



SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Specialistföreningen för ST-läkare och specialister i akutsjukvård.

2022-05-25

Till:

Per Johansson, Svenska Läkaresällskapet

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

Sammanfattning

SWESEM välkomnar slutbetänkandet SOU 2022:6 om hälso och sjukvårdens beredskap. Utredningen innehåller omfattande förslag som i grunden innehåller flera delar som är mycket viktiga för svensk akutsjukvård. Akutläkare, specialistutbildade läkare i Akutsjukvård, är den del av läkarkåren som har hög kompetens inom katastrofmedicin både genom driftansvar och på organisatorisk nivå. De bär även den kliniska kompetensen om triagering, prioritering och akut differentialdiagnostik och behandling av patienter inom det svenska sjukvårdssystemet. Det är därför av stor vikt att det finns en representation med akutsjukvårdskompetens inom de beslutande organen som förs fram i utredningen. Vi vill framhäva att en stor del för hälso- och sjukvårdens kapacitet vid förhöjd beredskap kommer från förstärkningen av de befintliga verksamheterna involverade i stora händelser idag.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SWESEM vill betona att specialistläkare i akutsjukvård har en nyckelroll vid akut omhändertagande i händelse av kris eller förhöjd beredskap utifrån deras breda kompetens och vana att arbeta på sjukhus samt under fältmässiga förhållanden prehospitalt, och utgör därför en viktig resurs. Under covid-pandemin bistod på flera håll i Sverige specialister och ST-läkare i akutsjukvård intensivvården. Antalet specialister i akutsjukvård är ökande i Sverige.

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

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

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

9.2 SWESEM delar bedömningen att det finns ett behov av en nationell norm för övning och utbildning inom katastrofberedskap. Även om socialstyrelsen har ansvar för framtagning av den nationella planen, är vi dock av uppfattningen att det är mycket viktigt att det löpande arbetet med planen sker under medverkan av representanter för de berörda verksamheterna samt expertis inom de olika delområden som kommer ifråga. Vi ser vidare att den viktigaste funktionen för en nationell plan är att normera kravnivåer för olika verksamheters beredskap och funktioner, snarare än att ange detaljerade lösningar, då dessa med nödvändighet kommer att behöva skilja sig exempelvis mellan glesbefolkade områden och storstadsregionerna. För att säkerställa att de regionala/kommunala lösningarna lever upp till de normerade nivåerna behöver man också beakta behovet av en löpande tillsynsverksamhet, då vi befarar att det även här finns en stor risk att kommuner och regioner, på grund av resursbrist, ej fullt ut lever upp till planens intentioner.

9.2.3 SWESEM åsikten att katastrofmedicin bör omfattas av etablerade strukturer för kunskapsstyrning, men vi ser samtidigt att det på flera ställen i rapporten tycks finnas en semantisk sammanblandning mellan katastrofmedicin, som främst är ett akademiskt forskningsfält och inte en medicinskt specialitet, och medicinsk krisberedskap, som behöver genomsyra alla kommunala och regionala verksamheter som har vård- och omsorgsuppdrag. Detta är större än fältet katastrofmedicin, och vi tycker att det är olyckligt att alltför snävt fokusera på detta begrepp, även om termen rent språkligt är tilltalande i detta sammanhang. Detta ligger även i linje med de övergripande juridiska förhållandena som reglerar beredskap för krig/kris i Sverige, dvs att en aktör som i fredstid ansvarar för en funktion även ansvarar

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

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

9.4 SWESEM delar bedömningen att forskning inom kris/katastrofberedskap/katastrofmedicin är angelägen. Vi anser dock, i enlighet med vår kommentar till kapitel 9.3, att det är olyckligt att utgå från det akademiska ämnet katastrofmedicin som avgränsning. Forskning som rör vårdens förmåga att hantera kris/katastrofer och krig bör rymmas som en naturlig del av forskningen även inom andra discipliner, och vi tror att detta förhållandevis enkelt stimuleras genom att uppdra åt statliga forskningsråd att göra riktade utlysningar av forskningsmedel för forskning som rör kris/katastrof/krig även inom övriga medicinska discipliner. Satsningar med en liknande grundtanke finns redan i dagsläget, exempelvis Vetenskapsrådets utlysningar för att minska användningen av försöksdjur i medicinsk forskning, där forskare oavsett akademisk hemvist kan söka medel under förutsättning att syftet är att reducera användningen av försöksdjur. På samma sätt bör exempelvis Vetenskapsrådet kunna ges i uppdrag att göra breda utlysningar som möjliggör finansiering av relevanta projekt inom åtskilliga medicinska domäner och främst utgående från en vetenskaplig

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

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

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

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

SWESEM välkomnar förslag för utredning av ökad samordning av luftburna transporter inom Sverige, då helikoptrar och flygplan kan ha överlappande funktion vid uppdrag.

Det är tydligt att det kommunala självstyret och avsaknaden av nationell styrning kring framförallt luftburna patienttransporter är ineffektiv och leder till ojämlig vård, särskilt då det saknas nationella standarder för vården vid luftburna patienttransporter.

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

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

För Svensk förening för akutsjukvård:

Michael von Schickfus, ordförande i SWESEM

Frida Meyer,

Johanna Berg,

Daniel Willhelms,

Matthias Jörg,

Nicholas Aujalay.