 bedrev IVO ett 30-tal tillsynsärenden över verksamheter som utförde PCR-tester för covid-19, varav cirka en tredjedel av ärendena ledde till beslut av mer ingripande och allvarlig karaktär. Det fanns även verksamheter med brister i basal vårdhygien och smittskydd. IVO såg allvarligt på bristerna i provtagningsverksamheterna och fattade beslut om att förbjuda verksamheter i de ärenden där situationen krävde det. Myndigheten hade åtalsanmält ett antal företrädare för verksamheterna.[233]

[232] Riksrevisionen 2023, s. 64.
[233] IVO. Vad har IVO sett 2021? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2021. 2022, s. 49.

IVO:s tillsyn på beredskapsområdet har även den över tid varit begränsad. Före covid-19-pandemin genomförde IVO två tillsynsinsatser inom beredskap. Insatserna gällde en karantänsflygplats och en region 2019 och fem regioners hantering av en uppkommen brist på sjukvårdsmaterial 2019 (den s.k. materialbristen).

Under pandemin tillsynade IVO fyra regioners hantering av inlånad utrustning från Socialstyrelsen 2021.[234] Regeringen gav IVO i uppdrag att tillsyna regionernas katastrofmedicinska beredskap.[235] IVO:s övergripande bedömning var att den katastrofmedicinska beredskapen i landets regioner behöver stärkas. Tillsynen visade på flera brister:

- regionernas ansträngda bemannings- och vårdplatssituation försvårar en ökning av vårdplatser som svarar upp mot kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen,
- regionernas katastrofmedicinska beredskapsplaner revideras fortlöpande men med stora skillnader i revideringsintervallerna, mellan ett och åtta år, vilket i flera fall inte är tillräckligt,
- all berörd personal har inte fått utbildning och genomfört övningar som behövs för att upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap,
- samtliga regioner har en planering för lagerhållning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och läkemedel för en allvarlig händelse, men planeringen medför inte att en tillräcklig beredskap kan uppnås, och
- samtliga regioner har en funktion som kan ta emot larm om allvarlig händelse, vilket är en förutsättning för att initiera särskild sjukvårdsledning i landets regioner.[236]

Tydligare krav på vårdgivare att tillhandahålla sjukvårdsprodukter kan underlätta för IVO:s tillsyn

Som beskrivs i tidigare avsnitt och med anledning av bl.a. erfarenheterna från covid-19-pandemin, har det i hälso- och sjukvårdslagen förtydligats vilken utrustning som ska finnas där det bedrivs

[234] Riksrevisionen 2023, s. 64.
[235] Regeringsbeslut S2022/02315.
[236] IVO. Uppdrag att genomföra tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna. Redovisning av S2022/02315. 2022.

sjukvård. Genom ändringen regleras det uttryckligen i 2 kap. 8 § och 5 kap. 2 § HSL att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas sjukvårdsprodukter, dvs. läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial. Med sjukvårdsprodukter avses läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial. Lagändringen trädde i kraft den 1 juli 2023.

I propositionen som föregick ändringen gjorde regeringen bedömningen att tydliggörandet inte innebar någon ändring i sak, dvs. att IVO:s tillsynsansvar ökar, men att det bl.a. kommer underlätta IVO:s tillsyn av bestämmelsen och att det handlar om sådan utrustning som krävs för att bedriva en god vård. Regeringen lyfte dock fram att alla slags produkter som omfattas av kravet behöver dock inte finnas på alla vårdinrättningar, eftersom det som behövs för att bedriva vård vid exempelvis en vårdcentral i olika avseenden skiljer sig från vad som behövs för att bedriva vård vid ett sjukhus eller på en inrättning för psykiatrisk tvångsvård.[237]

Regeringen lämnade inget förslag om regioners och kommuners skyldighet att hålla lager för viss tid i propositionen, men avsåg att, om behov finns, att återkomma i frågan om lagerhållningsskyldighet:

> Regeringen bedömer dock att det framöver kan finnas skäl att införa ett krav på regioner och kommuner att lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som de ska erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen. Innehållet i och omfattningen av en sådan lagerhållning bör då få preciseras av regeringen i föreskrifter. En sådan lagerhållning bör i så stor utsträckning som möjligt ske nära de ställen där sjukvårdsprodukterna ska omsättas för att ge förutsättningar att vara så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt och säkerställa att sjukvårdsprodukterna är tillgängliga när de behövs. En utökning av lagerhållningen bör ske successivt och i dialog med leverantörer och andra sjukvårdshuvudmän, så att tillgången på produkter för övriga aktörer i Sverige inte påverkas negativt. Regeringen följer noga frågan om hur lagerhållningen utvecklas hos regioner och kommuner och har vidtagit olika insatser för att stärka förutsättningarna för en utökad lagerhållning av sjukvårdsprodukter.[238]

[237] Prop. 2022/23:45 s. 33.
[238] Prop. 2022/23:45 s. 36.

Regeringen slöt i november 2024 en överenskommelse med SKR om att bl.a. bygga upp ett omsättningslager för en månads förbrukning av medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär och personlig skyddsutrustning som används inom intensivvård och traumavård som kan leda till intensivvård. För en närmare beskrivning, se avsnitt 8.2.10.

8.7 Ekonomiska aspekter av storskalig testning och smittspårning, lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter samt hälsodata

8.7.1 Statlig finansiering av vissa smittskyddsåtgärder har diskuterats tidigare

I samband med beredningen av den nuvarande smittskyddslagen behandlades frågan om statlig finansiering av vissa smittskyddsåtgärder som exempelvis provtagning. Smittskyddskommitténs förslag var att inrätta ett nationellt smittskyddsanslag för detta syfte.

Regeringen var inte beredd att införa ett nationellt smittskyddsanslag. De menade att det inte borde finnas några hinder mot att den kommun eller myndighet som har ansvaret för att genomföra en smittskyddsåtgärd även fortsättningsvis också ska ha det totala kostnadsansvaret. Ett sådant anslag skulle kunna leda till att kommuner blir benägna att vältra över kostnaderna för smittskyddsåtgärder på staten i stället för att anstränga sig att sköta smittskyddsarbetet på ett kostnadseffektivt sätt.[239]

Bakgrunden till kommitténs förslag var att det hade funnits en oklarhet om vem som slutligen skulle bära kostnaderna, särskilt i början av en smittutredning, för t.ex. provtagning vid större utbrott av smitta. I sådana fall kunde det finnas en risk för att utredningen försenas eller t.o.m. att provtagning inte sker i den omfattning som vore önskvärd. Det kunde också vara svårt för mindre kommuner att ta kostnadsansvaret för mera omfattande utredningar och provtagningar, trots att dessa var angelägna. De problem som i praktiken förekommit vid större utbrott har ofta haft anknytning till oklarheter om kostnadsansvaret för åtgärderna och till det förhållande

[239] Prop. 2003/04:30 s. 174 och 175.

att det kan bli fråga om mycket höga provtagningskostnader.[240] Det var därför av stor betydelse för smittskyddsarbetet att det inte råder någon tvekan om när ansvaret för att vidta åtgärder inträder. Det fick enligt regeringen inte uppkomma situationer där ovisshet råder om kommunen eller annan myndighet har en skyldighet att agera, vilket till viss del var fallet vid tillämpningen av den dåvarande smittskyddslagen. En klarare ansvarsfördelning i lagstiftningen var därför viktigt och befintlig dubbelreglering skulle undvikas så långt det var möjligt.

Regeringen hade tidigare framhållit att smittskyddslagen klarare bör inriktas på åtgärder för att förhindra att sjukdomar sprids mellan människor. Smittskyddsläkaren fick bl.a. en uttrycklig skyldighet att underrätta berörd myndighet då smittskyddsläkaren får uppgift om förekomst eller misstänkt förekomst av smittsam sjukdom som påkallar åtgärder. Även skyldigheten för smittskyddsläkaren, kommunerna och andra berörda myndigheter att informera och samråda med varandra stärktes. De förtydliganden av ansvarsfördelningen mellan olika aktörer som ansvarar för delar av smittskyddet som föreslogs i den nuvarande smittskyddslagen skulle enligt regeringens uppfattning sammantaget medföra att de situationer där det förelåg tveksamhet om vem det är som har ansvaret för att vidta en viss åtgärd minskar betydligt.[241]

8.7.2 Omfattande kostnader för storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin

Den statliga finansieringen av storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin skedde i huvudsak genom överenskommelser mellan regeringen och SKR. Enligt Riksrevisionen uppgick statens kostnader för att bistå regionerna med storskalig testning och smittspårning 2020–2022 till sammantaget 30,5 miljarder kronor. I huvudsak handlar det om statsbidrag till regionerna på närmare 23 miljarder kronor och utbetalda medel till Folkhälsomyndigheten för kostnader för testning på 7 miljarder kronor.[242] Kostnaderna var

[240] Här avses kommunens ansvar för smittskyddsåtgärder riktade mot djur. Syftet är att beskriva den tidigare diskussionen om kostnadsansvar för smittskyddsåtgärder vid omfattande smittspridning mellan kommuner och staten.
[241] Prop. 2003/04:30 s. 174.
[242] Riksrevisionen 2023, s. 69.

något högre enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning och smittspårning 2024 (se nästföljande avsnitt 8.7.3).

Regeringen beslutade i april 2020 om en förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för merkostnader till följd av covid-19 inom hälso-och sjukvård och socialtjänstverksamhet.[243] Men SKR ansåg att statsbidraget inte innebar full kostnadstäckning för kommuner och regioner. Kommuner och regioner kunde enligt förordningen ansöka om ersättning för kostnader för år 2020 vid två tillfällen. SKR menade också att riktade statsbidrag och kostnadsersättningar har varit viktiga, men har beroende på stödens utformning också inneburit en tung administrativ börda för kommuner och regioner under pandemin.[244]

En utvärdering från Försvarshögskolan visar att samtliga kommuner och regioner hade ansökt, åtminstone vid ett tillfälle. De fick full ersättning för sina godkända kostnader. De kommuner och regioner som inte fick full ersättning i den första omgången, för att äskandena var större än medlen Socialstyrelsen hade att fördela, kompenserades vid den andra utbetalningen. De största merkostnaderna rörde personlig skyddsutrustning och personal inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen betalade 18,5 miljarder kronor för år 2020 för merkostnader till kommuner och regioner.[245]

Den första överenskommelsen mellan regeringen och SKR slöts i juni 2020 för testning för covid-19. Överenskommelsen innebar att staten betalade kostnaderna för PCR-testning och serologisk testning (antikroppstest). Regionerna åtog sig att utföra bred testning enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

I den andra överenskommelsen för 2021 justerades den schablonmässiga ersättningen för serologisk testning. Till överenskommelsen för 2021 beslutades även om ett tillägg i december 2020 som innebar att staten även ersatte regionernas kostnader utifrån en satt schablon för antigentester (snabbtester), enligt Folkhälsomyndighetens vägledningar. Vägledningarna uppdaterades utifrån både utvecklingen av covid-19-pandemin som sådan och utifrån olika testmetoder. I överenskommelsen ingick att SKR kvartalsvis skulle följa upp regionernas arbete med testkapacitet och smittspårning. Regionerna

[243] Förordning (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19.
[244] SKR 2023a, s. 59.
[245] Asp V, Engström M och Koraeus M 2024, s. 24.

skulle också veckovis rapportera till Folkhälsomyndigheten antalet genomförda PCR-tester och serologiska tester, samt utfallet av samtliga tester, och regionernas sammantagna kapacitet för respektive testtyp. Regionerna rapporterade även prov som togs av andra vårdgivare. Överenskommelsen för 2022 innebar att staten bidrog med ersättning för PCR-testning, antigentestning, samt för smittspårning första halvåret 2022.

8.7.3 Volymer och kostnader för storskalig testning och smittspårning enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering

Enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning och smittspårning genomfördes närmare 20 miljoner PCR-tester under 2020–2022. Som mest testades 600 000 personer i veckan i början av 2022 varav ca 40 procent med positivt analysresultat. Utöver det utfördes ca 1,5 miljoner antikroppstester och 2,7 miljoner antigentester under 2020–2022. Drygt 300 000 sekvenseringar och 200 000 analyser med typnings-PCR genomfördes under 2021–2023 för att övervaka virusvarianter av SARS-CoV-2.[246]

Det saknas nationella data på antalet genomförda smittspårningar för covid-19 på grund av brist på data i flera regioner. Men antalet smittspårningar bedöms ha varit omfattande. Enligt data från SmiNet, där alla positiva fall anmäls, beräknas 73 procent av samtliga 884 508 anmälda fall under 2021 ha genomgått eller planerat för smittspårning. Sett på enskilda regioner rapporterade t.ex. Region Jämtland Härjedalen, med en befolkning på ca 130 000 invånare, cirka 37 000 dokumenterade smittspårningar. Region Kalmar med närmare 250 000 invånare genomförde närmare 74 000 smittspårningar under den 1 mars 2020 till den 31 december 2022.[247]

Statens kostnader för testning och smittspårning var närmare 33 miljarder kronor 2020–2022. Staten ersatte regionerna med 21,7 miljarder kronor för testning och 2,3 miljarder kronor för smittspårning och utbrottshantering. De statliga kostnaderna var cirka 300 miljoner kronor för övervakning av virusvarianter.[248]

[246] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 44.
[247] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 22.
[248] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 15 och 16.

Folkhälsomyndigheten betalade ut ca 6,6 miljarder kronor till olika aktörer – både regionala, statliga och privata – för tjänster inom testning som regionerna har kunnat nyttja. Myndigheten vill se en mer flexibel ersättningsmodell som ett sätt att få en mer adekvat nivå av statens kostnader för testning.[249]

Den statliga ersättningen till regionerna bedöms vara högre än den faktiska kostnaden för testningen

Folkhälsomyndigheten bedömde i samma utvärdering att den statliga ersättningen till regionerna har överstigit den faktiska kostnaden för testningen, särskilt när kapaciteten för storskalig testning var uppbyggd och effektiva processer för provtagning, logistik och analys var på plats. Kostnaderna per prov varierade dock i regionerna. Folkhälsomyndigheten efterfrågade också en redovisning av regionernas kostnader för testning men flertalet regioner uppgav att det inte var möjligt eller mycket resurskrävande. Det betyder att regionernas faktiska kostnader för testningen inte har kunnat redovisas.[250]

I den första överenskommelsen mellan regeringen och SKR i juni 2020 finansierade staten bl.a. alla PCR-test som regionerna utförde, eller som utfördes på regionernas uppdrag, på personer som hade symtom på covid-19. Staten ersatte regionerna med ett schablonbelopp på 1 400 kronor per PCR-test och 750 kronor för ett serologitest. Inledningsvis var ersättningen i nivå med kostnaden för varje provtagning. Men när testvolymerna ökade och metoderna effektiviserades, minskade kostnaderna stort och ersättningsnivåerna blev så småningom ett betydande ekonomiskt tillskott för flera regioner. Enligt en underlagsrapport till Folkhälsomyndighetens utvärdering hade Region Stockholm fått mest ersättning för testning. Den faktiska kostnaden var 522 kronor per PCR-test, vilket innebar att regionen fick ett överskott på 778 kronor för varje utfört test. I några enstaka fall missbrukades t.o.m. den statliga ersättningen av extern aktör: ett laboratorium med uppdrag åt en privat vårdgivare fick upprepade gånger två prov från samma patient och testtillfälle skickade till sig för att få dubbel ersättning. Men mer ekonomiska

[249] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 44 och 45.
[250] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 16.

resurser bedömdes ändå inte leda till att fler personer skulle ha testats. Det fanns andra begränsande faktorer för storskalig testning, t.ex. den inledningsvis rådande materialbristen och bristen på adekvata it- och logistiklösningar.[251]

Flera privata aktörer var kritiska till prissättningsmodellen i avtalen mellan dem och Folkhälsomyndigheten. Ersättningen per PCR-prov var på cirka 500–600 kronor och gällde kostnaderna för analysen. Resterande del av schablonbeloppet på 1 400 kronor som staten ersatte regionerna med, gick till regionerna. Om ersättningen i stället hade baserats på volymer hade priset kunnat sänkas ytterligare och uppskalningen av antalet test bedömdes ha kunnat gå bättre. Bland annat ett privat laboratorium framhöll att de inte var lönsamma vid låga volymer men däremot mycket lönsamma vid höga volymer enligt ersättningsmodellen i överenskommelsen. Vidare uppfattades finansieringen för de privata aktörerna vara osäker eftersom antalet prov var beroende av Folkhälsomyndighetens provtagningsindikationer, som kunde ändras med kort varsel. Prissättningsmodellen i avtalen reviderades så småningom så att aktörer fick ersättning per dag och storlek på provtagningsstationer i stället för per prov. Detta eftersom aktörernas övriga kostnader (personal och lokaler) var desamma oavsett antalet personer som skulle provtas.[252]

8.7.4 Regionernas syn på finansieringen av testningen för SARS-CoV-2

Från och med januari 2023 upphörde den statliga finansieringen av testning för SARS-CoV-2. Den rekommendation från Folkhälsomyndigheten som gällde i början av 2023 innebar att provtagning bör göras i vård- och omsorgsverksamheter för att skydda personer som har en hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19. Enligt flera regioner fanns en oklarhet om vem som bör finansiera testningen av personal inom kommunala omsorgsverksamheter där personer med hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19 bor eller vistas.[253]

Folkhälsomyndighetens rekommendation gällde specifikt provtagning av alla personer med medicinsk indikation, dvs. där läkare bedömer att diagnos har betydelse för fortsatt patienthandläggning,

[251] Asp V, Engström M och Koraeus M 2024, s. 24, 25 och 27.
[252] Asp V, Engström M och Koraeus M 2024, s. 26.
[253] SKR 2023b, s. 3.

personal och patienter inom hälso- och sjukvården samt personal och omsorgstagare inom omsorgsverksamheter där personer med hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19 bor eller vistas. Regionerna menade att rekommendationen täcker en bredare indikation än den rent medicinska, och för det krävs en omfattande beredskap som dessutom kan komma att ändras med kort framförhållning för att gälla betydligt bredare grupper.[254] Regionerna ansåg att det behövs extra resurser för att tillgängliggöra organisation, personal och material för att de inte ska stå utan kapacitet om läget förändras.[255]

Regionerna fick också statliga medel för smittspårning under första halvåret 2022, men blev inte aktuellt under andra halvåret då covid-19 inte var smittspårningspliktig i alla miljöer och inte heller aktuellt med testning av allmänheten. Regionernas sammanfattande bedömning var att testning enbart på medicinsk indikation och för smittspårning kan hanteras inom regionens ordinarie organisation och budget. Men regionerna ansåg att om statliga resurser inte skjuts till i en ny överenskommelse kommer regionernas resurser behöva avsättas och prioriteras i konkurrens med andra prioriterade områden inom respektive regions ordinarie verksamhet. Så länge en nationell myndighet definierar en provtagningsindikation och anger omfattningen på smittspårning är det väsentligt att staten också stöttar med ekonomiska medel då regionerna inte äger möjligheten att prioritera arbetet i relation till annan vårdverksamhet.[256]

8.7.5 Kostnader för lagerhållning av vissa sjukvårdsprodukter inom ramen för vårdens försörjningsberedskap

Socialstyrelsen fick 2022 i uppdrag av regeringen att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör lagerhållas inom ramen för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap. Uppdraget omfattade både omsättningslagring, statlig lagerhållning och tillverkningsberedskap. Urvalet av de produkter som omfattas av underlaget baserades på en bedömning av vilken vård som inte kan anstå. I uppdraget

[254] Samtidigt handlade provtagningen om att de allra flesta personer med symtom stannande hemma och inte sökte vård i enlighet med smittskyddslagen.
[255] SKR 2022, s. 8.
[256] SKR 2022, s. 9.

ingick också att göra en fördjupad analys av ekonomiska, administrativa och organisatoriska konsekvenser av lagerhållning.[257]

Socialstyrelsens första delredovisning i januari 2023 avsåg sjukvårdsprodukter som behövs för traumavård och som bör finnas i statliga säkerhetslager. Den andra delredovisningen i maj 2023 gällde läkemedel och vissa förbrukningsartiklar som behövs för att kunna administrera läkemedel, och som lämpar sig för omsättningslagring. Slutredovisningen i februari 2024 omfattade följande underlag för lagerhållning av sjukvårdsprodukter som inte omfattats av tidigare delredovisningar:

– omsättningslagerhållning av sjukvårdsprodukter såsom personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål, tillverkningsmaterial och återstående medicintekniska produkter,
– statlig säkerhetslagerhållning, utöver traumavård, och
– tillverkningsberedskap.[258]

Kostnaderna för lagerhållning av förbrukningsartiklar för att administrera läkemedel har inte gått att beräkna

Socialstyrelsen uppskattade i sin andra delredovisning att kostnaderna för beredskapslagring av aktuella läkemedelssubstanser bedömdes uppgå till sammanlagt mellan 5,6 och 6,7 miljarder kronor för perioden 2023–2035. I uppdraget ingick att göra ett urval av de läkemedelssubstanser och förbrukningsartiklar som används inom hälso- och sjukvården, eller förskrivs till patienter. Socialstyrelsens urval omfattade 874 unika läkemedelssubstanser baserat på en bedömning av vilka produkter som behövs för att bedriva vård som inte kan anstå, och som samtidigt lämpar sig för omsättningslagring.[259] Med vård som inte kan anstå avses i detta sammanhang vård och behandling

[257] Regeringsbeslut S2022/04550 (delvis).
[258] Socialstyrelsen 2024, s. 7.
[259] Socialstyrelsen. Underlag för beredskapslagring av läkemedel och vissa förbrukningsartiklar. Delredovisning 2 i Socialstyrelsens uppdrag att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap. 2023, s. 7. Listan på läkemedelssubstanser har i Socialstyrelsens slutredovisning reviderats och anpassats utifrån en EU-gemensam lista över kritiska läkemedel. I det följande anges källan Socialstyrelsen 2023.

av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten.[260]

I samma uppdrag ingick också att ta fram underlag för förbrukningsartiklar som behövs för att administrera läkemedel. Det avses medicintekniska produkter av förbrukningskaraktär som används i hälso- och sjukvården. Myndigheten konstaterade att den egentliga kostnaden för lagerhållning av dessa artiklar inte har gått att beräkna inom ramen för uppdraget, till skillnad från kostnadsberäkningen för läkemedelssubstanser. Regionernas kostnader för omsättningslagring motsvarande sex månaders normalförbrukning av förbrukningsartiklar bedömdes uppgå till ca 844 miljoner kronor under perioden 2023–2035. För de förbrukningsartiklar som förskrivs till patienter, redovisades endast det samlade värdet för sex månaders förskrivning under 2022, uppräknat till 2023 års prisnivå.[261]

Bakgrunden till att Socialstyrelsen inte har kunnat beräkna kostnaderna för förbrukningsartiklar för att administrera läkemedel är att det inte har varit möjligt att inom ramen för uppdraget ta fram ett nationellt enhetligt underlag för vilka förbrukningsartiklar som behövs för administrering av läkemedel. Det beror på att det saknas enhetlig klassifikation och samlade försäljningsdata till skillnad från läkemedelsområdet. Varje region ansvarar för upphandling av förbrukningsartiklar, antingen i egen regi, i samverkan med andra regioner eller via distributör. Det finns också en variation när det gäller upphandlingsavtalens utformning och innehåll. Därtill finns skillnader i behandlingspraxis och vilka förbrukningsartiklar som föredras i respektive region, samt vilka volymer som förbrukas av respektive artikel. Vidare har det inte varit möjligt att ta fram kostnader för lagerhållning av förbrukningsartiklar inom kommunal hälso- och sjukvård. Det beror på bristfälligt underlag för såväl beräkning som redovisning av aktuella kostnader.[262]

Socialstyrelsen lämnade i slutredovisningen av uppdraget underlag och värdeberäkningar för omsättningslagerhållning av olika grupper av förbrukningsartiklar. Myndigheten konstaterade att det fanns gemensamma utmaningar för alla underlag och värdeberäkningar för samtliga grupper av sjukvårdsprodukter som inte är läkemedel. Sjukvårdsproduktgrupperna var indelade enligt följande:

[260] Socialstyrelsen 2023, s. 24, 34 och 35.
[261] Socialstyrelsen 2023, s. 35.
[262] Socialstyrelsen 2023, s. 26 och 30–32.

– förbrukningsartiklar som används inom hälso- och sjukvården,
– förbrukningsartiklar som förskrivs eller lämnas ut till patienter av hälso- och sjukvården,
– personlig skyddsutrustning, och
– livsmedel för speciella medicinska ändamål.[263]

Socialstyrelsens exempelberäkningar av kostnaderna för lagerhållning av produkter som omfattades av de framtagna underlagen bygger på en skattad bedömning av en normalförbrukning under tre respektive sex månader för olika sjukvårdsproduktområden. Uppgifter om varuvärdet för respektive produktområde har hämtats från olika källor, och har sammanställts på olika sätt. Samtliga uppgifter om varuvärden gäller för 2023 års prisnivå. Därtill har en kapitalbildningskostnad beräknats för respektive produktområde enligt vad som angavs i delbetänkandet SOU 2021:19 En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården.[264]

För förbrukningsartiklar som *används inom hälso- och sjukvården* redovisades en uppskattning av varuvärdet och kapitalkostnaden för omsättningslagring som motsvarar tre respektive sex månaders normalförbrukning av samtliga artiklar som används. Socialstyrelsen angav att exempelberäkningarna bör enligt myndigheten tolkas med försiktighet. Uppskattningen av det samlade värdet på förbrukningen bygger på uppgifter från Region Dalarna och Region Kalmar. Socialstyrelsen beräknade utifrån detta kostnaden per capita i respektive region och därefter extrapolerat värdet på förbrukningen för hela Sveriges befolkning. För 2023 uppskattades det totala varuvärdet till närmare 14,6 miljarder kronor för lagerhållning av förbrukningsartiklar inom hälso- och sjukvården.[265]

Motsvarande för *förbrukningsartiklar som förskrivs eller lämnas ut till patienter* uppskattades det totala varuvärdet under 2023 till ca 5,2 miljarder kronor för samtliga regioner och till 553 miljoner kronor för samtliga kommuner. Som grund för beräkningarna utgick Socialstyrelsen ifrån uppgifter om förbrukningsartiklar som används i Västra Götalandsregionen.[266]

[263] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 5–8.
[264] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 4.
[265] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 5.
[266] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 6.

De brister som finns för underlag och värdeberäkningar för förbrukningsartiklar som används inom hälso- och sjukvården samt förbrukningsartiklar som förskrivs eller lämnas ut till patienter gäller också för *personlig skyddsutrustning*. För 2023 uppskattades det totala varuvärdet för regioner till 440 miljoner kronor och för kommuner till 458 miljoner kronor för sammantaget tre respektive sex månaders lagerhållning av personlig skyddsutrustning. Bedömningen byggde på uppgifter och uppskattningar från publika upphandlingsunderlag och intervjuer med aktörer inom näringslivet. Varuvärdet dividerades med antalet invånare i aktuella regioner och kommuner, som sedan extrapolerades till en aggregerad uppskattning av värdet på förbrukningen för hälso- och sjukvårdens totala förbrukning.[267]

Flera osäkerheter i fråga om kostnader för inköp och lagerhållning

Det finns flera osäkerheter utöver ovan identifierade brister som t.ex. avsaknad av enhetlig klassifikation, samlade försäljningsdata och regioners olika hantering vid upphandling. Socialstyrelsen konstaterade att det också krävs uppgifter eller indikationer om hur stora volymer som ska lagerhållas av respektive produkt för att få fram mer tillförlitliga beräkningar. Lagerhållning av vissa enskilda artiklar kan dessutom innebära mycket stora kostnader både vad gäller inköp och lagerhållning. Utöver kostnader som är förknippade med inköp eller kapitalbindning för produkter som lagerhålls, tillkommer också kostnader för olika lagringsrisker. Det kan handla om varors värdeminskning på grund av skada eller ålder, eller att varor inte uppfyller ställda kvalitetskrav och därför måste kasseras. Sådana kostnader inträffar vanligen vid en större och tidsmässigt längre lagerhållning. Därutöver tillkommer kostnader för själva lagerhållningen, som t.ex. kostnader för personalresurser, hanteringsutrustning, it- och logistiksystem och administration.[268]

[267] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 8.
[268] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 4.

De beräknade kostnaderna för lagerhållning bygger på förslag från ett delbetänkande och antas vara motiverade och väl avvägda

I delbetänkandet En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19) fördes ett resonemang om kostnader enligt de förslag på system för lagerhållning som presenterades i betänkandet ställt till de kostnader som är förknippade med rest- och bristsituationer i nuvarande system. I delbetänkandet beskrevs också ingående hur kostnader för beredskapslagring kan beräknas och finansieras. Även om frågan om kostnadseffektivitet inte varit uttalad i utredningens direktiv bedömde Socialstyrelsen att de kostnadsökningar som följer delbetänkandets förslag generellt har varit motiverade och väl avvägda i förhållande till den förstärkning av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap som förslagen medför. Myndigheten hade därför inte gjort några ytterligare bedömningar om kostnadseffektivitet och ändamålsenlighet än de som följer av delbetänkandets förslag.[269]

8.7.6 De statliga myndigheternas kostnader för en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Enligt E-hälsomyndighetens slutrapport om en färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården kommer arbetet med att ta fram en sådan infrastruktur att innebära kostnader för alla berörda aktörer. Ett exempel på en sådan kostnad är att aktörerna kommer att behöva göra lokala anpassningar för att deras tjänster ska vara interoperabla med den nationella digitala infrastrukturen. Denna typ av kostnader har varit svåra att uppskatta, men kommer sannolikt att uppstå under ett antal år och avse sammantaget flera miljarder kronor.[270]

Två kostnadsscenarier har tagits fram t.o.m. 2028. E-hälsomyndigheten bedömer att ett högscenario bör gälla, eftersom ett lågscenario varken bedöms vara förenligt med de ambitioner som regeringen uttrycker i budgetpropositionen för 2024 eller de krav som följer av tidplanen för EHDS. Därtill finns en stor osäkerhet kopplat till om kostnaderna för ett lågscenario i praktiken blir lägre

[269] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 2 och 3.
[270] E-hälsomyndigheten 2024, s. 4.

eller om det snarare innebär att kostnaderna som är kända på förhand är låga.[271]

Enligt E-hälsomyndigheten beräknas de statliga myndigheternas kostnader för en nationell digital infrastruktur uppgå till 42 miljoner kronor 2024. I högscenariot med en relativt snabb uppskalning ökar därefter kostnaderna med cirka en halv miljard kronor om året fram till 2028. Kostnaderna innehåller betydande osäkerhet, särskilt efter 2028, och avser framför allt utvecklingen av en grundläggande infrastruktur. Det betyder att kostnader för infrastruktur och tjänster som följer av EHDS och som går utöver grundläggande komponenter och strukturer inte ingår i kostnadsberäkningarna.

E-hälsomyndigheten konstaterar att högscenariot med en relativt snabb uppskalning har en ambitiös tidsplan och därmed svårigheter för ansvariga myndigheter att hålla den höga takten. De omfattande författningsändringar som behövs kan också påverka tidplanen. Av dessa och andra skäl, t.ex. behov av anpassningar hos de aktörer som ska ansluta, bör infrastrukturen etableras i en stegvis process. Det bör också göras i kontinuerlig dialog med berörda aktörer för att löpande bedöma behov, kostnader, effektiviseringsvinster och andra förutsättningar som kan påverka prioriteringar för genomförandet. Dialogen föreslås genomföras via funktionen för stöd och styrning.[272]

Det har inte gått att beräkna vårdgivares kostnader av att införa en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

E-hälsomyndigheten har inte kunnat uppskatta vårdgivares kostnader för att införa en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet. Det beror på att osäkerheterna i dagsläget är för stora för att det ska gå att göra några meningsfulla prognoser i denna del. Det är t.ex. i dagsläget inte beslutat vad exakt som ska omfattas av en nationell digital infrastruktur[273]. Det är också något som kan och bör uppdateras löpande allt eftersom nya behov uppstår. E-hälso-

[271] E-hälsomyndigheten 2024, s. 4 och 5.
[272] E-hälsomyndigheten 2024, s. 6.
[273] Enligt en tidigare rapport av E-hälsomyndigheten omfattar nationell digital statlig infrastruktur för hälsodata omfattar funktioner, tjänster och andra nyttigheter som behövs för ett effektivt och interoperabelt datautbyte. Här ingår standarder, regelverk, ramverk och andra nödvändiga förutsättningar som aktörerna behöver förhålla sig till för att dra nytta av infrastrukturen. Den nationella statliga infrastrukturen inom hälsodataområdet ska komplettera och vara kompatibel med såväl befintlig som tillkommande nationell och internationell digital infrastruktur (källa: E-hälsomyndigheten 2022 bilaga 2, s. 150).

myndigheten antar också att införandet av EHDS ha stor påverkan på hur kostnaderna för en nationell infrastruktur kommer att se ut.[274] Se nästa avsnitt 8.7.7 om kostnader för att genomföra EHDS.

Anledningen till att det varit svårt att uppskatta kostnaderna är vidare att det tillkommer betydande kringkostnader utöver den tekniska anslutningen som sällan utgör den största kostnaden i dessa sammanhang. Oftast behöver anslutningen utredas för att ta reda på vilka system som berörs. Det kan också behövas rättslig utredning, nya avtal, förändring av arbetssätt och utbildning av personal för att använda nya system eller arbeta utifrån nya processer. Ett sådant arbete sker ofta som en del i den ordinarie verksamhetsutvecklingen. Utöver dessa kostnader tillkommer andra indirekta kostnader såsom produktionsbortfall, undanträngningseffekter eller andra svårbedömda kostnader.[275]

Sammanfattningsvis innebär en nationell digital infrastruktur ett omfattande arbete för vårdgivare och andra berörda aktörer. En stor del av kostnaderna aktualiseras oavsett om infrastrukturen byggs i statlig eller regional regi, bl.a. som en följd av ett införande av EHDS. Enligt E-hälsomyndigheten bör utvecklingen av den nationella digitala infrastrukturen på hälsodataområdet bygga vidare på det arbete som redan gjorts, och genom att använda förvaltningsgemensamma byggblock för infrastrukturen snarare än att bygga sektorsspecifika lösningar.[276]

8.7.7 Statens kostnader för att genomföra EHDS

Enligt en delredovisning av ett uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) framgår att tidsramen för implementeringen av EHDS i svensk rätt är lång: Enligt förslag kommer EHDS att implementeras successivt med krav på tillgängliggörande av vissa informationsmängder fyra år respektive sex år efter att förordningen har trätt i kraft. Vidare delegeras ett stort antal bestämmelser till EU-kommissionen för att fastställas i s.k. genomförandeakter. Det innebär att innehållet i akterna kommer att fastställas efter det att EHDS har beslutats. Dessutom kan medlemsländerna formulera undantag och krav i nationella bestämmel-

[274] E-hälsomyndigheten 2024, s. 59.
[275] E-hälsomyndigheten 2024, s. 60.
[276] E-hälsomyndigheten 2024, s. 59.

ser samt precisera och tolka villkoren enligt EHDS. Det betyder att de kostnader som har tagits fram i delredovisningen för att genomföra EHDS i Sverige är förenade med stora osäkerheter.[277]

De beräknade kostnaderna för staten för att genomföra EHDS gäller för perioden 2025–2030 och redovisas i tabellen nedan.

Tabell 8.3 Statens kostnader för att genomföra EHDS 2025–2030, miljoner kronor

	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Primäranvändning av hälsodata	90	94	199	225,7	225,7	164,3
Sekundäranvändning av hälsodata: uppbyggnad och drift av funktioner och infrastruktur hos HDAB (ej tillsyn)	83	73	73	73		

Anm: Health Data Access Body (HDAB) avser organ med uppgift att tillgängliggöra hälsodata.
Källa: S 2024:A 2024a, s. 82 och 86.

De statliga kostnaderna för finansiering av primäranvändning av hälsodata enligt EHDS bedöms öka från cirka 90 miljoner kronor år 2025 till cirka 226 miljoner kronor årligen för både 2028 och 2029. Utöver dessa kostnader behövs avsatta medel för nationell infrastruktur för att möta kraven som ställs i EHDS. I delredovisningen hänvisas till E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag om en nationell färdplan, se föregående avsnitt 8.7.6. För sekundäranvändningen av hälsodata beräknas de årliga kostnaderna vara mellan 73 och 83 miljoner kronor för 2025–2028. Kostnaderna avser ett organ med uppgift att tillgängliggöra hälsodata, en s.k. HDAB, och då ingår inte tillsynsuppgifter.[278]

Kostnaderna för regioner och kommuner med anledning av EDHS har däremot inte gått att beräkna enligt delredovisningen. Både regioner och kommuner framhåller att det krävs ett omfattande arbete med at ta fram en informationsstruktur som ställer höga krav på teknik, kompetens och administration samt att det driver stora kostnader. Därutöver bedömer regioner och kommuner att EHDS ställer krav på utökad kompetens inom områden som bl.a. informatik, standardisering och terminologi. De framhåller

[277] S 2024:A 2024a, s. 7.
[278] S 2024:A 2024a, s. 82 och 86.

att tillgången till sådana kompetenser kan säkras nationellt, och med framförhållning.[279] Det har inte heller gått att skatta kostnaderna för privata vårdgivare. Anledningen har varit ett för litet underlag i kombination med begränsad utredningstid.[280]

Bör staten finansiera regionerna och kommunerna när EHDS ska genomföras?

Enligt delredovisningen går det att argumentera för och emot att finansieringsprincipen kan tillämpas oaktat att kostnadsuppgifter för regioner och kommuner saknas.[281] Principen innebär i korthet att staten inte ska ålägga kommuner och regioner nya uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering, dvs. statliga reformer ska varken vara under- eller överfinansierade. Om staten fattar beslut som gör att kommunal verksamhet kan utföras billigare (eller dyrare) ska de statliga bidragen enligt principen minskas (eller ökas) i motsvarande mån. Principen tillämpas om staten ger kommuner och regioner nya obligatoriska uppgifter, avvecklar det kommunala ansvaret för uppgifter, ändrar ambitionsnivåerna för befintlig verksamhet eller inför regeländringar som påverkar kommunsektorns möjligheter att ta ut avgifter. Finansieringsprincipen omfattar enbart statligt beslutade åtgärder som direkt tar sikte på den kommunala verksamheten, och gäller inte för kostnader som bl.a. påverkas av den allmänna tekniska utvecklingen.[282]

Det framgår i delredovisningen att anpassningar till EHDS skulle kunna ses om en del av en teknisk utveckling som är nödvändig oavsett de krav som EHDS ställer på hälso- och sjukvårdens huvudmän. Det innebär i så fall att endast vissa delar av kommunernas och regionernas kostnader finansieras av staten, vilket gör att tillämpligheten av finansieringsprincipen kan diskuteras. Bedömningen som görs i delredovisningen bygger på ett resonemang som bl.a. förs i betänkandet En reform för datadelning (SOU 2023:96).[283] Enligt betänkandet finns det anledning att ifrågasätta vilka åtgärder på digitaliseringens område som faktiskt kan anses gå utöver vad

[279] S 2024:A 2024a, s. 67.
[280] S 2024:A 2024a, s. 77.
[281] S 2024:A 2024a, s. 87.
[282] Riksrevisionen. Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt? RiR 2018:8. 2018, s. 11 och 17.
[283] S 2024:A 2024a, s. 87, 89 och 90.

som krävs av ansvariga aktörer med anledning av den tekniska utvecklingen i samhället. Således bör åtgärder och nya krav som följer av nya tekniska möjligheter enligt betänkandet endast undantagsvis och i mycket speciella fall omfattas av finansieringsprincipen. När datadelning som krävs eller förväntas av den offentliga förvaltningen försvåras, t.ex. genom framväxten av olika standarder, hindrar det en rationell hantering av data i förvaltningen. Åtgärder som motverkar detta, i form av standardiserade krav, bör i allt väsentligt anses ingå i vad som krävs med anledning av den tekniska utvecklingen.[284]

Bedömda kostnadsbesparingar vid genomförande av EHDS

Som framgått av de redovisade beräkningarna av statens kostnader för EHDS, kan de specifika kraven som ställs enligt bestämmelserna i EHDS delas upp i primär- och sekundäranvändning. Med primäranvändning avses enligt kapitel II i EHDS främst behandling av hälsodata där syftet med behandlingen är att tillhandahålla hälso- och sjukvård för att bedöma, bibehålla eller återställa hälsotillståndet hos en fysisk person, dvs. vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen. Sekundäranvändning av hälsodata omfattar betydligt fler aktörer än vårdgivare (kapitel IV i EHDS). Det kan vara användare inom övrig hälso- och sjukvård (än vid vård och behandling), kommunal omsorg, forskare och produktutvecklare av hälsoappar.[285]

Enligt delredovisningen kommer bestämmelserna i EHDS för primäranvändning på sikt sannolikt att bidra till stora kostnadsbesparingar och skapa förutsättningar för en mer patientsäker och effektiv vård. Initialt behöver dock investeringar göras för att bygga upp nödvändiga funktioner och strukturer. Bestämmelserna i EHDS för sekundäranvändning kommer också att medföra merkostnader, bl.a. för att etablera HDAB. Vissa av dessa kostnader kan behövas avgiftsfinansieras.[286]

Vidare framgår att EU-kommissionen har uppskattat möjliga kostnadsbesparingar utifrån ekonomiska nyttor av ett genomförande av EHDS. För de närmaste tio åren beräknas de vara drygt 11 miljarder euro, varav cirka 5,6 miljarder avser primäranvändning och 5,4 mil-

[284] SOU 2023:96 s. 282.
[285] S 2024:A 2024a, s. 14–16.
[286] S 2024:A 2024a, s. 42.

jarder sekundäranvändning.[287] Med nyttor avses bl.a. besparingar som en följd av färre vårdskador och fler friska levnadsår (primäranvändning) och ett mer effektivt beslutsfattande och återanvändning av hälsodata (sekundäranvändning).[288]

Motsvarande för Sverige beräknas EHDS innebära en besparing på drygt 2,5 miljarder kronor per år, till allra största del för primäranvändning av data. Ett antagande som görs är att antalet vårdskador i slutenvården minskar med i snitt 20 procent per år, vilket motsvarar en besparing på 2,4 miljarder kronor. Hur stora besparingarna kan vara för sekundäranvändning har varit svårare att beräkna, men bedöms vara uppskattningsvis 140 miljoner kronor per år. Det handlar främst som stärkt möjlighet till forskning, innovation och beslutsfattande genom tillgång till hälsodata och möjlighet till att återanvända hälsodata från HDAB.[289]

Flera myndigheter föreslås ha ansvar för tillgång till hälsodata för sekundäranvändning

Samma utredning som beskrivits ovan hade också i uppdrag att analysera och föreslå en eller flera myndigheter till organ med ansvar för tillgång till hälsodata för sekundäranvändning (HDAB) och rollen som nationell kontaktpunkt för sekundäranvändningen. Syftet är att det ska finnas en organisationsstruktur på plats när bestämmelserna i EHDS träder i kraft.

Flera myndigheter föreslås dela på rollen som HDAB. Socialstyrelsen föreslås vara samordnande HDAB inklusive ansvar över uppgifter att hantera dataanmälningar, besluta om datatillstånd, sammanställa data samt anonymisera och pseudonymisera data. Socialstyrelsen ska även tillhandahålla en nationell datasetkatalog[290]. Statistiska centralbyrån (SCB) föreslås vara HDAB med ansvar för att tillhandahålla en eller flera säkra behandlingsmiljöer. IVO föreslås vara HDAB med ansvar för tillsyn.[291]

[287] S 2024:A 2024a, s. 22.
[288] S 2024:A 2024a, s. 22–25.
[289] S 2024:A 2024a, s. 21, 22 och 27.
[290] Datasetkatalogen ska vara publikt tillgänglig och innehålla information i form av metadata om tillgängliga dataset med tillhörande egenskaper enligt EHDS (artikel 55, 56 och 58) och villkor för att göra hälsodata tillgängliga.
[291] S 2024:A 2024b, s. 4 och 5.

E-hälsomyndigheten föreslås bli nationell kontaktpunkt för sekundäranvändning, men ska inte ha en roll som HDAB. Som skäl anges att rollen som nationell kontaktpunkt handlar om att utveckla och förvalta teknisk infrastruktur som möjliggör att information skickas över landsgränser på ett säkert och robust sätt. Utredningen menar att myndigheten som ska vara kontaktpunkt måste ha en djup kunskap om it och informationssäkerhet kopplat till hälsodata snarare än en djup sakkunskap om den information som skickas. Vidare görs redan i dag en uppdelning mellan teknik och innehåll när uppdrag avser såväl en innehållsmässig del som en infrastrukturkomponent. E-hälsomyndigheten bildades även med målsättningen om att kunna fördela ansvar för it-frågor inom hälso- och sjukvården på en separat aktör som byggde upp särskild förmåga för det. E-hälsomyndigheten bedöms ha byggt upp kunskap och erfarenhet även för arbetet med EHDS.[292]

8.7.8 Överenskommelser och insatser via riktade statsbidrag är ifrågasatta som effektiva styrmedel

Överenskommelser och initiativ via riktade statsbidrag är centrala statliga styrmedel på hälso- och sjukvårdsområdet. Ett antal rapporter och utredningar under det senaste decenniet har dock visat på problem med riktade statsbidrag. Det handlar främst om att de riktade statsbidragens faktiska resultat inte har gått att följa upp och att överenskommelserna har lett till oönskade konsekvenser såtillvida att likvärdigheten mellan regioner inte har kunnat styras i önskvärd riktning.

Vidare ses överenskommelser mellan regeringen och SKR som en icke-traditionell styrform. SKR är en intresseorganisation och omfattas inte av de författningar som gäller för statliga myndigheter. Överenskommelserna utformas på ett sådant sätt att organisationen får agera såväl beställare som utförare, och ibland även bedömare av resultat, när det gäller att fördela statsbidrag till sina egna medlemsorganisationer. [293]

[292] S 2024:A 2024b, s. 107 och 108.
[293] Riksrevisionen. Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej, RIR 2014:20, 2014, s. 70. Se även SOU 2021:89 s. 747 samt Riksrevisionen 2023, s. 74.

Enligt en rapport från Statskontoret[294] har överenskommelser, som syftar till att utveckla kunskap eller systematisera arbetssätt, förutsättningar att fungera väl eftersom de är frivilliga. Överenskommelser bedömdes kunna vara effektiva om regeringen vill uppmärksamma ett visst område, som normalt sett styrs och utvecklas av kommuner och regioner. Den samlade bedömningen var att överenskommelser bör användas i de fall där regeringen ser behov av att komplettera den traditionella styrningen med mer samverkan, t.ex. i frågor som behöver hanteras av samtliga förvaltningsnivåer och som kräver gemensamt lärande.

Statskontoret menade att regeringen bör vara förhållandevis restriktiv med överenskommelser eftersom mängden kan motverka själva syftet, som ofta är att sätta fokus på en prioriterad fråga. Ett annat skäl till att vara restriktiv är att den svenska förvaltningsmodellen redan behandlar ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan staten, regionerna och kommunerna på ett tydligt sätt. Så långt som möjligt bör traditionella styrmedel användas. Överenskommelser kan inte ersätta den befintliga förvaltningsmodellen och ansvarsfördelningen. Inte heller är det lämpligt att använda överenskommelser för att lagar och förordningar ska följas, det finns risk för att andra lagkrav prioriteras ned. Det är också problematiskt om ekonomisk ersättning ges för lägre ställda krav än de som fastställs i lag. Överenskommelser är inte heller det effektivaste styrmedlet när det gäller tidsbegränsade projekt, eftersom de moment och processer som är förknippade med överenskommelser innebär en ökad arbetsbelastning för Regeringskansliet, SKR och huvudmännen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) analyserade i en aktuell kunskapssammanställning ett antal utvärderingar, både egna och andras, av regeringsinitiativ med riktade statsbidrag som syftar till att bidra till hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens utveckling. Det har länge funnits ett behov av att förbättra hur de riktade initiativen genomförs samt minska den typen av styrning. Trots det har de riktade statsbidragen ökat under det senaste decenniet. Den samlade analysen visade på flera brister:

– det saknas ett tillräckligt förberedande arbete i form av analys och prioriteringar,
– det saknas långsiktighet i genomförandet,

[294] Statskontoret. Om offentlig sektor. Överenskommelser som styrmedel. 2014.

– målen är otydligt formulerade, inte tillräckligt nedbrutna på delmål samt svåra att följa upp och utvärdera,
– målen och inriktningen för statsbidragen är inte tillräckligt förankrade hos mottagarna av medlen, och
– statsbidragen är många och okoordinerade, vilket ger otydliga styrsignaler.[295]

Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn tillsattes 2022 och hade bl.a. i uppdrag att kartlägga och analysera statens former för samverkan och dialog med kommuner och regioner, och bedöma om dessa former för samverkan och dialog är lämpliga och tillräckliga eller om det finns behov av nya sådana former för detta i såväl normala tider som i tider av fredstida kriser. Bakgrunden till uppdraget var att flera utredningar och rapporter har påtalat behovet av en strategisk dialog mellan staten, genom regeringen, och kommunsektorn på nationell nivå om övergripande frågor och överenskommelser. Det finns också ett behov av dialog och samordning mellan statliga myndigheter och landets kommuner och regioner.[296]

Utredningen lämnade ett slutbetänkande i juni 2024.[297] När det gäller samverkan i fredstida kriser konstaterade utredningen att regeringen har i uppkomna krissituationer i stor utsträckning gett uppdrag till olika myndigheter. Under covid 19-pandemin ingick regeringen dessutom överenskommelser med SKR, något som inte var aktuellt under tidigare fredstida kriser såsom flyktingkrisen 2015 eller skogsbränderna 2018. Utredningen bedömde att nuvarande former för samverkan vid fredstida kriser i huvudsak är lämpliga, och att upparbetade strukturer bör användas i största möjliga utsträckning och samverkansaktörerna bör träna på samverkan i normala tider. Däremot bedömde utredningen att överenskommelser mellan staten och SKR i fråga om krisberedskap och civilt försvar inte var lämpliga. Statliga medel för genomförandet av förberedande uppgifter inför fredstida kriser och höjd beredskap bör fördelas på annat sätt, t.ex. genom generella statsbidrag eller ett fåtal inslag av riktade statsbidrag. Enligt slutbetänkandet är tanken att en ökad samverkan ska komplettera ansvarsprincipen vid en inträf-

[295] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. I rätt riktning? Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg. 2022.
[296] Dir. 2022:89.
[297] SOU 2024:43.

fad kris. Men erfarenheterna visar att det finns otydligheter i gränsdragningarna vad gäller ansvar och uppgifter och att samverkan inte kan vara någon lösning i alla situationer. Utredningen konstaterade att den reglering och struktur som införts i fråga om statliga myndigheters krisberedskap och uppgifter inom det civila försvaret är ny och obeprövad. Den pågående utredningen om kommuners och regioners beredskap ska vidare överväga vilka krav som bör ställas på samverkan och samordning mellan kommuner och regioner samt på kommuners och regioners samverkan och samordning med statliga förvaltningsmyndigheter och andra relevanta aktörer på beredskapsområdet.[298] Slutbetänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det kan också nämnas att en utredning hade i uppdrag att utvärdera hanteringen av vaccinationer under covid-19-pandemin.[299] Regionerna ansvarade för genomförandet av vaccinationer mot covid-19 via sammanlagt sju överenskommelser mellan regeringen och SKR under 2020–2022. Utöver regionernas författningsreglerade skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård, inklusive vaccinationer, beskrevs regionernas specifika ansvar för vaccinationer mot covid-19 i icke-bindande dokument. Enligt den utredningen bedömdes överenskommelser ha fungerat väl i syfte att nå en så hög och jämnt fördelad täckningsgrad som möjligt av vaccinationer mot covid-19, och regionerna uppfattades i hög utsträckning ha strävat efter att följa Folkhälsomyndighetens prioriteringsordning enligt kunskapsstöden.[300]

8.7.9 Det statliga åtagandet i en beredskap vid fredstida kriser har behandlats i flera utredningar

Flera aktuella utredningar har behandlat principiella utgångspunkter om vad det offentliga eller statliga åtagandet bör omfatta i en beredskap vid fredstida kriser, vilka redovisas i detta avsnitt.

Utredningen om en effektiv ekonomistyrning i kommuner och regioner föreslog i sitt betänkande en garantimodell som innebär att staten på ett regelstyrt sätt går in med ett garantibidrag som täcker upp för fallande skatteintäkter vid en djup ekonomisk kris.

[298] SOU 2024:43 s. 363 och 364.
[299] Dir. 2022:122.
[300] SOU 2023:73 s. 15, 16, och 18.

För att dra nytta av garantimodellens potential fullt ut behöver stödets storlek fastställas så sent på året som möjligt och det måste kunna ske i enlighet med den statliga budgetprocessen. Utredningen bedömde att det är tekniskt möjligt att hantera lämnandet av garantibidrag i enlighet med reglerna för den statliga budgetprocessen.[301]

Samtidigt blev kommuner och regioner överkompenserade under covid-19-pandemin genom omfattande statlig finansiering via regeringsbeslut och överenskommelser. Det framgår även i betänkandet – att det var svårt att prognosticera det underliggande skatteunderlaget under en lågkonjunktur som pandemins första år, 2020.[302]

Vissa av förslagen i betänkandet behandlades i en proposition.[303] Förslaget om en garantimodell bereddes dock inte vidare i Regeringskansliet.

Tidigare utredningar har konstaterat att förebyggande åtgärder inför allvarliga krissituationer ofta kan vara kostnadskrävande och olönsamma ur ett företagsekonomiskt eller privatekonomiskt perspektiv. Bland annat Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap konstaterade att så länge det råder oklarhet om vem som ska finansiera en åtgärd eller viss verksamhet, finns det anledning att räkna med att åtgärden inte utförs eller att verksamheten inte bedrivs alls eller i otillräcklig omfattning.[304] Delar av betänkandet har behandlats en i proposition och lett till lagstiftning, och delar bereds i Regeringskansliet (för en närmare redovisning se avsnitt 8.2.10).

Utredningen om nationell samordning av försörjningsberedskapen

Utredningen om nationell samordning av försörjningsberedskapen föreslog nya finansieringsprinciper för försörjningsberedskap. Med sådana principer avses generella principiella överväganden om vem som bör bära ansvaret att finansiera en viss verksamhet eller åtgärd. Syftet med formulerade finansieringsprinciper är att öka myndigheters, företags, kommuners och regioners förståelse för hur staten ser på finansieringsansvar för olika delar av försörjningsberedskapen.[305]

[301] SOU 2021:75 s. 280.
[302] SOU 2021:75 s. 167.
[303] Prop. 2022/23:119 s. 11.
[304] SOU 2022:6 s. 346.
[305] SOU 2023:50 s. 456.

Samtidigt lyfts det fram att det offentliga inte kan åta sig att ansvara för varje möjlig åtgärd som kan hävdas vara förebyggande mot krissituationer eller öka motståndskraften mot störningar i samhället. Utredningen menade att det finns anledning att pröva om det är möjligt att precisera det statliga åtagandet inom försörjningsberedskapen. Utredningen föreslog därför att staten bär huvudansvaret för försörjningsberedskapen, vilket innebär att staten ansvarar huvudsakligen för finansieringen av de åtgärder för att stärka försörjningsberedskapen som staten prioriterar och som inte är författningsreglerade. Staten kan ersätta externa deltagare för betydande kostnader att delta i planerings- och övningsverksamhet som staten anordnar om det krävs för att säkerställa deras deltagande.[306]

Motiven bakom utredningens förslag om statens ansvar var att det finns ett praktiskt skäl att behandla försörjningsberedskapen för fredstida och krigstida krissituationer likadant, eftersom gränsen för vilken typ av hot en åtgärd tar sikte på inte alltid finns eller är särskilt tydlig. Förslaget om statens ansvar motiveras också med att försörjningsförmågan i fredstida krissituationer och krig är en kollektiv nyttighet där alla i samhället drar nytta av att samhällsfunktionerna fungerar och det finns en beredskap att försörja befolkningens mest basala behov.[307]

Utredningen anförde att undantagen från statens huvudansvar bör noga övervägas, så att inte antaganden om att åtgärder borde ha vidtagits i en allvarlig krissituation visar sig ha varit fel. Även om statligt finansierade beredskapsåtgärder och lagstiftade skyldigheter att utföra sådana åtgärder inte garanterat fungerar som tänkt, så är risken större för att rekommendationer och nog så väl motiverade förhoppningar om ansvar att utföra och finansiera beredskapsåtgärder fallerar. Att företag eller kommuner av principiella skäl borde finansiera en viss typ av beredskapsåtgärder, blir inte mycket värt ifall de inte gör det. Vidare konstaterade utredningen att även om tillsyn och kontroll i vissa sammanhang kan minska nämnda risker, så står grundförutsättningen för att åtgärder genomförs på stabilare grund om finansieringen inte måste konkurrera om andra resurser inom ett företags eller en kommuns verksamhet. Med statlig finansiering har åtminstone staten finansiell kontroll över åtgärderna.[308]

[306] SOU 2023:50 s. 467.
[307] SOU 2023:50 s. 469.
[308] SOU 2023:50 s. 472.

Gränsdragningsfrågor om redan gällande regler för kommunal verksamhet har uppmärksammats av tidigare utredningar. Bland annat framkom att kommuner och regioner har finansieringsansvar för att även vid höjd beredskap upprätthålla vård för ordinarie behov. Samtidigt påpekade utredningen att staten i mycket hög utsträckning ska ersätta det arbete som åligger kommuner och regioner i arbetet med att utföra lagstadgade uppgifter enligt 2 kap. lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, förkortad LEH.[309,310] Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utredningen om kommuners och regioners grundläggande ansvar inför och under fredstida kriser och höjd beredskap

Av liknande anledning som anges ovan tillsattes en utredning, Utredningen om kommuners och regioners grundläggande ansvar inför och under fredstida kriser och höjd beredskap, som bl.a. skulle analysera om det finns ett påtagligt behov av att till någon del förändra de övergripande principerna och regleringen om kostnadsfördelningen mellan å ena sidan staten och å andra sidan kommuner och regioner. Detta gäller specifikt kommuners och regioners förberedande uppgifter inför fredstida kriser och höjd beredskap, och vid behov föreslå förändringar. I uppdraget ingick dock inte att förändra balansen i fördelningen av kostnader mellan å ena sidan staten och å andra sidan kommuner och regioner. Fördelningsprinciperna skulle således i grunden förbli oförändrade, och däribland beakta den kommunala finansieringsprincipen.[311]

Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i september 2024. Bland annat föreslås en ny lag om kommuners och regioners grundläggande beredskap inför fredstida krissituationer och höjd beredskap, förkortad LKRB. Den nya lagen föreslås ersätta lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Enligt utredningen ställer regleringen enligt den nu gällande lagen inte de krav som i dag bör ställas på kommu-

[309] SOU 2023:50 s. 474.
[310] Med ledning av förarbetena till ersättningsbestämmelsen 5 kap. 1 § LEH (källa: SOU 2022:6 s. 350).
[311] Dir. 2023:51 s. 9–13.

ner och regioner inför främst mycket omfattande och svårartade fredstida krissituationer eller vid krig.[312]

Utredningen bedömer att ordningen med överenskommelser mellan staten och SKR varken är en ändamålsenlig eller effektiv form för att styra och tillföra medel till kommuner och regioner för deras planering och förberedande åtgärder enligt den nya lagen, LKRB. Ordningen anses inte heller vara lämplig med hänsyn till regeringsformens bestämmelser (8 kap. 2 och 3 §§). Enligt dessa ska statens styrning av kommuner och regioner genom lag eller förordning som har stöd i lag om styrningen innebär åligganden för kommunsektorn.[313]

Enligt utredningsdirektiven ska de övergripande principerna för kostnadsfördelningen mellan staten och den övriga offentliga förvaltningen inte ändras i fråga om samhällets fredstida krisberedskap och arbete med civilt försvar. Det betyder att staten bör ersätta kommuner och regioner för deras nya eller utökade uppgifter för planering och förberedande åtgärder enligt LKRB. Ersättningen sker i huvudsak genom höjningar av de generella statsbidragen enligt den kommunala finansieringsprincipen. Den nya lagen innebär nya uppgifter och en avsevärd ambitionsökning för kommuner och regioner i fråga om befintliga uppgifter inom planering och förberedande åtgärder inför kvalificerade fredstida krissituationer och höjd beredskap. Däremot bedöms inte LKRB medföra nya uppgifter eller ambitionsökningar i fråga om uppgifter inom planering och förberedande åtgärder inför fredstida krissituationer. Det betyder att kommuner och regioner själva bör finansiera den planering och de förberedande åtgärder som behöver genomföras av den nya lagen inför fredstida krissituationer.[314]

Fredstida krissituation definieras och används i förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap och föreslås även ska användas i LKRB. Det betyder en situation som avviker från det normala, drabbar många människor, stora delar av samhället eller hotar grundläggande värden, innebär en allvarlig störning eller en överhängande risk för en allvarlig störning av viktiga samhällsfunktioner, samt kräver samordnade och skyndsamma åtgärder från flera aktörer. Anledningen till en distinktion mellan en kvalificerad freds-

[312] SOU 2024:65 s. 15 och 16.
[313] SOU 2024:65 s. 26 och 27.
[314] SOU 2024:65 s. 26–28.

tida krissituation (och höjd beredskap) och en fredstida krissituation är att begreppet fredstida krissituation inte är tillräckligt för att i den nya lagen uttrycka att en sådan situation kan variera i allvarlighetsgrad. Därför föreslås att även det nya begreppet kvalificerad fredstida krissituation ska användas. En kvalificerad fredstida krissituation avser en mycket omfattande och svårartad fredstida krissituation som innebär en hög risk för många människors liv och hälsa eller för mycket omfattande skador på egendom eller miljön. En kvalificerad fredstida krissituation är en kvalificering av begreppet fredstida krissituation, och är således inte fristående till begreppet fredstida krissituation. Det nya begreppet syftar till att vara styrande för arten och omfattningen på kommuners och regioners planering och förberedande åtgärder inför fredstida krissituationer som antingen drabbar hela eller stora delar av lande.t eller endast en eller ett fåtal kommuner eller regioner på ett mycket svårartat sätt.[315] Några exempel på vad som kan utgöra en kvalificerad fredstida krissituation är pandemier och epizootier (epidemier bland djur), extrema översvämningar samt stormar och mycket omfattande bränder i eller i närheten av koncentrerad bostadsbebyggelse, vilkas konsekvenser innebär en hög risk för många människors liv eller för mycket stora materiella förluster eller stora skador på miljön.[316]

Andra finansieringsformer som i vissa fall kan vara aktuella är kostnadsersättningar och riktade statsbidrag. Kostnadsersättningar bedöms vara lämpliga om staten har behov att ålägga vissa kommuner eller regioner att vidta vissa särskilda förberedande åtgärder inför fredstida krissituationer eller höjd beredskap. Riktade statsbidrag kan vara ett komplement när staten ser behov av särskilda förberedande åtgärder av aktivitetsbaserad karaktär inför nyss nämnda förhållanden.[317]

[315] SOU 2024:65 s. 17 och 18.
[316] SOU 2024:65 s. 494.
[317] SOU 2024:65 s. 28.

8.8 Beredskap för storskalig testning och smittspårning

I detta avsnitt och i de efterföljande avsnitten redovisar vi våra överväganden och förslag om en ordning för en storskalig testning och smittspårning. Förslagen syftar till att stärka regionernas och statens kapacitet för storskalig testning och smittspårning. I detta avsnitt behandlas beredskapen och i avsnitt 8.9 genomförandet av storskalig testning och smittspårning. Därefter behandlas även tillsyn av regionernas beredskap (avsnitt 8.10) samt finansiering (avsnitt 8.11) för storskalig testning och smittspårning. Våra bedömningar om finansiering är uppdelade i två delar: dels finansiering av beredskap för uppskalning av testning och smittspårning, dels finansiering av genomförande av storskalig testning och smittspårning i en situation med omfattande smittspridning.

8.8.1 Det behövs beredskap för snabb uppskalning av storskalig testning och smittspårning

Bedömning: Det behövs beredskap för att snabbt initiera och sedan upprätthålla storskalig testning och smittspårning.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin talar för att det behövs en bättre beredskap för storskalig testning och smittspårning

Som framgått tidigare i detta kapitel hade varken regionerna eller staten inledningsvis under covid-19-pandemin beredskap för att skala upp testningen av personer med symtom men utan behov av specifik vård och behandling av covid-19. Sveriges situation var inte unik i det avseendet. Pandemin ledde till att det uppstod en global materialbrist på viktiga komponenter för testning och det rådde därför liknande kapacitetsproblem i många länder. Att det tog tid för regionerna att bygga upp testkapacitet berodde också på att den var anpassad efter vårdens behov av testning för säsongsinfluensa och andra återkommande luftvägsvirus. Testkapaciteten var uppbyggd för att hantera dessa virus och annan mikrobiologisk diagnostik, men inte för en storskalig testning av allmänheten vid en

pandemi. Hälso- och sjukvårdens fokus låg främst på svarstider för testning, dvs. tid från provtagning till leverans av analysresultat, och inte på testvolymer. Det förklaras av att hälso- och sjukvården behöver snabba svar dygnet runt för olika typer av ställningstaganden för behandling och beslut om behövliga smittskyddsåtgärder.

Utredningen delar bedömningen i direktiven om att det behövs beredskap för att snabbt initiera och sedan upprätthålla storskalig testning och smittspårning inför kommande situationer av pandemisk karaktär. Storskalig testning aktualiserades som en av flera centrala smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin. Som framgått i tidigare avsnitt sågs inte storskalig testning och smittspårning som en del av pandemihanteringen före pandemin. Enligt vår uppfattning kommer den aktuella bedömningen endast att ändras om WHO eller en annan motsvarande internationell aktör på smittskyddsområdet kommer fram till ett resultat som tydligt pekar på en låg nytta eller kostnadseffektivitet för storskalig testning. De kunskapsunderlag som utredningen har tagit del av och analyserat på en övergripande nivå om storskalig testning och smittspårning, framför allt studier från covid-19-pandemin, visar att det vetenskapliga kunskapsunderlaget är ofullständigt för att dra säkra slutsatser om effekter av storskalig testning och smittspårning för att begränsa smittspridning i samband med epidemier och pandemier av influensa och covid-19. Effekten är dock sannolikt störst under ett utbrotts tidiga fas (se avsnitt 8.4.1). Det begränsade vetenskapliga stödet beror till stor del på metodologiska svårigheter att utvärdera storskalig testning och smittspårning i förhållande till andra insatta åtgärder. Utredningen anser ändå, och i likhet med Folkhälsomyndighetens utvärdering[318], att det vid en omfattande smittspridning kan finnas behov av att inledningsvis eller under hela förloppet övervaka smittspridningen och försöka minska denna genom storskalig testning och smittspårning. Det är svårt att på förhand bedöma behovet av omfattningen av en framtida storskalig testning men enligt utredningens uppfattning behövs en beredskap för att snabbt kunna skala upp testning. Vid denna bedömning beaktar utredningen att det sannolikt kan komma att finnas ett stort behov av omfattande testning i miljöer där personer med hög risk för allvarlig sjukdom vistas, såsom t.ex. säbon. Det kan också vara aktuellt med en rela-

[318] Folkhälsomyndigheten 2024.

tivt omfattande testning om screening bedöms vara relevant, dvs. en bredare testning av personer utan misstanke om smitta, i fråga om t.ex. vård- och omsorgspersonal, och i samband med testning vid smittspårning. Det kan inte heller uteslutas att det vid en omfattande smittspridning finns behov av att testa med syftet att kunna ge den enskilde adekvat och individanpassad vård och behandling.

Det är också rimligt att anta att det kan komma att behöva göras prioriteringar av vilka målgrupper som omfattas av storskalig testning och smittspårning beroende på den framtida smittans förlopp, egenskaper och i vilka miljöer den sprids. Prioriteringar blir också aktuella om den omfattande smittspridningen pågår under en längre tid och vårdens resurser för att bedriva hälso- och sjukvård blir begränsade.

Flera delar ingår i en sådan beredskap

Utredningen anser att flera delar måste finnas på plats för en beredskap för att snabbt initiera och sedan upprätthålla storskalig testning och smittspårning för att hantera en framtida situation med omfattande smittspridning. Bland annat måste regionerna ha beredskap i form av interoperabla it-system och standardiserade data för testning och smittspårning. Sådana system och data medger effektiva arbetsprocesser som det finns ett behov av i ett normalläge, men är extra viktiga vid omfattande smittspridning. Behovet av standardiserade data gäller inte bara för det operativa genomförandet av testning och smittspårning utan även på nationell nivå för att bl.a. kunna följa smittläget och analysera i vilka miljöer smittspridning sker. Vidare bör regionerna ha en viss lagerhållning av adekvat material för testning för att kunna skala upp snabbt inför en situation där storskalig testning och smittspårning blir nödvändigt. Staten bör ha en samordnande och stödjande roll.

En beredskap för storskalig testning förutsätter således att det finns en tillräcklig mängd av lokaler, personal med adekvat kompetens, provtagningsmaterial, personlig skyddsutrustning för provtagare och laboratoriepersonal samt testutrustning. Med testutrustning avses framför allt utrustning för att ta emot och registrera prov, förbereda prov för analys, s.k. extraktion, samt för att utföra PCR/NAAT-diagnostik. Diagnostikutvecklingen kan dock leda till

att de exakta behoven kan komma att ändras och beredskapsplanerna uppdateras. En beredskap för storskalig testning inbegriper också en struktur för transport av prover som möjliggör för en säker fysisk och digital hantering av provtagning. En sådan beredskap för storskalig testning kan till viss del byggas upp med lagerhållning av utrustning för en viss nivå och volym inför en situation med omfattande smittspridning.

En uppbyggd beredskap för att hantera storskalig testning som beskrivs ovan fanns inte på plats inför covid-19-pandemin och fanns inte med i regionernas planer för pandemihantering. Ett generellt problem var bristen på resurser i form av utrustning, reagens, provtagningsmaterial och lokaler. Bristen gällde också personella resurser och möjligheten till omfördelning av personal. De mikrobiologiska laboratorierna fick kraftigt utöka sin verksamhet och laboratoriepersonal behövde lånas in från annan verksamhet eller nyanställas. Denna nya personal behövde undervisning kring rutiner och hantering av laboratorieutrustning.

En god beredskap generellt förutsätter att vårdverksamheten säkerställer att det finns tillgänglig personal som kontinuerligt upprätthåller sina kunskaper. På samma sätt förutsätter en god beredskapsplanering för storskalig hantering av ett smittoämne att de verksamheter som berörs snabbt kan tillhandahålla adekvat kompetens och finns tillgängliga med kort varsel.

Enligt vår genomgång av de enkätsvar som vi fått in från regionerna bedöms vissa delar av beredskapen för storskalig testning kunna hanteras genom regionernas egen beredskapsplanering för t.ex. lokaler och analysinstrument. Flera regioner efterfrågar dock en nationell samordning för bl.a. reagens och provtagningsmaterial. Under pandemin säkrades inte tillgången till analysinstrument och reagens på nationell nivå för laboratorierna. I stället erbjöds regionerna avtal med i första hand privata aktörer med ställda kvalitetskrav som inledningsvis var svåra att uppnå.

Mot denna bakgrund redovisar vi i följande avsnitt våra närmare överväganden och förslag om en ordning för beredskap och genomförande för storskalig testning och smittspårning.

8.8.2 Regionerna ska säkerställa den kapacitet för testning och smittspårning som beredskapen kräver

Förslag: Regionerna ska säkerställa att de har den kapacitet för provtagning, laboratorieanalys och smittspårning som beredskapen kräver.

Regeringen ska få meddela föreskrifter om omfattningen av sådan kapacitet.

Laboratoriediagnostiken är central för beredskapen

Laboratoriediagnostik är central för hälso- och sjukvården. För att vårdgivare ska tillhandahålla god vård enligt de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen krävs att relevant laboratoriediagnostik kan utföras. En stor andel av de medicinska besluten som fattas inom vården baseras helt eller delvis på resultat från en laboratorieanalys eller annan diagnostisk undersökning.

Även för regioners smittskyddsverksamhet behövs en välfungerande rapportering av mikrobiologisk laboratoriediagnostik för att fatta adekvata beslut om smittskyddsåtgärder och för att följa smittskyddslagens bestämmelser i övrigt. Utredningen konstaterar att storskalig mikrobiologisk testning har en särställning eftersom den storskaliga testningen inte i första hand görs för beslut om vård och behandling i det enskilda fallet utan av epidemiologiska skäl och för beslut om smittskyddsåtgärder på befolkningsnivå.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar att det finns flera skäl till att beredskapen för storskalig mikrobiologisk diagnostik på olika sätt behöver stärkas. Det handlar framför allt om effektivitetsbrister i testkedjan såsom långa svarstider och svårigheter att hantera den stora mängder analysresultat för att kunna utföra testning i tillräcklig omfattning och med tillräcklig hastighet för att den ska göra nytta. Under pandemin innebar det bl.a. att kommunikationen av analysresultat till enskilda behövde hanteras på nya sätt (se avsnitt 8.9.5). Att en storskalig testning ska bli verkningsfull förutsätter att smittspårning kan genomföras.

Initiativ på EU-nivå har tagits för att stärka laboratorieverksamheten i syfte att hantera framtida hälsohot

Lärdomarna från pandemin har lett till en rad initiativ på EU-nivå för att stärka arbetet kring framtida hälsohot och den rättsliga ramen för det. I hälsohotsförordningen föreskrivs bl.a. inrättande av ett nätverk av EU-referenslaboratorier. På folkhälsoområdet eller för specifika områden inom folkhälsa som är relevanta för genomförandet av hälsohotsförordningen eller av nationella planer för förebyggande åtgärder, beredskap och insatser får kommissionen utse EU-referenslaboratorier. Dessa ska enligt förordningen ge stöd till nationella referenslaboratorier för att främja god praxis och medlemsstaternas frivilliga harmonisering av diagnostik, testmetoder och användning av vissa tester för medlemsstaternas enhetliga övervakning, anmälan och rapportering av sjukdomar (artikel 15.1). ECDC ska i samarbete med WHO:s referenslaboratorier svara för driften och samordningen av nätverket av EU-referenslaboratorier (artikel 15.3).

Regionernas ansvar att säkerställa kapacitet för beredskapen bör regleras

Som beskrivs i avsnitt 8.1.2 ingår sedan 2017 de kliniska laboratorierna i Sverige i ett nationellt laboratorienätverk, SLIM, som samägs av regionerna och Folkhälsomyndigheten. Inom nätverket utses s.k. nationella referenslaboratorier (NRL) som ska stödja övriga laboratorier med kunskap och tillhandahålla viss referensdiagnostik, referensmaterial och referensfunktioner. Syftet med SLIM är att uppnå ökad kostnadseffektivitet, minskad sårbarhet, och en hållbar och jämlik mikrobiologisk verksamhet för hälso- och sjukvården i hela landet. Detta nätverk, liksom den reglerade samverkan på EU-nivå som beskrivs ovan är viktiga delar för den nationella laboratorieberedskapen, men garanterar i sig inte en uppbyggd beredskap för storskalig testning hos regionerna. En kapacitet för laboratorieberedskap inkluderar t.ex. en uppbyggd testkedja med interoperabla system och standardiserade data och viss lagerhållning av material som möjliggör storskalig testning, vilket vi föreslår i följande avsnitt 8.9.5 och 8.8.5.

Som redovisas i föregående avsnitt innehåller smittskyddslagen i dag inte några närmare bestämmelser om regionernas beredskap. För Folkhälsomyndigheten, som enligt smittskyddslagen ansvarar för samordning för smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd, finns närmare bestämmelser om myndighetens ansvar för beredskap inom smittskyddet i förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten, bl.a. i fråga om att upprätthålla viss laboratoriediagnostik. Det gäller mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier (28 § andra punkten).

Mot denna bakgrund anser utredningen att regionernas ansvar att säkerställa den laboratorieberedskap som behövs för beredskap inom smittskyddet bör tydliggöras. Vi föreslår därför att det av smittskyddslagen ska framgå att regionerna ska säkerställa att de har den kapacitet för provtagning, laboratorieanalys och smittspårning som beredskapen kräver.

Närmare föreskrifter om omfattningen av sådan kapacitet lämpar sig dock enligt vår mening inte för att regleras i smittskyddslagen. I stället föreslår vi att regeringen ges möjlighet att meddela föreskrifter om omfattningen av sådan kapacitet.

I följande avsnitt redogör vi för utredningens bedömning av några frågor som är av central betydelse för laboratorieberedskapen.

8.8.3 Beredskap för storskalig testning upprätthålls bäst på laboratorier som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge

Bedömning: Beredskap för storskalig testning upprätthålls bäst på laboratorier som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge.

Diagnostik kan utföras också på laboratorier som inte är mikrobiologiska

Hur laboratoriediagnostiken ska vara utformad eller bedrivas anges inte specifikt varken i hälso- och sjukvårdslagen, smittskyddslagen eller i annan lagstiftning. I förarbetena till smittskyddslagens bestäm-

melser om laboratorieanmälan av allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar, uttalas att skyldigheten att anmäla omfattar även andra laboratorier än mikrobiologiska som utför mikrobiologisk diagnostik och även annan person än läkare som är ansvarig för ett sådant laboratorium. Bakgrunden är att flera remissinstanser påpekade att det händer att andra laboratorier än mikrobiologiska laboratorier och laboratorier där läkare inte tjänstgör, utför mikrobiologisk diagnostik på prov från människa.[319] Den mikrobiologiska diagnostik som görs inom ramen för smittskyddet kan således utföras också på andra laboratorier än sådana vars verksamhet enbart är inriktade på sådan diagnostik.

Verksamheter som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge är bäst lämpade för storskalig testning

Vår övergripande bedömning är att de verksamheter som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge är bäst rustade för att upprätthålla beredskap för storskalig testning. Som nämns ovan ingår de kliniska laboratorierna i det nationella laboratorienätverket SLIM. Utredningen uppfattar att i stort sett samtliga regioner har egenägda laboratorier inom ramen för SLIM, dvs. laboratorier som drivs och ägs av regionen. En region, Sörmland, har anlitat en privat aktör för samtliga tjänster inom laboratoriediagnostik. Två privata aktörer inom laboratoriediagnostik är ackrediterade och ingår i SLIM. En ackreditering innebär en opartisk kompetensprövning enligt internationella standarder i syfte att bedöma att laboratoriet är kompetent att utföra moment som rör t.ex. provningar, analyser, kalibreringar och kontroller. Processen med ackreditering är relativt lång och sker stegvis. Ett laboratorium kan även bedriva verksamhet utan ackreditering i alla delar. De delar som inte är ackrediterade, t.ex. provhantering och analyser, måste dock vara kvalitetssäkrade och uppfylla kraven i standarden. Standarden ställer bl.a. krav på ledningssystem, riskhantering och förbättringar i syfte att minska risken för fel och därmed stärka patientsäkerheten.[320] De laboratorier som genomför mikrobiologisk diagnostik i ett normalläge är således underkastade höga krav på kvalitet. Att hela testkedjan är

[319] Prop. 2003/04:30 s. 93.
[320] Folkhälsomyndigheten 2024, s. 12.

kvalitetssäkrad och upprätthåller en god patientsäkerhet är centralt också vid en storskalig testning vid en omfattande smittspridning. Det är därför utredningens uppfattning att verksamheter som utför mikrobiologisk diagnostik i normalläge har bäst förutsättningar att tillhandahålla beredskap för storskalig testning.

Det bör inte införas något krav på att laboratorier ska vara regionägda

Utredningen har övervägt om laboratorieverksamheten i första hand bör vara regionägd för att bäst kunna upprätthålla en beredskap för storskalig testning. Enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering bidrog externt upphandlade aktörer i hög grad till att etablera och upprätthålla storskalig testning under pandemin. Under den period som Folkhälsomyndigheten hade avtal, från den 15 maj 2020 till den 31 mars 2022, analyserades 6,72 miljoner PCR-tester av externa aktörer, vilket var 36 procent av samtliga tester för perioden. Externa aktörer upphandlades också för provtagning och logistik som regionerna kunde nyttja vid behov. Aktörerna stod för cirka en tredjedel av all provtagning under 2021 och början av 2022.[321]

Utredningen delar Folkhälsomyndighetens slutsats att externa aktörer för testning hade en viktig roll under covid-19-pandemin för att genomföra storskalig testning vid omfattande smittspridning. De externa aktörerna bidrog också till att klara de ställda målen för storskalig övervakning av virusvarianter och sekvensering. Att följa nya virusvarianters egenskaper och spridningsmönster är viktiga bl.a. för vaccinering och vissa behandlingsbeslut.

Samtidigt är det tydligt att det fanns flera problem med att snabbt upphandla externa aktörer inom laboratoriediagnostik i ett krisläge som covid-19-pandemin. Processen med att upphandla externa aktörer, såväl statliga[322] som privata, ledde inledningsvis till problem med att skala upp testningen bl.a. på grund av de krav på kvalitet och patientsäkerhet som ställdes för laboratoriediagnostik i Folkhälsomyndighetens avtal med aktörerna. Även den statliga ersättningen för upphandlade tjänster inom testning till regionerna hade brister på så sätt att ersättningen översteg de faktiska kostnaderna för test-

[321] Folkhälsomyndigheten 2024 bilaga 4, s. 11 och 12.
[322] National Pandemic Centre (NPC) via Karolinska institutet, KI.

ning. Erfarenheterna visar att det bör finnas en utvecklad upphandlingsförmåga hos både staten och regionerna, och en mer träffsäker statlig ersättningsmodell för att hantera framtida situationer där storskalig testning och smittspårning aktualiseras, se avsnitt 8.11.3. De identifierade problemen under pandemin visar att det måste finnas en uppbyggd struktur för testning hos regionerna i ett normalläge för att kunna initiera och genomföra storskalig testning i en situation som kräver det. Med en sådan struktur avses en etablerad och väl fungerande testkedja, dvs. en kedja som omfattar provtagning, analys, hantering och kommunikation av analysresultat, som sammantaget ska klara kraven på patientsäkerhet, kvalitet och sekretess. En uppbyggd struktur hos regionerna förutsätter också ändamålsenliga och interoperabla it-system som gör det möjligt att skicka data och information på ett säkert och effektivt sätt i hela testkedjan, vilket vi behandlar i avsnitt 8.9.4.

Utredningen anser mot denna bakgrund att grunden för beredskap för en storskalig testning bäst upprätthålls hos laboratorier som bedriver mikrobiologisk diagnostik i ett normalläge. I huvudsak bedrivs sådana verksamheter i den egna regionens regi medan några regioner använder upphandlade tjänster inom laboratoriediagnostik. Vi ser därför inte några skäl till att ställa krav på att laboratorieverksamheten måste vara regionägd. I de fall ytterligare laboratorietjänster upphandlas nationellt eller regionalt, krävs dock generellt en god upphandlingsförmåga, vilket bl.a. inrymmer ställda och väl avvägda krav på bl.a. kvalitet, patientsäkerhet och system som omfattas av samma kvalitets- och säkerhetsregler som för regionernas laboratorieinformationssystem. Utredningen konstaterar samtidigt att externa aktörer sannolikt kommer att vara aktuella i en framtida situation med storskalig testning och därmed ha en fortsatt viktig roll. Av den anledningen bör både staten och regionerna ta tillvara de erfarenheter som kan dras från covid-19-pandemin, vilket utredningen återkommer till i de delar som avser statens finansiering av storskalig testning vid omfattande smittspridning (avsnitt 8.11.3).

8.8.4 Regionerna ska säkerställa viss lagerhållning av sjukvårdsprodukter för diagnostik

Förslag: Regionen ska säkerställa en lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen inom smittskyddet kräver.

Regeringen får meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av sådan lagerhållning. Sådana föreskrifter får dock inte innebära krav på lagerhållning som överstiger tre månaders normalförbrukning i regionen.

Bedömning: Lagerhållningen bör omfatta sjukvårdsprodukter i form av förbrukningsmaterial för provtagning och laboratorieanalys, samt i form av personlig skyddsutrustning för provtagare och laboratoriepersonal. Samtliga sjukvårdsprodukter bör kunna omsättas i ett normalläge.

Vidare bör hänsyn tas i lagerhållningen så att kommunernas vård- och omsorgsverksamheter får tillgång till testning inför och under en omfattande smittspridning.

Regionerna har efter pandemin etablerat viss beredskap för storskalig testning men den är inte specifik och långsiktig

Utifrån de uppgifter som utredningen har hämtat in från regionerna är det utredningens bedömning att regionerna etablerat en viss beredskap för storskalig testning efter covid-19-pandemin. Med beredskap avses här dels en framtagen epidemi- och pandemiplan, dels beslut om dimensionering för storskalig testning. Förutom Region Stockholms beslut om lagerhållning för produkter för storskalig testning för 2023[323] samt för 2024 och 2025[324] som beskrivits i tidigare avsnitt, har de regioner som fattat beslut om dimensionering dock inte fattat beslut om specificerade eller budgeterade volymer för en sådan testning. Besluten anger inte heller någon tidsram för hur länge en sådan beredskap ska kunna bibehållas.

Enligt utredningens kartläggning av regionernas epidemi- och pandemiplaner som redovisats i föregående kapitel (avsnitt 7.1.1), har

[323] Region Stockholm 2023a.
[324] Region Stockholm 2024.

Region Västerbotten en specifik upphandlad lagerhållning för läkemedel[325], däremot inte testning. Övriga regioner anger att det ska finnas beredskapslager på plats men specificerar inte ytterligare hur lagret ska säkerställas.

Det är utredningens uppfattning att det i en beredskap för en storskalig testning också bör ingå hur resurser som möjliggör storskalig testning ska kunna omfördelas eller skjutas till, främst utrustning, personal och lokaler. Utredningen konstaterar att även om en viss beredskap har etablerats i regionerna så är den inte specifik eller för den delen långsiktig för att kunna säkra upp för en storskalig testning. Beredskapen avser inte heller en lagerhållning av sjukvårdsprodukter för detta ändamål.

Ett uttryckligt krav på lagerhållning tydliggör och stärker beredskapen

Trots den planering för beredskap som finns i regionerna finns alltså ingen säkrad beredskap för storskalig testning och som är bestående över tid. Utredningen anser att det behöver framgå från statens sida vad som förväntas av regionerna i detta avseende. En viss lagerhållning ger regionerna bättre möjligheter och lika förutsättningar att bygga upp en beredskap för en situation med omfattande smittspridning. Ett uttryckligt krav på regionerna att säkerställa en lagerhållning av sjukvårdsprodukter för sådan provtagning och laboratorieanalys som beredskapen inom smittskyddet kräver, borgar för en stärkt beredskap och tydliggör och stärker regionernas ansvar för beredskapen inom smittskyddet.

Lagerhållningen bör säkerställa att storskalig testning kan initieras

Det har under utredningens gång inte framkommit några närmare synpunkter om explicita nivåer eller för hur lång tid det kan behövas byggas upp ett lager av sjukvårdsprodukter för testning. Volymen på lagerhållning för sjukvårdsprodukter för storskalig testning be-

[325] I Västerbottens pandemiplan beskrivs behovet av en ökad lagerhållning av läkemedel. Enligt planen anges att lager av läkemedel inventeras och fylls på via Läkemedelscentrum i samarbete med ApoX.

ror dels på hur stor den skattade uppskalningen bör vara räknat som antalet test per vecka, vilket t.ex. beror på vilket befolkningsunderlag som finns i regionen, dels för hur lång tid ett omsättningslager behöver byggas upp för en sådan uppskalning. Med en viss lagerhållning av produkter för storskalig testning vinner man framför allt tid för att tillsammans med andra smittskyddsåtgärder initialt kunna hantera en situation med omfattande smittspridning.

Som nämnts tidigare har Region Stockholm för 2024 och 2025 budgeterat för en uppskalning till en volym på 20 000 tester per vecka, vilket motsvarar ett lager på cirka två månaders normalförbrukning. Som en jämförelse kan nämnas att under covid-19-pandemin testades nationellt som mest 600 000 personer i veckan i början av 2022 enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering av den storskaliga testningen.

Lagerhållning av sjukvårdsprodukter är förenat med vissa kostnadsrisker om produkterna inte omsätts i tillräckligt hög takt

Ett aktuellt underlag, som ligger nära till hands att använda som en övergripande kunskapsinhämtning i fråga om lagerhållning, är det regeringsuppdrag som tilldelades Socialstyrelsen 2022 för att utreda vilka sjukvårdsprodukter som bör lagerhållas inom ramen för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap.[326] Uppdraget har sin grund i två delbetänkanden från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap.[327]

Socialstyrelsens kostnadsberäkningar för lagerhållning av sjukvårdsprodukter avser en normalförbrukning på tre respektive sex månader för olika sjukvårdsproduktområden. I fråga om omsättningslagerhållning av sjukvårdsprodukter handlar det om personlig skyddsutrustning och medicintekniska produkter för vård som inte kan anstå, vilket inte är jämförbart med de produkter som behövs för storskalig testning i syfte att hantera en omfattande smittspridning. Det finns emellertid gemensamma risker med lagerhållning av sjukvårdsprodukter som bör beaktas, oavsett för vilket ändamål produkterna ska användas. Exempelvis kan olika typer av kostnads-

[326] Regeringsbeslut S2022/04550.
[327] SOU 2020:23 och SOU 2021:19.

risker uppstå över tid. Bland annat ökar kostnaderna vid en större och mer långvarig lagerhållning, och för vissa produkter uppstår kostnader i form av värdeminskning på grund av skada eller ålder.

Vikten av att beakta sjukvårdsprodukters hållbarhetstid vid lagerhållning framgår även av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskaps förslag om beredskapslagerhållningsskyldighet för hälso- och sjukvården vad gäller medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och livsmedel för speciella medicinska ändamål. Den utredningens förslag om sådan lagerhållning omfattar endast sjukvårdsprodukter av förbrukningskaraktär, men gäller inte för medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning med kortare hållbarhetstid än 24 månader.[328]

Det bör ankomma på regeringen att meddela föreskrifter om innehållet i och omfattningen av lagren

På en övergripande nivå bedömer utredningen att lagerhållningen för en storskalig testning i regionerna bör avse en viss volym av sjukvårdsprodukter i form av förbrukningsmaterial för provtagning och laboratorieanalys samt personlig skyddsutrustning för provtagare och laboratoriepersonal som omsätts i ett normalläge. Utredningen anser att tre månaders normalförbrukning är en rimlig nivå för regioners lagerhållning av sjukvårdsprodukter för storskalig testning förutsatt att produkterna omsätts i vardagen och att produkternas hållbarhetstid beaktas vid inköp. Sådana lager kan enligt utredningens uppfattning säkerställa att alla regioner har en beredskap för att skala upp testningen initialt vid en storskalig testning. Utredningen är medveten om att det finns utmaningar med att lagerhålla produkter för snabb uppskalning av testning för ett nytt, i dag okänt, smittämne. Sannolikt kommer sådan testning inledningsvis behöva vara baserad på en egenutvecklad testmetod. Det är därför inte möjligt för utredningen att precisera vilka sjukvårdsprodukter och för hur lång tid olika produkttyper kan lagerhållas. Som framgått ovan kan det finnas produkter som det av kostnads- eller hållbarhetsskäl inte kan anses vara motiverat att lagerhålla för en längre tid. Produkter såsom reagens och personlig skyddsutrustning har korta hållbarhets-

[328] SOU 2021:19 s. 489–491.

tider och behöver omsättas i tillräckligt hög takt för att inte behöva slängas och därmed föra med sig onödiga kostnader.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det inte är lämpligt att i lag ange det närmare innehållet för lagerhållning. Däremot behöver det av lagen tillräckligt tydligt framgå omfattningen av lagerhållningsskyldigheten som åläggs regionerna för att det ska vara förenligt med regeringsformens bestämmelser. Enligt regeringsformen ska föreskrifter meddelas genom lag om de avser grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden (8 kap. 2 § första stycket tredje punkten regeringsformen).

Utredningen föreslår att det införs ett bemyndigande i lagen för regeringen att föreskriva om det närmare innehållet i och omfattning av lagerhållningsskyldigheten. För att på ett tydligt sätt avgränsa åliggandet för regionerna i lag föreslår utredningen att det ska framgå av bestämmelsen att regeringen inte får föreskriva om lagerhållning som överstiger tre månaders normalförbrukning i regionen. Regeringens föreskrifter bör träda i kraft samtidigt som lagregleringen av regionernas lagerhållningsskyldighet, se vidare kapitel 13.

Utredningen vill framhålla att det endast är den i lag angivna lagerhållningen som avgränsas till tre månaders normalförbrukning. Det står alltså regioner fritt att på eget initiativ lagerhålla sjukvårdsprodukter för storskalig testning som överstiger tre månaders normalförbrukning.

Tillgång till testning inom den kommunala vården och omsorgen bör beaktas i regionernas lagerhållningsskyldighet

Utredningen vill i detta sammanhang framhålla att det är viktigt att det säkerställs i regionernas lagerhållningsskyldighet att personal och vård- och omsorgstagare i den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheten får tillgång till storskalig testning inför och under en omfattande smittspridning. I det ingår också tillgång till personlig skyddsutrustning för provtagande vård- och omsorgspersonal vid sådan testning. Det handlar till stor del om redan sköra grupper som sannolikt riskerar att drabbas hårt i en situation med ett nytt eller påtagligt förändrat smittämne. Kommunerna har ett

ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser (12 kap. HSL) däribland för provtagning. Men det är regionerna som ansvarar för att säkerställa ett gott smittskydd, däribland testning och smittspårning, enligt smittskyddslagens bestämmelser.

Utredningen anser att kommunernas vård- och omsorgsverksamheter bör få snabb tillgång till testning inför och under en omfattande smittspridning. Vi bedömer att en sådan hänsyn bör beaktas i regionernas lagerhållningsskyldighet i fråga om sjukvårdsprodukter för storskalig testning.

8.8.5 Regeringens föreskrifter om lagerhållning bör baseras på underlag från berörda aktörer

Förslag: Socialstyrelsen får i uppdrag att i nära samverkan med Folkhälsomyndigheten och regionerna ta fram ett underlag över vilka närmare sjukvårdsprodukter som kan vara aktuella för lagerhållning för högst tre månaders normalförbrukning.

I uppdraget ingår också att beräkna kostnaderna för aktuella sjukvårdsprodukter för lagerhållning för storskalig testning och därmed nivån för ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen. Kostnadsuppgifterna tas fram i samverkan med regionerna.

Som beskrivits tidigare har Socialstyrelsen haft i uppdrag att utreda vilka sjukvårdsprodukter som bör lagerhållas inom ramen för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (S2022/04550). Myndigheten använde en modell för kostnadsberäkning som presenterades i ett delbetänkande från Utredningen om sjukvårdens beredskap (SOU 2021:19).[329]

Utredningen kan konstatera utifrån Socialstyrelsens uppdrag att det finns flera utmaningar med att på nationell nivå kostnadsberäkna medicintekniska produkter för lagerhållning. Det beror till stor del av att regionerna ansvarar för upphandling av förbrukningsartiklar, vilket innebär att de har egna avtal vilket gör det svårt att få fram jämförbar prisinformation. Det beror också på att det saknas enhetlig klassifikation och samlade försäljningsdata till skillnad från t.ex.

[329] Socialstyrelsen 2024 bilaga 8, s. 4.

läkemedelsområdet. Därtill finns skillnader i behandlingspraxis och vilka förbrukningsartiklar som föredras i respektive region, samt vilka volymer som förbrukas av respektive artikel.

Vi bedömer att det finns liknande utmaningar med att kostnadsberäkna produkter som krävs för storskalig testning. Därtill tillkommer att produkterna ska vara generiska i fråga om smittämne, standardiserade och kompatibla genom hela testkedjan i regionen. Det är med andra ord en grannlaga uppgift att identifiera vilka produkter inom testning som kan vara aktuella för lagerhållning och därefter beräkna kostnaderna för lagerhållning på nationell nivå.

Det är regionerna som ansvarar för att tillhandahålla och därmed upphandla sjukvårdsprodukter. Det är således också regionerna som ansvarar för att tillhandahålla produkter för storskalig testning enligt det förslag vi lämnar om lagerhållningsskyldighet. Regionerna bör således vara delaktiga i att bedöma vilka produkter som bör omfattas av den reglerade lagerhållningen.

Utifrån vad som framkommit från Socialstyrelsens regeringsuppdrag i fråga om försörjningsberedskap på vårdområdet bedömer utredningen att det krävs ett större arbete för att bedöma innehållet i och omfattningen av lagerhållningen och nivån för den statliga finansieringen av den. Ett sådant underlag bör tas fram på nationell nivå och baseras på regionernas information och bedömningar.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att Socialstyrelsen får i uppdrag att i nära samverkan med Folkhälsomyndigheten och regionerna ta fram ett underlag på basis av regionernas uppgifter om vilka sjukvårdsprodukter som kan vara aktuella för lagerhållning för storskalig testning och beräknade kostnader för ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen (se avsnitt 8.11.3). Eftersom ett sådant uppdrag är en förutsättning för regleringen och förskrifterna för lagerhållningen bör en sådant uppdrag inledas utan dröjsmål. I fråga om ikraftträdande för regleringen, se kapitel 13.

8.8.6 Regionerna kan behöva fördela sjukvårdsprodukter för testning till andra regioner för att hantera uppkomna regionala bristsituationer

Bedömning: Det kan uppstå lägen med regional brist på sjukvårdsprodukter för testning i en situation med omfattande smittspridning. Regioner kan i sådana fall behöva fördela sjukvårdsprodukter mellan sig. Motsvarande ordning för fördelning av sjukvårdsprodukter för testning som gällt enligt förordningen om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19, kan därför behövas vid en omfattande spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Sådana föreskrifter kan meddelas med stöd av bemyndigandet i smittskyddslagen som ger regeringen möjlighet att meddela särskilda föreskrifter om det vid en fredstida kris finns behov av samordnade nationella åtgärder inom smittskyddet. Någon lagändring för detta behövs därför inte.

Regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården och ska erbjuda en god hälso- och sjukvård. Som vårdgivare ansvarar regioner och kommuner för att det finns de sjukvårdsprodukter som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). Vid fredstida kriser får regioner och kommuner på begäran lämna hjälp till andra regioner och kommuner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid (4 kap. 1 § LEH). I lagen finns även bestämmelser om vilken ersättning som den region eller kommun som lämnat hjälpen ska kunna få samt hur denna ersättning ska beräknas och betalas ut.

Flera operativa regeringsuppdrag delades ut under början av covid-19-pandemin i syfte att hantera behovet av att inventera och säkra tillgången till sjukvårdsprodukter och medicinteknisk utrustning i vården och omsorgen. Socialstyrelsen fick inledningsvis i uppdrag att säkra tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19. Myndigheten skulle också svara för fördelningen av detta och – om det behövdes – omfördela mellan regioner och kommuner samt, så långt det var möjligt, ta initiativ till att skyndsamt få igång en produktion av material inom Sverige. I uppdraget ingick bl.a. att kontinuerligt inventera behoven av och tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårds-

material som behövdes i regioner och kommuner, undersöka möjligheten att köpa skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial från andra aktörer som använder sådan i sin verksamhet och inhämta kunskap om försörjningskedjor och produktionsteknik från relevanta aktörer.[330]

Samtidigt med ovanstående uppdrag beslutade regeringen med stöd av 9 kap. 6 § SmL förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen innebär att Socialstyrelsen får, med hänsyn till behovet inom en särskild del av landet eller inom en viss verksamhetsgren inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, besluta om att en region eller kommun ska överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial till en eller flera andra regioner eller kommuner. Förordningen innebär även att regioner och kommuner på begäran av Socialstyrelsen ska lämna information om den personliga skyddsutrustning och det provtagningsmaterial som respektive region eller kommun har tillgång till. Den region eller kommun som överlämnar personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial enligt förordningen har rätt att få skälig ersättning från den mottagande regionen eller kommunen.

Länsstyrelserna fick i uppdrag att, i samarbete med MSB och SKR, bistå Socialstyrelsen i arbetet.[331] I samband med det uppdraget kompletterades förordningen med bestämmelser om att även en länsstyrelse får begära in uppgifter från regioner och kommuner om den personliga skyddsutrustning och det provtagningsmaterial som respektive region eller kommun har tillgång till och att en länsstyrelse inom sitt geografiska område får verka för samordning av den aktuella utrustningen.

Att ansvarsfördelningen för inköp och omfördelning av sjukvårdsprodukter uppfattades som otydlig under pandemins inledande månader har resulterat i olika initiativ från regeringen om att öka den nationella samordningen som en del av arbetet med att stärka hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap. Bland annat har ett antal uppdrag getts till flera myndigheter i syfte att öka samordningen och förbättra överblicken över tillgång och

[330] Regeringsbeslut S2020/01558/FS och regeringsbeslut S2020/01594/FS.
[331] Regeringsbeslut S2020/02676/SOF.

produktionskapacitet för sjukvårdsprodukter.[332] Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utveckla ett arbete för ett samlat statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet när det gäller läkemedel och medicintekniska produkter.[333] Uppdraget delredovisades i juni 2022 och slutredovisades i december 2023.[334] I och med uppdraget tog Socialstyrelsen också fram en modell för en nationell samverkansstruktur med myndigheter och regioner så att alla inblandade gemensamt kan samlas kring utveckling av försörjningsberedskapen.

Bakgrunden till uppdraget till Socialstyrelsen var ett förslag från Utredningen om vårdens beredskap om att myndigheten skulle få ett statligt ansvar för försörjningsberedskapen. Den utredningen bedömde att covid-19-pandemin hade visat ett behov av en nationell aktör som kan samordna arbetet med försörjningsberedskap inom hälso- och sjukvårdsområdet, dvs. robusthet och tillgång till läkemedel och andra sjukvårdsprodukter.

Den utredningen föreslog också att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att skapa en nationell funktion för samordning och inköp av sjukvårdsprodukter som ska träda i funktion när det finns behov av nationellt samordnade inköp för att säkerställa hälso- och sjukvårdens behov i händelse av kris eller krig. En sådan funktion skulle inte ta över alla inköp till hälso- och sjukvården utan ansvara för sådana produkter där det finns behov av nationell samordning. Övriga inköp bedömdes fortsätta som vanligt i ordinarie försörjningskanaler. Genom att en statlig myndighet ansvarar för uppdraget sker inköpen för statens räkning och produkterna kan fördelas till olika aktörer utifrån behov.[335]

Utredningen anser att det inte är osannolikt att liknande kapacitetsproblem i fråga om sjukvårdsprodukter, inklusive personlig skyddsutrustning, för storskalig testning kan bli aktuella vid en situation med omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom, särskilt om den pågår under en längre tid. Vi lämnar flera förslag i syfte att bidra till en bättre laboratorieberedskap hos regionerna, men vi kan samtidigt konstatera att en smittspridning kan se olika

[332] Prop. 2022/23:45 s. 28.
[333] Regeringsbeslut (S2021/08235).
[334] Socialstyrelsen. Statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården. Vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap inklusive ytterst krig. 2023.
[335] SOU 2021:19 s. 732.

ut i landet och över tid. En viktig del i det arbetet är att regioner kan omfördela sjukvårdsprodukter för testning i sådana lägen.

I en situation där endast samverkan mellan regioner inte räcker för att tillgodose de behov av sjukvårdsprodukter, inklusive personlig utrustning, för testning som kan uppkomma regionalt och lokalt vid en omfattande smittspridning, bedömer vi att det kan uppstå behov av en nationell samordning av en omfördelning av sådana sjukvårdsprodukter. Vi bedömer att under sådana förhållanden har regeringen, på motsvarande sätt som skedde för sjukvårdsmaterial för covid-19, möjlighet att med stöd av bemyndigandet i 9 kap. 6 § SmL meddela behövliga föreskrifter. Några ytterligare lagändringar för detta behövs således inte.

8.8.7 En mer strukturerad planering behövs för att stärka regionernas laboratorieberedskap

Förslag: Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att stödja regionernas laboratorieberedskap för uppskalning av testning. Uppdraget genomförs i samverkan med berörda verksamheter. Socialstyrelsen bistår Folkhälsomyndigheten i arbetet med planeringen av laboratorieberedskapen. I uppdraget bör också ingå att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen tar fram dimensionerande scenarier för regionernas beredskapsplanering för storskalig testning, vilket är i linje med Folkhälsomyndighetens förslag.

Bedömning: En mer strukturerad planering behövs för att stärka regionernas laboratorieberedskap för uppskalning av testning. Planeringen avser att stärka laboratorieberedskapen överlag och bör ses som ett komplement till utredningens förslag som rör regioners lagerhållningsskyldighet.

Som framgått tidigare blev det under covid-19-pandemin tydligt att tillgången till olika sjukvårdsprodukter begränsades av den globala materialbristen och en lagerhållning anpassad för ett normalläge och utifrån en just-in-time-princip som innebär att varor produceras och levereras i den mängd och vid den tidpunkt som de behövs. Under pandemin samordnade kommuner och regioner inköpen på olika sätt och med olika resultat. Den omfattande globala bristen på

personlig skyddsutrustning och medicintekniska produkter ledde bl.a. till en situation där regionerna konkurrerade med varandra om tillgängligt material, vilket i sin tur bidrog till olika typer av prioriteringar hos leverantörer. I många fall baserades leveranserna på föregående årsförbrukning och volymer hos leverantörer som fördelats för den svenska marknaden. I vissa fall gjorde globala företag med interna riktlinjer prioriteringar av volymer till länder utifrån antalet covid-19-patienter.[336] Behovet av en bättre och mer samordnad tillgång till sjukvårdsprodukter blev uppenbart under pandemin. På EU-nivå aktualiserades frågan om att säkerställa tillgången till medicinska motmedel genom gemensamma upphandlingar. Syftet var att undvika en bristsituation för medlemsländerna.

Upphandling av sjukvårdsprodukter för storskalig testning är komplext och bör beaktas i arbetet med laboratorieberedskapen

Det är regionernas ansvar att upprätta avtal om leverans och kravspecifikation med leverantör av mikrobiologisk diagnostik om ökad testkapacitet när det behövs och i beredskapssyfte. Mot bakgrund av erfarenheterna från covid-19-pandemin är utredningens bedömning att regionerna bör kunna upphandla produkter på ett mer effektivt och samordnat sätt. Det finns en risk att regioners förmåga att upprätthålla en framtida storskalig testning i en framtida situation med omfattande smittspridning kompliceras på ett liknande sätt som under pandemin av en global brist på kritiska komponenter för testning.

Som tidigare beskrivits är det betydligt mer komplext att upphandla sjukvårdsprodukter för testning än att upphandla vaccin eller läkemedel. Komplexiteten består bl.a. i att produkterna måste vara standardiserade för att fungera i hela testkedjan. Konkret innebär det att provtagningspinnar måste passa i transportrören, och att dessa produkter i sin tur fungerar för regionernas provmottagning och provberedning, samt att reagens för provextraktion och NAAT/PCR är anpassade för laboratoriernas apparater. Standardiserade

[336] Medicinteknisk förening. Materialförsörjning under pandemin. Vad har vi lärt oss och vad bör vi göra för att hantera materialförsörjningen bättre i nästa kris? 2021. https://dhs.sp.regeringskansliet.se/kom/s_2023_08/TexterPM/Deluppdrag_Storskalig%20provtagning_analys%20mm/MTF_krishantering-och-resiliens-arbetsgrupp-materialforsorjning-maj-2021.pdf. Hämtat 2024-02-29.

produkter för testning gäller framför allt om en nationell upphandling aktualiseras i en situation med omfattande smittspridning och där regionernas egen upphandling inte räcker till. För att arbetet med att stödja och stärka regionernas laboratorieberedskap ska vara ändamålsenligt inför en sådan situation bör hänsyn tas till detta faktum, och därmed beaktas i det arbetet.

Egenprovtagning och patientnära analys kan vara ett komplement vid storskalig testning

Som beskrivs i avsnitt 8.1.2 innebär egenprovtagning att patienten själv tar provet som sedan skickas till ett laboratorium för analys, under covid-19-pandemin skedde det oftast med PCR-test. Alternativt utför vårdpersonal eller patienten själv analysen, s.k. patientnära analys (PNA). Under pandemin skedde sådana patientnära analyser med antigentester. Egenprovtagning bidrog aktivt till genomförandet av den statsfinansierade storskaliga PCR-testningen under covid-19-pandemin. Inom vården användes antigentester framför allt i screeningsyfte av vård- och omsorgspersonal, vid bedömning av patienter på akutmottagning och vid smittspårning. I samhället utfördes också omfattande egenprovtagning och egenanalys med privat inköpta antigentester.

Virusnivåerna är relativt höga vid en SARS-CoV-2-infektion vilket gjorde att antigentester fyllde en funktion och identifierade mer högsmittsamma personer. Ett nytt eller förändrat smittämne behöver inte uppföra sig på samma sätt, vilket kan minska nyttan med antigentester. Å andra sidan kan det enligt utredningens bedömning i framtiden komma utvecklas nya metoder för patientnära analyser med högre känslighet än dagens antigentester.

Egenprovtagning och egenutförd analys med antigentester eller andra typer av tester kan således fungera som ett komplement till laboratoriebaserad storskalig PCR-testning vid en framtida omfattande smittspridning. Egenutförd antigentestning kan vara kostnadseffektiv eftersom testerna är relativt billiga och har en mycket kort svarstid jämfört med PCR-test. Antigentester har dock även nackdelar i form av lägre känslighet än PCR-tester och det tar längre tid att utveckla ett antigentest än ett PCR-test för ett nytt eller förändrat smittämne. Detta gör att det inte går att lagerhålla antigen-

tester eftersom man inte på förhand vet vilket smittämne som kan bli aktuellt. Därmed kan det dröja innan tillförlitliga tester för patientnära analys finns tillgängliga att använda för nya smittämnen eller varianter av smittämnen. Ytterligare en nackdel är att det i dag saknas ett system för registrering av egenutförda antigentester.

Trots ovanstående utmaningar anser utredningen att det kan finnas behov att t.ex. följa utvecklingen av tester för patientnära analys genom att bl.a. utreda hur sådana tester kan användas vid storskalig testning och hur resultaten ska kunna registreras och rapporteras. Det kan företrädesvis göras på nationell nivå som en del av arbetet med att stärka laboratorieberedskapen överlag. Ett sådant arbete bör också innefatta planer för den möjliga användningen av egenprovtagning och egenutförd analys som ett komplement till laboratoriebaserad storskalig testning i händelse av framtida omfattande smittspridning.

EU-regelverket för laboratoriediagnostik kan påverka tillgången till produkter för testning och bör beaktas i planeringen av laboratorieberedskapen

Utredningen har i avsnitt 3.4.3 på en övergripande nivå redogjort för det nya EU-regelverket för medicintekniska produkter inom laboratoriediagnostik (IVDR). Det ställer en rad krav på de produkter som används för diagnostik, såväl produkter som säljs på marknaden och egentillverkade produkter som laboratorieverksamheten själva tar fram. Syftet med kraven är att åstadkomma säkrare produkter för användaren med en ökad spårbarhet i tillverkningen av diagnostiska IVD-produkter.

Utredningen har inte närmare undersökt vad IVDR kan komma att innebära konkret för laboratorieverksamheternas förmåga att skala upp testningen i en framtida situation med omfattande smittspridning. Vi kan emellertid konstatera att storskalig testning under covid-19-pandemin utfördes till stor del med egentillverkade produkter i bl.a. Region Stockholm och vid en nordisk jämförelse till mycket stor del i Danmark, som hade en omfattande storskalig testning. De övergripande bestämmelserna i IVDR trädde i kraft den 26 maj 2022, följt av fler bestämmelser den 26 maj 2024. Från och med den 31 december 2030 ska den sista artikeln rörande egentill-

verkade produkter i IVDR börja tillämpas. Den innebär i korthet att egentillverkning endast blir möjligt när motsvarande produkter inte finns att tillgå på marknaden, vilket är en påtaglig skillnad från det tidigare regelverket. Det innebär att de möjliga konsekvenserna av det nya IVD-regelverket bör beaktas i regionernas långsiktiga planering av laboratorieberedskapen.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen bör stödja regionernas laboratorieberedskap

Utredningen lämnar flera förslag som syftar till att stärka regionernas laboratorieberedskap såsom att regionerna ska säkerställa kapacitet för provtagning och laboratorieanalys (avsnitt 8.8.2) samt ha en lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter för diagnostik (avsnitt 8.8.4). Vi anser mot bakgrund av detta att regionerna kan behöva stöd i arbetet med att stärka sin laboratorieberedskap utöver de ovan nämnda förslagen vi lämnar.

Detta förslag syftar till att stödja regionernas arbete för att stärka den mer långsiktiga laboratorieberedskapen inför omfattande smittspridning, och ska därför ses som ett komplement till de förslag som beskrivs ovan. I en strukturerad planering av laboratorieberedskap kan ingå att redovisa olika scenarier av framtida förlopp vid en omfattande smittspridning. Det är enligt utredningens bedömning ett sätt att på en mer operativ nivå bistå regionerna med stöd och kunskap i syfte att stärka laboratorieberedskapen. Vi vet inte hur smittspridningen av ett framtida smittämne kan se ut, och enligt utredningens uppfattning är det därför viktigt att ta fram olika tänkbara scenarier som underlag till att utveckla laboratorieberedskapen. Dessutom bör utvecklingen av nya sjukvårdsprodukter och metoder för testning följas.

Folkhälsomyndigheten har lämnat två förslag till regeringen som rör regionernas planering inom laboratorieberedskap, vilket vi redovisat i avsnitt 8.4.2. Dels föreslår Folkhälsomyndigheten att myndigheten får i uppdrag att samordna regionernas laboratorieberedskapsplanering, dels att myndigheten i samarbete med Socialstyrelsen tar fram dimensionerande scenarier för regionernas beredskapsplanering för storskalig testning och smittspårning. Utredningen anser att förslagen utgör ett viktigt stöd i regionernas arbete med att bygga

upp en beredskap för storskalig testning. Vidare bedömer vi att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen är lämpade för uppdragen utifrån de uppgifter och uppdrag de har. Enligt utredningens uppfattning bör erfarenheterna från covid-19-pandemin tillvaratas, och det kan göras gemensamt av berörda aktörer. Folkhälsomyndighetens förslag och utredningens förslag om nationell samordning syftar båda till att stärka laboratorieberedskapen för storskalig testning.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att stödja regionernas laboratorieberedskap i samma syfte. Uppdraget bör göras i samverkan med regioner, däribland med landets kliniska laboratorier. Nätverket Svenskt laboratorienätverk inom mikrobiologi (SLIM) har en etablerad struktur och kan vara aktuellt för samverkan.

Socialstyrelsen bistår Folkhälsomyndigheten i arbetet med planeringen av laboratorieberedskapen. I uppdraget bör också ingå att myndigheterna ta fram dimensionerande scenarier för regionernas beredskapsplanering för storskalig testning, vilket också Folkhälsomyndigheten föreslår. Utredningen vill i sammanhanget understryka att det är varje region som upphandlar sjukvårdsprodukter utifrån sina egna behov i normalläge och utifrån egna avtal med leverantörer. Vilka typer av sjukvårdsprodukter som kan vara aktuella för uppskalning bör tas fram tillsammans med regionerna, t.ex. via landets kliniska laboratorier, vilket utredningen bedömer omhändertas i förslaget om att ta fram ett underlag för regeringens beslut om lagerhållningsskyldighet (avsnitt 8.8.4).

8.9 Genomförande av storskalig testning och smittspårning

I avsnittet redovisas de delar som behöver utvecklas för att genomföra en mer ändamålsenlig storskalig testning och smittspårning. I huvudsak handlar det om att smittskyddslagens bestämmelser bör bli mer ändamålsenliga för att möjliggöra storskalig testning och smittspårning. Vidare finns behov av att utveckla it-systemen och ta fram digitala verktyg för att effektivisera processen för storskalig testning och smittspårning. Vi inleder med att redogöra för vår be-

dömning av behovet av effektiva processer i fråga om såväl testningen som smittspårningen.

8.9.1 En storskalig testning och smittspårning är beroende av korta ledtider

Bedömning: En storskalig testning och smittspårning är beroende av korta ledtider för provtagning, diagnostik och smittspårning.

Utredningen bedömer att det är mest troligt att det i första hand är ett luftvägsvirus eller annat smittämne med liknande smittväg som riskerar att orsaka en framtida omfattande smittspridning. Sådana infektioner kännetecknas av kort inkubationstid till sjukdom och smittsamhet och snabbt förlopp så att smittsamheten snabbt minskar. Det handlar i regel om en vecka. Smittspårning har störst värde om fall snabbt identifieras och den smittade får information om åtgärder mot vidare smitta. Även identifiering av smittkälla måste ske snabbt för att kunna bryta pågående smittkedjor.

En väl fungerande smittspårning kräver därför en väl uppbyggd och effektiv mikrobiologisk diagnostik. Om smittspårningen ska kunna hantera ett luftburet virus effektivt måste ledtiderna vara korta under hela provtagningskedjan. Vid minsta fördröjning i provtagningskedjan blir smittspårningen mindre effektiv. Under vissa perioder var fördröjningarna under covid-19-pandemin så stora i olika delar av kedjan att smittspårningen blev i stort sett verkningslös.

Ett flexibelt regelverk och utvecklade system och digitala verktyg behövs för att korta ledtiderna och hantera många fall

Behoven av smittspårning ser olika ut under en pandemis olika faser, och kan antas vara stort under en tidig fas innan smittspridningen har fått fäste i samhället. Under en pandemis olika faser, men framför allt under en pågående omfattande smittspridning, behöver smittspårningen enligt utredningens bedömning bygga på automatiserade system och digitala verktyg för att möjliggöra direktkontakt med den provtagne personen i syfte att ge information om hur den en-

skilde bäst bör agera för att kunna förebygga smittspridning till andra på egen hand. Utredningen bedömer att ett förbättrat digitalt stöd för sådan kommunikation kan spara resurser för mer traditionell smittspårning i miljöer som kräver detta såsom särskilda boenden eller andra riskmiljöer. Automatiserade system och digitala verktyg inom smittspårning torde också bidra till bättre uppföljningar och analyser från smittspårningsdata.

En storskalig testning och smittspårning är således beroende av snabb mikrobiologisk diagnostik som i sin tur behöver bygga på en etablerad testkedja som vi bl.a. redogör för i avsnitt 8.6.3. Det behöver finnas ett flexibelt regelverk som kan möjliggöra en ändamålsenlig ordning för genomförandet och säkerställa korta ledtider. Det behövs även beredskap i form av i förväg utvecklade system och digitala verktyg för att hantera stora volymer av konstaterade fall.

8.9.2 Traditionell smittspårning överbelastas sannolikt vid omfattande smittspridning

Bedömning: Traditionell smittspårning överbelastas sannolikt vid omfattande smittspridning.

Smittspårningen genomfördes till stor del manuellt under covid-19-pandemin och snabba lösningar fick tas fram

Som framgått i avsnitt 8.7.3 finns ingen nationell statistik på antalet smittspårningar som utfördes under covid-19-pandemin, men antalet uppskattas ha varit stort. Enligt data från SmiNet, där alla positiva fall anmäls, bedömer Folkhälsomyndigheten i sin utvärdering att cirka 73 procent av samtliga 884 508 anmälda fall av covid-19 under 2021 har genomgått eller planerats för smittspårning.

Före covid-19-pandemin genomfördes smittspårning till stor del manuellt, dvs. med papper och penna. När SARS-CoV-2 fick samhällsspridning fick regionerna, som framgår av tidigare avsnitt, snabbt samla personalresurser för rekrytering och utbildning för att hantera den uppkomna situationen. Till viss del centraliserade regionerna sina smittspårningsenheter för att bättre kunna genomföra storskalig smittspårning. Det uppstod också behov av digitala verktyg. Ett

initiativ togs till ett digitalt smittspårningsverktyg i syfte att hantera smittspårningsärenden, och en e-tjänst inom 1177 togs fram i syfte att hantera informationen elektroniskt till egenprovtagna personer. Det fanns dock flera svårigheter, t.ex. att nå smittade personer och kontakter i den omfattning och snabbhet som krävdes. Smittspårningspersonalen kunde inte informera alla personer som behövde kontaktas på grund av det stora antalet smittade, samt t.ex. personer som inte har svenska som modersmål och personer som inte klarar en digital kommunikation.

Enligt de uppgifter utredningen har hämtat in från regionerna behövs tillräckliga personella resurser med adekvat kompetens för att kunna skala upp en traditionell smittspårning i en framtida situation. Enligt regionerna är storskalig smittspårning ekonomiskt resurskrävande eftersom smittspårning till stor del hanteras på traditionellt vis, dvs. manuell hantering med hjälp av smittspårningspersonal. Flera regioner uppger att det finns vilande smittspårarfunktioner som kan användas eller skalas upp vid behov. I en region finns t.ex. en vilande styrgrupp som upprätthåller kompetensen genom regelbundna utbildningar.

Regionernas uppfattning om vad som behövs mer specifikt för en beredskap för storskalig smittspårning varierar enligt de enkätunderlag från regionerna som utredningen har analyserat. Det handlar såväl om digitala system för egenbeställning och återkoppling av analysresultat, utrustning för personal att smittspåra hemifrån som avsatta lokaler för smittspårning. En region lyfter, i likhet med vad som bör gälla för storskalig testning, att det är viktigt att beredskapen för smittspårning är en del av regionens övriga arbete med krisberedskap. Utredningen kan dock konstatera att det är få regioner som har en sådan integrerad planering.

Traditionell smittspårning överbelastas sannolikt vid omfattande smittspridning och bör därför effektiviseras

Utredningen bedömer att traditionell smittspårning sannolikt kommer att överbelastas vid en framtida situation med omfattande smittspridning. Covid-19-pandemin visade tydligt att smittspårningen utmanades på flera sätt, och främst för att den hittills har byggt på manuell hantering, dvs. en traditionell smittspårning. En framtida

situation med omfattande testvolymer kan inte hanteras av smittspårningspersonal med de till stor del manuella upplägg och lösningar som har använts hittills, och som dessutom skiftar mellan och inom regioner.

Av den anledningen anser utredningen att traditionell smittspårning kan vara otillräcklig vid en omfattande smittspridning. Det finns därmed skäl att effektivisera smittspårningen med hjälp av system och digitala verktyg på plats i förväg för att en storskalig smittspårning ska fungera mer automatiserat och effektivt. En del i en sådan effektivisering avser digitala stöd både i den del som avser digital kommunikation med den provtagne med positivt analysresultat och i den enskildes kontakt med smittspårare. Utvecklade system och framtagna digitala verktyg bör också kunna användas för annan smittspårning än vid omfattande smittspridning, vilket innebär enligt utredningen en mer kostnadseffektiv användning. En kontinuerlig användning av system och verktyg borgar för att säkerställa funktionaliteten, även om belastningstest för en situation med omfattande smittspridning bör göras. Det gäller således i ett normalläge, men är särskilt viktigt i en situation med omfattande smittspridning. Vi lämnar ett sådant förslag i avsnitt 8.9.5. Det bör i sammanhanget nämnas att digital kommunikation kan vara utmanande för personer som av olika skäl har begränsade möjligheter att använda digitala verktyg, vilket vi tar upp närmare i avsnittet. En automatisering och digitalisering av smittspårningen innebär samtidigt att resurser för smittspårning kan frigöras för att nå ut till just dessa personer som har begränsad möjlighet att kommunicera via digitala kanaler eller har behov av särskilt stöd i fråga om smittspårning.

8.9.3 Ett flexibelt regelverk möjliggör en ändamålsenlig storskalig testning och smittspårning

Förslag: Regeringen ska ges möjlighet att meddela föreskrifter om att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga, liksom den som vid en smittspårning kan misstänkas vara smittad av sjukdomen, ska kunna kontakta hälso- och sjukvården på annat sätt än att söka läkare enligt smittskyddslagens bestämmelser.

Regeringen ska också ges möjlighet att meddela föreskrifter om att vad som sägs om läkare i smittskyddslagens bestämmelser om skyldigheten att undersöka patienten och ta prover, ska gälla annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkaren. Detsamma gäller vad som sägs om behandlande läkare i smittskyddslagens bestämmelser om smittspårning.

Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

Bedömning: Undantag från kraven på bl.a. läkarundersökning, provtagning och smittspårning kan möjliggöra en ändamålsenlig storskalig testning och smittspårning.

Det kan behöva göras undantag från vissa krav i smittskyddslagen

Som vi tidigare redovisat innebar hanteringen av provtagning, anmälningar och smittspårning under covid-19-pandemin utmaningar för både behandlande läkare och smittskyddsläkare. Omfattningen av testning och smittspårning i kombination med bristen på personal och provtagningsmaterial gjorde att smittskyddslagens krav på provtagning och anmälningar inte kunde följas på samma sätt som i ett normalläge.

Som framgår av avsnitt 7.5.1 ledde det till att Folkhälsomyndigheten gjorde flera justeringar i sina föreskrifter och vägledande dokument för att möjliggöra för hälso- och sjukvården att hantera den omfattande smittspridningen. Bland annat tog myndigheten fram föreskrifter om undantag från anmälningsskyldigheten för covid-19 i den del som avsåg kliniska anmälningar, dvs. anmälningar från behandlande läkare. Enligt vad utredningen uppfattar bedömdes de fortsatt obligatoriska laboratorieanmälningarna vara tillräckliga för att följa den epidemiologiska utvecklingen och för smittskyddsläkarnas smittspårningar. Under pandemin utvecklades även gradvis mer ändamålsenliga lösningar för att organisera en storskalig testning och smittspårning utifrån smittskyddslagens krav på läkarundersökning, provtagning och smittspårning.

För en bättre beredskap som ger vården och smittskyddsläkaren förutsebara förutsättningar att hantera en framtida situation med omfattande smittspridning föreslår vi i föregående kapitel att reger-

ingen får, utöver den möjlighet som i dag finns att göra undantag från anmälningsskyldigheten, möjlighet att meddela undantag från smittskyddslagens bestämmelser om skyldigheten att söka läkare, utreda sjukdomsfall, smittspåra och om viss anmälnings- och underrättelseplikt.

I föregående kapitel föreslår vi också att det ska gå att meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att lämna individuellt utformade råd och förhållningsregler. Avsikten med ett sådant undantag är dock inte att den smittade ska lämnas utan anvisningar om hur han eller hon bör agera för att förhindra ytterligare smittspridning. Möjligheten till undantag tar sikte på en situation där behovet av individuellt utformade råd och förhållningsregler är litet och där generella råd och rekommendationer från regionen, smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten om hur smittade personer bäst bör agera bedöms vara mer ändamålsenliga.

De föreslagna möjligheterna att göra undantag från smittskyddslagens bestämmelser gör det således möjligt att anpassa kraven på testning och smittspårning efter behovet av sådana smittskyddsåtgärder, bl.a. för att möjliggöra en storskalig testning och smittspårning likt den som utfördes under covid-19-pandemin.

Skyldigheten att söka läkare kan behöva ersättas med ett krav på att kontakta hälso- och sjukvården

I 3 kap. 1 § SmL anges att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare. På så sätt ska säkerställas att befarade smittfall kommer till en behandlande läkares kännedom och omfattas av de skyldigheter den behandlande läkaren har enligt smittskyddslagen att utreda, provta och smittspåra. Som beskrivs i avsnitt 7.5.2 fyller detta under normala förhållanden en viktig funktion ur smittskyddshänseende.

Som också beskrivs i det avsnittet kan dock situationen vid en storskalig smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom vara sådan att skyldigheten att uppsöka läkare och få till stånd en undersökning och provtagning inte fyller någon egentlig funktion ur smittskyddssynpunkt, vare sig för att kunna begränsa smittspridningen eller för den enskilde, och vi har därför föreslagit en möjlighet att i

en sådan situation göra undantag från skyldigheten att söka läkare. Situationen vid en omfattade smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kan emellertid också vara sådan att en storskalig testning och smittspårning bedöms vara en ändamålsenlig smittskyddsåtgärd. Under sådana förhållanden är det av vikt att befarade smittfall kommer till vårdens kännedom för att provtagning och smittspårning ska kunna komma till stånd. Däremot är det, så som erfarenheterna från covid-19-pandemin visar, inte alltid nödvändigt att belasta behandlande läkare inom hälso- och sjukvården för sådan provtagning och smittspårning.

Under pandemin frångicks vissa delar av den gängse processen för testning, bl.a. på så sätt att en behandlande läkare inte aktivt ordinerade om provtagning eller meddelade analysresultat och förhållningsregler. För de regioner som erbjöd egenprovtagning via en digital plattform, t.ex. Skåne Online, Alltid Öppet och 1177, fanns en behandlande läkare knuten antingen till den digitala plattformen, eller till en eller flera vårdcentraler, hälsocentraler eller infektionskliniker, där allmänläkare eller infektionsläkare fanns att tillgå som behandlande läkare. I några regioner fanns en läkare inom regionen, t.ex. en chefsläkare eller en smittskyddsläkare, som hade utsetts till behandlande läkare för all egenprovtagning eller provtagning för covid-19. Formellt fanns därmed en behandlande läkare, men denne utövade inte vård i traditionell mening, dvs. om den provtagne behövde kontakt med vården utöver provsvaret så var det inte den utsedde behandlande läkaren som hanterade det enskilda vårdmötet.

För att inte smittskyddslagen ska utgöra ett hinder för en ändamålsenligt storskalig testning och smittspårning föreslår utredningen mot denna bakgrund att regeringen ska få möjlighet att för en samhällsfarlig sjukdom meddela föreskrifter om att kravet på att söka läkare i 3 kap. 1 § SmL ska ersättas med ett krav på att ta kontakt med hälso- och sjukvården på annat sätt. Som vi beskriver i avsnitt 8.9.5 kan ett sådant sätt t.ex. vara en e-tjänst eller att kontakta en särskilt angiven provtagningsenhet. En sådan tjänst måste dock göra det möjligt för provtagna personer att kunna ställa frågor om sitt provsvar.

Som följdändringar föreslår vi vidare att regeringen på samma sätt får meddela föreskrifter om att den som ansvarar för smittspårningen ska, enligt 3 kap. 4 § andra stycket SmL, uppmana en person som kan ha smittats av sjukdomen att kontakta hälso- och sjukvården

på annat sätt än att uppsöka läkare och, om den personen inte gör det, anmäla detta till smittskyddsläkaren enligt 3 kap. 6 § SmL.

Vissa skyldigheter i smittskyddslagen bör kunna åläggas annan än den behandlande läkaren

Som beskrivs ovan har läkaren en skyldighet att undersöka och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger när den som söker läkare vet eller misstänker att han eller hon bär på en allmänfarlig eller smittspårningspliktig sjukdom (3 kap. 1 § SmL). I 3 kap. 4 § SmL åläggs den behandlande läkaren att smittspåra om läkaren konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom. Smittspårningen kan enligt bestämmelsen också utföras av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften, men den behandlande läkaren är skyldig att se till att ansvaret ges till personal med kompetens för arbetet.[337]

Vid en storskalig testning och smittspårning kan, så som anges ovan, situationen vara sådant att det inte är ändamålsenligt att belasta behandlande läkare inom hälso- och sjukvården för sådan provtagning och smittspårning. För att inte smittskyddslagen ska utgöra ett hinder för en ändamålsenligt storskalig testning och smittspårning föreslår utredningen att regeringen ska få möjlighet att för en samhällsfarlig sjukdom meddela föreskrifter om att vad som föreskrivs om läkare respektive behandlande läkare i 3 kap. 1 och 4 §§ SmL också ska gälla annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Förslaget innebär t.ex. att en annan läkare än den behandlande kan ges ansvaret för undersökning, provtagning och smittspårning, eller att en annan legitimerad personalkategori kan ges ansvaret för en eller flera av dessa åtgärder.

Som en följdändring föreslår vi även att regeringen på samma sätt ges möjlighet att meddela föreskrifter om att den som ansvarar för smittspårningen enligt 3 kap. 4 § SmL ska underrätta smittskyddsläkaren om han eller hon finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen.

Utredningen har även övervägt om 2 kap. 5 § SmL om anmälningsskyldigheten för behandlande läkare, läkare vid och ansvariga

[337] Prop. 2003/04:30 s. 221.

för ett laboratorium och läkare som utför obduktion, bör förtydligas med en bestämmelse om att annan personal kan verkställa själva anmälan. Utredningen anser att det är viktigt att anmälningar kan göras på ett ändamålsenligt sätt också vid en hög belastning under t.ex. en omfattande smittspridning. Vi bedömer dock att 2 kap. 5 § SmL ger utrymme för sådana verkställande åtgärder redan i dag. Någon ändring i bestämmelsen behövs alltså inte.

Regeringens föreskriftsrätt bör inte delegeras

Utredningen har övervägt om riksdagen bör medge att regeringen delegerar den föreslagna föreskriftsrätten till en förvaltningsmyndighet. Utredningen konstaterar dock att en sådan utökad kapacitet i fråga om testning, diagnostik och smittspårning som en storskalig testning och smittspårning innebär, kräver ett ställningstagande på regeringsnivå. De avsteg från smittskyddslagen som utredningen nu föreslår är vidare att jämställa med sådana särskilda föreskrifter om smittskyddet som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd vid en fredstida kris och som ankommer på regeringen att meddela enligt 9 kap. 6 § SmL. Det är därför utredningens mening att subdelegation av den föreslagna föreskriftsrätten inte bör medges.

Föreskrifterna bör vara tidsbegränsade

Behovet av att kunna genomföra sådan storskalig testning och smittspårning föreligger bara under den tid som det pågår en omfattande smittspridning. Behovet kan även variera under förloppet av en sådan smittspridning. Möjligheten att meddela sådana föreskrifter som föreslås i detta avsnitt innebär dessutom avsteg från de krav och skyldigheter som under normala omständigheter är viktiga ur smittskyddshänseende. Sådana föreskrifter bör därför endast införas med försiktighet, övervägas regelbundet och vara tidsbegränsade. Utredningen har valt att inte slå fast en bestämd tid för hur länge de ska få gälla. Föreskrifterna ska dock inte ha en längre giltighetstid än vad som krävs med hänsyn till den specifika åtgärdens syfte och det aktuella epidemiologiska läget. Något hinder mot att en föreskrift vid behov förlängs en viss tid när giltighetstiden går ut bör dock inte ställas upp. Möjligheten ska dock inte utnyttjas på ett sådant

sätt att det anpassade förfarandet som föreskrifterna medger närmast blir permanent.

8.9.4 Storskalig testning kräver kommunicerande it-system och viss standardisering av data

Förslag: Arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen i form av förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data ska samordnas på nationell nivå. Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att samordna arbetet.

Uppdraget ska genomföras i samarbete med bl.a. E-hälsomyndigheten när det gäller nationell interoperabilitet inom testning och Myndigheten för digital förvaltning (Digg) inom ramen för ett nationellt digitalt infrastrukturprojekt (Ena).

I uppdraget ska ingå att utreda de rättsliga förutsättningarna för att uppnå en sådan nationell interoperabilitet och infrastruktur och, vid behov, föreslå nödvändiga författningsändringar.

Bedömning: En uppbyggd testkedja hos regionerna är centralt för en laboratorieberedskap för storskalig testning. En sådan laboratorieberedskap kräver förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data för att möjliggöra effektiv nationell uppföljning av smittspårning, smittspridning och smittskyddsåtgärder.

Processen för testning behöver effektiviseras i flera delar

Som beskrivs i tidigare avsnitt har flera olika initiativ tagits för att effektivisera processen för testning. Enligt utredningens uppgifter från regionerna har initiativen i allmänhet tagits på verksamhetsnivå och regionnivå och att de delvis också används i normalläge. Vissa initiativ har också skett på nationell nivå. Det är framför allt olika delar i logistik, teknik och it-lösningar samt egenprovtagning som har utvecklats. Vissa åtgärder har också vidtagits för att utveckla system och data för testning för att hantera en framtida situation med omfattande smittspridning eller pandemi. Det gäller t.ex. e-tjänsten 1177 som har blivit en del av provtagningskedjan hos några regioner,

system för egenprovtagning, initiativ för e-remiss för laboratorieanalyser samt andra it-lösningar som kan aktiveras och skalas upp vid behov.

Svarstiderna från beslut om provtagning till kommunikation om analysresultat från laboratorierna var ofta för långa under covid-19-pandemin. Det uppstod därför ett påtagligt behov av bättre it-lösningar för prov- och svarshantering och digitala kanaler som möjliggör för direkt kommunikation av testresultat till enskilda. Med direkt kommunikation avser utredningen framför allt situationer vid egenprovtagning, där en automatiserad information från laboratoriet går direkt till den provtagne personen. Även om den provtagne har fått instruktioner och stöd kring egenprovtagning, behöver också analysresultatet förmedlas direkt från laboratoriet till den provtagne personen i stället för enligt den sedvanliga processen i ett normalläge, vilken innebär att laboratoriet skickar svar till den behandlande läkaren som i sin tur meddelar den provtagne personen. Vi återkommer till det i avsnitt 8.9.5 om digital kommunikation.

Utredningen konstaterar att det finns, trots olika initiativ, flera delar av testkedjan som behöver effektiviseras. I ett normalläge måste de mikrobiologiska laboratorierna lämna analysresultat till den behandlande läkaren. Laboratorierna rapporterar också till Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren i regionen via SmiNet. I en pandemisituation är nyttan med analysresultat begränsad om svaren dröjer tills den provtagne redan är smittfri. Utredningen anser därför att hela testkedjan behöver fungera effektivt för att säkerställa en god laboratorieberedskap för storskalig testning.

E-tjänsten för egenprovtagning behöver utvecklas inför en storskalig testning

Under covid-19-pandemin löstes kommunikationen mellan laboratorieverksamheten och enskilda vid egenprovtagning via e-tjänsten 1177 Egen provhantering. Men som beskrivits tidigare fanns flera brister med e-tjänsten, framför allt i funktionalitet och i fråga om bl.a. uppgiftshantering för personer från andra regioner vid smittskyddsrapportering. Utredningen kan konstatera att mycket av det som togs fram under covid-19-pandemin var snabba lösningar som inte är optimala eller generaliserbara för en framtida situation med

omfattande smittspridning. Till exempel uppfattas den nuvarande e-tjänsten via 1177 som svårnavigerad för den enskilde och oflexibel för verksamheten när det gäller möjligheten att formulera svar och instruktioner och att använda automatiska algoritmer för att välja rätt svarskommentar och information. Vidare är det svårt för verksamheterna att hantera uppgifter från enskilda från andra regioner. Som framgått tidigare är det också utmanande för verksamheterna att nå vissa grupper såsom ungdomar 13–15 år[338] och enskilda som saknar e-legitimation. Det är problematiskt eftersom båda grupper kan potentiellt sett utgöra riskgrupper för smittspridning eller allvarlig sjukdom.

E-tjänsten för egenprovtagning via 1177 är inte obligatorisk för regionerna men enligt uppgift från Inera används den av i stort sett samtliga regioner.[339] Enligt utredningens bedömning behöver e-tjänsten utvecklas inför en storskalig testning. En sådan tjänst bör inte bara omfatta själva egenprovtagningen, utan även när svar från analysresultat vid egenprovtagning ska förmedlas till den provtagne, vilket vi behandlar i avsnitt 8.9.5.

Laboratoriedata kan inte skickas på ett enkelt sätt mellan centrala verksamheter inom regionen

Utredningen har återkommande fått information om att system och data är det område som bedöms ha störst utvecklingsbehov inom testning inför en framtida situation med omfattande smittspridning. Bland annat bör hanteringen och processen för hur data hämtas för testning utvecklas. Det gäller både i ett normalläge och vid omfattande smittspridning.

Informationen mellan de centrala verksamheterna som hanterar laboratoriedata behöver kunna överföras lättare och för det krävs kommunicerande och användarvänliga it-system. I huvudsak handlar det om att den egna regionens system och data måste utvecklas, men också olika digitala hjälpmedel och lösningar för bl.a. egenprov-

[338] Ungdomar 13–15 år har tillgång till flertalet e-tjänster på 1177.se, men däremot inte tillgång till analysresultat och journalanteckningar förrän vid 16 års ålder. Inte heller vårdnadshavare har digital tillgång. Tillgången till analysresultat och journalanteckningar får prövas i det enskilda fallet. Det är regionerna som ansvarar för hur information förmedlas till patienter och anhöriga och fastställer en sådan ordning.
[339] Inera. 1177 Egen provhantering. Hämtat 2024-08-02 från https://www.inera.se/tjanster/priser-for-ineras-tjanster/kundgrupper/regioner/1177egen-provhantering.

tagning, i syfte att underlätta för en storskalig testning och smittspårning. Även informationen i de olika systemen för testning behöver i viss mån vara standardiserad. Informationen bedöms i nuläget inte vara standardiserad i tillräckligt hög grad, vilket betyder att regionernas data inte kan skickas på ett enkelt sätt mellan olika centrala verksamheter såsom smittskyddsläkaren, behandlande läkaren/vårdgivaren och laboratorierna, eller inte kan sammanställas centralt.

Det behövs utvecklade system och data på nationell nivå för en mer ändamålsenlig användning av laboratoriedata

Processen med att överföra laboratoriedata, däribland remisser, mellan olika laboratorieplattformar vid analyser av prover är en utmaning för både regioner och för Folkhälsomyndigheten när data samlas in från regionernas olika laboratorieinformationssystem. Utmaningen handlar bl.a. om svårigheter för verksamheterna att rapportera och leverera korrekt statistik till Folkhälsomyndigheten framför allt när det gäller negativa analysresultat vid mikrobiologisk testning. På nationell nivå var det också svårt att koppla upp de upphandlade laboratorierna till SmiNet under covid-19-pandemin.

Det finns således ett identifierat behov av utvecklade system och data på nationell nivå såsom ett nationellt system för beställningar och svar för laboratorieanalyser och nationella RID-nummer som används för märkning av prov i syfte att koppla provet till rätt remiss och person. I korthet handlar det om ett it-system för provtagning och analys och en viss nivå av standardisering som möjliggör att prover kan skickas till laboratorier för analys och att svarsrapporteringen till mottagare av analysresultat standardiseras. Med mottagare avses både den provtagne personen, vårdgivaren och Folkhälsomyndigheten.

Som framgått i bakgrundsbeskrivningen finns även behov av tillgång till epidemiologiska och mikrobiologiska data på nationell nivå för bättre uppföljning och övervakning såväl i ett normalläge som i en pandemisituation. Data från mikrobiologiska analyser och smittspårning är relevanta för uppföljning och övervakning av anmälningspliktiga sjukdomar, och ur ett bredare folkhälsoperspektiv. För att regionernas smittskyddsverksamhet och Folkhälsomyndigheten ska kunna följa det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar vid

omfattande smittspridning bör möjligheter finnas för regioner, vårdgivare och laboratorier att dela laboratoriedata, däribland sekvenseringsdata. Enligt Folkhälsomyndighetens egen bedömning saknar myndigheten författningsstöd för att samla in data med personuppgifter för att möjliggöra en fördjupad epidemiologisk analys. Det har framkommit under utredningens gång att Folkhälsomyndigheten arbetar i dag med anonymiserade och aggregerade data, men dessa bedöms inte vara tillräckliga för mer ingående epidemiologiska analyser. Detta gäller särskilt s.k. nämnardata dvs. prov med negativt analysresultat, vilka är viktiga t.ex. för undersökningar av vaccinskydd.

En god laboratorieberedskap med en uppbyggd testkedja kan till stor del åstadkommas genom utvecklade system och data

Grunden för en god laboratorieberedskap är en uppbyggd testkedja som gör det möjligt att snabbt initiera storskalig testning inför en situation med hotande eller påvisad omfattande smittspridning. Utredningen anser att en sådan beredskap kan till stor del åstadkommas med förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data. Inte minst i ett initialt skede av en omfattande smittspridning är utvecklade system för testning och smittspårning med sådana system, data och digitala stöd en förutsättning för att kunna följa smittutvecklingen på ett ändamålsenligt sätt. En uppbyggd struktur för hela testkedjan genom utvecklade system och data fyller också en viktig funktion i ett normalläge och bidrar till ett mer effektivt smittskydd.

Vidare bör det vara möjligt att använda data från samtliga analysresultat för att följa vilka delar av landet och vilka grupper i samhället som har positiva respektive negativa testresultat (nämnardata). Detta ger bl.a. en förbättrad möjlighet att utvärdera skyddseffekter av vaccinationer. De nationella mikrobiologiska data som finns i dag gäller enbart för fall där en anmälningspliktig sjukdom har påvisats, vilket endast utgör en begränsad mängd av alla mikrobiologiska analysresultat i landet.

Mer utvecklade system behövs inte bara för att utveckla uppföljningen på nationell nivå utan också för att underlätta för en mer jämlik hantering av testning och smittspårning i regionerna. Med jämlik

hantering menas här att regionerna får samma förutsättningar att kunna arbeta effektivt med testning och smittspårning.[340]

Arbetet med att förbättra system och standardisera data för testning bör initieras på nationell nivå

Arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen genom förbättrade system och standardiserade data för testning bör initieras på nationell nivå för att klara framtida situationer som kräver uppskalning. Utredningen anser att det bör finnas en nationell samordning för att utveckla regionernas system och data för testning i syfte att åstadkomma en nationell interoperabilitet.

Som redovisats tidigare togs initiativ för att digitalisera vårdens hantering av information under covid-19-pandemin via Inera. Inera ägs gemensamt av kommuner och regioner och har i uppgift att digitalisera välfärdstjänster. En begränsande faktor är att det är frivilligt för bl.a. regioner och privata vårdgivare som är offentligt finansierade, att ansluta sig till bolagets tjänster. På initiativ av en region bereds för närvarande en nationell digital tjänst för att kunna hantera laboratorieprover som behöver skickas för analys över regiongränserna.[341] Det betyder att Ineras pågående arbete med tjänsten är beroende av intresset hos regionerna och att tillräckligt många regioner tecknar ett avtal med Inera. Att på ett effektivt och säkert sätt kunna skicka prover till andra laboratorier är enligt utredningens uppfattning nödvändigt i ett normalläge, men särskilt viktigt i en situation med en storskalig smittspridning.

En del av ett regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten handlade om att undersöka möjligheten för staten att förvärva Inera. E-hälsomyndighetens bedömning var dock att inte rekommendera att förvärva Inera i sin helhet. Men vissa tjänster, komponenter och kodverk kan vara av intresse att undersöka vidare. Staten har haft

[340] Jämför regionernas lagstadgade uppgifter att erbjuda hälso- och sjukvård på lika villkor enligt 3 kap. 1 §HSL samt att smittskyddsläkaren ska verka för effektivitet, samordning och likformighet enligt 6 kap. 1 § SmL.
[341] Inera. Elektronisk beställning och svar av laboratorieundersökningar över regiongränser. Hämtat 2024-02-26 från https://www.inera.se/utveckling/status-aktuella-initiativ/fordjupad-analys-och-finansiering-av-utveckling/elektronisk-bestallning-och-svar-av-laboratorieundersokningar-over-regiongranser.

en roll i utvecklingen av Ineras infrastruktur genom de ekonomiska överenskommelserna med SKR.[342]

Enligt utredningens bedömning kan Inera ha en roll i arbetet med att utveckla digitala tjänster för regionernas laboratorieverksamhet. Det finns emellertid en inbyggd svaghet med en sådan konstruktion. Inera har begränsade möjligheter att genomföra digitaliseringsprojekt eftersom det förutsätter att regionerna är delaktiga och finansierar sådana projekt. Vi kan konstatera att regionernas deltagande i digitaliseringsprojekt har varierat över tid.

Utredningen bedömer att en sådan nationell digital tjänst som tas fram av Inera är ett exempel på en struktur för prov- och svarshantering som bör finnas på plats vid storskalig testning. Tjänsten är också ett exempel på hur laboratorieberedskapen kan utvecklas. För att säkerställa att det påbörjade arbetet med att utveckla en sådan digital lösning för regionerna upprätthålls, anser utredningen att det arbetet bör initieras på nationell nivå och av myndigheter som arbetar med sakfrågorna.

Folkhälsomyndigheten har här en roll som ansvarig myndighet för det nationella smittskyddet. Som framgått tidigare är E-hälsomyndigheten på olika sätt involverad i arbetet med en digital nationell infrastruktur på hälsodataområdet och för hälso- och sjukvården, och har ett specifikt ansvar att samordna utvecklingen av arbetet med en nationell digital infrastruktur inom sektorn Hälsa, vård och omsorg (se bl.a. avsnitt 8.2.9, 8.6.1, 8.7.6 och 8.7.7). Vidare har Myndigheten för digital förvaltning (Digg) i uppgift att ta fram en grundläggande förvaltningsgemensam infrastruktur inom ramen för ett nationellt digitalt infrastrukturprojekt (Ena). Syftet med Ena är att bygga upp en förvaltningsgemensam digital infrastruktur så att information ska kunna utbytas säkert och effektivt. Även E-hälsomyndigheten har ett uppdrag att samordna grunddata inom sektorn som en del av att bygga Ena.

Utredningen anser att arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen genom förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data måste bli långsiktigt. Utredningen föreslår därför att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att samordna arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen i syfte att utveckla system och data för testning utifrån en nationell interoperabilitet.

[342] E-hälsomyndigheten 2024, s. 7 och 39.

Uppdraget bör genomföras i samarbete med E-hälsomyndigheten när det gäller nationell interoperabilitet samt Digg med anledning av det pågående arbetet med att bygga upp en förvaltningsgemensam digital infrastruktur inom ramen för Ena.

I uppdraget bör ingå att utreda de rättsliga förutsättningarna för att uppnå en sådan nationell interoperabilitet och infrastruktur och, vid behov, föreslå nödvändiga författningsändringar.

8.9.5 Förbättrade system och digitala verktyg behövs för storskalig smittspårning

Förslag: Regionernas arbete med att utveckla smittspårningen samordnas på nationell nivå. Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att samordna arbetet, i samarbete med E-hälsomyndigheten. Andra aktörer och myndigheter med digitaliseringsuppgifter kan också vara aktuella för samverkan.

En del av uppdraget till Folkhälsomyndigheten är att samordna regionernas arbete med att utveckla den digitala kommunikationen av svarsrapporteringen till enskilda för att vidta åtgärder som förhindrar eller begränsar smittspridning.

I uppdraget ingår också att utreda rättsliga frågor i samband med utveckling av system och digitala verktyg för sådan kommunikation och, vid behov, föreslå nödvändiga författningsändringar.

Bedömning: Förbättrade system och digitala verktyg behövs för storskalig smittspårning.

Bristen på interoperabla system och digitala verktyg har försvårat en effektiv hantering och uppföljning av smittspårning

För att få en övergripande bild av var smitta sprids behöver smittspårare genomföra smittspårning bakåt i tiden. För det krävs att information från ett stort antal smittspårningar sammanställs och analyseras. I ett normalläge utgör själva smittspårningen av patienten de mest tidskrävande momenten för smittspårningsenheterna, som t.ex. att komma i kontakt med patienten och inhämta den information som behövs för smittspårning.

Under covid-19-pandemin blev det på olika sätt tydligt att regionernas smittspårningssystem inte är standardiserade och data tillgängliga digitalt eftersom data hanteras och lagras på olika sätt. Det innebär att smittspårningen gjordes till stor del manuellt och var mycket tidskrävande, och därmed ineffektivt och med en begränsad nytta.

Utredningen konstaterar att regionernas brist på interoperabla system och digitala verktyg har försvårat en effektiv hantering och uppföljning av den storskaliga smittspårningen. Det gäller på både regional och nationell nivå. Det har bl.a. inneburit att det inte har gått att genomföra detaljerade nationella analyser och för att kunna följa upp och utvärdera den storskaliga smittspårningen i Sverige. Det har inte heller gått att på nationell nivå sammanställa en relativt enkel smittspårningsinformation över antalet smittspårningsärenden. Som framgått tidigare beror en stor del av svårigheterna med att utvärdera smittspårningen på bristen på nationella data.

Initiativ till ett gemensamt smittspårningsverktyg togs under covid-19-pandemin men inte utan svårigheter

Under covid-19-pandemin fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram förslag på hur regionernas arbete med smittspårning kunde effektiviseras för både regional och nationell uppföljning. Ett specifikt förslag var att ta fram ett gemensamt smittspårningsverktyg som hade utvecklats initialt av två regioner.

Tillsammans med Folkhälsomyndigheten samordnades arbetet med att tillgängliggöra smittspårningsverktyget till andra regioner. Syftet med verktyget var att kunna följa var smittspridning sker och även ge en uppfattning om vilken effekt olika rekommendationer för testning kan ha. Enligt Folkhälsomyndighetens egen bedömning bidrog informationen från smittspårningsverktyget till att utforma Folkhälsomyndighetens råd och rekommendationer under pandemin.

Men Folkhälsomyndigheten identifierade samtidigt flera svårigheter med ett gemensamt smittspårningsverktyg. Regionerna måste ha samsyn och samordning av arbetssätt och utveckling, bl.a. att verktyget behöver förbättras, uppdateras och användas kontinuerligt för att det ska vara effektivt ur ett beredskapsperspektiv.

Vidare är regelbundna utbildningar viktiga för att hålla rutiner vid liv och säkra datakvaliteten. Detta kräver i sin tur tydliga åtaganden, ledning och gemensamma mål över tid, och att enas om en stabil gemensam förvaltningsmodell för smittspårningsverktyget. Regionernas organisering av smittspårningen påverkar också hur verktyget används. I regioner som har en decentraliserad smittspårning med många olika aktörer och där smittspårning inte sker kontinuerligt, kan det vara svårare att rent organisatoriskt och utbildningsmässigt använda verktyget.

Smittspårning bör utvecklas och digitaliseras på nationell nivå

Som framgått i bakgrundsavsnitten har regionerna byggt upp en centraliserad smittspårning, men den är organiserad på olika sätt i regionerna. Likaså varierar omfattningen och typen av digitala verktyg för smittspårning i regionerna. I korthet handlar det dels om digitalt stöd som ingår i smittskyddsverksamhetens ordinarie arbetsuppgifter i ett normalläge, dels digitala tjänster som möjliggör en direkt kommunikation med den provtagne i händelse av ett positivt testresultat.

Utifrån de uppgifter som utredningen har samlat in från regionerna i en enkätundersökning konstaterar vi att långt ifrån alla regioner har infört smittspårningsverktyget eller ett specifikt system för smittspårning. Enligt cirka hälften av de tillfrågade smittskyddsläkarna har det inte vidtagits några utvecklingsåtgärder i regionen, detta eftersom man i viss mån avvaktar en nationell samordning. En återkommande synpunkt är att arbetet med att utveckla ett digitalt smittspårningsverktyg eller ett it-system bör bedrivas på nationell nivå för att åstadkomma en förbättrad smittspårning för att hantera en situation med omfattande smittspridning. Verktyget eller it-systemet bör kunna anpassas utifrån olika smittämnen och bidra till information om t.ex. i vilka typer av miljöer det finns smittspridning eller utbrott. Det handlar om att kunna genomföra utredningar av smittkedjor och utvecklade analyser på nationell nivå. Framför allt efterfrågas möjligheten att kunna koppla ihop olika system i syfte att dela data, t.ex. laboratoriesvar och uppgifter från SmiNet. It-systemen måste kunna kommunicera i hela testkedjan och därför behövs utveckling och samordning på flera nivåer, både regionalt och nationellt.

En utvecklad smittspårning innebär enligt utredningens uppfattning att smittspårningsdata bör kunna användas på ett mer ändamålsenligt sätt än vad som är fallet i dag. Ytterst bör data ge svar på var smittspridningen sker och därmed utgöra stärkt underlag för adekvata smittskyddsåtgärder. En utvecklad smittspårning innebär också en förbättrad uppföljning och analys av smittspårningsinformation på nationell nivå. Utredningen konstaterar att det saknas kvalitetssäkrade och jämförbara data för att kunna följa upp smittspårningen på en nationell nivå. För det krävs att regionernas system är interoperabla och kan täcka de behov av data som finns för att följa smittspridningen och därmed kunna fatta beslut om smittskyddsåtgärder i en situation med omfattande smittspridning. Folkhälsomyndigheten föreslår i sin utvärdering av den storskaliga testningen och smittspårningen att myndigheten, i samarbete med E-hälsomyndigheten, genomför en förstudie för nationell interoperabilitet för regionala digitala smittspårningsverktyg.

Utredningen gör samma bedömning av behovet av nationell samordning i fråga om digitalisering och nationell interoperabilitet för smittspårning som motsvarande behov för testning. Det betyder att arbetet med att utveckla smittspårningen bör samordnas på nationell nivå.

Utredningen föreslår därför att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att samordna det arbetet, i samarbete med E-hälsomyndigheten. Inera kan vara en samverkanspart i de projekt som initierats av regionerna som t.ex. en nationell digital tjänst för att kunna hantera laboratorieprover som behöver skickas för analys över regiongränserna. Även myndigheter med digitaliseringsuppgifter kan vara aktuella för samverkan, däribland Digg utifrån uppdraget att ta fram en förvaltningsgemensam struktur för digitalisering (Ena).

Den digitala kommunikationen till den provtagne behöver utvecklas som ett komplement till den gängse svarsrapporteringen inom smittspårning

Utredningen konstaterar utifrån de underlag vi har inhämtat från bl.a. regionerna att delar inom testning och smittspårning har utvecklats under covid-19-pandemin, t.ex. en direkt svarsfunktion till enskilda vid egenprovtagning via e-tjänsten 1177. Genom tjänsten

kunde personer få information om ett positivt (eller negativt) analysresultat, och därmed på egen hand informera sina kontakter under pandemin. Många smittspårningsteam har numera också möjlighet att använda 1177 i sitt smittspårningsarbete. Men en stor del av de funktioner som togs fram under covid-19-pandemin var tillfälliga lösningar som inte är anpassade för en framtida situation med omfattande smittspridning. Som tidigare framgått behöver också system och data utvecklas och samordnas på nationell nivå, däribland ett nationellt system för beställningar och svar för laboratorieanalyser.

Smittspårning bör ske tillräckligt snabbt för att vara verkningsfull i en situation med omfattande smittspridning. Av den anledningen bedömer utredningen att en utvecklad digital kommunikation till den enskilde med information om hur denne bör agera kan bidra till att förhindra eller dämpa en snabb smittspridning. Informationen i en utvecklad digital kommunikationen avser generella förhållningsregler i form av råd och rekommendationer till den enskilde för att förebygga och begränsa att smittan förs vidare. Det gäller framför allt kommunikationen till personer som testats positivt, men inte behöver uppsöka vård. Enligt smittskyddslagen ska den enskilde med konstaterad smitta i ett normalläge meddela sina kontakter till den behandlande läkaren eller smittskyddsläkaren. I situationer med omfattande smittspridning bör detta kunna ske automatiserat och till stor del med hjälp av digitala lösningar. Så skedde också till viss del i flera regioner under covid-19-pandemin via de e-tjänster som fanns inom 1177, men inte utan brister på funktionalitet.

Utredningen konstaterar samtidigt att digitala tjänster är ett problem för enskilda som saknar t.ex. e-legitimation, inte har tillräckliga språkkunskaper eller på annat sätt inte har tillgång till tjänsterna. Det finns en överhängande risk att de missar viktig information som syftar till att förebygga och dämpa smittspridning. Det är enligt utredningens uppfattning angeläget att enskilda har god och jämlik tillgång till smittskyddsinformation, särskilt när enskilda med begränsad tillgång också kan tillhöra riskgrupp för allvarlig sjukdom.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det behövs en utvecklad digital kommunikation som ett komplement till den gängse svarsrapporteringen för att underlätta informationen till den provtagne personen i syfte att förebygga smittspridning. En utvecklad digital kommunikation avser bl.a. ändamålsenliga digitala instruktioner såsom t.ex. råd och rekommendationer, påminnelser eller innehålla

andra funktioner som gör det möjligt för berörda vårdverksamheter och enskilda att snabbt kommunicera och vidta åtgärder för att förhindra eller dämpa smittspridning. Svarsrapporteringen till den provtagne bör enligt utredningens uppfattning kunna standardiseras i dessa delar som ett komplement till den gängse svarsrapporteringen. Utredningen vill dock poängtera att en digital kommunikation måste göra det möjligt för provtagna personer att kunna ställa frågor om sitt provsvar.

Vi föreslår att arbetet med att utveckla den digitala kommunikationen av svarsrapporteringen till enskilda är en del av Folkhälsomyndighetens uppdrag att samordna regionernas arbete med att utveckla smittspårningen på nationell nivå.

Flera rättsliga frågor bör utredas när system och digitala verktyg utvecklas

På samma sätt som vi konstaterat i tidigare avsnitt om det pågående reformarbetet inom hälsodataområdet behöver flera rättsliga frågor utredas inför ett införande av digitala system, däribland frågor om behandling av personuppgifter, vilket lyfts fram av flera utredningar på hälsodataområdet. När det gäller smittspårningsverktyget konstaterar Folkhälsomyndigheten att det behöver säkerställas att personuppgiftsbehandlingen är förenlig med EU:s allmänna dataskyddsförordning. Det måste också göras närmare överväganden av de personuppgifter som behandlas, vid t.ex. uppgifter om diagnoser, personnummer och kontaktuppgifter till personer med anmälningspliktig sjukdom och de personer de har haft kontakt med. Det är grundläggande att de personuppgifter som behandlas endast är sådana uppgifter som är nödvändiga för att bedriva smittspårningsarbetet för respektive sjukdom på ett effektivt sätt inom de rättsliga ramar som anges. Vidare ska personuppgifter inte sparas längre än nödvändigt. Det innebär att det är viktigt att en gallringsplan finns på plats innan ett digitalt system införs. Även informationssäkerheten måste vara tillräcklig och kunna upprätthållas i det it-system, som i detta fall ett smittspårningsverktyg, som ska användas för ändamålet. En sådan lämplig säkerhetsnivå är ett uttryckligt krav enligt dataskyddsförordningen och är i praktiken också nödvändig för att säkerställa och upprätthålla sekretessen för uppgifter som

används i smittspårningsarbetet. En otillräcklig informationssäkerhet innebär dels att dataskyddsförordningen inte efterlevs, dels en uppenbar risk för dataläckage och därmed ett röjande av sekretessbelagda uppgifter.[343]

Vi föreslår att arbetet med att utreda rättsliga frågor som kan uppkomma i samband med utveckling av system och digitala verktyg för smittspårning ska ingå i Folkhälsomyndighetens uppdrag att samordna regionernas arbete med att utveckla smittspårningen på nationell nivå. I arbetet ingår också att, vid behov, föreslå nödvändiga författningsändringar.

8.9.6 Det pågående reformarbetet på hälsodataområdet bör beaktas

Bedömning: I de uppdrag utredningen föreslår för att utveckla laboratorieberedskapen, i form av förbättrade kommunicerande it-system och viss standardisering av data för testning och smittspårning, bör hänsyn tas till det pågående reformarbetet på hälsodataområdet.

En grundläggande förutsättning för en uppbyggd beredskap är att laboratoriedata från systemen för testning och smittspårning kan hanteras och användas på ett säkert sätt och i överensstämmelse med regleringen på dataskyddsområdet. Som redovisas ovan anser utredningen också att en förbättrad tillgång till nationella hälsodata behövs för att stärka pandemiberedskapen i stort. En väl förberedd interoperabilitet är särskilt viktigt vid omfattande smittspridning då det undantagslöst finns behov av att i realtid följa smittspridning, vårdbehov och vaccinationseffekter.

Som beskrivs i avsnitt 8.2.9 har ett stort antal regeringsuppdrag och statliga utredningar initierats på hälsodataområdet i syfte att förbättra tillgången och användningen av hälsodata på både vårdverksamhets-, regional och nationell nivå. Olika aspekter som rör dataskydd och personlig integritet har analyserats i uppdragen och utredningarna. Det kan också nämnas att bara i frågor som rör nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården har det tillsatts

[343] Folkhälsomyndigheten 2021, s. 56 och 57.

närmare 30 regeringsuppdrag och statliga utredningar under de fyra senaste åren varav ett antal återrapporteringar och betänkanden bereds för närvarande i Regeringskansliet. Ett antal regeringsuppdrag och utredningar ska lämna sina förslag de närmaste två åren.[344]

Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse har i sitt slutbetänkande (SOU 2024:33) föreslagit att E-hälsomyndigheten ska ansvara för att ta fram interoperabilitetslösningar för hälso- och sjukvården i samverkan med andra statliga myndigheter och i samarbete med hälso- och sjukvårdens aktörer. Förslaget innebär att E-hälsomyndigheten, via en ny funktion i form av ett rådgivande organ, ska bereda och fatta strategiska beslut om interoperabilitet utifrån hälso- och sjukvårdens behov. Besluten ska vara bindande för vårdgivare och därför bör beslutsprocessen bygga på dialog och samverkan med berörda aktörer. Frågan om hälso- och sjukvårdens interoperabilitet bedöms vara så pass viktig för vårdens utveckling att det är motiverat att införa ett strategiskt organ för ändamålet. Förslagen togs fram mot bakgrund av identifierade utmaningar i system och data i hälso- och sjukvården i stort. Det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet, där varje aktör i stor utsträckning själv bestämmer om tillämpningen av olika standarder och villkor, i kombination med avsaknad av krav i författning på interoperabilitet, gör att varje aktör agerar utifrån vad som är rationellt för dem själva. Utmaningarna med interoperabilitet bedöms särskilt stora för data som behövs för nationella intressen där behovet av gemensamma definitioner och standarder är särskilt viktigt.

Det kan också nämnas att Utredningen om interoperabilitet vid datadelning har i sitt slutbetänkande (SOU 2023:96) föreslagit att dagens styrning av interoperabilitet vid datadelning inom den offentliga förvaltningen regleras i en ny lag. Interoperabilitet vid datadelning definieras i betänkandet som förmågan att tillhandahålla eller ta del av data genom informationssystem som interagerar med varandra. Lagförslaget om datadelning omfattar den offentliga förvaltningen för statliga myndigheter, kommuner, regioner, kommunalförbund och kommunala bolag. Det betyder att privata aktörer som t.ex. privata vårdgivare inte ingår. Inte heller avses datadelning för en sektorspecifik verksamhet som t.ex. hälso- och sjukvårdsverksamhet. Utredningen om interoperabilitet vid datadelning använder

[344] Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården 2024, s. 4.

begreppet sektor som en begränsad mängd aktörer som agerar inom samma avgränsade område, eller hanterar samma, eller liknande sorters datamängder eller har gemensam verksamhetsreglering, som exempelvis hälso- och sjukvården.[345]

Vi bedömer sammantaget att flera av de identifierade problem och frågor som rör interoperabilitet och standardiserade data på hälsodataområdet i stort också gäller system och data för testning och smittspårning i pandemiberedskapssyfte. Interoperabilitet och standardiserade data för testning och smittspårning är vidare beroende av de rättsliga frågor som behandlas i betänkandena och av andra utredningar och som rör sådant som uppgiftsskyldighet, sekretess, dataskydd och personlig integritet på hälsodataområdet. Det gäller inte minst även anpassningen av svensk rätt till EHDS, som beskrivs i korthet i avsnitt 8.2.9 och 8.7.7.

Mot denna bakgrund anser utredningen att arbetet med att utveckla laboratorieberedskapen, i form av förbättrade kommunicerande it-system och standardiserade data för testning och smittspårning, behöver hanteras parallellt och med hänsyn till det pågående reformarbetet på hälsodataområdet. Vi har därför valt att inte lämna ytterligare förslag om hur arbetet med nationell interoperabilitet och standardiserade data för testning och smittspårning bör gå till utan pekar enbart på att det är mycket viktigt för att kunna uppnå målet med förbättrad pandemiberedskap.

8.10 IVO:s tillsyn omfattar regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning

Bedömning: IVO:s tillsynsansvar över smittskyddet omfattar också regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning utan att några ytterligare lagändringar är nödvändiga.

Den statliga tillsynen är ett viktigt medel för att öka enhetligheten och bidra till ett effektivt smittskydd i enlighet med smittskyddslagens bestämmelser. IVO har tillsynsansvaret över smittskyddet i landet, med undantag för smittskyddet inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk som står under tillsyn av försvarsinspektö-

[345] SOU 2023:96 s. 44.

ren för hälsa och miljö (9 kap. 1 § SmL). Vid tillsynen över smittskyddet har IVO att tillämpa de befogenheter som inspektionen har vid sin tillsyn över hälso- och sjukvården. Det innebär att den som står under tillsyn är skyldig att på IVO:s begäran lämna över handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar som inspektionen behöver för sin tillsyn. IVO har möjlighet att meddela förelägganden och förena ett föreläggande med vite. IVO har rätt att göra inspektioner, tillfälligt omhänderta handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och begära handräckning av Polismyndigheten. Får IVO kännedom om att någon brutit mot en bestämmelse som gäller en verksamhet som står under tillsyn ska myndigheten vidta åtgärder och, om det behövs, göra anmälan till åtal. IVO har även befogenhet att förbjuda verksamhet som utgör en fara för patientsäkerheten eller annars är av allvarligt slag (9 kap. 1 § och 7 kap. 20–28 §§ PSL).

Utredningens förslag innebär att regionerna ska planera sitt smittskydd så att de har beredskap för att hantera en omfattande smittspridning och säkerställa laboratoriekapacitet och lagerhållning för provtagning och laboratorieanalys. Eftersom också denna verksamhet därmed föreslås ingå i regionens smittskydd är det utredningens bedömning att den omfattas av IVO:s tillsyn utan att några ytterligare lagändringar behöver göras.

Genom att regionernas ansvar över beredskapen tydliggörs, liksom omfattningen av laboratoriekapaciteten och lagerhållningen bör utredningens förslag även underlätta IVO:s tillsyn.

8.11 Finansiering av storskalig testning och smittspårning

I detta avsnitt redovisar vi våra bedömningar som rör finansiering av storskalig testning och smittspårning. Avsnittet är uppdelad i tre delar. I det första delavsnittet redovisar vi vår bedömning av finansieringen av de förslag som rör beredskap för storskalig testning och smittspårning, närmare bestämt utveckling av it-system och digitala verktyg i syfte att uppnå nationell interoperabilitet inom testning och smittspårning. Det andra delavsnittet avser bedömning av finansiering av regionernas skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter för diagnostik. Det tredje delavsnittet rör finansiering för genomförande av

storskalig testning och smittspårning i en situation med omfattande smittspridning.

8.11.1 Staten bör finansiera utveckling av it-system, data och digitala verktyg för att uppnå nationell interoperabilitet

Bedömning: Staten bör finansiera den del av regionernas beredskap för storskalig testning och smittspårning som avser att ta fram interoperabla it-system för testning och viss standardisering av data samt digitala verktyg för smittspårning i syfte att uppnå nationell interoperabilitet.

Kostnaderna för utveckling av system, data och digitala verktyg bör beräknas och bedömas, bl.a. för att ta fram statens kostnader för nationell interoperabilitet, inom ramen för de regeringsuppdrag som föreslås enligt avsnitt 8.9.4 och 8.9.5.

Regioner ansvarar för de egna systemen och data som behövs för diagnostik och smittspårning enligt gällande krav i lagstiftningen

Regionerna ansvarar för att tillhandahålla diagnostik och smittspårning för att erbjuda god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och upprätthålla ett gott smittskydd enligt smittskyddslagen. Det innebär att berörda verksamheter måste ha fungerande system och data för att kunna bidra till dessa mål enligt lagstiftningen. I det ingår ett ständigt förbättringsarbete. Ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen, som beskrivs närmare i kapitlet om konsekvensanalyser, kommer endast i fråga för förslag på åtgärder som går utöver de förändringar som kommuner och regioner ändå hade behövt vidta till följd av teknisk utveckling och krav i befintliga författningar.

Som utredningen har konstaterat behövs en beredskap för storskalig testning och smittspårning för en framtida situation med omfattande smittspridning. Utredningen anser att en beredskap för en sådan situation innebär att ett utvecklingsarbete för att förbättra it-system och data för testning och smittspårning bör initieras och användas redan i ett normalläge. Genom att utveckla, testa och använda systemen i normalläge så säkerställer man beredskap i hän-

delse av omfattande smittspridning. Systemen bör även testas för storskalig användning för att säkerställa funktionaliteten i en sådan situation. Som föreslås i bl.a. avsnitt 8.9.4 bör Folkhälsomyndigheten tillsammans med E-hälsomyndigheten och Digg få i uppdrag att utveckla laboratorieberedskapen genom att samordna arbetet med att utveckla it-system och data i regionerna i syfte att uppnå nationell interoperabilitet.

Vad som räknas som utveckling av system och data som en del av den allmänna tekniska utvecklingen bör klargöras

I vissa fall tillämpas inte finansieringsprincipen. Det gäller bl.a. när förändrade kostnader för kommunsektorn beror på demografiska eller tekniska förändringar, eller på den allmänna pris- och löneutvecklingen. Utredningen konstaterar att frågan om vad som räknas som allmän teknisk utveckling har aktualiserats i flera utredningar. I en delredovisning inom uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) diskuteras om anpassningar till det kommande EU-regelverket inom hälsodata, EHDS, kan ses som en del av en teknisk utveckling som är nödvändig oavsett de krav som ställs på hälso- och sjukvårdens huvudmän. Det innebär i så fall att endast vissa delar av kommunernas och regionernas kostnader finansieras av staten, vilket gör att tillämpligheten av finansieringsprincipen kan diskuteras.[346]

Bedömningen som görs i delredovisningen bygger på ett resonemang som bl.a. förs i betänkandet En reform för datadelning (SOU 2023:96). Enligt betänkandet finns det anledning att ifrågasätta vilka åtgärder på digitaliseringens område som faktiskt kan anses gå utöver vad som krävs av ansvariga aktörer med anledning av den tekniska utvecklingen i samhället. Således bör åtgärder och nya krav som följer av nya tekniska möjligheter enligt betänkandet endast undantagsvis och i mycket speciella fall omfattas av finansieringsprincipen. När datadelning som krävs eller förväntas av den offentliga förvaltningen försvåras, t.ex. genom framväxten av olika standarder, hindrar det en rationell hantering av data i förvaltningen. Åtgärder som motverkar detta, i form av standardiserade krav, bör

[346] S 2024:A 2024a, s. 87, 89 och 90.

i allt väsentligt anses ingå i vad som krävs med anledning av den tekniska utvecklingen.[347]

Enligt utredningens uppfattning omfattar en regions övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och smittskyddet, däribland testning och smittspårning, ett ansvar för att regionen utvecklar och förbättrar de egna systemen och data i syfte att de kan kommunicera med varandra inom regionen och att system och data kan användas på ett säkert och ändamålsenligt sätt i ett normalläge. Detta bör ses som en del i ett pågående effektiviseringsarbete i regionerna och för hälso- och sjukvården.

Vi bedömer att våra förslag i fråga om it-system, data och digitala verktyg för testning och smittspårning utgör en ambitionshöjning i de delar de syftar till att uppnå en nationell interoperabilitet, det vill säga att system kan kommunicera mellan regioner och en viss standardisering av data som möjliggör för storskalig testning i detta syfte. Det innebär att en ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen bör gälla för de förslag utredningen lämnar om regionernas beredskap för uppskalning av testning och smittspårning enligt avsnitt 8.9.4 och 8.9.5. Finansieringen avser den del som handlar om att utveckla system och data för testning samt digitala verktyg för smittspårning i syfte att uppnå nationell interoperabilitet.

Enligt vad som har framkommit av tidigare regeringsuppdrag som har innehållit kostnadsbedömningar för nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården så innebär ett sådant arbete kostnader för berörda aktörer, däribland i samband med lokala anpassningar för att tjänsterna ska vara interoperabla med den nationella digitala infrastrukturen (se avsnitt 8.7.6). En viktig del i det vidare arbetet för det föreslagna uppdraget är att i samverkan med regionerna närmare analysera de sammantagna utvecklingskostnaderna för testning och smittspårning för att kunna ta fram de kostnader som avser en nationell interoperabilitet.

Utredningen anser mot denna bakgrund att kostnaderna för utveckling av system, data och digitala verktyg bör beräknas och bedömas, bl.a. för att ta fram statens kostnader för nationell interoperabilitet, inom ramen för de regeringsuppdrag som vi föreslår enligt avsnitt 8.9.4 och 8.9.5.

[347] SOU 2023:96 s. 282.

8.11.2 Staten bör finansiera regionernas skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter för storskalig testning

Bedömning: Regionernas skyldighet att lagerhålla sjukvårdsprodukter för storskalig testning bör finansieras av staten enligt finansieringsprincipen.

Som beskrivits tidigare har regionerna ett ansvar för att tillhandahålla laboratoriediagnostik för hälso- och sjukvården och smittskyddet. I smittskyddslagens bestämmelser anges dock ingen uttrycklig skyldighet för regionerna att lagerhålla sjukvårdsprodukter för laboratoriediagnostik i syfte att kunna hantera en storskalig testning vid en omfattade smittspridning.

Finansieringsprincipen tillämpas när staten fattar bindande beslut om ändrade regler för en verksamhet. Det kan handla om när kommuner eller regioner får nya uppgifter som de inte tidigare haft, eller att frivilliga uppgifter blir obligatoriska för verksamheten. Finansieringsprincipen är också tillämplig när staten ändrar ambitionsnivåerna för befintliga kommunala uppgifter. En ökad ambitionsnivå innebär en ökning av statens bidrag till kommuner och regioner.

Regionerna har ett ansvar att bl.a. tillhandahålla de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Det förslag som vi lämnar i avsnitt 8.8.4 om regionernas lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter i form av förbrukningsmaterial för provtagning och laboratorieanalys samt personlig skyddsutrustning för provtagare och laboratoriepersonal, utgör därför en ambitionshöjning från statens sida. Det innebär enligt utredningens bedömning att regionernas kostnader för lagerhållningsskyldighet bör regleras enligt finansieringsprincipen.

8.11.3 Staten bör bistå regionerna med en tillfällig finansiering för storskalig testning och smittspårning i en situation med omfattande smittspridning

Bedömning: Staten bör bistå regionerna med en tillfällig finansiering för att regionerna ska kunna genomföra storskalig testning och smittspårning i en situation med omfattande smittspridning.

En statlig finansiering bör inte ske med överenskommelser mellan regeringen och SKR eftersom det handlar om hantering av en krissituation med hjälp av statliga kunskapsstöd.

En statlig finansiering med riktade statsbidrag bör kunna omfatta både ställda krav på uppföljning via en statlig myndighet och ett förenklat ansökningsförfarande för regioner för detta syfte.

Frågor om finansiering och prioriteringar aktualiserades under covid-19-pandemin

Som vi redovisar i avsnitt 8.2.3 blev ansvaret för storskalig testning och smittspårning föremål för diskussion under covid-19-pandemins initiala fas. Det gällde framför allt frågor om finansiering och senare under pandemin också prioriteringar av vilka grupper som skulle testas. Frågan om vem som skulle finansiera den storskaliga testningen och smittspårningen var inte helt självklar eftersom det rörde sig om så pass stora testvolymer som innebar att laboratorieverksamheten belastades och kunde medföra att testkapaciteten fick en negativ påverkan på den övriga hälso- och sjukvården. Det var utifrån detta perspektiv inte heller givet över tid vilka grupper som skulle omfattas av storskalig testning, t.ex. personer med lindriga sjukdomssymtom och som inte kräver vård eller bedömning av vården. Detta eftersom storskalig testning genomfördes som en del av de befolkningsinriktade åtgärderna än utifrån rent medicinska behov hos enskilda för vård och behandling av hälso- och sjukvården.

Som framgått av Folkhälsomyndighetens utvärdering av storskalig testning och smittspårning genomfördes närmare 20 miljoner PCR-tester under 2020–2022, och som mest testades 600 000 personer i veckan i början av 2022. Det saknas nationella data på antalet

genomförda smittspårningar, men antalet bedöms ha varit stort. De statliga kostnaderna för testning och smittspårning var närmare 33 miljarder kronor under samma period.

En statlig finansiering för att stödja regionerna är motiverat för snabb uppskalning vid omfattande smittspridning och utifrån nationella rekommendationer

Utredningen kan konstatera att Folkhälsomyndighetens rekommendationer för testning och smittspårning – provtagningsindikationer – i praktiken fick tydliga styreffekter under covid-19-pandemin, även om de inte var eller är rättsligt bindande. Provtagningsindikationerna genomfördes inom ramen för överenskommelserna mellan SKR och regeringen. Dessa överenskommelser inkluderade statlig ekonomisk ersättning till regionerna.

Utredningen har i detta kapitel lämnat flera förslag som syftar till att tydliggöra och säkerställa regionernas skyldighet att upprätthålla laboratorieberedskap för storskalig testning och smittspårning. Vi vissa fall handlar det om ett förtydligande i lag som inte innebär ekonomisk ersättning, i andra fall en statlig ambitionshöjning i fråga om lagerhållningsskyldighet.

Enligt utredningens uppfattning kan det ändå vara så att det kan uppstå kritiska lägen i en framtida situation med omfattande smittspridning likt de som rådde initialt under covid-19-pandemin, t.ex. att en storskalig testning och smittspårning kan behöva genomföras samtidigt som test- och vårdresurserna är begränsade och prioriteringar måste göras för att bedriva hälso- och sjukvård. Det finns också en risk för att en global materialbrist åter aktualiseras vid en situation med omfattande smittspridning, särskilt om bristen pågår en tid och regionernas omsättningslager av material för testning tar slut.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det kan vara motiverat med en tillfällig statlig finansiering i syfte att stödja regionerna i en pågående situation med omfattande smittspridning. Detta för att snabbt kunna initiera storskalig testning och smittspårning i regionerna utifrån gällande nationella rekommendationer om storskalig testning och smittspårning. Det bör dock påpekas att verkningsgraden för testning och smittspårning är beroende av det epidemiologiska läget, kunskapsläget vid okänd agens, vilka grupper som har

ett särskilt stort behov av att skyddas, tillgången till vaccin eller hur vaccinationstäckningen ser ut. Dessa avvägningar görs i första hand på nationell nivå, och ytterst på basis av internationella rekommendationer enligt t.ex. WHO. Storskalig testning och smittspårning ska också ses mot bakgrund av att flera olika smittskyddsåtgärder är nödvändiga för att hantera en situation med omfattande smittspridning.

En statlig finansiering bör inte ske med överenskommelser i en krissituation

Statlig finansiering till regioner och kommuner sker i huvudsak genom generella statsbidrag eller som riktade statsbidrag. Nivån på generella bidrag fastställs i statsbudgeten via anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Generella statsbidrag kan också redovisas inom andra utgiftsområden. Riktade statsbidrag regleras vanligen i förordning eller regleringsbrev, eller fastställs genom överenskommelser mellan regeringen och SKR. De riktade statsbidragen syftar till att stödja bestämda verksamheter och medlen får enbart användas på det sätt som staten beslutat.

Som framgått i avsnitt 8.7.8 har det under en längre tid funnits kritik mot användningen av riktade statsbidrag till regioner och kommuner. Det handlar främst om att de riktade statsbidragens faktiska resultat inte har gått att följa upp och att överenskommelserna har lett till oönskade konsekvenser såtillvida att likvärdigheten mellan regioner inte har kunnat styras i önskvärd riktning.

En del av kritiken mot riktade statsbidrag hör också ihop med ett omständligt ansökningsförfarande för regioner och kommuner och, som en följd av bristande uppföljning, ett oklart resultat av de åtgärder som statsbidragen ska finansiera. Dessa två delar är enligt utredningens bedömning inte det huvudsakliga problemet i fråga om att genomföra storskalig testning och smittspårning för att hantera en situation med omfattande smittspridning.

Som framgått tidigare ses riktade statsbidrag via överenskommelser som ett icke-traditionellt styrmedel på så sätt att SKR är en intresseorganisation som inte omfattas av de författningar som gäller för statliga myndigheter med bl.a. krav på transparens, uppföljning och ansvarsutkrävande.

Frågan om överenskommelser som styrform behandlas också i flera statliga utredningar, bl.a. i ett betänkande från Utredningen om kommuners och regioners beredskap. Där bedömer den utredningen att en ordning med överenskommelser inte längre bör tillämpas när ny lagstiftning föreslås. Statens styrning av kommuners och regioners förberedande åtgärder inför kvalificerade fredstida krissituationer och höjd beredskap bör i stället ske med traditionella styrmedel inom ramen för den etablerade förvaltningsmodellen och de reglerade ansvarsförhållanden som råder mellan regeringen, myndigheter, kommuner och regioner.[348]

Utredningen anser att överenskommelser, som bygger på förhandling mellan regeringen och SKR, inte är en lämplig ordning för styrning och finansiering under en sådan krissituation som en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom utgör.

Andra alternativ bör väljas än överenskommelser i fråga om statlig styrning med kunskap. Genomförandet av storskalig testning och smittspårning under covid-19-pandemin baserades på statliga kunskapsstödjande dokument såsom Folkhälsomyndighetens provtagningsindikationer. Indikationerna hade en tydligt styrande och normerande effekt under hela pandemin. Vår slutsats om överenskommelser som styrform i fråga om implementering av statliga kunskapsstöd liknar de resonemang som framgår i ett betänkande från Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.[349]

Riktade statsbidrag bör kunna omfatta både krav på uppföljning via en statlig myndighet och ett förenklat ansökningsförfarande för regioner

Under covid-19-pandemin gavs riktade statsbidrag genom bl.a. förordningen (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19. Genom förordningen fick regionerna och kommunerna ersättning för merkostnader till följd av covid-19 inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och socialtjänstverksamheten (omsorgen om äldre personer och

[348] SOU 2024:65 s. 425.
[349] SOU 2024:43 s. 451.

personer med funktionsnedsättning).[350] Med merkostnader avsågs kostnader utöver den ordinarie verksamhet som hade uppkommit i samband med covid-19 och som var skäliga, det vill säga en kostnad som organisationen hade på grund av covid-19 och som den annars inte skulle ha haft.

Socialstyrelsen prövade regionernas och kommunernas ansökningar om statsbidrag enligt förordningen, och de regioner och kommuner som beviljades statsbidrag fick vid vissa tidpunkter lämna en kortfattad ekonomisk redovisning för hur bidragen hade använts. Socialstyrelsen följde sedan upp de statsbidrag som betalades ut under 2020 enligt förordningen. Sammanlagt 18,5 miljarder kronor fördelades ut i bidrag till regioner och kommuner för merkostnader med anledning av covid-19. Den statliga ersättningen gick till allra största del till regionernas och kommunernas kostnader för vård- och omsorgspersonal samt personlig skyddsutrustning. Kostnaderna för provtagning utgjorde endast en begränsad del, knappt 1 procent av de totala merkostnaderna. Skillnaderna i merkostnader var stora för både regioner och kommuner, även sett till befolkningsstorlek.

Regioner och kommuner hade synpunkter på ansökningsförfarandet, som i vissa delar uppfattades som mindre ändamålsenligt. Vidare framgick det av deras synpunkter att schablonbidrag var att föredra framför riktade statsbidrag med ansökningsförfarande.[351] Det är enligt utredningens bedömning i linje med tidigare kritik mot riktade statsbidrag.

Förordningen om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19, användes inte för ekonomisk reglering för specifikt storskalig testning och smittspårning eftersom syftet med stödet var att regionerna och kommunerna skulle använda medlen brett för att hantera sina vård- och omsorgsverksamheter.

Det var i stället överenskommelserna mellan regeringen och SKR som användes för att finansiera regionernas arbete med att skala upp

[350] Förordning (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19.
[351] Socialstyrelsen. Redovisning av 2020 års statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19. 2021, s. 7, 9–13 och 24.

och genomföra testningen och smittspårningen. Den statliga ersättningen för testning enligt överenskommelserna bestod av ett schablonbelopp per utfört test, vilket i efterhand har visat sig ha i flera fall varit högre än de faktiska kostnaderna i regionerna, dvs. att regionerna i viss mån överkompenserades i fråga om den statliga ersättningen för testning och smittspårning. Det har som vi tidigare redogjort för funnits svårigheter för regionerna att redovisa sina utgifter för faktiska kostnader för den storskaliga testning och smittspårningen. Det har inte heller fullt ut gått att följa upp bidragen på ett ändamålsenligt sätt.

Det betyder att den statliga ersättningen bör kunna vara mer träffsäkert utformad än vad som var fallet i överenskommelserna, och att regionerna bör, åtminstone på en övergripande nivå, kunna lämna kostnadsuppgifter för storskalig testning och smittspårning. Sådana uppföljningskrav bör kunna ställas för statliga åtgärder, och ur ett förvaltningsrättsligt perspektiv bör genomförandet av statliga åtgärder också följas upp av en myndighet och inte av SKR. Samtidigt anser utredningen att ansökningsförfarandet för regioner bör vara mer förenklat än vad som vanligtvis brukar vara fallet för riktade statsbidrag. Detta eftersom tidsaspekten är viktig i en situation med omfattande smittspridning, och ett krångligt ansökningsförfarande bör därför inte utgöra ett hinder för regionerna att skala upp testningen och smittspårningen. Hur ansökningsförfarandet kan göras mer ändamålsenligt vid uppskalning kan utvecklas i dialog med berörda parter såsom staten och företrädare för regioner.

Utredningen bedömer sammantaget att staten bör bistå regionerna med tillfällig finansiering för storskalig testning och smittspårning. Det är regeringen som fattar beslut på basis av beslutsunderlag från bl.a. Folkhälsomyndigheten när storskalig testning blir aktuellt, detta inkluderar frågan om tillfällig statlig finansiering. Trots att riktade statsbidrag är förknippade med en rad brister så anser utredningen att sådana statsbidrag för storskalig testning och smittspårning lämpar sig relativt väl under en begränsad period och för ett sådant specifikt syfte. Statlig finansiering med riktade statsbidrag bör, enligt vår uppfattning, kunna omfatta både ställda krav på uppföljning via en statlig myndighet och ett förenklat ansökningsförfarande för regioner för detta syfte.

Regeringskansliet

Remiss

2025-05-08
S2025/00922

Socialdepartementet

Remiss av delbetänkande Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48)

Remissinstanser

1. Almega Vårdföretagarna
2. Alvesta kommun
3. Anhörigas Riksförbund
4. Arbetsgivarverket
5. Arbetsmiljöverket
6. Barnombudsmannen
7. Bollnäs kommun
8. Borlänge kommun
9. Bosniakiska Islamiska Samfundet
10. Boverket
11. Business Sweden
12. Bygdegårdarnas riksförbund
13. Centrum för hälsokriser
14. Diskrimineringsombudsmannen
15. Domstolsverket
16. E-hälsomyndigheten
17. Famna
18. Fastighetsägarna Sverige AB
19. Folkets Hus och Parker
20. Folkhälsomyndigheten

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

21. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
22. Funktionsrätt Sverige
23. Föreningen för klinisk mikrobiologi
24. Föreningen Sveriges socialchefer
25. Företagarna
26. Försvarsmakten
27. Försäkringskassan
28. Förvaltningsrätten i Luleå
29. Förvaltningsrätten i Växjö
30. Gotlands kommun
31. Göteborg kommun
32. Göteborgs universitet
33. Halmstad kommun
34. Handelsanställdas förbund
35. Haparanda kommun
36. Hotell- och restaurangfacket
37. Hovrätten för Nedre Norrland
38. Hovrätten över Skåne och Blekinge
39. Högskolan i Gävle
40. Ideell kulturallians
41. Inera AB
42. Inspektionen för vård och omsorg
43. Institutet för mänskliga rättigheter
44. Integritetsskyddsmyndigheten
45. Jernhusen AB
46. Jokkmokks kommun
47. Justitiekanslern
48. Kalmar kommun
49. Kammarkollegiet
50. Kammarrätten i Stockholm

51. Kammarrätten i Göteborg
52. Karlshamns kommun
53. Karlstad kommun
54. Karolinska Institutet
55. Kommerskollegium
56. Konkurrensverket
57. Konstfack
58. Kungliga biblioteket
59. Landsorganisationen i Sverige
60. Läkemedelsindustriföreningen
61. Linköpings kommun
62. Livsmedelsverket
63. Lunds kommun
64. Läkemedelsverket
65. Länsstyrelsen i Blekinge län
66. Länsstyrelsen i Dalarnas län
67. Länsstyrelsen i Gotlands län
68. Länsstyrelsen i Gävleborgs län
69. Länsstyrelsen i Hallands län
70. Länsstyrelsen i Jämtlands län
71. Länsstyrelsen i Jönköpings län
72. Länsstyrelsen i Kalmar län
73. Länsstyrelsen i Kronobergs län
74. Länsstyrelsen i Norrbottens län
75. Länsstyrelsen i Skåne län
76. Länsstyrelsen i Stockholms län
77. Länsstyrelsen i Södermanlands län
78. Länsstyrelsen i Uppsala län
79. Länsstyrelsen i Värmlands län
80. Länsstyrelsen i Västerbottens län

81. Länsstyrelsen i Västernorrlands län
82. Länsstyrelsen i Västmanlands län
83. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
84. Länsstyrelsen i Örebro län
85. Länsstyrelsen i Östergötlands län
86. Malå kommun
87. Malmö Tingsrätt
88. Medley
89. Migrationsverket
90. Munkfors kommun
91. Musikarrangörer I Samverkan
92. Myndigheten för delaktighet
93. Myndigheten för digital förvaltning
94. Myndigheten för kulturanalys
95. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
96. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser
97. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
98. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
99. Norrtälje kommun
100. Nyköpings kommun
101. Nätverket Sveriges chefsläkare
102. Orsa kommun
103. Pensionärernas Riksorganisation
104. Polismyndigheten
105. Regelrådet
106. Region Blekinge
107. Region Dalarna
108. Region Gotland
109. Region Gävleborg
110. Region Halland

111. Region Jämtland Härjedalen
112. Region Jönköpings län
113. Region Kalmar län
114. Region Kronoberg
115. Region Norrbotten
116. Region Skåne
117. Region Stockholm
118. Region Sörmland
119. Region Uppsala
120. Region Värmland
121. Region Västerbotten
122. Region Västernorrland
123. Region Västmanland
124. Region Örebro län
125. Region Östergötland
126. Riksdagens ombudsmän
127. Riksförbundet Sveriges Museer
128. Riksidrottsförbundet
129. Riksteatern
130. RISE Research Institutes of Sweden AB
131. Skellefteå kommun
132. Skurup kommun
133. Skövde kommun
134. Smittskyddsläkarföreningen
135. Småföretagarnas Riksförbund
136. Socialstyrelsen
137. Sollefteå kommun
138. Sophiahemmet Högskola
139. SPF Seniorerna
140. Sponsrings & Eventsverige

141. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
142. Statens institutionsstyrelse
143. Statens jordbruksverk
144. Statens kulturråd
145. Statens medicinsk-etiska råd
146. Statens skolinspektion
147. Statens skolverk
148. Statens veterinärmedicinska anstalt
149. Statskontoret
150. Stenungsunds kommun
151. Stockholm kommun
152. Stockholm Live
153. Strömstad kommun
154. Strömsunds kommun
155. Svenska Covidföreningen
156. Svenska Galleriförbundet
157. Svenska institutet
158. Svenska kyrkan
159. Svenska Läkaresällskapet
160. Svenska Nöjesparksföreningen
161. Svenska resebyrå- och arrangörsföreningen
162. Svenska Taxiförbundet
163. Svensk biblioteksförening
164. Svensk Dagligvaruhandel
165. Svensk Handel
166. Svensk Kollektivtrafik
167. Svensk Live
168. Svensk Scenkonst
169. Svensk sjuksköterskeförening
170. Svenskt Näringsliv

171. Sveriges advokatsamfund
172. Sveriges Apoteksförening
173. Sveriges Biografägareförbund
174. Sveriges förenade studentkårer
175. Sveriges Kommuner och Regioner
176. Sveriges kristna råd
177. Sveriges läkarförbund
178. Swedavia AB
179. SwedenBIO
180. Swedish Medtech
181. Systembolaget AB
182. Säkerhetspolisen
183. Tjänstemännens centralorganisation
184. Tierp kommun
185. Tillväxtverket
186. Trafikverket
187. Transportföretagen
188. Transportstyrelsen
189. Tågföretagen
190. Umeå Universitet
191. Umeå Tingsrätt
192. Valdemarsviks kommun
193. Vetenskapsrådet
194. Verket för innovationssystem
195. Våra Gårdar
196. Vårdförbundet
197. Västra Götalandsregionen
198. Åklagarmyndigheten
199. Åre kommun
200. Örebro kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 25 augusti 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och till s.hc@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2025/00922 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Laura Brandell Tham
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

§ 146

Remiss – Revidering av reglementen, arbetsordningar och arvodesregler

Diarienummer: RJL 2025/1969

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen

1. tacka parlamentariska nämnden för möjligheten att inkomma med synpunkter inom ramen för remissrundan
2. hänvisa till de politiska partigrupperna att hantera eventuella synpunkter på dokumenten i detta skede.

Sammanfattning

Parlamentariska nämnden har, inför den nya mandatperioden, fått i uppdrag att ta fram ett förslag till revidering av arbetsordningar och reglementen för Region Jönköpings läns förtroendemannaorganisation.

Som underlag för parlamentariska nämndens arbete har ett förslag från tjänstemannaorganisationen skickats ut på remiss till berörda instanser. Förslaget innehåller huvudsakligen uppdateringar kopplade till ny lagstiftning och föreskrifter men även redaktionella justeringar har genomförts.

Regionstyrelsen ges möjlighet att inkomma med synpunkter inom ramen för remissrundan. Synpunkterna kommer att beaktas i det fortsatta arbetet i parlamentariska nämnden.

Förslag till beslut

Ordföranden föreslår att regionstyrelsen tackar parlamentariska nämnden för möjligheten att inkomma med synpunkter inom ramen för remissrundan men att styrelsen hänvisar till de politiska partigrupperna att hantera eventuella synpunkter på dokumenten i detta skede.

Per Eriksson (C) ställer sig bakom ordförandens förslag.

Beslutsunderlag

- Remissmissiv - Revidering av reglementen, arbetsordningar och arvodesregler
- Reglemente för regionstyrelsen
- Reglemente för regionstyrelsens arbetsutskott – RSAU
- Reglemente för regionstyrelsens personaldelegation
- Reglemente för regionstyrelsens upphandlingsdelegation

- Reglemente för Länsrådet för funktionsnedsättningar
- Reglemente för Länspensionärsrådet
- Reglemente för krisledningsnämnd
- Arbetsordning för styrelse, nämnder, utskott, beredningar och delegationer
- Arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län
- Beslut Parlamentariska nämnden 2025-05-22 § 29

Beslutet skickas till
Regionstyrelsen

Region Jönköpings län

2025-06-02 RJL 2025/1969

Enligt sändlista

Remiss - Revidering av reglementen, arbetsordningar och arvodesregler

Parlamentariska nämnden har, inför den nya mandatperioden, fått i uppdrag att ta fram ett förslag till revidering av arbetsordningar och reglementen för Region Jönköpings läns förtroendemannaorganisation. Syftet med översynen är att säkerställa att styrdokumenten:

- överensstämmer med gällande lagstiftning,
- svarar upp mot organisationens nuvarande och framtida behov, samt
- tydliggör ansvarsfördelningen mellan styrelsen och nämnderna.

Remissförslag
Som underlag för nämndens arbete bifogas ett förslag från tjänstemanna-organisationen. Förslaget innehåller huvudsakligen uppdateringar kopplade till ny lagstiftning och föreskrifter men även redaktionella justeringar har genomförts.

Ni ges nu möjlighet att inkomma med synpunkter inom ramen för denna remissrunda. Era synpunkter kommer att beaktas i det fortsatta arbetet i parlamentariska nämnden.

I de fall aktuell instans inte sammanträder inom den angivna remisstiden har respektive ordförande i uppdrag att inhämta synpunkter på önskvärt sätt.

Respektive gruppledare inhämtar synpunkter från sin partigrupp.

Sista svarsdag: 2025-09-08
Skicka era synpunkter till: regionledningskontoret.kansli@rjl.se

Följande dokument bifogas:

- Arbetsordning för regionfullmäktige – RJL 2025/1088
- Arbetsordning för styrelse, nämnder, utskott, beredningar och delegationer RJL 2025/1089
- Reglemente för regionstyrelsen – RJL 2025/1090
- Reglemente för Nämnd för folkhälsa och sjukvård – RJL 2025/1092
- Reglemente för Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö – RJL 2025/1093

- Reglemente för Nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet – RJL 2025/1094
- Reglemente för parlamentariska nämnden - RJL 2025/1095
- Reglemente för patientnämnden – RJL 2025/1096
- Reglemente för regionstyrelsens arbetsutskott – RJL 2025/1097
- Reglemente för Länsrådet för funktionsnedsättningar – RJL 2025/1098
- Reglemente för Länspensionärsrådet – RJL 2025/1099
- Reglemente för krisledningsnämnd – RJL 2025/1100
- Reglemente för demokratiberedningen – RJL 2025/1113
- Reglemente för politiska sekreterare – RJL 2025/1114
- Reglemente för regionstyrelsens personaldelegation – RJL 2025/1115
- Reglemente för regionstyrelsens upphandlingsdelegation – RJL 2025/1116
- Reglemente för regionrevisionen – RJL 2025/1117
- Arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län – RJL 2025/1782

Sändlista
Gruppledare Socialdemokraterna
Gruppledare Moderaterna
Gruppledare Vårddemokraterna
Gruppledare Kristdemokraterna
Gruppledare Centerpartiet
Gruppledare Liberalerna
Gruppledare Vänsterpartiet
Gruppledare Sverigedemokraterna
Ordförande Regionstyrelsen/RSAU
Ordförande Regionfullmäktige
Ordförande Nämnd För folkhälsa och sjukvård
Ordförande Trafik, infrastruktur och miljö
Ordförande Arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet
Ordförande Patientnämnden
Ordförande Regionrevisionen
Ordförande Krisledningsnämnden
Ordförande Personaldelegationen
Ordförande Upphandlingsdelegationen
Ordförande Länspensionärsrådet
Ordförande Länsrådet för funktionsnedsättningar
Ordförande Demokratiberedningen
Berörda nämndsekreterare

Med vänlig hälsning
Henrik Tvarnö
Ordförande Parlamentariska nämnden

Reglemente för regionstyrelsen

Sammansättning

1 §
Regionstyrelsen består av 15 ledamöter och 15 ersättare.

Arbetsformer

2 §
Regionstyrelsen följer den gemensamma arbetsordningen som upprättats för styrelse, nämnder, beredningar, utskott, delegationer och rådgivande organ till styrelse och nämnder.

Styrelsens uppgifter

Allmänt

3 §
Regionstyrelsen har såsom ledande politiska förvaltningsorgan ett helhetsansvar för Region Jönköpings läns verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning.

Regionstyrelsen har ansvar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer samt inom de utgiftsramar som fullmäktige beslutat. I detta ingår att fortlöpande vidta åtgärder i syfte att anpassa och effektivisera verksamheten till givna ramar.

Regionstyrelsen ska inom sitt område se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
Regionstyrelsen har dessutom ansvar för utformning och utveckling av system för intern kontroll.

Regionstyrelsen utser ledamöter inom styrelsen för delegationer inom området upphandling och personal.

Ledning, styrning och uppföljning

4 §
Styrelsen ska leda, styra och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 10 kap. 2-6 §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller regionen är medlem i.

Regionstyrelsen ska uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning och göra de framställningar som behövs hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter.

Regionstyrelsen får från övriga nämnder och anställda i regionen hämta in de yttranden och upplysningar som behövs för att styrelsen ska kunna fullgöra sina uppgifter.

Regionstyrelsen ska bereda eller yttra sig i ärenden som ska handläggas av fullmäktige samt verkställa fullmäktiges beslut, om fullmäktige inte beslutat annat.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att regionen uppfyller kommunallagens krav på en god och ekonomisk hushållning och att de olika verksamheterna bedrivs i enlighet med dels mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, dels de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller för respektive verksamhet.

Styrelsen ska två gånger per år rapportera till fullmäktige hur regionens verksamheter utvecklas mot bakgrund av fullmäktiges mål ~~och riktlinjer.~~

Regionstyrelsen ska till fullmäktige redovisa hur styrelsen fullgjort av fullmäktige lämnade och delegerade uppdrag. Redovisning ska ske i den ordning fullmäktige beslutat.

Privata utförare

5 §

Regionstyrelsen ska till regionfullmäktige för beslut upprätta förslag till program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare, i enlighet med kommunallagen 5 kap. 3§, samt se till att verksamheter som bedrivs av privata utförare kontrolleras och följs upp enligt lag, avtal och fullmäktiges program.

Bolag, stiftelser och kommunalförbund

6 §

Regionstyrelsen bereder ägardirektiv till regionens bolag, samt bevakar regionens intressen vid bolagsstämmor och andra sammanträden inom bolag, stiftelser och kommunalförbund där regionen är ägare eller medverkar på annat sätt. Fullmäktige utser regionens representanter i sådana juridiska personer eller andra organ.

Regionstyrelsen ska löpande vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att kommunallagens krav är uppfyllda beträffande de bolag och stiftelser som regionen äger eller har intresse i.

Regionstyrelsen ska i årliga beslut pröva om den verksamhet som bedrivits i aktiebolag, som regionen helt eller delvis äger, under föregående kalenderår har varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna. Beslutet ska delges fullmäktige. Finner styrelsen att brister förelegat, ska den samtidigt lämna förslag till fullmäktige om nödvändiga åtgärder.

Ekonomi och medelsförvaltning

7 §

Regionstyrelsen ska:

- Ha hand om regionens medelsförvaltning och följa av fullmäktige meddelade föreskrifter. I uppgiften ingår att bevaka att regionens inkomster inflyter samt att betalningar görs i tid och att vidta de åtgärder som behövs för att driva in förfallna fordringar.
- Ha hand om övrig förvaltning, vilket bl.a. innebär att underhålla och förvalta regionens fasta och lösa egendom.
- Se till att regionens behov av försäkringsskydd är tillgodosett.
- Ansvara för donationsförvaltning.
- Upprätta förslag till budget i enlighet med kommunallagen.
- Se till att bokföring och redovisning sker i enlighet med lagen 2018:597 om kommunal bokföring och redovisning.
- Upprätta årsredovisning och delårsrapport i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.
- Förvalta medel som avsatts till pensionsförpliktelser i enlighet med fullmäktiges särskilda föreskrifter.

Personalfrågor

8 §

Regionstyrelsen är enda anställningsmyndighet för samtliga anställda inom Region Jönköpings län, vilket innebär att styrelsen har arbetsgivar- och arbetsmiljöansvar. Regionstyrelsen har personal-, bemannings- och kompetensförsörjningsansvar.
~~Regionstyrelsen är arbetsgivare och har det övergripande strategiska personal- och kompetensförsörjningsansvaret medan respektive verksamhetsnämnd har bemannings-, kompetens- och arbetsmiljöansvar.~~

Regionstyrelsen har hand om frågor som rör förhållande mellan regionen som arbetsgivare och dess arbetstagare och har i det sammanhanget bl.a. att:

- Med bindande verkan för regionen genom kollektivavtal reglera frågor rörande förhållandet mellan regionen som arbetsgivare och dess arbetstagare.
- Förhandla på regionens vägnar enligt gällande lagstiftning om förhandlingsrätt.

- Avgöra frågor om tolkning och tillämpning av lag, avtal och andra bestämmelser rörande förhållandet mellan regionen som arbetsgivare och dess arbetstagare.
- Besluta om stridsåtgärd.

Personalansvar

9 §
Styrelsen har ett direkt arbetsgivaransvar för regiondirektören som är underställd regionstyrelsen. Styrelsen anställer/förordnar och entledigar direktörer och verksamhetschefer. Styrelsen har inom sina verksamhetsområden/utgiftsramar ansvar för organisation, arbetsmiljö och bemanning.

Krisledning och höjd beredskap

10 §
Regionstyrelsen ansvarar för regionens uppgifter enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd) och höjd beredskap samt lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap.
Krisledningsnämndens verksamhet regleras i särskilt reglemente.

Delegering av fullmäktige

Ekonomi

11 §
Regionstyrelsen beslutar om:

- Upptagande av lån inom av fullmäktige fastställd beloppsram och riktlinjer.
- Avskrivning av fordran som uppgår till mindre än 25 prisbasbelopp.
- I mål och ärenden där styrelsen för regionens talan, med för regionen bindande verkan, träffa överenskommelse om betalning av fordran, anta ackord, ingå förlikning och sluta annat avtal.

Fastigheter

12 §
Regionstyrelsen beslutar om utarrendering, uthyrning eller annan upplåtelse av regionen tillhörig fast egendom.

Regionstyrelsen beslutar om hyresavtal för inhyrda lokaler.

Regionstyrelsen beslutar om köp, byte och försäljning av fast egendom m.m. där vederlaget eller värdet av ingående delar uppgår till högst 100 prisbasbelopp under förutsättning att ärendet inte avser fråga av särskild vikt eller beskaffenhet.

Yttranden

13 §
Regionstyrelsen avger yttrande (remissvar och liknande) på regionens vägnar i sådana ärenden som inte ligger på annan nämnd, är av strategisk betydelse eller annars av större vikt.

Samråd ska ske med berörd nämnd/nämnder.

Övriga uppgifter

Smittskydd

14 §
Regionstyrelsen ansvarar för smittskyddsverksamheten enligt lagen (2004:168) om smittskydd.

Folkhälsa och sjukvård samt Regional utveckling

15 §
Regionstyrelsen har det övergripande och samordnande ansvaret för strategier inom:

- Folkhälsa och sjukvård.
- Regional utveckling.

Styrelsen ansvarar för att strategierna utarbetas, samordnar övergripande insatser för genomförande samt följer upp och utvärderar.

Forskning och utveckling

16§
Regionstyrelsen ansvarar för övergripande frågor om forskning och utveckling inom alla regionens verksamhetsområden.

Regionstyrelsen är CPUA-myndighet för nationella kvalitetsregister och ansvarar för att personuppgifter behandlas på ett rättssäkert och kvalitetssäkert sätt. Ansvarar för riktlinjer och ekonomisk uppföljning.

Internationellt arbete

17 §
Regionstyrelsen har ett övergripande samordningsansvar för regionens internationella arbete. Styrelsen arbetar med internationella frågor inom sina sakområden.

Övriga regiongemensamma frågor

18 §
Regionstyrelsen som nämnd ansvarar för frågor inom säkerhet, energi, ekonomi, personal, kommunikation/ information, upphandling, fastigheter och arbetet med minoritetsfrågor.

19 §
Regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för hållbarhetsfrågor; social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet, vilket innebär
det övergripande ansvaret för frågor om jämlikhet, jämställdhet, mångfald och integration.

Regionstyrelsen har ansvar för att bereda hållbarhetsprogrammet.

Samverkan och samråd
20 §
Regionstyrelsen ansvarar för samråd med regionalt Länspensionsråd och Länsrådet för funktionsnedsättning.

Regionstyrelsen ska i övrigt och vid behov samverka och samråda med andra aktörer, som har intressen och ansvar inom de sakområden som ligger inom styrelsens uppdrag.

IT-stöd och informationssäkerhet
21 §
Regionstyrelsen ansvarar för regionens gemensamma IT-stöd och övergripande frågor om informationssäkerhet.

Arkivmyndighet
22§
Regionstyrelsen är regionens arkivmyndighet enligt arkivlagen (1990:782). Närmare föreskrifter om arkivvården finns i av fullmäktige fastställt arkivreglemente.

Personuppgiftsansvar
23 §
Regionstyrelsen är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som görs i verksamheten. Regionstyrelsen utser dataskyddsombud och ansvarar i övrigt för frågor som ankommer på personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen.

Processbehörighet
24 §
Regionstyrelsen för själv eller genom ombud regionens talan i alla mål eller ärenden, om det inte på grund av lag, annan författning eller fullmäktiges beslut åligger annan. Detta gäller också mål där någon begärt laglighetsprövning av fullmäktiges beslut, om inte fullmäktige beslutar att själv föra talan.

Digital anslagstavla, webbplats och sociala medier
25 §
Regionstyrelsen ansvarar för regionens digitala anslagstavla.
Regionstyrelsen samordnar innehållet i och ansvarar för regionens externa och interna webb-plats samt regionens sidor på sociala medier.~~, såsom Facebook.~~

Övrigt
26 §
Regionstyrelsen ska fullgöra i detta reglemente angivna uppgifter samt de uppgifter som i övrigt åligger styrelsen enligt kommunallagen, annan lagstiftning och fullmäktiges beslut.

~~Delegation~~

~~27 §~~

~~Regionstyrelsen får uppdra åt utskott, en ledamot/ersättare i styrelsen eller en anställd i regionen att, i styrelsens ställe, besluta i ett visst ärende eller viss grupp av ärenden, dock inte i fall som avses i 6 kap. 34 § kommunallagen. Sådana delegationsbeslut ska anmälas till styrelsen vid nästkommande sammanträde.~~

~~Om styrelsen delegerat beslutanderätten till regiondirektören får styrelsen också bestämma att regiondirektören i sin tur får delegera beslutanderätten vidare enligt 7 kap. 6 § kommunallagen. Vidaredelegering kan bara ske i ett led. Beslut som fattas på vidaredelegation ska anmälas till regiondirektören, som i sin tur ska anmäla besluten i den ordning som styrelsen bestämt.~~

~~Delgivning~~

~~28 §~~

~~Delgivning till regionstyrelsen sker med ordförande eller den styrelsen beslutar.~~

~~Undertecknande av handlingar~~

~~29 §~~

~~Regionstyrelsens skrivelser, avtal och andra handlingar ska på styrelsens vägnar undertecknas av ordföranden och kontrasigneras av regiondirektören. Vid förfall för ordföranden träder vice ordföranden in och vid förfall för denne den ledamot som styrelsen utser.~~

~~Regionstyrelsen får även uppdra åt förtroendevald eller tjänsteman att enligt av styrelsen lämnade direktiv underteckna handlingar på styrelsens vägnar.~~

~~Beslut som fattas med stöd av delegation samt skrivelser, avtal och andra handlingar som upprättas med anledning därav, undertecknas av den som fattat beslutet och i förekommande fall, kontrasigneras av den som utses därtill.~~

Utskott och delegationer

27~~30~~ §

Regionstyrelsen ska ha ett arbetsutskott och två delegationer. Arbetsutskottet består av fem ledamöter och fem ersättare och har som huvuduppgift att bereda arbetet med budget, verksamhetsplan och flerårsplan samt bereda ärenden av strategisk karaktär inom områdena ekonomi, personal, kommunikation/ information, upphandling, fastigheter och IT.

Regionstyrelsen har delegationer inom området upphandling och personal som strategiskt ska följa arbetet inom dessa områden. Delegationerna rapporterar fortlöpande till regionstyrelsen.

Reglemente för regionstyrelsens arbetsutskott – RSAU

Sammansättning

§ 1

Regionstyrelsens arbetsutskott består av 5 ledamöter och 5 ersättare.

Uppgift

§ 2

Regionstyrelsens arbetsutskott har som huvuduppgift att leda och samordna arbetet med budget, verksamhetsplan och flerårsplan.

- ~~Att leda och samordna arbetet med budget, verksamhetsplan och flerårsplan.~~

Regionstyrelsens arbetsutskott ska dessutom särskilt initiera och bereda ärenden av strategisk karaktär inom ekonomi, kommunikation/information, fastigheter, informationssäkerhet och IT.
Arbetsutskottet ska vidare bereda allmänna ärenden, som kan beröra flera nämnder.

Arbetsutskottet beslutar om:

- Deltagande i kurser och konferenser för regionstyrelsen.
- Besluta om utgifter inom 200 000 kronor.
- Besluta om regionens representation i olika sammanhang.
- Regionstyrelsens representation.

Reglemente för regionstyrelsens personaldelegation

Sammansättning

Regionstyrelsens personaldelegation består av 5 ledamöter.

Uppgift

Regionstyrelsen är arbetsgivare och har det övergripande strategiska personal- och kompetensförsörjningsansvaret medan respektive verksamhetsnämnd har bemannings-, kompetens- och arbetsmiljöansvar.

Regionstyrelsens personaldelegation ska:

- Följa arbetet med strategiska personal- och kompetensförsörjningsfrågor utifrån styrande dokument.
- Särskilt följa strategiska personalfrågor inom ramen för programmet för hållbar utveckling – social hållbarhet.
- Följa utvecklingen i omvärlden.
- Initiera och bereda ärenden av strategisk karaktär inom personalområdet.
- Följa personalbokslut med analys och utvärdering inom personalområdet.
- Efter regionstyrelsens anvisning bereda motioner och remisser inom sitt område.
- Fortlöpande rapportera till regionstyrelsen.

Reglemente för regionstyrelsens upphandlingsdelegation

Sammansättning

Regionstyrelsens upphandlingsdelegation består av 5 ledamöter.

Uppgift

Regionstyrelsens upphandlingsdelegation ska:

- Följa arbetet med upphandling utifrån lagstiftning, upphandlingspolicy och övriga styrande dokument med hållbar upphandling i fokus.
- Följa utvecklingen i omvärlden.
- Initiera och bereda ärenden av strategisk karaktär inom området upphandling.
- Efter regionstyrelsens anvisning bereda motioner och remisser inom sitt område.
- Fortlöpande rapportera till regionstyrelsen.

Reglemente för Länsrådet för funktionsnedsättningar

Länsrådet för funktionsnedsättningar - LFF är ett samverkans- och samrådsorgan för frågor inom området funktionshinder mellan funktionshinderorganisationerna och Region Jönköpings län.

Riktlinjer är FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning för att tillförsäkra delaktighet och jämlikhet, Barnkonventionen, samt regeringens strategi för genomförandet av funktionshinderpolitiken.

LFF ska aktivt verka för att dessa riktlinjer följs och omsätts i praktisk handling samt aktivt arbeta för funktionshinderpolitik i Region Jönköpings län.

Syfte

LFF:s syfte är att:

- Utgöra en kontaktkanal mellan funktionshinderorganisationerna och regionen och vara ett forum för överläggningar och information.
- Utgöra ett forum där organisationernas sakkunskap kan förmedlas till regionens olika organ och där huvudmännen kan få en samlad föreställning om funktionsnedsättningar och olika gruppers behov.

Funktion

LFF:s funktion som samverkans- och samrådsorgan fastläggs med utgångspunkt från nedan angivna uppgifter:

- Hålla sig underrättad om befintliga verksamheter och insatser som är av betydelse ur ett funktionshinderperspektiv, följa förändringar och bevaka att nya behov tillgodoses.
- Samla in synpunkter och erfarenheter från organisationer som företräder personer med funktionsnedsättningar.
- Aktualisera önskemål, prioriteringar och motivera resursförstärkning hos vederbörande organ.

- Initiera och aktivt verka för informationsinsatser och utbildning till personer med funktionsnedsättningar och andra målgrupper.

- Verka för integrering av personer med funktionshinder inom olika verksamhetsområden.

- Rådet ska ges möjlighet att ge synpunkter i beredningen av frågor som berör funktionshinderområdet, i den mån det är lämpligt och tidsmässigt möjligt.

- LFF handlägger inte enskilda ärenden.

Organisation, arbetsformer och sammansättning

LFF har följande sammansättning:

Regionstyrelsen förrättar val av tre ledamöter från Region Jönköpings län där ordföranden i rådet utses av regionen och vice ordförande är representant från funktionshinderrörelsen.

Funktionshinderrörelsen i länet har 11 representanter. Dessa utses efter samråd mellan organisationerna att företräda grupperna med nedsatt syn- och hörsel, kognitiv förmåga, rörelseförmåga och nedsättning ~~p g a~~p.g.a. medicinska orsaker. Ungdomsorganisation bör vara representerad. För varje ordinarie ledamot/representant utses en ersättare. De ledamöter som väljs till LFF ska följa gängse valperioder.

Icke tjänstgörande ersättare har rätt att delta i rådets sammanträden.

Sammanträden

LFF har fyra sammanträden per år där extra sammanträde ska hållas om rådets ordförande eller mer än hälften av rådets ledamöter begär detta.

Sekreterare

Tjänsteperson~~man~~ från regionledningskontoret är sekreterare i rådet.

Beredning och arbetsgrupper

Beredning av frågor till LFF:s sammanträden sker genom LFF:s beredningsgrupp, som består av ordförande, vice ordförande samt berörd tjänsteperson~~man~~.

Kallelser och protokoll

Kallelser till LFF:s sammanträden skickas ut minst fyra veckor i förväg.

För kännedom ska föredragningslistor och protokoll även skickas till ~~sändas~~ länsorganisationernas ordförande.

LFF:s protokoll anmäls till regionstyrelsen samt delges också kommunernas funktionshinderråd.

Ärendegång

Frågor som ledamot eller annan önskar få behandlade i LFF ska meddelas till sekreteraren senast två veckor före utsatt sammanträdesdag.

Reglemente för Länspensionärsrådet

Regionens pensionärsråd är ett organ för överläggningar, samråd och ömsesidig information mellan ledamöter från Region Jönköpings län och pensionärsorganisationerna.

Rådet har aktivt möjlighet att arbeta för förändringar i regionens verksamhet genom att informera om och ge förslag till lämpliga anpassningar av regionens verksamhetsutbud för de äldres förhållande.

Syfte

Länspensionärsrådets syfte är att:

- Stärka inflytandet i alla frågor som gäller äldre.
- Verka för att äldres frågor behandlas och synpunkter tas tillvara på inom Region Jönköpings läns verksamheter.
- Initiera frågor inom området samt vara ett forum för opinionsbildning och kunskapsspridning.

Funktion

Länspensionärsrådets funktion som samverkan- och samrådsorgan fastläggs med utgångspunkt från nedan angivna uppgifter:

- Hålla sig underrättad om befintliga verksamheter och insatser som är av betydelse ur ett äldreperspektiv samt följa förändringar och bevaka att nya behov tillgodoses.

- Samla in synpunkter och ge förslag vid förändringar av samhällsinsatsernas utformning och förslag till lämpliga anpassningar.

- Aktualisera önskemål, prioriteringar och motivera resursförstärkning inom äldreområdet.

- Initiera och aktivt verka för informationsinsatser och utbildning inom äldreområdet.

- Verka för integrering av äldrefrågor inom olika verksamhetsområden.

- Rådet ska ges möjlighet att ge synpunkter i beredningen av frågor som berör äldreområdet.

Sammansättning
Länspensionärsrådet har följande sammansättning:

Regionstyrelsen förrättar val av tre ledamöter och tre ersättare från Region Jönköpings län, där minst en av dessa ska ingå i regionstyrelsen.

Ordföranden i rådet utses av regionstyrelsen och vice ordförande utses av företrädarna från pensionärsorganisationerna. Dessa tillsammans med sekreteraren utgör beredningsgrupp för rådet.

Riksorganisation för pensionärer som genom sin distriktsorganisation bedriver organiserad verksamhet inom länet ska vara representerad i rådet. I rådet ska 17 ledamöter från länets pensionärsorganisationer ingå med fördelning utifrån respektive organisations medlemsantal. Organisation som ingår i Länspensionärsrådet ska meddela regionledningskontoret vilka ledamöter som ingår i rådet.

Icke tjänstgörande ersättare från Region Jönköpings län har rätt att delta i rådets sammanträden.

Sekreterare
Tjänsteperson från regionledningskontoret är sekreterare i rådet.

Kallelser och protokoll
Kallelse med föredragningslista och handlingar ska skickas till rådets ledamöter och ersättare minst två veckor i förväg.

Protokoll från Länspensionärsrådets sammanträden justeras av ordföranden och vice ordföranden samt anmäls till regionstyrelsen.

Ärendegång
Frågor som ledamot eller annan önskar få behandlade i Länspensionärsrådet ska meddelas till sekreteraren.

Reglemente för krisledningsnämnd

Sammansättning och mandatperiod

1 §
Krisledningsnämndens sammansättning följer sammansättningen för regionstyrelsen, inklusive ersättare, ordförande, 1:a vice ordförande och 2:e vice ordförande.

Arbetsformer

2 §
Krisledningsnämnden följer den gemensamma arbetsordningen som upprättats för styrelse, nämnder, beredningar, utskott, delegationer och rådgivande organ till styrelse och nämnder.

Krisledningsnämnden

3 §
Av 2 kap. 2 § lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH) ska det i regioner finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid (krisledningsnämnd). Med extraordinär händelse avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser.

Krisledningsnämnden har till uppgift att utöva ledning och samordning av Region Jönköpings läns verksamhet vid extraordinär händelse i fredstids. Krisledningsnämnden har ingen funktion under höjd beredskap.

Aktivering av krisledningsnämnden

4 §
Ordförande för krisledningsnämnden, eller om denne har förhinder, 1:a vice ordförande, eller om denne har förhinder, 2:e vice ordförande bedömer när en extraordinär händelse medför att nämnden skall träda i funktion och beslutar i sådana fall att så skall ske. Beslut om att aktivera krisledningsnämnden kan ske på eget initiativ, eller efter föredragning av regiondirektören.

Krisledningsnämndens uppgifter

5 §
Krisledningsnämnden har, med hänsyn till den extraordinära händelsens art och omfattning, till uppgift att bl.a.:

- Ge övergripa inriktningsdirektiv för Region Jönköpings läns verksamhet.

- Besluta om långsiktiga åtgärder för att reducera de negativa konsekvenserna av inträffade händelser.
- Företräda Region Jönköpings län utåt och mot allmänheten.
- Ansvara för kommunikationsinsatser.
- Vid behov besluta om vilka verksamheter inom Region Jönköpings län som ska prioriteras, flyttas eller stängas.
- Besluta om omfördelningar av Region Jönköpings läns resurser.
- Vid behov ge bistånd till andra kommuner samt regioner.
- Vid behov begära bistånd från kommuner, regioner eller från statliga myndigheter.
- Fatta beslut och ge delegationer.
- Besluta om begränsat ekonomiskt stöd till enskilda som drabbats av händelsen.
- Ekonomiska beslut över ram.
- Fatta beslut, ge anvisningar eller vidta andra åtgärder som är jämförbara med något av ovanstående fall.

Rätt att överta hela eller delar av verksamhetsområden

6 §

Krisledningsnämnden har rätt att fatta beslut om att överta hela eller delar av verksamhetsområden från övriga nämnder i den utsträckning som krisledningsnämnden bedömer nödvändig med hänsyn till den extraordinära händelsens art och omfattning. Om det är möjligt bör samråd ske med den eller de nämnder som berörs innan beslut fattas.

Den eller de nämnder vars verksamhetsområden har övertagits av krisledningsnämnden ska underrättas om övertagandet och omfattningen av övertagandet, samt vilka beslut som krisledningsnämnden fattar med stöd av den övertagna beslutanderätten. När förhållandena medger det skall krisledningsnämnden besluta att de uppgifter som nämnden har övertagit från andra nämnder skall återgå till ordinarie nämnd.

Brådskande ärende

7 §

Ordförande får besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut ska därefter snarast anmälas till nämnden. Om ordförande i krisledningsnämnden har förhinder träder 1:a vice ordförande i dennes ställe. Har 1:a vice ordförande förhinder träder 2:e vice ordförande i dennes ställe.

Bistånd till andra kommuner, regioner och enskilda

8 §
Krisledningsnämnden får på begäran lämna hjälp till andra kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid. Om hjälp har lämnats har Region Jönköpings län rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller regionen.

9 §
Krisledningsnämnden får under en extraordinär händelse i fredstid lämna begränsat ekonomiskt stöd till en enskild som drabbats av händelsen.

Tystnadsplikt

10 §
Den som deltar eller har deltagit i en krisledningsnämndens verksamhet med beredskap för eller åtgärder under extraordinära händelser i fredstid får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon därigenom har fått veta om

1. förhållanden av betydelse för att förebygga och hantera fredstida kriser,
2. förhållanden av betydelse för totalförsvaret eller rikets säkerhet i övrigt,
3. en enskild persons ekonomiska förhållanden, eller
4. ett företags affärs- eller driftsförhållanden.

Rapporteringsskyldighet

11 §
Krisledningsnämndens beslut ska anmälas vid närmast följande fullmäktigesammanträde. Regionfullmäktige beslutar om omfattningen av redovisningen och formerna för denna.

Personuppgifter

12 §
Regionstyrelsen är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som görs inom ramen av krisledningsnämnden.

Ansvar för kommunikation

13 §
Krisledningsnämnden ansvarar för att i samverkan med press- och kommunikationsansvariga inom Region Jönköpings län verka för en samordning av information till allmänhet och media inför och vid extraordinära händelser i fredstid.

Krisledningsorganisation

14 §
Inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap har krisledningsnämnden en särskild krisledningsorganisation till sitt förfogande som stöd i det operativa arbetet. Krisledningsorganisationen kan, beroende på hur

händelsen utvecklas, behöva involvera ytterligare delar ur Region Jönköpings läns ordinarie förvaltningsorganisation.

Beslut om avveckling

15 §

Regionstyrelsen får, när krisledningsnämndens verksamhet som är föranledd av den extraordinära händelsen inte längre behövs, besluta att verksamheten skall upphöra. Ett sådant beslut om att krisledningsnämndens verksamhet skall upphöra kan även fattas av regionfullmäktige eller av krisledningsnämnden. Vid avveckling av krisledningsnämnden återgår de verksamhetsområden som nämnden övertagit till ordinarie nämnd.

Säkerhetsprövning

16 §

Ordförande, 1:a vice ordförande och 2:e vice ordförande i krisledningsnämnden ska säkerhetsprövas och placeras i säkerhetsklass utifrån gällande säkerhetsskyddsanalys.

Arbetsordning för styrelse, nämnder, utskott, beredningar och delegationer

Följande arbetsordning utgår från kommunallagen 2017:725.
Gäller även i tillämpliga delar för rådgivande organ till styrelse och nämnd/er.

Regionstyrelse

§ 1~~a~~
Bland de valda ledamöterna utser regionfullmäktige ordförande, 1:e vice ordförande och 2:e vice ordförande - presidium.

Arbetsutskott och delegationer

Regionstyrelsen utser inom styrelsen:

- 5 ledamöter och 5 ersättare att ingå i arbetsutskottet.
- 5 ledamöter att ingå i en personaldelegation.
- 5 ledamöter att ingå i en upphandlingsdelegation.

Se § 13 för val av ordförande och vice ordförande i ovanstående organ.

Ordförande

~~§ 2a~~
Det åligger särskilt regionstyrelsens ordförande att:

- Uppmärksamt följa frågor av betydelse för Region Jönköpings läns utveckling och ekonomiska intressen, verka för en hög effektivitet och aktivt ta initiativ i övergripande och strategiska frågor samt frågor som specifikt berör styrelsens verksamhetsområden.
- Främja samverkan mellan styrelsen, övriga nämnder och fullmäktige och länets kommuner.
- Representera styrelsen vid uppvaktningar hos myndigheter, konferenser och sammanträden om inte styrelsen bestämt annat i särskilt fall.

Vid förfall för ordföranden ligger motsvarande uppgifter i första hand på 1:a och i andra hand på 2:e vice ordföranden.

Nämnder
§ 2

Presidium
~~§ 1b~~
Bland de valda ledamöterna utser regionfullmäktige ordförande, 1:e vice ordförande och 2:e vice ordförande - presidium.

Respektive presidium utgör beredning till nämnden och nämnden utser en fast personlig ersättare per presidieledamot som ges närvaro- och rösträtt vid presidieöverläggningar vid ordinarie presidieledamots frånvaro.

Ordförande
~~§ 2b~~
Det åligger särskilt nämndens ordförande att:

- Uppmärksamt följa frågor som berör nämndens verksamhetsområde och ekonomiska intressen samt verka för en hög effektivitet och aktivt ta initiativ i frågor som berör nämndens verksamhetsområde.
- Främja samverkan mellan nämnden, övriga nämnder, styrelsen och fullmäktige och länets kommuner.
- Representera vid uppvaktningar hos myndigheter, konferenser och sammanträden i de fall detta berör nämndens verksamhetsområde om inte nämnden bestämt annat i särskilt fall.

Vid förfall för ordföranden ligger motsvarande uppgifter i första hand på 1:a och i andra hand på 2:e vice ordföranden.

Sekreterare
§ 3
Sekreterare och huvudföredragande i styrelse/nämnd utses av regiondirektören i samråd med ordföranden i respektive nämnd. Sekreteraren för protokoll, expedierar beslut och fullgör tillsammans med huvudföredragande i övrigt de uppgifter som framgår av denna arbetsordning eller särskilt beslutas av styrelsen eller nämnden.

Tid och plats för sammanträden
§ 4
Styrelsen/nämnden sammanträder på dag och tid som nämnden bestämmer. Styrelsen/nämnden ska årligen upprätta och fastställa en plan över sina ordinarie sammanträden.

Kallelse
§ 5
Ordföranden ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträdena. Kallelse och handlingar skickas digitalt ~~elektroniskt~~ till tjänstgörande ledamöter och berörda ersättare.

Kallelsen ska innehålla uppgift om tid och plats för sammanträdet. Kallelsen ska ~~i första hand~~ skickas digitalt ~~på lämpligt sätt~~ till varje ledamot och ersättare samt annan förtroendevald som får närvara vid sammanträdet senast en vecka före sammanträdesdagen.

Kallelsen ska åtföljas av föredragningslista. Ordföranden bestämmer i vilken utsträckning handlingar som tillhör ett ärende på föredragningslistan ska bifogas kallelsen.

Ledamöter med funktionshinder ges möjlighet att erhålla kallelse och handlingar i annat format. Om särskilda skäl finns får kallelse ske på annat sätt.

När varken ordföranden, vice ordförande eller andre vice ordföranden kan kalla till sammanträde ska den till åldern äldste ledamoten göra detta.

Arbetsutskott eller presidium äger rätt att kalla samtliga ledamöter i styrelse/nämnd till digitala sammanträden.

Ersättares tjänstgöring

§ 6

Om en ledamot är förhindrad att inställa sig till ett sammanträde eller att vidare delta i ett sammanträde ska en ersättare tjänstgöra i ledamotens ställe.

En ledamot som inställer sig under ett pågående sammanträde har rätt att tjänstgöra även om ersättare har trätt in i ledamotens ställe.

Om inte ersättarna väljs proportionellt ska ersättarna tjänstgöra enligt den av regionfullmäktige bestämda ordningen.

En ersättare som har börjat tjänstgöra har alltid företräde oberoende av turordningen. Om styrkebalansen mellan partierna därigenom påverkas får en ersättare som inställer sig under pågående sammanträde träda in i stället för en ersättare som kommer längre ner i ordningen.

Ersättare, som inte tjänstgör, får närvara vid nämndens sammanträden och delta i dess överläggningar men inte i besluten.

En ledamot eller en ersättare som har avbrutit sin tjänstgöring på grund av jäv får åter tjänstgöra sedan ärendet har handlagts.

En ledamot som har avbrutit tjänstgöringen en gång under ett sammanträde på grund av annat hinder än jäv, får åter tjänstgöra om ersättarens inträde har påverkat styrkebalansen mellan partierna.

Vid sammanträden utgår arvode till 1:e ersättare i styrelse/nämnder. För de partierna med tre eller fler mandat i styrelse/nämnd utgår sammanträdesarvodering till ytterligare en ersättare.

Inkallande av ersättare

§ 7

En ledamot som är hindrad att delta i ett sammanträde eller i en del av ett sammanträde ska snarast anmäla detta till styrelsens eller nämndens sekreterare som svarar för att ersättare kallas in. Den ersättare som kallas står på tur att tjänstgöra.

Om varken ordföranden, 1:e vice ordföranden eller 2:e vice ordföranden kan delta i ett helt sammanträde eller i en del av ett sammanträde utser styrelsen/nämnden en annan ledamot att vara ordförande tillfälligt. Den till åldern äldste ledamoten tjänstgör som ordförande tills den tillfälliga ordföranden utsetts.

Om ordföranden på grund av sjukdom eller av annat skäl är förhindrad att fullgöra uppdraget för en längre tid får styrelsen/nämnden utse annan ledamot att vara ersättare för ordföranden. Ersättaren fullgör ordförandens samtliga uppgifter.

Offentliga sammanträden

§ 8

Styrelse/nämnds sammanträden ska hållas inom stängda dörrar. Styrelse/nämnden får dock besluta att dess sammanträden ska vara offentliga, om fullmäktige har medgett det.

Styrelse/nämnds sammanträden ska dock alltid hållas inom stängda dörrar i ärenden

1. som avser myndighetsutövning, eller
2. i vilka det förekommer uppgifter som omfattas av sekretess hos styrelse/nämnden.

Personalföreträdares deltagande vid sammanträde

§ 9

Bestämmelserna om närvarorätt för företrädare för de anställda i Region Jönköpings län finns i kommunallagen 7 kapitlet 10-19 §§. Grundläggande är att närvarorätten gäller vid sammanträden med andra nämnder än regionstyrelsen.

Med nämnder avses organ som har förvaltnings- och verkställighetsuppgifter. Närvarorätten gäller inte i utskott, revision, förtroendenämnder eller valnämnd. Även om personalföreträdarna utses av arbetstagarorganisationerna så representerar de inte dessa. Personalföreträdarna ska fungera som ombud för alla medarbetare i Region Jönköpings län.

Personalföreträdarna har rätt att närvara vid en nämnds behandling av ärenden som rör förhållandet mellan regionen som arbetsgivare och dess anställa.

Nämnden får i enskilda fall besluta att personalföreträdarna får närvara även vid behandling av andra ärenden. De har inte rätt att närvara vid behandlingen av ärenden av följande slag:

- Ärenden som avser myndighetsutövning mot enskild, såvida ärendet inte rör en obestämd krets av enskilda.
- Förhandlingar med en arbetstagarorganisation.
- Uppsägningar av kollektivavtal.
- Arbetskonflikter.
- Rättstvister mellan regionen och en arbetstagarorganisation.
- Ärenden som avser beställning eller upphandling av varor och tjänster.

Yrkanden

§ 10

När styrelsen/nämnden har förklarat överläggningen i ett ärende för avslutad, går ordföranden igenom de yrkanden som har framställts under överläggningen och kontrollerar att de har uppfattats rätt.

Ordföranden befäster genomgången med ett klubbslag. Därefter får inte något yrkande ändras eller läggas till, om inte styrelsen/nämnden beslutar medge det enhälligt.

Den ledamot som har framställt ett yrkande ska avge det skriftligen.
Yrkanden om bifall eller avslag behöver ej lämnas skriftligen.

Deltagande i beslut

§ 11

En ledamot som avser att avstå från att delta i ett beslut, på grund av jäv eller annan orsak, ska i god tid före handläggning av ärendet anmäla detta till ordföranden.

En ledamot som inte har gjort en sådan anmälan anses ha deltagit i handläggning och beslutet om fullmäktige fattar det med acklamation.

Omröstningar

§ 12

Omröstningspropositionen ska ha godkänts innan den genomförs.

Om någon ledamot begär, ska propositionsordningen inför en omröstning presenteras skriftligen och vara tillgänglig för ledamöterna.

Omröstningarna genomförs så, att ledamöterna avger sina röster efter upprop. Uppropet sker enligt uppropslistan. Ordföranden avger alltid sin röst sist.

Sedan omröstningen har avslutats, befäster ordföranden detta med ett klubbslag. Därefter får inte någon ledamot avge sin röst. Inte heller får någon ledamot ändra eller återta en avgiven röst efter klubbslaget.

Om oenighet uppstår om resultatet av en öppen omröstning, ska en ny omröstning genomföras omedelbart.

Reservation

§ 13
En förtroendevald som har deltagit i avgörandet av ett ärende får reservera sig mot beslutet. Reservationen ska anmälas och lämnas till sekreteraren innan sammanträdet avslutas. En reservation är personlig.

Protokollsanteckning

§ 14
Den ledamot som vill lämna en protokollsanteckning ska göra det skriftligen. Anteckningen ska vara kort, koncis och innehållet ska vara sakligt och kopplat till ärendet samt ska redovisas vid sammanträdet. Underlag ska lämnas till sekreteraren innan sammanträdet avslutas.

Protokoll

§ 15~~9~~
Vid sammanträde med styrelsen/nämnden ska protokoll föras på ordförandens ansvar.

Protokollet ska redovisa vilka ledamöter och ersättare som har tjänstgjort och vilka ärenden som har handlagts.

Protokollet ska för varje ärende redovisa:

- Vilka förslag och yrkanden som har lagts fram och inte tagits tillbaka, genomförda om- röstningar och hur de har utfallit.
- Vilka beslut som har fattats.
- Vilka ledamöter som har deltagit i besluten och hur de har röstat vid omröstningar.
- Vilka reservationer som har anmälts mot besluten och som lämnats innan sammanträdet avslutats.

Protokollet ska justeras av ordföranden och två ledamöter genom digital justering eller namnteckning senast 14 dagar efter sammanträdet på det sätt som styrelsen/nämnden har bestämt.

Senast andra dagen efter det att protokollet har justerats ska justeringen tillkännages på Region Jönköpings läns digitala anslagstavla.

Av tillkännagivandet ska framgå var protokollet finns tillgängligt samt vilken dag det har anslagits. Tillkännagivandet får inte tas bort från anslagstavlan före utgången av den tid som gäller för överklagande enligt 13 kap. 5 § första stycket i kommunallagen. Bevis om anslagsdagen ska tecknas på protokollet.

Beslut av styrelsen/nämnden ska genom protokollsutdrag, eller på annat lämpligt sätt, meddelas de berörda.

Fullständigt protokoll ska delges styrelsens/nämndens ledamöter och ersättare samt regionens revisorer.

Delegation

§ 16~~0~~

Styrelsen/nämnd får uppdra åt utskott, en ledamot/ersättare i styrelsen eller en anställd i regionen att, i styrelsens/nämndens ställe, besluta i ett visst ärende eller viss grupp av ärenden, dock inte i fall som avses i 6 kap. 38 ~~37–39~~ § kommunallagen. Sådana delegationsbeslut ska anmälas till styrelsen/nämnden vid nästkommande sammanträde.

Om styrelse/nämnd delegerat beslutanderätten till regiondirektören får styrelsen/nämnden också bestämma att regiondirektören i sin tur får delegera beslutanderätten vidare enligt 7~~6~~ kap. 5-6 §§ ~~37–39 §~~ kommunallagen. Vidaredelegering kan bara ske i ett led. Beslut som fattas på vidaredelegation ska anmälas till regiondirektören, som i sin tur ska anmäla besluten i den ordning som styrelsen/nämnden bestämt.

Delgivning

§ 17~~1~~

Delgivning med styrelsen/nämnden sker med ordförande eller den styrelsen/nämnd beslutar.

Undertecknande av handlingar

§ 18~~2~~

Styrelsens/nämnds skrivelser, avtal och andra handlingar ska på styrelsen/nämndens vägnar undertecknas av ordföranden och kontrasigneras av den styrelsen/nämnden bestämmer. Vid förfall för ordföranden träder vice ordföranden in och vid förfall för denne den ledamot som styrelsen/nämnden utser.

Styrelse/nämnd får även uppdra åt förtroendevald eller tjänsteman att enligt av nämnds lämnade direktiv underteckna handlingar på nämndens vägnar.

Beslut som fattas med stöd av delegation samt skrivelser, avtal och andra handlingar som upprättas med anledning därav undertecknas av den som fattat beslutet och, i förekommande fall, kontrasigneras av den som utses därtill.

Utskott, beredningar och delegationer

§ 193
Styrelsen/nämnden tillsätter och utser ledamöterna i utskott, beredningar och delegationer samt väljer ordförande och vice ordförande och beslutar om mandattid. Sekreterare/föredragande utses enligt 3 §. ~~Reglemente för utskott tas fram av parlamentariska nämnden.~~

§ 2014
Utskott, beredningar och delegationer bestämmer tid för sammanträden enligt § 4, kallar till sammanträden och tjänstgörande enligt §§ 5–7.

§ 2115
Utskott ska föra protokoll enligt § 9. Delegationsbeslut undertecknas enligt § 12 tredje stycket.

§ 2216
Beredningar och delegationer ska föra protokoll som tillställs styrelsen och revisionen.

Initiativärende

§ 2317
Enligt kommunallagen 4 kap. 20 § får en ledamot väcka ärenden i nämnden eller styrelse, så kallad initiativrätt. För att få en korrekt och enhetlig struktur av inkomna initiativärenden gäller följande:

- Ledamoten måste tjänstgöra vid sammanträdet.
- Nämnden beslutar genom majoritetsbeslut om och hur ärendet ska beredas. Något beredningstvång gäller inte, förutsatt att ärendet inte gäller myndighetsutövning, för nämnderna.
- Vid sammanträdet avgörs:
  - Om ärendet ska avgöras direkt
  - Om ärendet ska beredas
  - Om ärendet ska bordläggas
- Ett ärende kan avgöras vid samma sammanträde som det väckts.
- Ledamot lämnar in ärendet skriftligen senast fem arbetsdagar före sammanträdet till nämndsekreterare.
- Ärenden som inkommer senast fem arbetsdagar innan sammanträdet anmäls, efter samråd med nämndens ordförande, som en punkt på dagordningen där det

framgår att det är ett initiativärende. Ny dagordning tillställs ledamöterna.

- Ärenden som inte inkommer senast fem arbetsdagar innan sammanträdet får väckas muntligen av ledamoten vid sammanträdet. Detta förordas ske vid sammanträdets början.

- Ett skriftligt formulerat förslag är att föredra för en effektiv hantering i nämnden.

Beslutade arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län

Tillämpningsområde

Dessa bestämmelser gäller för förtroendevalda inom Region Jönköpings län som avses i 4:e kapitlet, Kommunallagen (KL) (SFS 2017:725).

Med förtroendevalda menas:

- Ledamöter och ersättare i regionfullmäktige, fullmäktigeberedningar, nämnder, delegationer, styrelser, revisorer och deras ersättare.

Bestämmelser gäller även:

- Ledamöter i beredningsgrupper, temporära utskott och intressentsammansatta organ som utsetts i enlighet med regionens regler samt de som i övrigt är valda av regionen och som inte får ersättning på annat sätt.

Bestämmelserna angående de ekonomiska förmånerna återfinns i KL 4 kapitlet, §§ 12-18. Förtroendeuppdrag inom Region Jönköpings län som tillsammans arvoderas 40 % eller mer är att betrakta som betydande del av heltid i arvodesreglementet. Betydande del av heltid ska enligt förarbetena till kommunallagen förstås som uppdrag med en tjänstgöringsgrad omfattande 40 % av heltid eller mer.

Arvodering av uppdrag sker i relation till ett grundbelopp och ska årligen 1 januari justeras utifrån snittlöneökning för anställda i Region Jönköpings län. ~~(särskilda satsningar ej inkluderade).~~ Parlamentariska nämnden fastställer grundbeloppet.

De förtroendevaldas pensionsförmåner regleras i särskilt reglemente.

Parti som är representerat i regionfullmäktige får ersättning via partianslag till exempel politisk sekreterare ~~gruppadministratör~~, utbildning etc. Partiet ansvarar för uppdragets innehåll och arbetsledning.

Parti som innehar post/er som helarvoderat regionråd erhåller en politisk sekreterare från regionstyrelsens kostnadsansvar motsvarande 40 % av grundarvodet. ~~som gruppadministratör.~~

Tolkning

Parlamentariska nämnden ansvarar för tolkningar och tillämpningsanvisningar samt gör mindre ändringar och tillägg avseende dessa bestämmelser.
Parlamentariska nämnden är tillika pensionsmyndighet enligt pensionsreglementet OPF-KRL. Föreskrifter om parlamentariska nämndens arbetsformer vid fullgörandet av dessa beslutsfunktioner finns i ”Arbetsordning för styrelse, nämnder, beredningar och delegationer i Region Jönköpings län.
Vid beslut i sådana ärenden gäller i tillämpliga delar kommunallagens bestämmelser om nämnder.

Årsarvode

Förtroendevald med uppdrag enligt bilaga 1 har rätt till årsarvode med angivna belopp och som utbetalas månadsvis.
Parti som är representerat i regionfullmäktige får ersättning till partiföreträdare genom tilldelning av regionråd. Helarvoderat regionråd erhåller 100 % av grundbelopp.
Parti som ej erhåller helarvoderat regionråd erhåller delarvoderat regionråd på 60 % av grundbelopp, oavsett antalet mandat i regionfullmäktige.

Om delarvoderat regionråd är vice ordförande i en av de tre större nämnderna utgår ytterligare 10 % av grundbelopp.

Respektive parti utser gruppledare, oberoende av ovan nämnda. Ersättning utgår ej till uppdrag som gruppledare.

Årsarvode, sammanträdesarvode och förlorad arbetsinkomst för en förtroendevald kan per kalenderår sammanlagt inte överstiga 85 % av grundarvodet för regionråd. Partigruppen ansvarar för bevakning av detta vid fördelning av uppdrag.
Årsarvode utgår från den dag som anges i regionfullmäktiges beslut. Årsarvode utbetalas 12 månader om året.
Årsarvodet för förtroendevald enligt ovan är avsett som ersättning för de arbetsuppgifter som ligger inom uppdraget. Arbetsuppgifter som anses ingå och täcks av årsarvode är bland annat:

För samtliga ovan nämnda ingår:

- Inläsning av handlingar
- ~~Närvara vid sammanträden (+ ev sammanträdesarvode enl kap 5)~~
- Kontakter med allmänhet och press
- Rutinmässigt informera sig om förvaltningens arbete. Samråd och kontakter med verksamhetsledningar, besök i verksamheter för information.
- Avstämning med företrädare för partiet/partigrupper

För förtroendevalda ledamöter med presidieuppdrag ingår även:

- Samråd och kontakter i frågor som berör nämndens/styrelsens frågor
- Representera nämnden/styrelsen vid t ex invigningar, gratifikationsfestligheter, avtackningar, premiärer och motsvarande
- Genomgång och beredning av ärenden med sekreteraren, föredragande eller annan anställd i anledning av sammanträde, förrättning eller dylikt
- Fatta beslut i ärenden som nämnden delegerat, påskrift av handling eller liknande

Frånvaro

~~Om förtroendevald, som har rätt att få årsarvode, avgår under löpande mandatperiod ska arvodet fördelas mellan den avgående och efterträdaren i förhållande till den tid dessa haft sitt uppdrag.~~

Förtroendevald med årsarvode över 2 % som av andra skäl än sjukdom inte kan fullgöra sitt uppdrag, helt eller delvis, överstigande 30 dagar anmäler detta snarast till parlamentariska nämnden som har att bedöma eventuell reducering av arvodet samt i förekommande fall överförande till annan person.

Förtroendevald med årsarvode som ej närvarar på sammanträden 3 månader i följd utan giltigt förfall, mister rätt till fast arvodering. Övrig upprepad frånvaro i uppdraget får hanteras utav respektive parti. Gruppledare/politisk sekreterare ~~gruppadministratör~~ ansvarar för uppföljning av arvodering.

Sjukdom

För förtroendevald med årsarvode under 40 % utgår årsarvodet vid sjukdom oförminskat i 30 kalenderdagar. För återstående sjukskrivningstid utgår enbart arvode för uppdrag som ledamot i regionfullmäktige. Vid längre sammanhängande sjukskrivningstid (3 mån) görs ett ställningstagande av parlamentarisk nämnd om arvodet som ledamot i regionfullmäktige ska föras över till utsedd ersättare. Partiet gör anmälan till parlamentariska nämnden för beslut om omfördelning av arvode. Förtroendevald som är arbetsoförmögen och inte kan utföra sitt uppdrag ska anmäla detta första dagen till Försäkringskassan, löneenheten ~~arvodeshandläggare~~ och till sin gruppledare/politisk sekreterare. ~~gruppadministratör.~~

För förtroendevald med uppdrag som uppgår till 40 % eller mer tillämpas sjuklönelagens och kollektivavtal för anställda, Allmänna bestämmelsers regler, dag 1 karensavdrag~~dag~~, dag 2-14 utgår 80 % av arvodet och dag 15 – 90 utgår 10 % av arvodet, därefter inget arvode. Från och med dag 15 svarar Försäkringskassan för sjukpenning enligt gällande lagstiftning. Förtroendevald med månadsarvode överstigande 83,33 % av prisbasbeloppet ~~66,67 % av basbeloppet och som därmed överskrider Försäkringskassans högsta belopp för kalenderdagsberäknad sjukpenning,~~ erhåller skillnaden mellan högsta belopp av sjukpenning på normalnivå och 77,6% av arvodesbortfallet.

Föräldraledighet
För förtroendevald som uppbär årsarvode som uppgår till 40 % eller mer tillämpas ersättningsregler enligt kollektivavtalet Allmänna bestämmelser.
Förtroendevald anmäler ledighet till försäkringskassan, löneenheten och gruppledare. Vid föräldraledighet överstigande 3 månader gör partiet anmälan till parlamentariska nämnden för beslut om arvode till ersättare. ~~omfördelning av arvode.~~

Semesterledighet
Förtroendevald omfattas inte i sitt uppdrag av semesterlagen. Förtroendevald med uppdrag på 40 % eller mer ska dock, med bibehållet arvode, beredas en motsvarande semesterledighet under 5 veckor per år. Sådan ledighet får inte sparas över ett årsskifte. För ledighet krävs ingen ansökan.

Sammanträdesarvode
Ledamöter som inte uppbär årsarvode som uppgår till 40 % eller mer erhåller sammanträdesarvode för:

- Sammanträde med organ den förtroendevalde tillhör om det förs protokoll eller likvärdiga anteckningar.
- Förrättning när en särskild inbjudan/kallelse finns.
- Förrättning om beslut är taget i nämnden eller av nämnden utsedd beslutsdelegat.
- Överläggningar, avstämningar med företrädare för andra nämnder och styrelser i regionen och med externa organisationer och myndigheter och partsammansatta organ.
- Varje parti får årligen ett anslag för gruppmöten mm. Inom ramen för detta kan sammanträdesarvode utbetalas men varje parti beslutar själv om hur och när sammanträdesarvodena kan användas.
- Gruppmöte med nämndsledamöter.

För ledamot med arvodering 100 % (heltid som regionråd) utgår ingen extra ersättning, (undantaget reseersättning) gäller såväl direkta som indirekta uppdrag för Region Jönköpings län.

För ledamot med årsarvodering 50-85% utgår ingen ersättning för sammanträden, såväl direkta som indirekta för region Jönköpings län, ej heller ersättning för förlorad arbetsinkomst. Reseersättning utgår enligt reglemente.

För ledamot med årsarvodering 40-49% utgår ingen ersättning för sammanträden med nämnden, beredning eller uppdrag kopplade till nämnduppdraget, ej heller för förlorad arbetsinkomst. Reseersättning utgår enligt reglemente. Uppdrag utanför nämndens ansvarsområden utgår sammanträdesersättning enligt reglemente - dock ej förlorad arbetsinkomst.

För ledamot med årsarvode 4-39% utgår ingen ersättning för sammanträde med nämnd, beredning eller uppdrag kopplade till nämnduppdraget. För uppdrag därutöver utgår sammanträdesersättning enligt reglemente. Förlorad arbetsinkomst ersätts vid samtliga tillfällen. Reseersättning enligt reglemente.

För ledamot i regionfullmäktige utgår ersättning med 2 % förutom sammanträdesersättning, förlorad arbetsinkomst och reseersättning enligt reglemente.

För ledamot i regionstyrelse och följande nämnder, NFS, NTIM, NANA, PLN och PAN utgår ersättning med 1 % samt sammanträdesersättning, förlorad arbetsinkomst och reseersättning enligt reglemente.

För tjänstgörande ersättare i regionfullmäktige, utgår sammanträdesersättning, förlorad arbetsinkomst och reseersättning enligt reglemente.

Fysiskt sammanträde: Sammanträdesarvode med 1,25 % av grundbeloppet.

Digitalt sammanträde: Sammanträdestid överstigande 3 timmar ersätts med 1,25 % av grundbeloppet. Sammanträdestid upp till 3 timmar ersätts med 0,63 % av grundbeloppet.

~~Sammanträdestid överstigande 3 timmar ersätts med 1,25% av grundbeloppet. Sammanträdestid upp till 3 timmar ersätts med 0,63 % av grundbeloppet.~~

Kurs, konferens, studiebesök och övriga sammanträden ersätts med 0,63 % av grundbeloppet.

Vid kurser och konferenser gäller alltid att respektive nämnd/styrelse ska ha beslutat om deltagande. Detta gäller även vid konferenser i utlandet.

Förtroendevald som behöver resdag, för att delta i sammanträde påföljande dag, får inget sammanträdesarvode för resdagen.

Endast nivån för ett helt sammanträdesarvode kan utgå per dag.

Förlorad arbetsinkomst

Allmänt

Förtroendevald som tagit ledigt för att fullgöra förtroendeuppdrag för Region Jönköpings län har rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst enligt nedanstående bestämmelser. Grunden för rätten till ersättning är att den förtroendevalde har ett faktiskt löneavdrag kopplat till ledigheten för politiskt uppdrag i Region Jönköpings län.

Begränsningar

Ersättning för förlorad arbetsinkomst gäller inte förtroendevald som genomför uppdragen på heltid eller betydande del av heltid (40 procent).

Varje ansökan om ersättning vid partiell ledighet för politiskt uppdrag i Region Jönköpings län prövas av parlamentariska nämnden.

Högsta ersättning per timma är 1/165 av grundbeloppet och dock högst 85% av grundbelopp per månad. Belopp utöver detta prövas av parlamentariska nämndens presidium.

Rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst upphör då den förtroendevalde fyllt angiven ålder enligt 32a§ LAS. Förlorad arbetsinkomst över pensionsåldern hanteras av parlamentariska nämndens presidium.

Kompletterande regler
Den förtroendevalde är skyldig att på begäran styrka den förlorade arbetsinkomsten. I annat fall blir den förtroendevalde återbetalningsskyldig om ersättning hunnit betalas ut.

Ersättning betalas inte ut för tid för inläsning av handlingar enligt KL 4 kap § 11. Rörliga prestationsersättningar från anställning ersätts inte.

Då förtroendevald begärt ledigt och förrättningen/sammanträdet blir inställd eller flyttat med kort varsel (<14 dagar) utan att den förtroendevalde har möjlighet att ta tillbaka sin ledighetsansökan äger då rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst.

Anställda
För anställda är grunden för ersättningens storlek, inkomstuppgifter som är styrkta av arbetsgivaren.

- Nämndhantering, lönesystem Heroma
Ersättning för resa och förlorad arbetsinkomst begärs på närvarolista där den förtroendevalde signerar sin begäran. Ersättning bygger på förinlämnade uppgifter om antal km bostad-Rosenlund och/eller styrkt inkomst från ordinarie arbetsgivare. (Blanketter: Intyg för ersättning av resa RJL 5121, Inkomstintyg RJL 5000) Förlorad arbetsinkomst betalas ut med belopp motsvarande heldag (8 timmar). Vid kortare möten anges begärda antal timmar under anmärkning på närvarolistan. Omräkning av månadslön till timlön sker genom att månadslön divideras med 165, vilket motsvarar en genomsnittlig ersättning per timma.

Det åligger den förtroendevalda att ha anmält aktuella uppgifter för ersättning, retroaktiv justering av belopp kan inte ske.
Som anställd räknas även den som driver egen verksamhet i form av aktiebolag. För anställd i eget aktiebolag ska inkomsten styrkas av lönespecifikation, revisor eller liknande.

Digitala sammanträden med närvarolista
Nämndsekreterare/Ordförande/Gruppledare kryssar i närvaro och intygar genom att underteckna närvarolistan. Eftersom den förtroendevalde inte fysiskt är på mötet och kan signera sin begäran om ersättning, ersätts inkomstförlust efter att

intyg över löneavdrag har skickats till löneenheten. Intyget märks med vilket möte det avser.

- Blankett ”Ersättning till förtroendevalda, RJL 1222”
Används då närvarolista för ersättning via Nämndhantering saknas (ex. konferens, övernattning, möten i organ utanför RJLs organisation). Förinlämnade uppgifter gäller inte då reseräkning används, intyg över eventuell inkomstförlust ska bifogas.

Om förtroendevald med skiftgång/schemalagd arbetstid visar, med intyg från arbetsgivaren, att arbetsinkomst förlorats med mer än 8 timmar utgår ersättning även för denna tid. Vad gäller nattarbete ersätter Region Jönköpings län inkomstförlust som uppstår i och med att förtroendevald måste avstå från att arbeta natt före och/eller efter förrättning i Region Jönköpings län.

~~Förtroendevald som är timavlönad kan inte göra anspråk på ersättning för förlorad arbetsinkomst för arbetspass som inte bokats p.g.a. politiskt uppdrag. Endast faktisk ekonomisk förlust vid schemalagd arbetstid eller i förväg inbokade arbetspass medger rätt till ersättning.~~

För förtroendevald med timanställning, som hos arbetsgivare anmält sig disponibel för arbete men som på grund av förrättning eller sammanträde tvingas avböja erbjudande, ska ersättning beräknas utifrån en förväntad förlorad arbetsinkomst. Intyg från arbetsgivaren alternativt annan verifikation ska styrka aktuellt arbetspasserbjudande samt ange belopp på beräknad förlorad arbetsinkomst.

Den som har en timanställning har rätt till förlorad arbetsinkomst om man har avstått från att arbeta under ett inplanerat/schemalagt arbetspass för att i stället vara med på förrättning eller sammanträde. Detsamma gäller om den enskilde på morgonen har blivit uppringd och tillfrågad men väljer att tacka nej. Den enskilde ska alltså ha gjort ett medvetet val att avstå från ett inplanerat eller erbjudet arbetspass för att i stället gå på förrättning eller sammanträde. Arbetsgivaren alternativ annan verifikation ska styrka erbjudandet.

Med faktisk förlorad arbetsinkomst menas att man vidkänns ett löneavdrag. Med löneavdrag kan jämställas att en timavlönad tackat nej till ett erbjudet arbetspass.

~~Om en förtroendevald själv reglerar sin arbetstid/arbetsschema som anställd så att uppdraget utförs på ledig tid och därför inte föranleder något löneavdrag, har inte heller rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst.~~

Har den förtroendevalde ett uppdrag på ledig tid (uttag av flexledighet, semester m.m.) har man inte rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst. Det innebär också att en förtroendevald som byter arbetspass för att få ledig tid, när man har ett uppdrag i Regionen, inte har rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst.

Egenföretagare
Med egenföretagare avses person som innehar F-skattsedel. Även för egen företagare gäller att grunden för rätten till ersättning är att den förtroendevalde faktiskt gör en inkomstförlust. Bedrivs företaget på annan tid så att inkomstförlust ej uppstår, äger förtroendevald ej rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst.

1. Förtroendevald som är egen företagare ska inkomma med ansökan senast den 30 juni. Grund för beslut baseras på uppgifter om överskott/inkomst av näringsverksamhet. Beslutet gäller dock längst t o m 30 juni nästkommande år.

2. Förtroendevald som är egen företagare och söker ersättning enligt schablon ska årligen i januari inkomma med ansökan om ersättning för förlorad arbetsinkomst. Beslut gäller kalenderår om inte förändringar sker. Schablonersättning per timma: 1/165 av grundbeloppet x 40%.

Omräkning av inkomst till timlön sker genom att årsinkomsten divideras med 1 980, vilket motsvarar en genomsnittlig ersättning per timma.

Parlamentariska nämnden prövar rätten i varje enskild ansökan. Den förtroendevalde ska använda blankett ”Ersättning för förlorad arbetsinkomst för egen företagare, RJL 5138” och bifoga efterfrågade bilagor.
Retroaktiv ersättning utbetalas inte och har ersättning begärts enligt schablonen kan den förtroendevalde inte i efterhand begära högre ersättning.

Övriga
Med arbetsinkomst likställs i detta sammanhang arbetsmarknads-, socialförsäkringsbaserade ersättningar och andra ersättningar eller bidrag som reduceras till följd av förtroendeuppdrag. I de fall den förtroendevalde har arbetslöshetsersättning, sjukpenning eller föräldrapenning utgår ersättning med det belopp den förtroendevalde går miste om på grund av sitt uppdrag. Begärt belopp styrks med intyg eller motsvarande från ansvarig kassa. För Försäkringskassans godkännande av fullgörande av uppdrag under pågående sjukskrivning ansvarar den förtroendevalde.

Det är inte möjligt att begära förlorad arbetsinkomst från annat politiskt uppdrag.

Kommentarer
Med betydande del av heltid ska enligt förarbetena till KL förstås uppdrag med en tjänstgöringsgrad omfattande 40 procent av heltid eller mer. I proposition 1982/83:97 s 24-25 (om de förtroendevaldas arbetsförutsättningar etc.) sägs att när förtroendevald har flera deltidsuppdrag där vart och ett av uppdragen understiger 40 procent men där den sammanlagda tjänstgöringsgraden omfattar 40 procent av heltid eller mer ska dessa förtroendevalda inte ersättas för förlorad arbetsförtjänst. Med sammanlagd tjänstgöringsgrad ska förstås sammanlagd fast tjänstgöringsgrad. Denna beräknas genom att den förtroendevaldes procentuella årsarvoden för olika uppdrag inom Region Jönköpings län läggs samman.

VD för företag bedöms i normalfallet vara anställd och ska då uppvisa inkomstuppgift från företaget.

I vissa fall kan VD i fåmansbolag bedömas utifrån reglerna om egenföretagare. Detta t.ex. då VD tillika är huvudägare och att bolaget endast har ett fåtal anställda. Dessa bedömningar görs av parlamentariska nämnden.

Förlorad semesterförmån

Förtroendevald som tagit tjänstledigt för att fullgöra förtroendeuppdrag för Regionen i så stor omfattning att tjänstledigheten minskar antalet betalda semesterdagar är berättigad till ersättning för den förlorade semesterförmånen. En förtroendevald som är helt ledig från sin tjänst och därmed inte får någon lön från sin arbetsgivare har inte rätt till ersättning för förlorad semesterförmån för tid då man är ledig. Detsamma gäller för en förtroendevald som tagit partiell och generell tjänstledighet.
För ersättning krävs begäran från den förtroendevalde samt intyg från arbetsgivaren som styrker storleken av den förlorade förmånen. Blankett ”Intyg om förlorad semesterförmån, RJL 5001”. Ansökan ska göras efterföljande semesterår.

Kostnadsersättningar

Barntillsyn

Kostnader för barntillsyn (för barn under 12 år) som uppkommer under tid som den förtroendevalde fullgör sitt uppdrag har rätt till ersättning. Detta gäller dock inte förtroendevalda som fullgör uppdragen på 40 % eller mer. Ersättning utgår inte till familjemedlemmar som svarar för barnpassning, om vårdnadsbidrag utbetalas och inte heller för tid då ordinarie barnomsorg hade kunnat utnyttjas. Ersättningen gäller oavsett om enskild person med A-skatt, företag eller enskild med F-skattsedel anlitas.
Ett schablonbelopp – oberoende av antal barn – utges med 0,15 % av grundbeloppet per timma efter det att kostnaden uppstått och endast i samband med att sammanträdesarvode betalas ut.
Yrkande om ersättning görs på blankett ”Ersättning till Förtroendevalda, RJL 1222” under ”Övriga ersättningar”. Notera under ”Anmärkning” att begäran avser barntillsyn. Ersättningen är skattepliktig.

Kostnadsersättning för vård av person med funktionsnedsättning

Ersättning betalas för kostnader som föranletts av uppdraget vid vård och tillsyn av person med funktionsnedsättning som vistas i den förtroendevaldes bostad. Ersättning utgår inte för vård eller tillsyn utförd av familjemedlem. Ersättning enligt punkt 7.1
7.1-7.2 gäller ej förtroendevald som fullgör uppdrag på heltid eller betydande del av heltid.

Utbetalning

Arvode och andra kostnadsersättningar utbetalas den 27:e i månaden. Begäran om ersättning ska inlämnas månaden efter att förrättningen har ägt rum, eller snarast efter att eventuella intyg/bilagor finns tillgängliga. Begäran om ersättning som härrör sig till mer än ett år tillbaka i tiden ersätts inte.

Försäkringar

TFA-KL – I uppdrag på 40 % eller mer omfattas man av trygghetsförsäkring vid arbetsskada.
I samband med förrättning omfattas samtliga förtroendevalda.
GL-F - tjänstegrupplivförsäkring för förtroendevalda på heltid. Finns motsvarande försäkring hos annan uppdragsgivare eller arbetsgivare utgår ersättning enbart från en försäkring.
Tjänstereseförsäkring – Försäkringar omfattar: Resgods – allrisk, Ansvarsförsäkring, Rättsskyddsförsäkring, Överfallsförsäkring samt ersättning för kostnader vid sjukdom och olycksfall

Pension, avgångsersättning, livränta, omställning m. m.

De förtroendevaldas pensions- och avgångsförmåner regleras i särskilt reglemente som har antagits av regionfullmäktige, enligt rekommendation av Sveriges kommuner och regioner, SKR.
Förtroendevald som under tiden 2003 – 2014 innehaft uppdrag på 40 % ~~-~~eller mer tillhör pensionsreglemente PBF. Övriga förtroendevalda tillhör pensions- och omställningsreglemente OPF-KR~~L.~~

~~**PBF**~~
~~Enligt PBF (Bestämmelser om pension och avgångsersättning för förtroendevalda) från 1 januari 2003 har förtroendevald med årsarvoden på betydande del av heltid (40 % eller mer) och som fyllt 50 år rätt till visstidspension när uppdraget upphör.~~
~~Vid tillämpningen av dessa regler undantas 2 prisbasbelopp från inkomstsamordningen, vilket innebär att en förtroendevald har rätt att utan avdrag på pensionen få ersättning/lön från regionen, kommun, privat arbetsgivare eller eget företag med upp till 2 prisbasbelopp per år.~~
~~Förtroendevald som avgår från sitt uppdrag före 50 års ålder kan ha rätt till avgångsersättning och livränta efter 65 års ålder.~~
~~Den förtroendevalde måste ansöka om att få visstidspension, avgångsersättning och livränta utbetald. Ansökan kan göras tidigast 4 månader före pensionstillfället eller senast inom 2 år från pensionstillfället.~~
~~För fullständiga villkor se antaget pensionsreglemente.~~

OPF-KR~~L~~

Förtroendevald som tillhör reglemente OPF har om man innehar ett uppdrag på heltid eller betydande del av heltid (40 %) och lämnar sitt uppdrag efter minst ett år rätt till ekonomiskt omställningsstöd. Lämnar den förtroendevalde uppdraget efter minst fyra år har han/hon dessutom rätt till aktiva omställningsinsatser.

Den förtroendevalde måste ansöka om omställningsstöd till parlamentariska nämnden.

Pensionsförmånerna omfattar avgiftsbestämd ålderspension, sjukpension, efterlevandeskydd och familjeskydd.
~~Avsättning, beräknad på arvoden, sker till avgiftsbestämd pension oavsett nivå på uppdraget. I underlaget ska inte ingå det som betalas ut som ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst och inte heller traktamente och kostnadsersättningar. Pensionsavgiften är 4,5 % på ersättningar upp till och med 7,5 inkomstbasbelopp. På ersättningar där utöver är nivån 30 % intill dess att den förtroendevalde har uppnått övre ålder enligt 32a § LAS. Därefter är avgiften 4,5 % på hela den pensionsgrundande inkomsten.~~

~~Pensionsavgiften avsätts senast 31 mars följande år till en pensionsbehållning. Understiger beloppet 1,5 % av årets inkomstbasbelopp utbetalas avgiften kontant.~~

~~Utbetalning av pensionsbehållningen sker efter ansökan från den förtroendevalde och tidigast från den tidpunkt Allmän pension kan utbetalas.~~

Tolkning av reglemente och beslut om enskild förtroendevalds omställningsstöd eller pension fattas av parlamentariska nämnden.
För fullständiga villkor se antaget pensionsreglemente.

Kompensation för förlust av tjänstepension enligt Kommunallagen

Regionen betalar kontant ut 4,5 % av summan av den förtroendevaldes ersättningar för förlorad arbetsinkomst på grund av förtroendeuppdraget. Grunden för rätten till ersättning är att den förtroendevalde i sin anställning fått en lägre pensionsavsättning. Ansökan görs av förtroendevald genom att avtalstillhörighet och förlust styrks av ordinarie arbetsgivare inför varje mandatperiod och vid förändring på blankett ”Inkomstintyg-förtroendevald” (RJL5000).
Förtroendevald som är egen företagare eller fri yrkesutövare och som på ett godtagbart sätt kan styrka att pensionsförlust till tjänstepension gjorts (ex. pensionsutredning, intyg från pensionskassa) skall erhålla kompensation för förlusten genom utbetalning direkt till den förtroendevalde. Yrkande om ersättning skall framställas i samband med pensionering eller senast två år därefter.
Vad gäller ersättning för förlorade tjänstepensionsförmåner i övrigt prövar parlamentariska nämnden frågan i varje enskilt fall.

Reseersättningar, traktamente och övriga förmåner

Enligt arvodesreglerna sker utbetalning av ersättningar på grundval av undertecknad reseräkning alternativt ersätts resa via nämndhantering/närvarolista på Region Jönköpings län egna möten och genom att i förväg lämna in intyg över färdsträcka.
Reseersättning beviljas för resa mellan ordinarie bostad och förrättningsställe eller mellan tjänsteställe och förrättningsställe. För förtroendevald med kontor i regionkansliet utgör kansliområdet tjänsteställe. Ersättning utges inte för resor

från bostad till tjänsteställe. För övriga förtroendevalda räknas ordinarie bostad som tjänsteställe.
Ersättning utbetalas enligt gällande kollektivavtal för anställda, BIA och TRAKT T.

Helarvoderat regionråd åläggs att använda förmånsbil. (Gäller inte delarvoderat regionråd).
För samtliga förtroendevalda ska skatteavdrag för kostförmån göras vid alla tillfällen där gemensam lunch och/eller middag betalas av Region Jönköpings län. Avdraget gäller oavsett deltagande i lunchen/middag.
Beslut om vilka tekniska hjälpmedel som förtroendevald behöver, för att fullgöra sitt uppdrag, fattas av regionstyrelsen.
Övriga reseutlägg i samband med förrättning (parkering, bussbiljett, tågbiljett) ska styrkas med kvitto/biljett.

Kommentar:
Enligt Region Jönköpings läns riktlinjer för resor och möten, bör förtroendevalda i möjligaste mån använda sig av kollektiva transportmedel vid tjänsteresor. Förtroendevalda har också möjlighet att boka de poolbilar, kanslicyklar som finns att tillgå.

Bilaga 1 Arvodering av uppdrag

Regionkommunen har 6 helarvoderade regionråd varav 4 tillsätts av majoriteten och 2 av oppositionen. Helarvoderat regionråd väljs av regionfullmäktige.
Parti som inte erhåller helarvoderat regionråd erhåller delarvoderat regionråd på 60 % av grundbelopp, oavsett antalet mandat i regionfullmäktige.
Delarvoderat regionråd väljs av regionfullmäktige.

Arvodering av uppdrag sker i relation till ett grundbelopp och ska årligen 1 januari justeras utifrån snittlöneökning för anställda i Region Jönköpings län ~~(särskilda satsningar inte inkluderade).~~ Parlamentariska nämnden fastställer grundbeloppet. För regionråd som är regionstyrelsens ordförande har 110 %, övriga helarvoderade regionråd 100 % av grundbelopp.

Ledamot med sammanlagda arvoderade uppdrag på 40 % eller mer har skyldighet att vid varje ny mandatperiod och när förändringar sker lämna uppgifter om arvoderade sidouppdrag utanför regionens egen verksamhet. Anmälan görs till den parlamentariska nämnden på särskild blankett.
Den procentuella beräkningen avser **arvodering**, inte arbetstid. Arbetstiden är oreglerad, så kallad förtroendearbetstid.

Nämnd/ Uppdrag	**%**	**Antal ledamöter och ersättare samt kommentarer**
Regionfullmäktige		81 ledamöter + ersättare
Ordförande	20	
1:e vice ordförande	10	

2:e vice ordförande	10	
Ledamöter	2	Utgår till ledamöter med uppdrag understigande 40 %
Regionstyrelsen		15 ledamöter och 15 ersättare*
Ordförande	110	Helarvoderat regionråd
1:e vice ordförande	100	Helarvoderat regionråd
2:e vice ordförande	100	Helarvoderat regionråd
Ledamot	1	Utgår till ledamöter med uppdrag till och med 39%
Regionstyrelsen AU		5 ledamöter + 5 ersättare
Ordförande		Helarvoderat regionråd
Ledamot	11	Gäller ej för helarvoderat regionråd
Upphandlingsdelegation		5 ledamöter
Ordförande		Hel- eller delarvoderat regionråd
Personaldelegation		5 ledamöter
Ordförande		Hel- eller delarvoderat regionråd
Nämnd för Folkhälsa och sjukvård		15 ledamöter och 15 ersättare*
Ordförande	100	Regionråd
1:e vice ordförande	40	Regionråd eller 40 % av grundbelopp. För delarvoderat regionråd+10 %
2:e vice ordförande	40	Regionråd eller 40 % av grundbelopp. För delarvoderat regionråd+10 %
Ledamot	1	Utgår till ledamöter med uppdrag till och med 39 %
Nämnd för Trafik, infrastruktur och miljö		15 ledamöter och 15 ersättare*
Ordförande	100	Regionråd
1:e vice ordförande	40	Regionråd eller 40 % av grundbelopp. För delarvoderat regionråd+10 %
2:e vice ordförande	40	Regionråd eller 40 % av grundbelopp. För delarvoderat regionråd+10 %
Ledamot	1	Utgår till ledamöter med uppdrag till och med 39 %
Nämnd för Arbetsmarknad, näringsliv, attraktivitet		15 ledamöter och 15 ersättare*
Ordförande	100	Regionråd

1:e vice ordförande 2:e vice ordförande Ledamot	40 40 1	Regionråd eller 40 % av grundbelopp. För delarvoderat regionråd+10 % Regionråd eller 40 % av grundbelopp. För delarvoderat regionråd+10 % Utgår till ledamöter med uppdrag till och med 39 %
~~**Kulturutskott**~~ ~~Ordförande~~	 ~~5~~	~~7 ledamöter~~
Revisorer Ordförande Vice ordförande Revisorer	 16 14 11	~~Minst en~~ En ledamot per parti
Valberedning Ordförande Vice ordförande	 0 0	~~Minst en~~ En ledamot och en ersättare per parti
Parlamentarisk nämnd Ordförande Vice ordförande Ledamot	 9 5 1	~~Minst en~~ En ledamot och en ersättare per parti
Patientnämnd Ordförande Vice ordförande Ledamot	 16 11 1	5 ledamöter och 5 ersättare
Gruppadministratör		Parti som innehar post/er som helarvoderat regionråd erhåller en politisk sekreterare från regionstyrelsens kostnadsansvar motsvarande 40 % av grundarvodet. 4~~0 % för gruppadministratör.~~ ~~Samtliga partier som är representerat i regionfullmäktige får ersättning via partianslag till gruppadministratör.~~ ~~För ovanstående gäller att: Partiet ansvarar för uppdragets innehåll och arbetsledning. Partiet ansvarar för tillsättning och~~

		~~avslut i samband med mandatperiodens utgång. Villkor för uppdraget utarbetas i samarbete med regionledningskontoret.~~

Sammanträdesarvode

- Sammanträdestid överstigande 3 timmar ersätts med 1,25 % av grundbeloppet. Sammanträdestid upp till 3 timmar ersätts med 0,63 % av grundbeloppet.

- Kurs, konferens, studiebesök och övriga sammanträden ersätts med 0,63 % av grundbeloppet.

Sammanträdesarvode utgår till 1:e ersättare i styrelse/nämnder, där sådana utsetts. *För de partier med tre eller fler mandat i styrelse/nämnd utgår sammanträdesarvodering till ytterligare en ersättare.

Ersättning utgår till fast ersättare i nämndernas presidier för FS, TIM och ANA vid ordinarie presidieledamots frånvaro.

Icke tjänstgörande ersättare i Länsrådet för funktionsnedsättningar samt Länspensionärsrådet har närvarorätt men erhåller inte sammanträdesarvode.

Tabell: Sammanträdesarvode – begränsning

Ledamot		**Begränsning i sammanträdesarvodesersättning**
Med årsarvode	100 %	För ledamot med arvodering 100 % (helarvoderat regionråd) utgår ingen extra ersättning, (undantaget reseersättning) gäller såväl direkta som indirekta uppdrag för Region Jönköpings län.
Med årsarvode	50-85 %	För ledamot med årsarvodering 50-85 % utgår ingen ersättning för sammanträden, såväl direkta som indirekta för Region Jönköpings län, ej heller ersättning för förlorad arbetsinkomst. Reseersättning utgår enligt reglemente.

Med årsarvode	40-49 %	För ledamot med årsarvodering 40-49 % utgår ingen ersättning för sammanträden med nämnden, beredning eller uppdrag kopplade till nämnduppdraget, ej heller för förlorad arbetsinkomst. Reseersättning utgår enligt reglemente. Ersättning för sammanträde i regionstyrelse och regionfullmäktige utgår enligt reglemente. Uppdrag utanför nämndens ansvarsområden utgår sammanträdesersättning enligt reglemente - dock ej förlorad arbetsinkomst.
Med årsarvode	4-39%	För ledamot med årsarvode 4-39% utgår ingen ersättning för sammanträde med nämnd, beredning eller uppdrag kopplade till nämnduppdraget För uppdrag därutöver utgår sammanträdesersättning enligt reglemente. Förlorad arbetsinkomst ersätts vid samtliga tillfällen. Reseersättning enligt reglemente.
Med årsarvode	2 %	För ledamot i regionfullmäktige utgår ersättning med 2 % samt sammanträdesersättning, förlorad arbetsinkomst och reseersättning enligt reglemente.
Med årsarvode	1 %	För ledamot i regionstyrelse och följande nämnder, FS, TIM, ANA, utgår ersättning med 1 % samt sammanträdesersättning, förlorad arbetsinkomst och reseersättning enligt reglemente.

Fastställt av regionfullmäktige 2021-10-05

§ 29

Remiss av reglementen, arbetsordningar och arvodesregler

Beslut
Parlamentariska nämnden

- beslutar skicka ut reglementen, arbetsordningar och arvodesregler på remiss till berörda instanser samt till partigrupperna för inhämtande av synpunkter.

Sammanfattning
Siw Kullberg, kanslidirektör, informerar om att en översyn genomförts av reglementen, arbetsordningar och arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län.

Förslag till beslut
Ordförande Henrik Tvarnö (S) yrkar att samtliga reglementen, arbetsordningar samt arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län ska skickas ut på remiss till berörda instanser samt till partigrupperna för inhämtande av synpunkter.

Beslutsgång
På ordförandes fråga beslutar nämnden att bifalla ordföranden yrkande enligt ovan.

Beslutsunderlag
- Arbetsordning för regionfullmäktige
- Arbetsordning för styrelse, nämnder, utskott, beredningar och delegationer
- Reglemente för regionstyrelsen
- Reglemente för Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Reglemente för Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö
- Reglemente för Nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet
- Reglemente för parlamentariska nämnden
- Reglemente för patientnämnden
- Reglemente för regionstyrelsens arbetsutskott
- Reglemente för Länsrådet för funktionsnedsättningar
- Reglemente för Länspensionärsrådet
- Reglemente för krisledningsnämnd
- Reglemente för demokratiberedningen

- Reglemente för politiska sekreterare
- Reglemente för regionstyrelsens personaldelegation
- Reglemente för regionstyrelsens upphandlingsdelegation
- Reglemente för regionrevisionen
- Arvodesregler för förtroendevalda inom Region Jönköpings län

Beslutet skickas till
Berörda instanser och partigrupperna

---

§ 147

Kylsystem Tranås Vårdcentrum

Diarienummer: RJL 2025/1965

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen

- godkänna investering i installation av kylsystem i Tranås vårdcentrum för maximalt 10 500 000 kronor.

Sammanfattning

Lokalerna i Tranås vårdcentrum upplevs som varma under sommaren, vilket påverkar både arbetsmiljö och patientkomfort negativt. För att säkerställa ett behagligt inomhusklimat installeras kyla i vårdlokalerna. Lösning som innebär minimala störningar för verksamheten och är miljöanpassat genom användning av naturliga köldmedier.

Investeringen förbättrar arbetsmiljön för personal, stärker patientsäkerheten och ökar attraktiviteten för både patienter och vårdgivare. Åtgärderna bedöms som nödvändiga för att uppfylla framtida verksamhetsbehov och energieffektivisering.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Regionledningskontoret

Regionstyrelsen

Kylsystem Tranås Vårdcentrum

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- godkänner investering i installation av kylsystem i Tranås vårdcentrum för maximalt 10 500 000 kronor.

Sammanfattning

Lokalerna i Tranås vårdcentrum upplevs som varma under sommaren, vilket påverkar både arbetsmiljö och patientkomfort negativt. För att säkerställa ett behagligt inomhusklimat installeras kyla i vårdlokalerna. Lösning som innebär minimala störningar för verksamheten och är miljöanpassat genom användning av naturliga köldmedier.

Investeringen förbättrar arbetsmiljön för personal, stärker patientsäkerheten och ökar attraktiviteten för både patienter och vårdgivare. Åtgärderna bedöms som nödvändiga för att uppfylla framtida verksamhetsbehov och energieffektivisering.

Ärendebeskrivning

Tranås vårdcentrum består av tre huskroppar, där hus 02 och 04 används för vårdverksamhet. Under sommarhalvåret har det återkommande upplevts som alltför varmt i lokalerna. Detta påverkar arbetsmiljön negativt, ökar risk för patientpåverkan och försvårar en god och effektiv vårdleverans. Investeringen innebär installation av ett kylsystem i de två aktuella husen med minimala byggingrepp. Det kommer att komplettera befintliga luftbehandlingsaggregat med kylbatterier kopplade till nya kylmaskiner som placeras i fläktrum och tak. Lösningen möjliggör kylning med styrning per våningsplan i hus 04 och grundkyla i hus 02. Samtidigt demonteras en befintlig kylmaskin i tandvårdsavdelningen som använder äldre köldmedium.

Investeringen förbättrar arbetsmiljön genom minskad värmestress för personalen och ökad komfort för patienter. Användningen av naturligt köldmedium (propan) bidrar till minskad klimatpåverkan. Åtgärden möjliggör också att tomma lokaler i hus 04 kan tas i bruk och samordnas med andra fastighetsprojekt, vilket ger både flexibilitet och effektiv resursanvändning.

Ett alternativt förslag innebär installation av kylbafflar i varje rum. Det skulle ge individuell temperaturstyrning men kräver omfattande byggingrepp, asbestsanering och demontering av undertak, vilket försvårar genomförandet

under pågående verksamhet och medför högre kostnader. Därför har detta alternativ inte prioriterats.

Ekonomi

Investeringen innebär en ökad hyra för verksamheten på 733 000 kronor per år vid en avskrivning på 20 år. Hyran hanteras inom verksamhetens ordinarie finansiering. För investering på maximalt 10 500 000 kronor finns utrymme reserverat i investeringsbudget 2025 och plan för 2026–2027.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse

Beslutet skickas till

Verksamhetsstöd och Service Regionfastigheter
Vårdcentralerna Bra Liv
Regionledningskontoret Ekonomi

Jane Ydman
Regiondirektör

Maria Berghem
Ekonomidirektör

§ 148

Hyresavtal för förråd Smålands Musik och Teater

Diarienummer: RJL 2025/2046

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen

- godkänna hyresavtal för förråd Smålands Musik och Teater till en maximal kostnad på 660 000 kronor per år.

Sammanfattning

Nytt hyresavtal tecknas avseende förråd till Smålands Musik och Teater när befintligt avtal löper ut 2025-12-31.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Hyreskontrakt för förråd Smålands Musik och Teater

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Regionledningskontoret

Regionstyrelsen

Hyresavtal för förråd Smålands Musik och Teater

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- godkänner hyresavtal för förråd Smålands Musik och Teater till en maximal kostnad på 660 000 kronor per år.

Sammanfattning

Nytt hyresavtal tecknas avseende förråd till Smålands Musik och Teater när befintligt avtal löper ut 2025-12-31.

Ärendebeskrivning

Smålands Musik och Teater har idag ett hyresavtal för ett förråd som används till rekvisita. Lokalen finns på kvarter Ättehögen och är 791 kvadratmeter med en årlig hyra på cirka 510 000 kronor. Hyresavtalet löper ut 2025-12-31 och verksamheten behöver ett nytt hyresavtal. För det nya hyresavtalet ökar hyran med 150 000 kronor per år till cirka 660 000 kronor. I hyran ingår el, värme och fastighetsskatt. Avtalet har en löptid på 7 år med förlängning på 3 år om inte uppsägning görs senast 9 månader innan löptiden går ut.

Region Jönköpings län har inga egna lokaler som klarar av verksamhetens behov av förråd och behöver därför fortsätta hyra in lagerlokaler för ändamålet.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Hyreskontrakt för förråd Smålands Musik och Teater

Beslutet skickas till

Verksamhetsstöd och Service Regionfastigheter
Utbildning och Kultur
Regionledningskontoret Ekonomi

Jane Ydman
Regiondirektör

Maria Berghem
Ekonomidirektör

Hyreskontrakt

Jönköping 2025-06-XX

Hyresvärd:	Eventkraft i Sverige AB	556570-1629
Hyrestagare:	Region Jönköpings län	232100-0057
Adress:	Herkulesvägen 56 Jönköping, Kvarter Ättehögen 2	
Lageryta:	791m² Enligt bifogad ritning (Bilaga 1)	
Kontraktstid:	2025-07-01 – 2032-09-30	
Uppsägningstid:	9 månader skriftligt innan den avtalade hyrestidens utgång. I annat fall är kontraktet förlängt med 3 år.	
Värme/vatten:	Ingår, avgift tillkommer / ingår ej men finns att tillgå i Eventkrafts lokaler.	
El/Belysning:	Ingår. Enligt nuvarande bemanning så tillkommer inga avgifter. Vid regelbunden/daglig bemanning av lokalen tillkommer avgift.	
Sophantering/städning	Ingår ej.	
Pris:	750:-/m²/år +moms (regleras med årlig indexhöjning) Nuvarande tillkommande kostnader: Värme 50:- x 791m2/år + fastighetsskatt 29:- x 791m2/år)	
Betalningsvillkor:	Kvartalsvis i förskott	
Lokalen uthyrs:	Lokalen uthyres som lagerlokal. I hyran ingår larmövervakning. Lokalen kan komma att delas med andra hyresgäster med samma förutsättningar. Ev. avgränsning mot andra hyresgäster står hyresgäst för. Tillgång till lastport mot parkering dygnet runt, alla dagar i veckan. Gemensam lastyta (ej lagringsyta) ingår enligt bilaga 1.	
Särskilda villkor:	Tillgång till Eventkrafts kök och toalett samt lastkaj under Eventkrafts arbetstid (vardagar 9.00 – 17.00). Övrig tillgång efter överenskommelse. Detta avtal ersätter tidigare hyreskontrakt mellan parterna.	

Ort och datum:

Underskrift hyrestagare

Rachel De Basso, Regionstyrelsens ordförande
Region Jönköpings län

Jane Ydman, Regiondirektör Region Jönköpings län

Ort och datum:

Underskrift hyresvärd

Svante Lackemo, Eventkraft i Sverige AB

§ 149

Avsiktsförklaring för köp av fastighet för uppförande av vårdcentrum i Habo

Diarienummer: RJL 2025/2127

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott föreslår regionstyrelsen

- underteckna föreliggande avsiktsförklaring för köp av fastighet för uppförande av vårdcentrum i Habo.

Sammanfattning

Regionstyrelsen beslutade den 28 november 2023 att Region Jönköpings län ska bygga nya lokaler för Habo Vårdcentrum för att ersätta nuvarande hyrda lokaler.

Coop Väst äger fastigheten Gunnarsbo 1:268 där nuvarande Coopbutik är placerad. När detaljplanen tillåter byggnation av vårdlokaler på fastighet Gunnarsbo 1:268 är Region Jönköpings län beredd att fullfölja köpet enligt avsiktsförklaringen med Coop Väst ekonomiska förening.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Avsiktsförklaring mellan Coop Väst ekonomisk förening och Region Jönköpings län
- Beslut Regionstyrelsens 2023-11-28 § 258, RJL 2023/3876

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Regionledningskontoret

Regionstyrelsen

Avsiktsförklaring för köp av fastighet för uppförande av vårdcentrum i Habo

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- undertecknar föreliggande avsiktsförklaring för köp av fastighet för uppförande av vårdcentrum i Habo.

Sammanfattning

Regionstyrelsen beslutade den 28 november 2023 att Region Jönköpings län ska bygga nya lokaler för Habo Vårdcentrum för att ersätta nuvarande hyrda lokaler.

Coop Väst äger fastigheten Gunnarsbo 1:268 där nuvarande Coopbutik är placerad. När detaljplanen tillåter byggnation av vårdlokaler på fastighet Gunnarsbo 1:268 är Region Jönköpings län beredd att fullfölja köpet enligt avsiktsförklaringen med Coop Väst ekonomiska förening.

Ärendebeskrivning

Vid sammanträdet den 28 november 2023 ställde regionstyrelsen sig bakom inriktningen att Region Jönköpings län uppför lokaler för Habo Vårdcentrum för att ersätta de lokaler som idag hyrs av Habo kommun, RJL 2023/3876 § 258.

Coop Väst äger fastigheten Gunnarsbo 1:268 där nuvarande Coopbutik är placerad. Detaljplanen stödjer inte upprättande av vårdlokaler för närvarande. Det pågår ett arbete med Habo kommun om att ändra detaljplan.

När detaljplanen tillåter byggnation av vårdlokaler på fastighet Gunnarsbo 1:268 är Region Jönköpings län beredd att fullfölja köpet och betala överenskommen summa på 7,5 mnkr i enlighet med avsiktsförklaringen. Köpesumman grundas på överenskommelsen mellan parter samt värdering av oberoende part i oktober 2024. Köpesumman justeras för att kompensera säljaren för kostnader för risker samt kostnadsutveckling under perioden mellan värdering och köpet. När förvärvet av fastigheten sker, dock senast 2027-12-31, skall summan justeras med +750 kkr.

Vid övertagande åtar sig Coop att utrymma lokaler utan några ersättningskrav. Miljöbesiktning av mark på fastigheten skall utföras innan övertagandet för att klargöra att fastigheten inte är belastad med föroreningar.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Avsiktsförklaring mellan Coop Väst ekonomisk förening och Region Jönköpings län
- Beslut Regionstyrelsens 2023-11-28 § 258, RJL 2023/3876

Beslutet skickas till

Habo kommun
Regionfastigheter
Vårdcentralerna Bra Liv
Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård
Regionledningskontoret Ekonomi

Jane Ydman	Maria Berghem
Regiondirektör	Ekonomidirektör

Avsiktsförklaring

mellan

Coop Väst ek. förening

&

Region Jönköpings län

2025-05-28

Bakgrund:

Region Jönköpings län har initierat samtal med Coop Väst i en förfrågan om möjligheten att få förvärva fastigheter i Habo och Eksjö. Detta för att se över möjligheter att etablera egna verksamhet genom att uppföra nya egna ändamålsenliga byggnader.
Coop Väst har ställt sig positiva till att finna en lösning för båda berörda fastigheterna i Habo respektive Eksjö.

I Habo äger Coop Väst själva fastigheten Gunnarsbo 1:268. I Eksjö hyr Coop av Cibus Nordic Real Estate AB (en fastighetsaktör som Coop Väst hyr ett större antal butiksfastigheter av), Fastigheten Tågmästeren 1. Coop Väst ställer sig positiva till flytta ifrån Tågmästaren 1 ifall Regionen förvärvar fastigheten.

Habo

Coop Väst äger fastigheten Gunnarsbo 1:268 där nuvarande Coop butik är placerad.
Detaljplanen stödjer inte upprättande av vårdlokaler för närvarande. Det pågår ett arbete med Habo kommun om att ändra detaljplan.
När detaljplanen tillåter byggnation av vårdlokaler på fastighet Gunnarsbo 1:268 är Regionen beredd att fullfölja köpet och betala överenskommen summa på 7,5 mnkr.
Köpesumman grundas på överenskommelsen mellan parter samt värdering av oberoende part i oktober 2024. Köpesumman justeras för att kompensera säljaren för kostnader för risker samt kostnadsutveckling under perioden mellan värdering och köpet. När förvärvet av fastigheten sker, dock senast **2027-12-31,** skall summan justeras med +750 kkr.
Vid övertagande åtar sig Coop att utrymma lokaler utan några ersättningskrav.
Miljöbesiktning av mark på fastigheten skall utföras innan övertagandet för att klargöra att fastigheten inte är belastad med föroreningar.

Eksjö

Coop Väst har ett hyreskontrakt till fastigheten Tågmästaren 1, Eksjö med Cibus Nordic Real Estate AB som ägare. Avtalet löper till 2030-03-31. Om Region Jönköpings läns förvärvar fastigheten innan avtalstidens slut är parter överens om att Coop lämnar fastigheten utan ersättningskrav.

Regionen har fört samtal med Cibus Nordic Real Estate AB där parter är överens om prisbilden för fastigheten. Detaljplanen stödjer inte vårdfastigheter nu men Regionen har begärt ändring av detaljplan och ifall detaljplanen ändras har Regionen för avsikt att förvärva fastigheten.

Underskrift på nästa sida:

Ort & datum:

Peter Nyström
CFO
Coop Väst ek. för.

Ronnie Wangdahl
CEO
Coop Väst ek. för.

Ort & datum:

Rachel De Basso
Ordförande i Regionstyrelse
Region Jönköpings län

Jane Ydman
Regiondirektör
Region Jönköpings län

Regionstyrelsen §§ 235-260

Tid: 2023-11-28 kl. 13:00

Plats: Sal A, Regionens hus

§ 258

Inriktningsbeslut avseende nya lokaler för Habo Vårdcentrum

Diarienummer: RJL 2023/3876

Beslut

Regionstyrelsen

- ställer sig bakom inriktningen att Region Jönköpings län uppför lokaler för Habo Vårdcentrum för att ersätta de lokaler som idag hyrs av Habo kommun.

Sammanfattning

Nuvarande vårdcentrum i Habo är byggt i slutet av 1970 – talet. Sedan dess har antalet invånare i Habo kommun ökat mycket kraftigt. Vårdcentralen är inte anpassad till det arbetssätt och det antal patienter och personal som man har idag. Ett arbete har inletts tillsammans med Habo kommun med inriktningen att ett nytt vårdcentrum uppförs i centrala Habo.

Beslutsunderlag

- Information vid sammanträdet av Jane Ydman, regiondirektör
- Beslut regionstyrelsens arbetsutskott 2023-11-21 § 197
- Tjänsteskrivelse daterad 2023-11-21

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Med anledning av ny information som getts av regiondirektören vid sammanträdet föreslår ordföranden att *på Gunnarsbo 169 m.fl.* stryks i beslutssatsen i arbetsutskottets förslag.

Maria Frisk (KD) yrkar för Kristdemokraterna bifall till ordförandens förslag.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) yrkar för Sverigedemokraterna bifall till ordförandens förslag.

Kerstin Hammar (M) yrkar för Samverkan Region Jönköpings län bifall till ordförandens förslag.

Regionstyrelsen §§ 235-260

Tid: 2023-11-28 kl. 13:00

Plats: Sal A, Regionens hus

Beslutsgång
Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att regionstyrelsen beslutar i enlighet med ordförandens förslag.

Beslutet skickas till
Habo kommun Regionfastigheter
Vårdcentralerna Bra Liv
Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård, Ekonomi

Beslutets antal sidor
2