

Riksdagen

Uppteckningar

vid EU-nämndens sammanträden

2019/20:22

Onsdagen den 12 februari

§ 1 Sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor

Socialminister Lena Hallengren (deltar per telefon)

Information och samråd inför extrainsatt möte i Europeiska unionens råd för sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor den 13 februari 2020

Anf. 1 ORDFÖRANDEN:

Jag förklarar dagens möte öppnat. Vi har socialminister Lena Hallengren med per telefon. Jag ger socialministern ordet under punkt 2 på rådsdagordningen.

Anf. 2 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Ordförande! Det känns jättekonstigt att vara med per telefon och inte se er allihop. Men jag hoppas att allt går bra. Det sitter också ett helt gäng av mina medarbetare där framme som kommer att kunna bistå om det är så att ni har fler frågor.

Vid det extrainsatta rådsmötet på torsdag den 13 februari är diskussionen om det nya coronaviruset på dagordningen. Medlemsländerna ska enligt ordförandeskapet få möjlighet att utbyta information för att kunna säkerställa en effektiv och koordinerad ansats i skyddet av folkhälsan i EU.

Ordförandeskapet har tagit fram ett diskussionsunderlag. De konstaterar att utbrottet av det nya coronaviruset i Wuhan i Hubeiprovinnsen har påverkat andra delar av Kina men också länder utanför Kina. De konstaterar också att arbetet i EU har varit både omfattande och intensivt sedan de första bekräftade fallen av det nya coronaviruset.

I underlaget finns det två diskussionsfrågor. Den första frågan är hur EU-samarbetet kan bidra till både förebyggande och förberedande åtgärder för att säkerställa skyddet av folkhälsan och vilken roll kommissionen bör ha när det gäller att ge stöd till medlemsländerna. Den andra frågan är vilka åtgärder EU gemensamt bör vidta för att säkerställa hållbar tillgång till läkemedel och medicinteknik vid oförutsägbar händelse i tredjeland.

Jag ska redogöra lite grann för den föreslagna inriktningen på Sveriges inlägg vid diskussionen.

Regeringen kan välkomna att de här frågorna lyfts upp vid rådsmötet. Det finns förstås ett stort mervärde i samarbete på EU-nivå. Stödet som finns från EU i form av koordinering av informationsutbyte på hälso-säkerhetsområdet är förstås av allra största vikt, eftersom det handlar om

gränsöverskridande hälsohot. Av naturliga skäl som vi alla förstår kan inte dessa hanteras av ett enskilt medlemsland, utan det krävs koordination. Samtidigt har alla medlemsländer ett otroligt viktigt ansvar för att vidta nödvändiga åtgärder på den nationella nivån.

I syfte att effektivisera men också stärka EU:s kapacitet och strukturer och på så sätt med effektivitet kunna möta de allvarliga gränsöverskridande hälsohoten tog EU-parlamentet och rådet i oktober 2013 ett beslut gällande allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Genom det beslutet inrättades en hälsosäkerhetskommitté, som består av företrädare för medlemsländerna. De har bland annat till uppgift att stödja informationsutbytet, men ska också i samverkan med kommissionen samordna medlemsländernas beredskap och insatsplanering, risk- och kriskommunikation samt insatser. Vi menar att EU-kommissionen bör fortsätta att stödja medlemsländerna, bland annat genom att organisera, administrera och koordinera arbetet i hälsosäkerhetskommittén.

Vad gäller den andra frågeställningen avser regeringen att lyfta fram betydelsen av global solidaritet och stöd till länder med svaga hälsosystem. Det handlar också om att respektera de rekommendationer som fastställs av WHO inom ramen för det internationella hälsoreglementet.

Regeringen kommer även att belysa behovet av samarbete på EU-nivå när det gäller tillgång till både läkemedel och medicinteknik. Tillgången till men också bristen på läkemedel och medicinteknik är en väldigt viktig fråga som aktualiseras särskilt vid oförutsedda händelser, som nu utbröttet i Wuhan. Att komma till rätta med problem som orsakar bristsituationer vad gäller läkemedel och medicinteknik är en komplex fråga som verkligen borde tas upp både internationellt och inom EU.

Även om medlemsländerna har ett eget ansvar – det är viktigt att hela tiden påpeka det – för att minska konsekvenserna av brister är det svårt att som enskild nation påverka de bakomliggande orsakerna. Den läkemedelsstrategi som aviserades av kommissionen i arbetsprogrammet för 2020 är som vi ser det verkligen en möjlighet att adressera frågan om sårbarheten i en väldigt hårt specialiserad tillverkningskedja för läkemedel.

Regeringen välkomnar att EU:s medlemsländer tillsammans och naturligtvis i samarbete med kommissionen vidtar lämpliga och nödvändiga åtgärder på folkhälsoområdet för att skydda EU:s medborgare.

Anf. 3 ANNIKA QARLSSON (C):

Tack så mycket, statsrådet, för föredragningen! Även om du inte ser oss hoppas vi att du hör oss lika bra som vi hörde dig.

Det är en oroande utveckling med antalet smittade och så vidare. Samtidigt kan man konstatera att viruset ännu inte har spridit sig till vår del av världen. Men just det här med beredskapen är oerhört viktigt och väsentligt. Jag delar i stort den svenska ståndpunkten.

Det som man kan fundera på kanske är sådant som inte råder bot på det läge vi befinner oss i nu – det här visar oss vad vi behöver vara beredda på inför kommande eventuella pandemier. Det gäller såklart att ha beredskap för att assistera länder i nöd. Det är viktigt att vi har en beredskap som nation men också en EU-gemensam beredskap i de här frågorna.

Men jag tror att man också kan behöva överväga om det behövs en permanent europeisk kapacitet eller ett nätverk av övervakningspunkter i utvecklingsländer för att göra det möjligt att snabbt upptäcka nya fall av infektionssjukdomar. Nyheter i dag beskriver att det inte var i december som den första smittan kom utan tidigare. Det handlar om hur vi tidigare kan upptäcka risker för den här typen av utveckling. Jag tycker också att det är viktigt och bra att kommissionens forsknings- och innovationsprogram Horizon 2020 bland annat kan användas för finansiering av forskning om smittsamma sjukdomar.

Detta handlar om att se vad som händer efter den här delen. I övrigt delar jag regeringens ståndpunkt.

Anf. 4 MARIE-LOUISE HÄNEL SANDSTRÖM (M):

Tack så mycket, statsrådet, för föredragningen! Det är förstås mycket som är intressant och mycket som är väldigt viktigt.

Moderaterna delar den svenska ståndpunkten. Vi tycker att det är viktigt att ministerrådet nu träffas och tar en första diskussion om den här frågan. Mycket av ansvaret vilar ju på medlemsstaterna, men det är också givetvis viktigt att EU-länderna är med när man gör en koordinering, som statsrådet berättade.

Vi välkomnar rådsslutsatserna. Vi tycker också att det är viktigt att man tittar på det här med läkemedel och medicinteknik, som är oerhört viktigt, och att vi framför allt stöttar de länder som inte har lika bra beredskap som vi har i Sverige.

En liten oro vi har är väl om vi kan lita på siffrorna från Kina. Har statsrådet funderat på att vi kanske inte riktigt vet om den information som vi får från Kina stämmer? Kan vi lita på att de här siffrorna är de korrekta?

Det är också väldigt viktigt att man stöttar WHO:s arbete.

Vidare är det så att regeringen har beslutat att det här ska klassas som en allvarlig och samhällsfarlig sjukdom. Vi funderar på om man har använt detta på något sätt. Man kan ju sätta personer i karantän, och man kan säga att det måste ske provtagning. Vi undrar om detta har använts till exempel på många resenärer som anländer från Kina till Sverige. Jag funderar på om det har använts eller om det fortfarande bara är så att man anser att det är samhällsfarligt.

Anf. 5 ILONA SZATMARI WALDAU (V):

Jag tackar statsrådet för föredragningen.

Jag tycker att regeringens ståndpunkt till stora delar är bra. Jag tycker att det är positivt att regeringen lyfter fram betydelsen av global solidaritet och stöd till länder med svagare hälsosystem, framför allt eftersom underlaget vi har fått i mycket handlar om EU och nästan lite stängda gränser. Ska vi få bukt med det här måste vi också kunna stötta och hjälpa andra länder som drabbas av sjukdomen.

I det kommer även Kina in och det som Marie-Louise Hänel Sandström sa. Vad vet vi om Kina? Vad är det för information vi får från Kina? Hur kan EU arbeta med att stötta Kina och få Kina att bli mer öppet i sin rapportering av sjukdomen? Jag kan se en risk att Kina kanske blir ännu mer stängt för att dölja saker och ting.

Sedan vill jag ta upp ytterligare en sak, som jag inte är säker på ska in i det här men som vi ändå måste fundera på. Om det tas fram vaccin, hur

garanterar vi att det inte blir som med svininfluensan – att vaccinet har allvarliga biverkningar som man inte känner till? Det är någonting som i alla fall behöver diskuteras.

Anf. 6 DÉSIRÉE PETHRUS (KD):

Tack, statsrådet, för inledningen och föredragningen!

Vi delar naturligtvis synen på vikten av att samarbeta inom EU i den här frågan. Jag tror att koordineringen är oerhört viktig. En fråga är då: Kommer Storbritannien att delta? Ingår de i det här samarbetet? Det är ju en lite speciell situation för dem. De ska inte delta i EU:s institutioner, men de är en del av EU-arbetet ända fram till sista december i alla fall.

Det här med global solidaritet och stöd till länder med svagare hälso-system är naturligtvis oerhört viktigt, eftersom det handlar om att förebygga större utbrott som kan nå Europa. Samtidigt är naturligtvis tillgången till läkemedel och medicinteknik för EU:s medborgare en prioritet. Det här måste vara en ganska svår balansgång när man tar upp diskussionen, kan jag tänka mig. När statsrådet talar om global solidaritet funderar jag lite grann på hur man tänker sig finansieringen. Ska den ske genom EU:s bistånd, eller är det på något annat sätt som detta ska finansieras?

Som några andra också har varit inne på behövs det kanske just nu särskilda insatser för forskningen om motmedel. Finns det något sagt om detta?

Anf. 7 LUDVIG ASPLING (SD):

Jag tackar så mycket för informationen. Jag har några korta frågor angående situationen.

Hur trovärdig är informationen som man får från kinesiska myndigheter? Det är en springande punkt, tycker jag, eftersom mycket av det som vi kan läsa och ta del av baseras på sådant som kommer direkt från Kina. Min uppfattning är att Kina inte är trovärdigt. Vilket avseende fäster man vid den information som kommer från kinesiska myndigheter? Det tycker jag är en viktig fråga.

Sedan skulle jag vilja höra om det finns något arbete med ett vaccin. Jag har läst lite på nätet från källor som jag inte vet trovärdigheten hos. Det handlar om olika forskningssäten som håller på och jobbar med att ta fram vacciner. Finns det något sådant på gång? Är det någonting som EU finansierar? Finns det någon plan på att finansiera det?

Jag skulle också vara intresserad av att höra om man kommer att avsätta några biståndspengar till det här. Detta är väl en typisk sådan sak som EU:s biståndsmiddel bör gå till. Biståndsmiddel går ju ofta till mycket annat som kanske inte har samma mervärde, men det här är väl en typisk sådan sak som bistånd faktiskt kan göra nytta för.

Anf. 8 LOTTA OLSSON (M):

Jag tackar för informationen.

Jag har ingen annan ståndpunkt än mina partikollegor – vi står bakom detta. Men jag vill tala om detta med informationen. Det är jättesvårt att veta vad som är sant, vad som är överdrivet och vad som är underdrivet. Enligt vissa källor som man kan läsa på nätet ser det ut som att det är väldigt hög dödlighet i förhållande till tillfrisknandet. Då undrar man ju om tillfrisknandet mäts efter lika lång tid som dödligheten eller om det är

en skillnad där. Om man säger att 3 000 har tillfrisknat och 1 000 har dött är det ju 25 procents dödlighet, men det som det talas om är i stället 2–3 procents dödlighet. De siffrorna tycker jag är lika viktiga som hur många det är. Det är likadant vad gäller hur smittsamt det är, vad vi kan lita på där, om det finns andra källor och så vidare.

Anf. 9 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Jag börjar lite grann. Sedan finns inte minst Karin Tegmark Wisell från Folkhälsomyndigheten på plats. Sedan får ni andra gärna fylla i. Hjälp gärna åt. Men jag ska börja med att ge några kommentarer.

När det gäller alla frågor som handlar om huruvida man kan lita på informationen från Kina, vill jag säga att regeringen inte använder sig av direktinformation från Kina för att grunda våra beslut. Vi har dels Folkhälsomyndigheten, som är vår expertmyndighet, dels WHO som är den globala aktören som agerar i Kina och som naturligtvis är en viktig informationspart för vår folkhälsomyndighet och för EU. Sedan har EU sin egen ECDC, som vi kan kalla vårt eget smittskyddsinstitut. Vi går alltså inte på någon direktinformation, utan vi använder oss av de organisationer och myndigheter som vi har och som vi ser som expertmyndigheter.

Detta vill jag också ge som svar till olika personer som säger att de har läst på nätet och har hört och sett olika saker. Jag tror att man ska vara mycket försiktiga generellt sett när man läser, eftersom det finns väldigt mycket som rör sig. Det kan mycket väl finnas ett uns av sanning i detta. Men jag tror att det är klokt om framför allt alla vi politiska företrädare på hög nivå använder oss av den information som Folkhälsomyndigheten använder sig av. Om man känner att man inte får information kan man kontakta myndigheten. Det är viktigt att man känner att man kan göra det som riksdagsledamot.

Hälsosäkerhetskommittén är en viktig del i samordningen. Där sitter inte jag själv, utan där sitter experter från myndigheter från varje enskilt land, alltså nationella aktörer som ska samordna. Det är också en viktig del.

När det gäller frågan om Storbritannien är jag lite osäker. Jag hoppas att någon som sitter i rummet som kan ge ett svar på den frågan.

När det handlar om det regeringsbeslut som Marie-Louise Hänel Sandström ställde en fråga om hänvisar jag också till Folkhälsomyndigheten. Regeringen fattar nämligen ett beslut för att se till att vi helt enkelt har en beredskap. När det gäller vilka delar i detta som man sedan använder och när är det otroligt viktigt att man alltid ser till att det är experter som beslutar. Och man brukar inte beskriva på individnivå vilken del man har använt. Men om Folkhälsomyndigheten vill kommentera det ytterligare får de gärna göra det.

Jag var tillsammans med Folkhälsomyndigheten i socialutskottet och gav en utförlig information, eftersom det är viktigt att man vet vad som händer. Jag vet inte vilka ledamöter i EU-nämnden som kan ha varit med på detta möte. Men det är förstås mycket viktigt att regeringen informerar riksdagsledamöter på alla tänkbara sätt.

Lotta Olssons fråga om dödligheten hänvisar jag också till Folkhälsomyndigheten.

Detta var egentligen mina kommentarer. Karin Tegmark Wisell från Folkhälsomyndigheten får ta över. Sedan ska jag kolla upp att jag har svarat på allt.

Anf. 10 Avdelningschef KARIN TEGMARK WISELL:

Jag kommer från Folkhälsomyndigheten.

Jag har försökt fånga upp de frågor som har lyfts fram, och jag tänkte börja med frågan om trovärdigheten i uppgifter och data från Kina. Det är klart att man alltid ska ha ett kritiskt tänkande i fråga om data och information, inte minst från en totalitär stat som Kina. Men det som har nämnts där är att vi har en mycket tät kontakt, särskilt med WHO. WHO har varit på plats tidigare. De har ett Kinakontor på plats där. Nu har de också rest dit med en större grupp personer för att stötta de som arbetar där. Det gör också att de får en ökad insyn genom att titta och bedöma hur siffrorna har sammanställts. Det är lite bakgrund om att man från WHO har en nära kontakt.

Likväl ser vi också att vi behöver granska siffrorna för att se om de känns trovärdiga och sätta dem i relation till vad vi vet om hur det är utanför Kina. Det ser vi som en mycket viktig del i bedömningen av trovärdigheten.

Det finns ett resande från Kina. Man kan göra en direkt koppling till förekomsten i Kina och sannolikheten att man upptäcker fall utanför Kina. Skulle siffrorna vara helt felaktiga skulle man se en stor export av fall från Kina. Vi ser att det mycket riktigt har varit export av fall från Kina – omkring 150 fall. Framför allt har det varit en export av fall till länder som har ett stort utbyte med resande från Kina. Man ser också en mycket tydlig proportionalitet och att de exporterade fallen finns framför allt i de länder som har ett stort utbyte med Kina. Men det finns en proportionalitet mellan de siffror som vi ser i Kina och det som rapporteras utanför Kina. Sedan kan man inte göra en matematisk formel av det.

När det gäller exporten till EU – vi har en mycket bra koll genom att information delas inom EU – ser vi att enstaka fall dyker upp, vilket vi fortsatt måste räkna med. Men vi har inte en kraftig ökning av antalet fall. Sedan ska vi också sätta detta i relation till att resandet från Kina minskar. Vi försöker bland annat titta på siffrorna och sätta dem i proportion till det som vi faktiskt har bra uppgifter om. Likväl fortsätter vi att följs detta för att se om det sker förändringar, och förändringar kan ske tämligen snabbt. Detta var lite övergripande om hur vi bedömer dessa siffror.

Kopplat till detta nämndes det också att det finns en hel del rapporter i sociala medier som snabbt försvinner. Det är konstaterat att det finns en infodemi kopplad till detta som WHO lyfter fram. Det har också visat sig att det finns en hel del felaktiga uppgifter som sprids. Där måste man vara mycket kritisk, granska det som sprids och försöka titta på omständigheter. Stämmer detta? Det kan vara saker som har tagits upp inifrån Kina. Detta är balansgång, och man måste ha ett kritiskt tänkande kring de uppgifter som släpps ut och försöka bilda sig en helhet.

Baserat på detta har vi väl ingen anledning att ifrågasätta en del av siffrorna. Sedan är de siffror som vi får ut konstaterade fall. Det representerar toppen av ett isberg.

Det blir mer och mer uppenbart att denna sjukdom har en enorm variation i fråga om symtombild. Det kan vara alltifrån att människor har

en asymtomatisk subklinisk infektion till att de får en mild förkylning som är snabbt övergående till att de får en riktigt svår typ av lunginflammation som kräver inneliggande sjukhusvård. Sedan är det en del av dem med denna svåra typ av lunginflammation som tyvärr inte har gått att rädda till livet. Det finns alltså ett stort spektrum. Det gör också att det är svårt med fallrapporteringen.

Samma problem och utmaning har vi med influensarapporteringen, där det bara är toppen på isberget som kommer till diagnos.

Det är därför ganska uppenbart att det finns ett större antal fall än de som rapporteras. Men de uppgifter som nu kommer från Kina är att dödligheten minskar när man får mer information om omfattningen av utbrottet. Och vi har haft diskussioner med WHO om de senaste siffrorna.

Detta ger två signaler. Dels att detta faktiskt är en mycket smittsam sjukdom, dels att vi inte har någon anledning att tro att de dödlighetssiffror som finns kommer att öka.

Det är, som mycket riktigt påpekades, en ganska lång sjukdomsduration. Det gör att en del ganska sent i förloppet – kanske dag åtta eller nio, i vecka två – har fått en försämring. Man följer alltså patienterna ganska länge. Man vill inte frikänna patienter förrän man är säker på att de är fria från virus. Själva virusnivåerna kan fortsätta finnas länge.

Viss eftersläpning är det såklart med dödstalen, eftersom det kan ta två tre veckor innan någon dör. Det kan finnas de som vårdas länge på IVA, intensivvården.

De senaste siffrorna visar att av de rapporterade fallen är det ungefär 10–15 procent som har behövt sjukhusvård. Av dem är det ungefär 3 procent som har behövt intensivvård. Och mindre än 1 procent har dött.

Men vi måste fortsätta att följa detta, och siffrorna kan förändras i detalj. Vi kan inte sätta några kommatecken efter siffrorna. Men det är ungefär så bilden ser ut.

Detta gällde dödligheten.

När det gäller arbetet med vaccin och vad EU specifikt gör har det redan nu gjorts utlysningar med stoppdatum för att komma in med ansökningar redan i nästa vecka. Jag har inte datumet klart för mig. Det handlar särskilt om verktyg för att kunna bemöta sjukdomen på bästa sätt. Det handlar om alltifrån snabb diagnostik, att förstå vilka de sårbara grupperna är och vilka som man särskilt ska satsa på att skydda till frågor kring vaccin med mera.

Inom ramen för WHO pågår omfattande strategier för att stötta och arbeta globalt med vaccinprojekten. Frågan om att vi inte ska missa viktiga biverkningar nämndes. Där finns det inga genvägar. Man kan skynda på för att snabbt få fram den faktiska vaccinprodukten. Men sedan kvarstår det att göra noggranna kliniska prövningar vad gäller effekterna av vaccinet och sedan också vad gäller säkerheten. Det som möjliggör en så snabb hantering som möjligt är att man jobbar globalt med detta, och vi arbetar intensivt med det. Vi hade både i går och i dag en särskild session där världens olika forskare har bjudits in för att titta på hur man på bästa sätt kan adressera dessa frågor gemensamt.

Det var också en fråga om karantän. Ska man använda sig av karantänswerktyget och när? Vi lämnade en hemställan till regeringen baserad på det faktum att det är en sjukdom som potentiellt kan ge

allvarliga konsekvenser. De exakta procentsatserna avseende allvarlig sjukdom har jag redan återgett.

Men om vi får ett scenario där denna sjukdom inom de närmaste månaderna eller inom kommande år sprids globalt, och vi också får en belastning på svensk hälso- och sjukvård, är det viktigt att kunna ha så starka verktyg som möjligt vid en belastning på samhället som sådant.

Därför vill vi att sjukdomen ska vara anmälningspliktig, allmänfarlig och samhällsfarlig, eftersom det ger oss verktyg. Vad gäller allmänfarligheten handlar det om att kunna vidta åtgärder som är inskränkande för den personliga integriteten och att ge förhållningsregler så att vi kan tydliggöra vad man inte får göra för att inte riskera att sprida smitta.

Karantänsfrågan är en stark integritetsbegränsande åtgärd. Från tidigare hanteringar har vi sett att om man är väl motiverad och väl införstådd med riskerna och vad man ska göra för att bryta smitta är det mer effektivt än tvångsåtgärder som gör att det finns en rädsla att ge sig till känna och söka hälso- och sjukvård för att man riskerar att hamna i en situation som man själv inte har någon som helst kontroll över.

Nu finns möjligheten att sätta människor i karantän, både enskilda individer och större grupper av individer om det senare skulle behövas. Det är ett verktyg som vi är angelägna om finns och som man bör kunna ta till om behov av det uppkommer.

Att sprida kunskap för att få ett ansvarstagande och ett väl insiktsfullt agerande har visat sig vara mer effektivt.

Anf. 11 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Det var en fråga om biståndsmedel från EU. Kanske Niklas Jakobsson kan säga någonting om det.

Anf. 12 Departementsrådet NIKLAS JAKOBSSON:

I går deltog jag i ett EU-möte med tjänstemän om hälsofrågor. Då meddelade EU-kommissionen att man hade fått en begäran från Kina om stöd och att kommissionen behandlade detta skyndsamt och tänkte ställa om EU:s biståndspengar, eftersom man såg detta som något mycket viktigt.

Det som man nu ägnade sig åt var att tillsammans med Världshälsoorganisationen försöka identifiera de mest sårbara länderna och rikta EU-stöd till dem som är i störst behov av hjälp om de skulle drabbas av smitta.

Anf. 13 ORDFÖRANDEN:

Jag tror att det var en fråga om Storbritannien också.

Anf. 14 Departementssekreterare HELENA LAGERHOLM:

Jag kan meddela att Storbritannien inte kommer att delta vid mötet i morgon.

Anf. 15 JAN ERICSON (M):

Tydligen sprider vissa av oss smitta mer än andra, om man ska tro på detta med superspridare och så vidare. Det var ju någon man som hade smittat ett stort antal personer.

Vad jag förstår tillämpar vissa länder kontroll av flygresenärer som kommer från Kina. Andra länder gör det inte. Vad jag förstår gör vi inte det i Sverige. Jag har ingen aning om hur man gör i EU. Det kanske socialministern vet, eller det kanske är något som kommer upp. Men jag skulle vilja veta lite mer om det.

Var går gränsen för att man ska börja göra kontroller av resenärer som kommer från Kina? Det går ett antal flyglinjer från Kina till Sverige även i dag. Är inte det ett mycket smart sätt att försöka förebygga att någon tar med sig smittan hit? Såvitt jag förstår är alla som har blivit smittade i Europa personer som har kommit från Kina.

Anf. 16 NINA LUNDSTRÖM (L):

Ordförande! Tack, statsrådet, för föredragningen! Nu är fokus på att förebygga smittspridningen. Men det uppstår också en fråga vad gäller arbetet framöver: Hur ser kunskapsläget ut kring varför utbrottet har skett? Finns det någon kunskap om detta redan nu, och hur kommer i så fall det förebyggande arbetet att se ut?

Det har ju diskuterats att det har kunnat vara exempelvis levande djur som har varit orsaken till smittspridningen.

Min andra fråga handlar om samverkan med andra länder. Förutom flyget kommer mycket passagerartrafik genom färjorna, inte minst från Finland. Där finns det också många kinesiska passagerare. Finns det någon samverkan med Finland?

Anf. 17 ORDFÖRANDEN:

Jag har satt upp mig själv på talarlistan.

Jag måste fråga om det här med anmälningsplikt om sjukdomsutyttringarna är att man är förkyld eller så. Kan ni förklara lite mer hur det hänger ihop? Annars tror jag att jag kommer att klura på det länge.

Anf. 18 LUDVIG ASPLING (SD):

Vi har lagstiftningsmöjligheter att sätta folk i karantän. Men finns den fysiska infrastrukturen för att sätta folk i karantän på plats?

Jag vet att man till exempel i Japan har gjort så att när man evakuerade sina medborgare från Wuhan hyrde man helt enkelt ett hotell ute på landet där alla får bo under inkubationstiden. Sedan planerar man att släppa ut dem efter ett tag.

Har vi någon liknande möjlighet? Skulle man kunna göra så i Sverige, eller finns det någon tanke på hur man skulle lösa karantänsfrågan rent fysiskt?

Anf. 19 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Jag kan kommentera detta ytterst kort, och så får Karin Tegmark Wisell göra sig beredd att svara på merparten av frågorna.

Inledningsvis känner jag att det är viktigt att komma ihåg att vi inte ska jämföra oss med andra när det gäller både tid och kraft och vad som är

verkningsfullt. Det gäller framför allt Kina, förstås, som har ett stort utbrott.

Från regeringens sida följer vi de rekommendationer och råd som vår expertmyndighet Folkhälsomyndigheten ger oss. Vi gör ingen egen bedömning. Det är inte en politisk bedömning i Sverige hur vi ska hantera karantänsfrågor och inresefrågor. Det är skälet till att jag lämnar den frågan vidare.

När det gäller samverkan med andra länder är det otroligt viktigt att vi har en god sådan. Jag uppfattade Nina Lundströms fråga som att den gällde mer rent praktisk samverkan. Också den frågan kanske därför lämpar sig ännu mer för Folkhälsomyndigheten att svara på.

Fru ordförande! Bara så att jag vet: Visst är det så att jag inte har nämnt själva rådsslutsatserna ännu?

Anf. 20 ORDFÖRANDEN:

Nej, vi tar dem under nästa punkt.

Anf. 21 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Jag tyckte bara att det lät som om någon talade om att ställa sig bakom dem, så jag ville bara dubbelkolla att jag inte hade missat det.

Då tror jag att det är bra om Karin Tegmark Wisell kommenterar frågorna om inresande, anmälningsskyldighet och så vidare.

Anf. 22 Avdelningschef KARIN TEGMARK WISELL:

Jag vill understryka det som Lena just sa: Vi pratar om möjliga framtida scenarier där vi har en helt annan risksituation och en annan riskbild för Sverige. Det är viktigt att vi är beredda för det.

Vi har alltså ett fall i Sverige som har konstaterats. Det ser vi som ett exempel på att det har fungerat väldigt väl i kedjan. Man har agerat kring detta fall på ett föredömligt sätt.

En fråga gällde kontroll av fler inresande, om det görs, vad vi drar för lärdom av det och om det är meningsfullt. Om man tittar på sjukdomen och utvecklingen av sjukdomen vet vi att inkubationstiden varierar någonstans mellan 1 ½ dag upp till 14 dagar. Det finns rapporterade enstaka fall som är något längre än så, men i stort är det 1 dag till 14 dagar som gäller.

En kontroll vid inresan har visat sig ha en dålig känslighet. Det viktiga är att informera om tidiga sjukdomssymtom, för det är då det är relevant att ta prov. Om man tar prov vid inresan är det dålig känslighet, och det finns risk för en falsk trygghet.

Det som görs just nu på EU-nivå är att vi sammanställer alla data vi har från den provtagning som görs av inresande utan symtom och inresande med symtom och tittar på hur spridningen har sett ut runt dem.

Det görs en ganska omfattande provtagning av inresande, där det är upplagt i studieform. Man kan då se efter att vi inte har missat någon parameter i att inte se att det här är en relevant åtgärd att vidta. Just nu sammanställer ECDC, den europeiska smittskyddsmyndigheten, våra olika länders erfarenhet.

I Sverige har vi gjort detta mer i studieform för att följa upp och se om det finns förekomst av bärarskap hos hemvändarna och hur det ser ut över tiden. Men om man skulle göra kontroll vid inresan är det otroligt viktigt

att inte missa att fortsätta att göra uppföljningen. Där ser vi att det handlar om att vid tidig symtomdebut informera om att det minsta tecken på infektionssjukdom när man kommer från ett högriskområde är viktigt att diskutera med hälso- och sjukvården.

Det tar mig till frågan om en vanlig förkylning och kopplingar till smittskyddslagen. Det är en utmaning att symtombilden är så otroligt variabel. Smittskyddslagen ger möjligheten att också vid misstänkt sjukdom vidta åtgärder.

Men det finns då en tydlig falldefinition som konstaterar när man ska reglera en individ på grund av en misstanke. Då krävs inga laboratorieresultat för det. Ibland kan det finnas skäl, om man har haft väldigt nära och tät epidemiologisk kontakt i kombination med lite mer atypiska symtom, att kunna ge förhållningsregler också för en sådan person.

Men för bekräftat fall krävs alltså en laboratediagnos – att man har påvisat att viruset finns hos en individ. I dagsläget tar det för en enskild analys ungefär fyra till fem timmar. Vi har sett till att flera av landets laboratorier har förmågan att sätta upp denna diagnostik om det framkommer sådana behov. I nuläget har vi fram till i måndags kört alla analyser i Sverige, och vi har gjort ungefär 150 analyser på inresande från Kina. Vi har då hittat ett positivt fall, som är kvinnan i Jönköping.

Vi fortsätter att ha en väldigt låg tröskel vad gäller provtagningsindikationen. Det är också ett säkerhetsnätverk som vi har, det vill säga att tidigt ta prover på individer som visar någon form av symtom. Falldefinitionen är fortfarande bred, även om det innebär att vi i nuläget har provtagit drygt 150 personer som över huvud taget inte har uppvisat förekomst av virus.

Det är det vi kan göra för att öka kunskapsläget, det vill säga att se till att vi har en bra beredskap och en hög säkerhetsnivå för att inte missa fall.

Vi hoppas få fram mer resultat vad gäller kontroller av symptomfria baserat på den sammanslagning av data vi gör från alla de EU-länder som vi numera i studieform provtar och följer upp.

En fråga om superspridare kom upp. Det var säkert många som tog del av berättelsen om en brittisk person som har haft ett extensivt resande och ett extensivt umgänge. Coronavirus tillhör en familj där vi redan i dag känner till sex coronavirus ganska väl. Fyra av dem är vanliga infektionsvirus som cirkulerar i vårt samhälle och som ger en lågradig infektion. Sedan är det två av dem som ger upphov till svårare symtombilder. Det är dels sars, som vi hade 2002–2003, dels en sjukdom som heter mers, som är en sjukdom som är kopplad till kameler.

Det vi vet från både sars och mers är att det finns en enorm variabilitet i förmågan att orsaka sjukdom till nästa person med att sprida sjukdomen vidare. Där behöver vi mer kunskap, men huvudparten av dem som sprider både mers och sars har ett relativt fåtal individer runt sig som de har spridit sjukdomen till. Men även där har det dykt upp personer som dels har en symtombild som innebär att de kanske hostar och nyser och att det kommer ut små partiklar i luften, dels har haft väldigt mycket kontakter. Det gör att de får epitetet superspridare.

Baserat på tidigare coronavirus, som absolut inte säger allt om det nya coronaviruset, ser vi att detta förekommer – men det är inte regeln utan snarare undantaget. Därför är det så otroligt viktigt att ha ett effektivt smittskyddsarbete runt alla fall. När man har identifierat ett fall ska man

med marginal ringa in alla möjliga kontakter och tänka på att det tar ett till två dygn innan symtomen debuterar.

Det är så man jobbar både kring fallet i Storbritannien och i Tyskland, där man också har haft spridning även om den inte är riktigt lika extensiv. Vi får räkna med att den här typen av fall dyker upp, men i merparten av de fall som finns konstaterade handlar det inte om den här typen av dynamik.

Det ställdes en fråga om samarbetet inom Norden, samverkan kring färjeimport med mera och att det finns ett resande. Det gäller ju inte bara Finland utan även Danmark; det är många som passerar våra gränser.

Det vi har gjort är att vi har bistått olika points of entry till landet med spridning av information. Det handlar om var man ska vända sig och att det finns 1177-nummer och gratisnummer att ringa. Vad ska man göra om man kommer från ett riskområde? Det ska finnas tydlig information vid inresan, inte bara via flygplatserna utan också via färjeterminaler med mera. Det handlar om att sprida kunskapen om hur man ska agera.

Det är viktigt att man för att undvika sekundärfall ringer till hälso- och sjukvården och får instruktioner om huruvida det är aktuellt med provtagning och hur man tar sig dit. Vi ser alltså till att sprida kunskapen, inte bara på flygplatserna.

Vi har på nordisk nivå ett tätt samarbete med statsepidemiologerna i alla nordiska länder för att stämma av hur situationen ser ut där. Vi har möten en gång i veckan för att se om det finns åtgärder som vi behöver stå bakom gemensamt. Exempelvis Finland har också haft ett fall, och vi har haft en nära dialog med dem om hur de följer upp detta. Vi har där exempel på en kvinna som har rest med sin familj. Nu har inkubationstiden passerat, och det finns inte ett enda sekundärfall kopplat till det.

Det här visar svårigheten med att vi har en sjukdom med allt från milda till allvarliga symtom och där dynamiken i spridningen ser väldigt olika ut.

När är det anmälningspliktigt? Vi arbetar utifrån anmälningsplikt redan i dag, så det fall vi har finns reglerat enligt smittskyddslagen och är infört. Sedan möjliggör också misstänkta fall för oss att vidta åtgärder, men redan i dag arbetar vi med detta som en anmälningspliktig sjukdom.

I falldefinitionen för att man ska misstänka ett fall krävs dels epidemiologisk riskexposition, dels en symtombild som är överensstämmande med sjukdomen. Det ska inte finnas någon annan förklaring som är given till de infektionssymtom som man har.

Det är också viktigt ur patientsäkerhetsperspektivet att resenärer som har varit långresande och har en risk för proppar i lungan med mera hanteras adekvat och omhändertas utan försening. Det blir en risk för patientsäkerheten om man har en alltför vid falldefinition. Det är epidemiologisk riskexposition, som i dagsläget handlar om vistelse i Kina. Om det inte är vistelse i Kina handlar det om nära kontakt med ett konstaterat fall, som ju kan ske utanför Kina.

Anf. 23 ORDFÖRANDEN:

Tack, jag tror att vi har fått svar på alla frågor! Vi måste bara komma ihåg att vi är i EU-sammanhanget här och att vi ska ta ställning till ståndpunkter inför diskussionen i morgon och till rådsslutsatserna. Men det är ändå skönt att känna att man är trygg i beslutet.

Anf. 24 LOTTA OLSSON (M):

Ursäktat att jag förlänger detta, men kommer Europa att försöka titta på andra reseregler? Vi är ju rätt globala och reser väldigt mycket. Kommer man att ha rekommendationer att man inte ska resa så mycket? Gäller det bara Kina, eller är det på totalen som man diskuterar de här frågorna?

Anf. 25 ILONA SZATMARI WALDAU (V):

Statsrådet sa att Storbritannien inte kommer att delta på mötet i morgon. Det kanske inte är så konstigt. Men jag funderar på att Storbritannien också är viktigt när det gäller medicintillverkning i Europa. Därför vore det ändå bra att veta lite om hur detta samarbete kommer att ske.

Anf. 26 ORDFÖRANDEN:

Jag lämnar ordet till statsrådet som får avgöra vem som ska svara.

Anf. 27 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Det var inte undertecknad, utan det var en av tjänstemännen som sa att Storbritannien inte var med. Det är väl rimligt, men det var alltså tjänstemännen som satt på den kunskapen och inte jag.

När det handlar om alla konsekvenser som blir när Storbritannien lämnar EU kommer det såklart att påverka rejält. Jag tänker att EU-nämnden kommer att ha otroligt stor insikt i och kunskap om alla steg som man behöver ta i det här arbetet.

Jag kan inte ge någon ytterligare kommentar, och jag har ingen specifik kunskap om hur vi hanterar det här med läkemedel exakt nu. Det är inte föremål för överläggningar. Om det finns någon tjänsteman som vill fylla på där får ni gärna göra det.

Annars vill jag bara passa på att säga att hela diskussionen om coronaviruset och så vidare för oss och för en allmänhet verkligen är något nytt. Men jag tänker att Karin Tegmark Wisells utförliga svar visar att för experterna är inte frågan ny och okänd. Det är precis den här typen av hälsohot som man hela tiden förbereder sig för och har stor kunskap om. Att man sedan inte sitter på vaccin och inte har exakt kunskap om smittspridningen är lite grann en annan sak.

Jag vill bara understryka att jag känner mig trygg när jag samtalar med myndigheten, med experterna och även med den europeiska smittskyddsmyndigheten.

Det är bra att man har möjlighet att ställa många frågor här, och jag tror säkert att man kan hitta ytterligare tillfällen för den som vill ställa sådana frågor.

Jag vet inte om det någon som vill säga någonting mer om läkemedelsdelen och om det finns anledning att göra det precis nu, eller om vi ska be att få återkomma vid ett senare tillfälle.

Anf. 28 Departementsrådet NICLAS JACOBSON:

Jag kan bara nämna när det gäller läkemedel att det är något vi har diskuterat även långt tidigare i brexitsammanhangen. Hur det ska gå till är någonting vi kommer att behöva förhandla nu under kommande år. Vi var oroliga för vad som skulle kunna hända vid en eventuell hård brexit. Det

har vi ju lyckats undvika. Men det är någonting som det förhandlas om. Självklart finns det en hel del tillverkning av läkemedel i Storbritannien som vi på något sätt måste se hur vi kan få tillgång till även i framtiden och vice versa.

Anf. 29 ORDFÖRANDEN:

En del av det är redan övervunnet, kan jag säga. Jag har själv erfarenhet av läkemedel som var borta under lång tid eftersom man redan nu har lagt ned läkemedelstillverkningen i Storbritannien och flyttat någon annanstans. Det tog tid innan man kom igen med tillverkningen. Det blir väl en utdragen process, föreställer jag mig, hur man hanterar detta från olika läkemedelsbolags sida.

Anf. 30 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Förlåt, ordföranden! Det var någon väldigt praktisk fråga.

Anf. 31 ORDFÖRANDEN:

Lotta Olsson ställde frågan om reseregler.

Anf. 32 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Jag tänkte rent praktiskt på detta med karantän. Hur skulle vi hantera det i Sverige? Jag tänker att det är en fråga som Folkhälsomyndigheten på något sätt kan svara på.

Anf. 33 ORDFÖRANDEN:

Jag tänker att den frågan är tidigt väckt. Men om det redan finns svar på den kan ni ge det.

Anf. 34 Avdelningschef KARIN TEGMARK WISELL:

Jag kan inte ge ett väldigt utförligt svar. Det är regionernas ansvar att säkerställa att man har pandemiplaner, och man har inom ramen för pandemiplanerna möjlighet att isolera personer vad gäller sjukvård.

Karantän ger möjligheten att sätta också friska personer avskilda från övriga. Det är något som är skilt från själva isoleringen. Den frågan ligger på de regionala smittskyddsenheterna. Vi har hittills inte följt upp det i detalj. Jag kan inte ge något utförligt svar om det. Men det finns en medvetenhet om att ansvaret ligger regionalt vad gäller karantänsmöjligheterna.

Genom MSB har vi använt den möjligheten tidigare. De har bistått vad gäller en del som varit i Västafrika och arbetat med ebolautbrott, och så vidare. Det finns en del vägar som har testats tidigare. Men ansvaret ligger på regional nivå.

Jag har inte riktigt något bra svar på eller en fullständig genomgång av hur man har bedömt det i de olika regionerna. Jag får passa delvis på den frågan.

Det fanns en annan fråga. Jag ska ta den också. Det var den om rese-restriktioner. Där vill jag hänvisa i första hand till att vi har det internationella hälsoreglementet. Där har alla världens länder globalt gentemot WHO ingått en överenskommelse om att vi ska ha en öppenhet och dela data i ett tidigt skede.

När vi vidtar åtgärder vad gäller restriktioner på travel and trade ska vi ha starka underlag för att införa sådana restriktioner. Vi har ett åtagande där. Det är WHO i första hand som har en skyldighet att fånga in information om det finns anledning att ur ett smittskyddsperspektiv undvika resande.

Vi förlitar oss mycket på WHO i den frågan. Annars sätter man den mekanismen ur spel. Då finns inget incitament till att ha en öppenhet från länder med pågående smittspridning om övriga länder oavsett ska gå sina egna vägar.

Utifrån den fråga som lyftes fram vad gäller osäkerhet och så vidare kopplat till de eftersläpande siffrorna finns det likväl en ganska så omfattande dialog inom EU men också på nordisk nivå. Vad baserar man eventuella rekommendationer och inte rekommendationer på?

Där är det så att en del länder har gått vidare. De har inte infört restriktioner vad gäller att hindra personer att inresa i sitt land. Däremot har de gjort rekommendationer att inte resa till hela Kina till exempel, trots att WHO inte har den rekommendationen. Vi får se vad konsekvenserna blir av det.

Vi har valt att förhålla oss till de siffror som finns vad gäller exportfall för att sätta det i relation till fallen i Kina och att gå på WHO:s råd. Vi har inte underlag för att säga att man borde avråda ur ett smittskyddsperspektiv.

Däremot har UD vidgat sin reserekommendation i går, som ni kanske har noterat, vad gäller att det är svårt att ta sig till och från vissa provinser. Det är andra aspekter, såsom tillgång till sjukvård med mera, som styr att det nu är ytterligare en provins som det finns en avrådan från.

Anf. 35 ORDFÖRANDEN:

Tack så mycket för väldigt bra och tydliga svar!

Jag kan på punkten 2 på rådsdagordningen konstatera att det finns stöd för regeringens här redovisade inriktning.

Punkten 3 kanske kan gå lite fortare. Vill statsrådet säga någonting på punkten om rådsslutsatserna?

Anf. 36 Socialminister LENA HALLENGREN (S):

Fru ordförande! Nu har ordförandeskapet tagit fram ett utkast till rådsslutsatser. Det berör stöd för de åtgärder som hittills har vidtagits men också ett behov av att fortsätta att koordinera. Vad jag förstår har ni tagit del av ett utkast till rådsslutsatser som antas vid Coreper i eftermiddag.

Under förhandlingarna menar vi att Sveriges ståndpunkter har omhändertagits i förslaget. Vi har bland annat verkat för att rådsslutsatserna ska vara både evidensbaserade, effektiva och i enlighet med WHO:s rekommendationer.

Regeringen avser att ställa sig bakom förslaget till rådsslutsatser om coronaviruset.

Anf. 37 ORDFÖRANDEN:

Jag konstaterar att det finns stöd för regeringens ståndpunkt.

Jag avslutar dagens sammanträde.

Innehållsförteckning

2019/20:22
12 februari

§ 1 Sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt

konsumentfrågor	1
Anf. 1 ORDFÖRANDEN.....	1
Anf. 2 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	1
Anf. 3 ANNIKA QARLSSON (C).....	2
Anf. 4 MARIE-LOUISE HÄNEL SANDSTRÖM (M)	3
Anf. 5 ILONA SZATMARI WALDAU (V).....	3
Anf. 6 DÉSIÉE PETHRUS (KD)	4
Anf. 7 LUDVIG ASPLING (SD).....	4
Anf. 8 LOTTA OLSSON (M).....	4
Anf. 9 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	5
Anf. 10 Avdelningschef KARIN TEGMARK WISELL	6
Anf. 11 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	8
Anf. 12 Departementsrådet NIKLAS JAKOBSSON	8
Anf. 13 ORDFÖRANDEN.....	8
Anf. 14 Departementssekreterare HELENA LAGERHOLM	8
Anf. 15 JAN ERICSON (M)	8
Anf. 16 NINA LUNDSTRÖM (L).....	9
Anf. 17 ORDFÖRANDEN.....	9
Anf. 18 LUDVIG ASPLING (SD).....	9
Anf. 19 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	9
Anf. 20 ORDFÖRANDEN.....	10
Anf. 21 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	10
Anf. 22 Avdelningschef KARIN TEGMARK WISELL	10
Anf. 23 ORDFÖRANDEN.....	12
Anf. 24 LOTTA OLSSON (M)	12
Anf. 25 ILONA SZATMARI WALDAU (V).....	12
Anf. 26 ORDFÖRANDEN.....	13
Anf. 27 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	13
Anf. 28 Departementsrådet NICLAS JACOBSON.....	13
Anf. 29 ORDFÖRANDEN.....	13
Anf. 30 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	14
Anf. 31 ORDFÖRANDEN.....	14
Anf. 32 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	14
Anf. 33 ORDFÖRANDEN.....	14
Anf. 34 Avdelningschef KARIN TEGMARK WISELL	14
Anf. 35 ORDFÖRANDEN.....	15
Anf. 36 Socialminister LENA HALLENGREN (S)	15
Anf. 37 ORDFÖRANDEN.....	15