



Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

Ert tjänsteställe, handläggare

Ert datum

Er beteckning

Vårt tjänsteställe, handläggare  
Ledamoten Lars Nylén  
lars.nylen.ua@telia.com

Vårt föregående datum

Vår föregående dnr

## **Yttrande – En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården SOU 2021:19 (S2021/03085)**

Kungl. Krigsvetenskapsakademien (KKrVA) har inbjudits att yttra sig över rubricerad utredning. Härmed överlämnas akademiens yttrande som utarbetats av en arbetsgrupp inom akademien.

Beslut i detta ärende har fattats av akademiens presidium.

KKrVA har inom projektet ”Krigsvetenskap i det 21:a århundradet” (KV 21), ingående studerat det svenska totalförsvaret och redovisat sin analys av svagheter, behov av åtgärder samt förslag i ett antal böcker och artiklar. En stor del av studien har ägnats avsaknaden av ett civilt försvar.

I projektets slutrapport ”Ett trovärdigt totalförsvaret” (2018) redovisas (sid 166 ff) en analys av sjukvårdssituationen och hur Försvarsmaktens tidigare förmåga till kvalificerat traumahandläggning och kirurgi sjunkit avsevärt och att landets behov av traumavård i kris och krig i allt väsentligt numera ska täckas av den civila sjukvården. Projektet ledde fram till uppfattningen att marginalerna i den civila sjukvården för stora skadeutfall är små och att mycket måste göras omgående i kris- och krigssjukvården (sid 295 ff).

### **Sammanfattning**

Arbetsgruppen, i det fortsatta kallad vi, anser att utredningen genom delbetänkandet gjort en mycket angelägen och noggrann genomlysning av försörjningsberedskapen för hälso- och sjukvården ur det breda perspektivet från vardag till krig samt de problem och brister som finns i nuvarande struktur och som mycket påtagligt visat sig exempelvis i



samverkansområdet 5-klövern då flera regioner i Mellansverige hösten 2019 drabbades av allvarliga leveransstörningar och under Covid-19-pandemin.

En återskapad och stärkt försörjningsberedskap med olika former av beredskapslagring behövs inom hälso- och sjukvården i fredssamhället och inom totalförsvaret.

Generellt sett är förslagen i delbetänkandet mycket bra och kommer att rätta till problemen och minimera bristerna och leda till nödvändig förmågehöjning, förutsatt att de genomförs.

Vi ser det som mycket angeläget att terminologi och tidsperspektiv i största möjliga mån är samordnad inom samhällsberedskapen och totalförsvaret. Mot den bakgrunden och för en robust försörjning med sjukvårdsprodukter anser vi att sjukvårdshuvudmännen ska kunna åläggas att lagerhålla prioriterade sjukvårdsprodukter i volymer motsvarande tre månaders normalförbrukning.

Frågan om extrautdelning av jodtabletter inom den kommande utökade beredskapszonen måste dock ytterligare genomlysas.

Vi lämnar i övrigt följande detaljerade synpunkter och kommentarer.

### **Övergripande synpunkter**

Som KKrVA framförde i sitt yttrande över delbetänkandet ”Hälso- och sjukvård i det civila försvaret SOU 2020:23” bekräftade Covid-19-pandemi som drabbade världen i början av år 2020 tydligt den skörhet och de brister som KKrVA anser finns i svensk sjukvård (slutenvård, öppenvård samt kommunal vård och omsorg) redan i fred och som återkommande påtalats från flera håll. Uthålligheten utan allvarliga undanträngningseffekter är otillräcklig. Risken är att sjukvården kan komma att bli än mer skör och mindre uthållig vid exceptionell belastning och med sämre beredskap för kris och katastrof om inte det sker en kraftsamling för totalförsvarets behov.

När bedömningar görs av försörjningsbehovet måste det beaktas att vad som behövs för civil respektive militär hälso- och sjukvård skiljer sig åt och därmed innehållet i behovet av försörjning och beredskapslagring. Båda delarna måste därför samverka rörande analysen och fastställandet av behovet.

### **Avsnittsvisa synpunkter**

#### **Vårdprinciperna styr försörjningsbehovet (avsnitt 3.1 och 5.4.2)**

Vi delar utredningens uppfattning att det förekommer en mängd termer och begrepp inom samhällsberedskapen och att det är oklart hur dessa samspelar och relaterar till varandra. Terminologin bör samordnas och termerna definieras.

När försörjningsbehoven bedöms måste man utgå från vad som ska göras. ”Hälso- och sjukvård” är ett brett begrepp som innehåller en mängd olikartade verksamheter. Ett annat nyckelbegrepp i sammanhanget är ”vård som inte kan anstå”. Vi anser att begreppet må fungera i



den akuta situationen, men är för otydligt och inte tillräckligt förpliktande som dimensionerande planeringsmål. När bristen på resurser och tidsfaktorn från skada till omhändertagande ökar kommer prioriteringen av enskilda skadade att förändras och vårdbehovet att prioriteras om. Är det då dåligt sörjt från början, nås botten med andra ord snabbare, blir prioriteringen hårdare och vad som kan tvingas bort ökar, dvs i en masskadesituation blir fler röda och gula prioriteringsmarkeringar ändrade till endast palliativ vård. I dagens Sverige är hälso- och sjukvården inte dimensionerad för masskadesituationer i fred och krig.

Vi anser att ”Vårdprinciperna i kris och krig” fortlöpande måste uppdateras och anpassas utifrån skadepanoramats vid större skadehändelser och pandemier i det moderna fredstida samhället samt vid krig. Det måste för samtliga sjukvårdshuvudmän och försörjningsplanerare vara mycket tydligt vad som alltid ska kunna uppnås och vad som i olika lägen kan prioriteras bort.

KV 21 hävdade att dagens samlade sjukvårdsförmåga inom Försvarsmakten och den civila sjukvården väsentligt underskrider Försvarsmaktens ambition för krigssjukvård. I Motståndskraft (Ds 2017:66, s 190 ff) konstaterade Försvarsberedningen att den civila sjukvården under normala förhållanden ofta ligger på eller över sitt kapacitetstak samt att Försvarsmakten är beroende av den civila sjukvården för sina vårdbehov. Försvarsberedningen ansåg att den svenska sjukvården därför måste förstärkas avsevärt.

För att försörjningsbehovet rätt ska kunna bedömas och dimensioneras anser vi att Försvarsmaktens behov och krav utifrån operativ planläggning, från stridsfältsnivån och fortsatt i vårdkedjan, måste beaktas redan från början då den framtida hälso- och sjukvården och dess försörjning dimensioneras i totalförsvaret. KV 21 har vid spel gjort antagandet att skadad militär personal och civila med allvarliga, svåra eller kritiska traumaskador som behöver vård som inte kan anstå vid ett begränsat angrepp under ett antal dagar kommer att uppgå till många tusen personer.

För att kunna hantera allvarliga händelser med ett stort antal skadade krävs ett väl fungerande omhändertagande av traumapatienter i vardagen. Tiden är därvid en kritisk faktor. I Sverige finns dock ingen enhetlig organisation av traumavården. Detta har påpekats i flera rapporter sen 2015. Flera viktiga förslag har lämnats, men få har genomförts.

För traumavården behövs dessutom ett bättre kompetensstöd och kompetensstyrningssystem, vilket har betydelse också vid beslut rörande försörjningsfrågorna.

Svensk sjukvård saknar redan i fred en tillräcklig robusthet i hela vårdkedjan, inklusive rehabilitering samt för garanterad tillgång till kritiska resurser och bättre försörjningsberedskap. Förmågan till omställning (”surge capacity”) måste dessutom kraftigt utvecklas, förberedas och övas för att kunna förmedla också vanlig bassjukvård parallellt med kris- och krigssjukvård.



De prioriteringsprinciper som Socialstyrelsen nu har i uppdrag från regeringen att utveckla (slutredovisas i juni 2022), måste ha en väsentligt högre ambition än palliativ vård för civila och militära patienter och att människor över en viss ålder hålls utanför sjukvården. Covid-19-pandemin har också visat att här fordras klargöranden.

En inte oväsentlig del av sjukvården sker i dag i privat regi, finansierad av det allmänna, vanligen genom avtal med regionerna. Där finns stora resurser, kompetensmässigt och materiellt. I vad mån och på vilket sätt privata vårdgivares resurser ska kunna tas i anspråk vid kris och krig måste klargöras.

Det föreligger således ett stort behov som omfattar hela vårdkedjan samt garanterad tillgång till kritiska resurser och bättre försörjningsberedskap.

#### **Ansvar och ledning** (avsnitt 5.4.3, 11.3 och 12.4.9)

Ansvars- och ledningsprinciper är centrala frågor i samhällsberedskapen. KKrVA har nyligen yttrat sig över Utredningens om civilt försvar betänkande ”Struktur för ökad motståndskraft (SOU 2021:25)”. Här aktuellt delbetänkande omfattar en rad frågor om ansvar och bemyndiganden varvid Socialstyrelsen föreslås få nya långgående uppgifter som griper in i nu gällande principer för ansvar och ledning av samhällets beredskap.

Det omfattande regionala självstyret inom sjukvårdsområdet innebär en risk för att verksamheten går åt olika håll i ansträngda situationer, vilket är hämmande för helheten. Vi anser därför att den s.k. ansvarsprincipen måste kompletteras med en mekanism som bättre möjliggör och stimulerar förmågan att leda och samutnyttja resurserna i krissituationer. Gång på gång visar verkligheten dessutom att styrande dokument för sjukvård och omsorg tolkas på olika sätt av olika huvudmän, om de ens är kända. Det måste till ett ökat ansvarstagande då det gäller att följa styrdokumentet. Det är inte tillfredsställande att vänta med att ta till sig dessa tills man står mitt i krisen eller får anmärkningar från inspektioner.

Det är viktigt att, som utredningen föreslår, vårdgivarnas ansvar för tillgång till förnödenheter förtydligas. Självklart har därtill staten ett yttersta ansvar för att försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet fungerar.

*En nationell myndighet* bör ha det samlade övergripande ansvaret för frågorna. Vi vill markera att detta övergripande ansvar, processerna för att fullgöra ansvaret liksom för nödvändiga logistiksystemen måste tydligt formuleras i förhållande till det viktiga grunduppdraget olika vårdgivare har så att det nationella uppdraget blir stödjande och inte hämmande på den faktiska vårdverksamheten där den utövas. Det får inte skapas oklarheter om vem som har ansvar för vad.

Det är helt klart att för att försörjning och beredskapslagring ska fungera tillfredsställande i framtiden krävs ett förtydligande av ansvarsfrågorna och en förändrad ledningsstruktur. Samtidigt är det ställt utom allt tvivel att Socialstyrelsen i sin nuvarande form vare sig har



organisation, resurser eller kompetens att axla den nya mantel som förslås av utredningen. Avsevärda permanenta tillskott fordras men även, vilket är viktigt, att Socialstyrelsen etablerar nära och uthålliga kontakter med hälso- och sjukvårdshuvudmännen (regioner och kommuner), privata vårdgivare och Försvarsmakten (Utredningen menar något förenklat, sid 202, att Försvarsmakten i sammanhanget fungerar i princip som en tjuogoandra region.).

Vi poängterar att det måste vara tydligt, även när tillfälliga uppdrag ges i en krissituation, vilket ansvar som åvilar de olika aktörerna i staten, regionerna och kommunerna.

### **Blodförsörjning** (avsnitt 4.6, 5.1.13 och 10.9)

Utredningen tar upp viss problematik kring försörjningen med blod och plasma, en verksamhet som även den är komplicerad, beroende av blodgivare, import samt medicintekniska produkter. Vi anser att det behövs en nationell beredskap för blodförsörjningen vid katastrofer och krig och ser fram mot att utredningen penetrerar dessa frågor i sitt slutbetänkande. Ämnet har nyligen diskuterats i Läkartidningen (2021,118:20149).

### **Lagerhållning** (avsnitt 4.3, 4.8.6, 4.11.3, 5.5, 6.4, 7.1.3, 7.1.4, 8.6, 9.5.1, 9.7.1, 9.12.1, 10.4, 11.1 och 11.3)

Hälso- och sjukvården är en mycket samhällsviktig verksamhet som måste kunna fungera även vid extra belastning och vid utdragna svåra störningar, vilket kräver en robust försörjningsberedskap. Hälso- och sjukvården behöver en stor mängd av olika förnödenheter. De framlagda förslagen skulle, förutsatt att de förverkligas, kunna återställa och utveckla en sådan förmåga för ett brett spektrum av påfrestande situationer.

Ibland brukar man säga att det som inte finns på hyllan, finns inte. Utredningen belyser lagringsproblematiken på ett utmärkt sätt, särskilt vad gäller det komplicerade området läkemedel. Importberoendet är en kritisk faktor, men analysen och uppföljningen av vad som kan leda till leveransstörningar är bristfällig.

Till lagerhållningsfrågan är kopplat analys av vad som behövs, upphandling, inköp och distribution. Givetvis är det så att behoven ser olika ut i olika typer av kriser. Vi anser, utan att gå in i detaljer rörande olika sjukvårdsprodukter, att här föreligger viktiga samordningsfrågor att beakta och finns stora effektivitetsvinster att göra mellan de som ansvarar för vardagsbehovet och de olika formerna och nivåerna av beredskapslagring. Uppenbarligen är lagerhållningen av sjukvårdsprodukter förhållandevis spretig, vilket för krissituationer innebär ökat behov av att ha samordnad kontroll över lagersaldona. De offentliga vårdgivarna måste utveckla sin uppföljning av sin lagerhållning. De system som nu byggs upp måste vara väl samordnade och robusta och fungera utan hinder vid fredskriser och i totalförsvarssituationer.

De nya *statliga säkerhetslager* som föreslås bör av skydds-, säkerhets- och distributionsskäl vara utspridda i landet. Förvaltningen av säkerhetslagren kräver resurser som måste återskapas från grunden och kräver även medicinsk kompetens.



Vi tillstyrker att ansvaret för statliga säkerhetslager för sjukvårdsprodukter samlas hos en statlig myndighet, vilket avser produkter som inte lämpar sig för omsättningslagring eller som kan behövas i mer än normal omfattning. De måste hållas åtskilda från det lager av sjukvårdsprodukter som EU nu bygger upp bland annat i Sverige (rescEULager), även om lagerrotation och omsättning kan komma att samordnas med nationella lagringsprocesser.

Vi anser dock att en skyldighet att lagerhålla en månads normalförbrukning - nära vården - inte är tillräckligt (7.1.4). Ökad sårbarhet och oförutsedda situationer (ökat behov eller leveransstörningar av olika slag) kan innebära att en månads lagret snabbt töms på kortare tid och att långa ledtider, beställnings- och leveransrutiner samt tider för tillverkning av läkemedel kan leda till bristsituationer. Vissa viktiga och utbytessvåra sjukvårdsprodukter (jfr definitionen i författningskommentaren till 2 kap 1 § i den föreslagna lagen om lagerhållningsskyldighet) bör därför lagerhållas i volymer som motsvarar *tre månaders* normalförbrukning. Det fördröjer uppkomsten av bristsituationer och överensstämmer dessutom med totalförsvarspropositionens planeringsperiod på tre månader. Det är viktigt att planeringen inom totalförsvaret inte har olika tidsperspektiv.

Finansiering bör följa de finansieringsprinciper som kommer att gälla för hela det civila försvaret.

Mot den bakgrunden anser vi dessutom att en kontinuerlig analys måste pågå och beslut fattas om vilka produkter som måste finnas i beredskapslager och på lagerhyllor i Sverige.

Under pandemin ledde konkurrens om produkter och störningar i distributionen till att modellen ”just-in time” snabbt utvecklades till ”not-in time” eller ”not-at-all”. Det japanska containerfartyget *Ever Givens* (20 124 TEU) grundstötning i Suezkanalen i mars 2021 ledde till sex dygns totalblockering av kanaltrafiken samt omedelbar och omfattande störning för världshandeln. Dessutom beslagtogs egyptiska myndigheter fartyget och dess last under tre månader i avvaktan på att skadestandsfrågan redades ut. Detta visar på hur även förhållandevis enkla störningar kan leda till allvarliga försörjningsstörningar i dagens samhälle.

### **Upphandling, ramavtal och omfördelning** (avsnitt 4.3.3, 4.11.3, 5.5.2, 11, 12.4.7 och 12.5.5)

Utredningen konstaterar helt riktigt att den svenska hälso- och sjukvården är beroende av en fungerande internationell handel för sin försörjning. Covid-19-pandemin visade tydligt på beroendet när produktionsenheter stängdes i Kina och upparbetade världsomfattande logistikkedjor brast. Det medförde världsomfattande dominoeffekter och i den konkurrenssituation som blev följden infördes exportförbud och inköpta sjukvårdsprodukter stoppades plötsligt av länder varigenom frakten transiterade, till och med inom EU. I en sådan situation krävs ”muskler”. Det förutsätter, menar vi, en förstärkt upphandlingskompetens hos samtliga upphandlande parter och staten inklusive Försvarmakten, regioner, kommuner samt en förmåga att snabbt kunna sammanställa och samordna sina behov och uppträda som EN part i förhållande till möjliga leverantörer. Gemensamt uppträdande ger styrka i



konkurrensen på leverantörsmarknaden. Det måste vara förberett och är svårt att få att fungera ad hoc i akuta lägen.

Det är angeläget att regler, avtal och upphandling är så förberett att man kan undvika panikinköp och inhemsk konkurrens i nödlägen.

I samband med att man ökar samordningen av upphandling och ramavtal bör man förebygga att det blir täta skott mellan olika användare. Vi anser att ramavtal i möjligaste mån bör utformas så att de kan användas för avrop av andra än upphandlande enhet. Det påpekas också av utredningen (s 748). Det bör också klargöras i vad mån s.k. Hamburgsamverkan enligt EU-domstolens dom i maj 2020 kan tillämpas mellan regioner och myndigheter för att byta varor och tjänster med varandra under en kris.

Vi uppfattar läkemedelsområdet som snårigt. Det är svårt för den som inte står mitt i verksamheten att bedöma alla detaljer i problembeskrivning och förslag. Klart är att marknaden inte heller har haft förmåga att lösa alla de problem som uppstod i kölvattnet till apoteksmonopolets upphörande (omregleringen).

Vår bedömning är vidare att lagen om handel med läkemedel inte är helt ändamålsenlig i dagens hälso- och sjukvård samt att det i krissituationer måste kunna tillåtas omfördelning av läkemedel liksom reprocessing och återanvändning av medicintekniska engångsprodukter. Möjligheterna till reprocessing och återanvändning bör ingå som en bedömningsfaktor när därtill lämpliga produkter handlas upp. I Finland har det exempelvis under våren 2021 pågått ett projekt (PIDE) där myndigheter, Försvarsmakten, universitet och privata aktörer tagit fram en rengöringsmetod för pipettspetsar.

Det bör dessutom beaktas och i förväg vara utrett i vad mån *användningstider* för vissa produkter kan förlängas i en krissituation i stället för att produkterna destrueras.

Utredningen behandlar möjligheterna att i bristsituationer matcha försörjningsbehoven genom ökad inhemsk produktion (tillverkningsberedskap). Även detta är ett komplicerat område. Utifrån studierna inom KV 21 vill vi därvid lyfta fram att även om omställning kan förberedas och behov tillgodoses genom inhemsk produktion krävs i många fall tillgång till råmaterial, substanser och nödvändiga komponenter från utländska leverantörer, vilket måste vara föremål för kontinuerlig och sammanhållen kartläggning och tillgången vara säkerställd.

Viss samordning måste också ske med djursjukvården. Erfarenheter finns att hämta från Covid-19-pandemin och utbrottet av högpatogen fågelinfluensa som pågått parallellt mellan 2020 och 2021, inte minst avseende försörjning med laboriematerial.

Statens Veterinärmedicinska Anstalt och Jordbruksverket redovisade den 28 juni 2021 till Näringsdepartementet ett uppdrag att bedöma nationella försörjningsbehov inom djurens hälso- och sjukvård



vid kris eller höjd beredskap - ”Nationella försörjningsbehov inom djurens hälso- och sjukvård vid kris eller ytterst i krig” (SVA Dnr 2020/943, Jordbruksverket Dnr 6.9.17.-17871/2020).

Precis som inom humansjukvården är läkemedel, medicintekniska produkter, skyddsutrustning och laboriematerial strategiskt viktiga för djursjukvården. Även problemen med till exempel handel och logistik är desamma som för djursjukvården. Det gäller säkerställd handel och ökad lagerhållning av varor och insatsvaror. Vi anser att det bör finnas betydande samordningsvinster om humansjukvården och djursjukvården kan samverka avseende försörjningsberedskapen.

Det har till exempel varit stor efterfrågan på laboriematerial under pandemin vilket har föranlett behov av omfördelning. Den stora globala efterfrågan har orsakat störningar i leverantörskedjorna och brist på förbrukningsmaterial. Det blev en snedvriden konkurrens och privata aktörer anskaffar materiel lättare än statliga bevakningsansvariga myndigheter. Till följd av bristsituationen genomförde MSB den 17 juni 2021 en nationell inriktning och samordningsfunktion (ISF) angående laboriemyndigheters tillgång till förbrukningsmaterial (MSB 2021-06815).

#### **Säkerställd distribution av läkemedel (avsnitt 13)**

Utredningen påpekar att apoteksaktörerna efter omregleringen av apoteksmarknaden inte längre är en integrerad del av totalförsvaret. Dessutom framhåller utredningen att utvecklingen mot en mer nära vård, med ökat fokus på primärvård och vård i hemmet, medför att en allt större del av läkemedelsbehandlingarna sker utanför sjukhusen.

Vi anser att detta är en mycket viktig omständighet som måste beaktas och läkemedelshandlingen få en lösning som fungerar i hela riket vid svåra samhällskriser och krig då tillgång och distribution kan vara allvarligt störd. Problem härvidlag kan som konsekvens innebära extra belastning på den slutna sjukvården som i situationen behöver sina resurser för annan akut belastning. Utredningens förslag om en särskild organisation med beredskapsapotek kan därvid vara en lösning.

#### **Jodtabletter (avsnitt 8.9 och 14)**

Utredningens förslag innebär huvudsakligen att ge rättsligt stöd för en beredskapsåtgärd som varit i kraft och fungerat väl under 40 års tid samt att anpassa detta till de nya beredskapszoner som beslutades i maj 2020 (SFS 2020:317) och träder i kraft under 2022.

Enligt tilläggsdirektiven har utredningen som bakgrund haft att utgå från Strålsäkerhetsmyndighetens (SSM) rapport 2017:27 Översyn av beredskapszoner. Rapporten har gjorts på regeringens uppdrag och innefattar även analyser av samtida utsläpp från tre reaktorer utan fungerande konsekvenslindrande system, dvs en händelse då ingenting fungerar. SSM föreslog att det även bör vara möjligt att inom något dygn göra en extra utdelning av jodtabletter inom det nya planeringsavståndet på 100 km från anläggningen. Regeringen beslutade den 19 maj 2020 (SFS 2020:317) om ändring i F (2003:789) om skydd mot olyckor.





Jodtabletter syftar till att förhindra att sköldkörteln tar upp radioaktiv jod, som människor inandats från kontaminerad luft från ett utsläppsmoln. Den optimala perioden att administrera jodtabletter är mindre än 24 timmar före och upp till 2 timmar efter förväntad start av exponering. Senare intag ger begränsad skyddseffekt och intag senare än 12 timmar efter exponering ger ingen skyddseffekt.

En utgångsfaktor för skyddsåtgärden måste vara att tidpunkten för ett haveri kan inträffa när som helst på dygnet och året. Utsläppsförloppen är typiskt sett olika vid tryckvattenreaktorer (Ringhals) och kokvattenreaktorer (Forsmark och Simpevarp). Samtliga reaktorer har s.k. haverifilter (skrubberanläggningar) vars funktion är att vid filtrerad tryckavlastning fånga upp bland annat radioaktiv jod (dock endast till viss del då urtvättningsgraden beror på jodets kemiska form).

Vilka områden som påverkas av ett jodutsläpp beror på funktionen hos "haverifiltret", fysikaliska förhållanden, aktuellt väderfall och plymens utbredning. Samtidigt är det känt att vinden i vissa fall synnerligen snabbt kan slå om, även 180 grader. Erhållen dos beror på en rad faktorer, bland annat utsläppets omfattning, exponering och skyddsåtgärder som inomhusvistelse och utrymning.

För att göra mest nytta måste jodtabletter vara utdelade i förväg, som i de inre och yttre beredskapszonerna, och dygnet runt och året runt vara omedelbart tillgängliga för kompletteringsutdelning och begränsad extrautdelning i de för utsläppsfallet och väderfallet aktuella områden. Utdelning av jodtabletter utanför beredskapszonerna är sedan tidigare en åtgärd som är praktiskt svårlost.

Utredningen redovisar att extrautdelning av jodtabletter endast kommer att vara till nytta vid långsammare händelseförlopp (sid 990) och knyter an till Strålsäkerhetsmyndigheten, som anser att extrautdelning bör kunna ske inom något dygn. Vid snabbare förlopp bedömer utredningen extrautdelning som ogenomförbar. Inomhusvistelse torde då komma att vara den rätta skyddsåtgärden.

Den nya planeringszonen sträcker sig med en radie på 100 km från anläggningen. Den kommer därmed att innefatta följande städer: Gävle, Norrtälje, Uppsala, Stockholms norra förorter, Kalmar Göteborg, Borås och Halmstad.

Vi anser att omfattning, former och genomförbarhet för extrautdelning av jodtabletter i den nya planeringszonen måste övervägas ytterligare och beakta haveritekniska överväganden samt resultatet av bland annat revidering av beslutsstödet för skyddsåtgärderna i den framtida haveriberedskapen för kärnkraftverken.

---

Yttrandet är utarbetat av en arbetsgrupp bestående av ledamöterna Lars Nylén (sammanhållande), Lovisa Strömmer, Rickard Knutsson, Peter Lagerblad, Ragnar Söderberg, Björn Körlof och Bo Richard Lundgren samt av överstelöjtnant, kirurg och stabsläkare Magnus



Blimark, f sjukhusdirektör, landstingsdirektör och överläkare Erik Hemmingsson och f sjukhusdirektör och överläkare Per Elowsson.

Sverker Göranson  
Styresman

Björn Anderson  
Ständig sekreterare

Kopia  
Försvarsdepartementet  
Justitiedepartementet  
Försvarsmakten  
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap  
Socialstyrelsen  
In- och utvärmen