

Region Uppsala
Säkerhet och beredskapsenheten
Monique Holmgren
Tfn 076 125 62 32

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

E-post
monique.holmgren@regionuppsala.se

Remissyttrande avseende Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU 2020:23)

Sammanfattning och generella kommentarer

Region Uppsala ser i allt väsentligt positivt på de av utredningen presenterade bedömningarna, som är avsedda att utgöra ett underlag inför den försvarspolitiska inriktningsproposition som regeringen ska lämna till riksdagen under hösten 2020. Sammantaget ser Region Uppsala att ytterligare statliga medel behöver tillföras regionerna under kommande försvarsbeslutsperiod. Balansen mellan ekonomiska medel för utredning och planering i relation till tex anskaffning behöver justeras. En förutsättning för att regionerna ska kunna ta sig an nya uppgifter i arbetet med civilt försvar är att staten tar sitt ansvar för att finansiera regionernas arbete med krisberedskap utifrån lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

De statliga ersättningarna regleras idag i två separata överenskommelser med regionerna och för att möjliggöra förutsättningar för långsiktiga planeringar bör dessa överenskommelser sammanföras till en flerårig överenskommelse.

Region Uppsala ser positivt på att utredaren påtalar att det är nödvändigt att bevakningsansvariga myndigheter samverkar med regionerna.

En förmåga behöver byggas efter en given målbild för hälso- och sjukvården vid kris och krig vilken saknas idag.

Begreppet Primärvård börjar nu innefatta även den del som kommunerna ansvarar för, snarare än en del av regionernas organisation. Till slutbetänkandet så behöver denna utredning synkroniseras med andra utredningar inom hälso- och sjukvårdens område.

Region Uppsala saknar även förslag på åtgärder för att stärka robustheten i elektroniska system och databaser som journalsystem, receptregister hos regioner och myndigheter.

Region Uppsala ser fram emot förslagen i *Utredningen om ansvar, ledning och samordning inom civilt försvar* (Ju 2018:79 med tilläggsdirektiv JU 2018:05) som ska slutredovisas våren 2021

Regionkontoret

Storgatan 27 | Box 602 | 751 25 Uppsala | tfn vx 018-611 00 00 | fax 018-611 60 10 | org nr 232100-0024

www.regionuppsala.se

Styrning av hälso- och sjukvård bör styras på ett mer ändamålsenligt sätt vid höjd beredskap och krig.

Nationell högspecialiserad vård

Region Uppsala saknar djupare resonemang kring hur planering och omprioriteringar för sjukvård i höjd beredskap och krig ska samverka med de uppdrag att bedriva nationell högspecialiserad vård som åligger vissa sjukhus. Region Uppsala ser gärna att frågan om hur förmågan att bedriva nationell högspecialiserad sjukvård under höjd beredskap och krig utreds ytterligare, då sådan förmåga kräver särskilda resurser i form av ekonomiska medel, specialistutbildad personal, lokaler med särskild utrustning samt materiel. Region Uppsala anser även att ytterligare utredning av frågan även bör utreda hur förmågan att bedriva sådan högspecialiserad vård som det kan antas kommer behövas i större omfattning under krig (exempelvis brännskadevård) kan skalas upp.

Värdlandsstöd

Region Uppsala anser att utredningen bör förorda att en särskild utredning eller förstudie genomförs rörande hur regioner och vårdenheter ska ta emot och på bästa sätt nyttja värdlandsstöd. Den vägledning som Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) tagit fram är en god början. Region Uppsala anser dock att en specifik vägledning för Hälso- och sjukvårdssektorn bör tas fram för att säkerställa att regionerna och deras vårdenheter ska kunna vidta adekvata förberedelser – inklusive utbilda och öva personal – för att ta emot internationellt stöd.

Region Uppsala har vidare synpunkter:

3.1.1 Det är av vikt att vi vid beräkningar av utfall i form av skadetyper och antal skadade i krig också inkluderar civilbefolkningen.

3.1.2

Region Uppsala delar utredningens bedömning att det behövs ett tydligt och sammanhängande planeringssystem som inte bara omfattar riksdag, regering och statliga myndigheter utan även inkluderar kommuner, regioner och andra aktörer som har viktiga roller i totalförsvarsplaneringen. Region Uppsala vill därtill särskilt understryka att en sådan planering i mesta möjliga mån bör genomföras simultant på samtliga nivåer. Det sekventiella förhållningssätt som hittills präglat det återupptagna totalförsvarsarbetet har resulterat i att aktörer på framförallt lokal och regional nivå har halkat efter och tappat styrfart i sitt arbete, då det saknats planeringsförutsättningar och inriktningar för deras nivåer och områden. Detta gäller särskilt kommuner och regioner. Det är således av yttersta vikt att ett enhetligt och sammanhängande planeringssystem innefattar såväl god resurstilldelning som tydliga planeringsförutsättningar och styrdokument för det fortsatta totalförsvarsarbetet på samtliga nivåer.

3.1.6

Region Uppsala delar utredningens bedömning att det arbete och de resultat av de risk- och sårbarhetsanalyser som kommuner och regioner genomför i högre grad bör integreras i beredskapsarbetet samt arbetet med civilt försvar. En förutsättning för detta är dock att de statliga myndigheterna ger regelbunden och systematisk återkoppling på kommunernas och

regionernas RSA-arbete för att säkerställa att arbetet går i rätt riktning och harmoniserar med övriga insatser och åtgärder inom beredskapsområdet. Som nämns i utredningen behöver arbetet med risk- och sårbarhetsanalys i kommuner och regioner följas upp tydligare av ansvariga myndigheter. I dagsläget saknas helt organisationsspecifik återkoppling på regionernas RSA-arbete från nationell nivå, vilket riskerar att urholka arbetets legitimitet och beröva det nödvändiga förbättringsmöjligheter och långsiktighet. Region Uppsala vill därför å det starkaste förorda att utredningen föreslår att en process snarast tas fram för regelbunden och systematisk återkoppling och dialog om RSA-arbetet mellan kommuner/regioner och myndigheter.

3.2

Utredningen framhåller vikten av att Försvarmakten agerar samordnat och utifrån samma strukturer i relation till samtliga länsstyrelser, regioner och kommuner. Region Uppsala instämmer i utredningens bedömning och vill därtill framhålla att sådana strukturer behöver förtydliga vilken nivå och funktion/funktioner som ska agera motpart gentemot regioner i frågor kopplat till civilt försvar. Det är också viktigt att den funktion som bär huvudansvaret för att kommunicera och samverka med regionerna har mycket god kunskap om hur hälso- och sjukvården fungerar, inklusive strukturer, nomenklatur och arbetssätt. En erfarenhet som Region Uppsala har dragit under arbetet med Covid-19 är att Försvarmakten för dialog med regionen på flera olika nivåer och att olika budskap kommunicerats, såväl formellt som informellt, till olika funktioner inom regionerna. Detta försvårar samordning och effektivt samarbete i viktiga frågor rörande exempelvis resursförstärkning och informationsdelning. Det är således synnerligen önskvärd att Försvarmakten agerar utifrån samma struktur och kommunicerar utifrån i förväg etablerade kanaler och funktioner i händelse av kris eller höjd beredskap.

4.0 Region Uppsala delar utredarens slutsats om att det krävs att staten formulerar prioriteringsprinciper, mål och uppdrag för hälso- och sjukvården vid kris och krig. Av vikt är också att ange vilken förmåga som ska uppnås. Synpunkten gäller också för 4.4.

4.2.1 region Uppsala vill framhålla att nationella prioriteringsriktlinjer samt prioriteringsgrupper också bör omfatta skador och inte bara sjukdomar.

4.3.2 Vi anser att det vore av godo att återupprätta en instruktion motsvarande den som tidigare fanns med namnet "Vårdprinciper i kris och krig".

4.4.1

Utredningen bedömer att den s.k. gråzonsproblematiken särskilt bör beaktas i arbetet med utformandet av en målsättning för den vårdförmåga som den civila hälso- och sjukvården ska kunna upprätthålla vid kriser i fred och krig. Region Uppsala delar inte denna bedömning, då gråzonsproblematik och gråzon är begrepp som saknar enhetliga definitioner. Begreppet "gråzon" används idag för att beskriva ett tillstånd som saknar ett tydligt ramverk, och åsikterna skiljer sig om vad begreppet innefattar och när ett land eller ett samhälle kan antas befinna sig i "gråzon". Region Uppsala anser därför att målsättningen för hälso- och sjukvårdens vårdförmåga i kris och krig inte bör utformas utifrån rådande vaga definition av gråzon, då detta riskerar att skapa oklarhet och otydlighet i såväl utformandet som implementeringen av målsättningen och planering mot sådan målsättning.

5.1 Vi delar utredarens uppfattning om att utgångspunkten är att hälso- och sjukvård i krig måste bedrivas som ett sammanhängande system inom totalförsvaret. Precis som Försvarsberedningen anser så bör den utgå från den civila sjukvårdsorganisationen.

5.1.1 En utvecklad sjukvårdsförmåga i Försvarsmakten innebär troligen att personella resurser och förmågor kommer från den civila sjukvården. Den civila sjukvården måste vid kris och krig då kunna fylla på med personal som normalt inte verkar inom sjukvården men som har formell utbildning. På annan plats nämns aktivering av civilplikten vilket är helt nödvändigt för att kunna höja förmågan inom den civila sjukvården vid kris och krig.

Region Uppsala delar utredarens uppfattning om att gränszonen mellan civil och militär sjukvård behöver tydliggöras. Det måste ske med en detaljgrad till en inriktning för överlämningspunkt. Det finns en risk/chans att den civila sjukvården i form av de prehospitaleda resurserna behöver verka i stridsnära miljö. Detta gäller framförallt innan tex full mobilisering hunnit ske (se 5.1.2). Det finns många aspekter som här behöver belysas, såsom vad civil personal kan förmås göra avseende risktagande.

5.1.2 Vi delar uppfattningen att ansvarsprincipen ska råda, dvs den som ansvarar för en verksamhet i fred också gör det vid höjd beredskap och krig. Vi delar utredarens uppfattning om att det innebär att regionerna behöver ha planer, lagerhållning och tränad personal för att kunna hantera situationer i händelse av ett överraskande angrepp men även vid tex en stor olycka eller terrorattack. För ändamålet behöver både begärd förmåga anges från statens sida och erforderliga ekonomiska resurser ställas till förfogande för att uppnå förmågan.

5.2.2 Vi delar utredarens uppfattning om att hela vårdkedjan ska omfattas i regionernas krigsorganisation. Vi önskar understryka att detta omfattar även larm- och ledningsfunktioner. Möjlighet till beslutsfattande med uthållighet behöver säkras för att kunna agera i dynamiska och snabbt skiftande förlopp.

5.2.3 Vi delar utredarens uppfattning om att totalförsvarets behov behöver beaktas vid planering av akutsjukvårdens organisation. Vidare är det bra att hotbilden mot sjukvården belyses samt att vikten påtalas om att planera för att fysiska byggnader kan påverkas/slås ut.

5.3.2

Region Uppsala anser att utredningen bör förtydliga hur en dubblering av antalet fysiska vårdplatser i höjd beredskap och krig ska avspeglas i förmågan att bedriva rehabiliteringsvård och hemsjukvård, samt bemanning av sådan sjukvård. Det är sannolikt att anta att en situation som leder till ett ökat behov av fysiska vårdplatser på regionernas vårdenheter även kommer leda till motsvarande ökning av behovet av rehabiliteringsinsatser och hemsjukvård. Region Uppsala anser därför att det är av stor vikt att även detta led av hälso- och sjukvårdskedjan utreds och omfattas av planerings- och resursåtgärder.

I Socialstyrelsens kartläggning av vårdkapaciteten bör också inkluderas de prehospitaleda resurserna samt exempelvis intensivvård och operation.

5.3.3 Under rubriken "Ekonomiska konsekvenser" så nämns en avskrivningstid om 15 år. Detta är för lång tid avseende utrustning, mer lämpligt är 10 år på merparten av den utrustning som används idag. Även om utrustningen inte slits ut så kommer den att behöva moderniseras.

5.4.3 Region Uppsala vill understryka att ett nationellt triagesystem måste utformas efter vilka personalgrupper som ska arbeta i det och vilka omständigheter man befinner sig i. Vid ett framtagande är av största vikt att som utredaren nämner, att nyttja den kompetens som finns inom regionerna.

Att arbeta med fördelningsnycklar är också utmanande i denna kontext. Antalet scenarios vilka bygger på hotbilder, geografisk spridning samt det faktum att mycket av infrastrukturen i form av tex vägar kommer att vara förstörda, blir näst intill oändliga. Det är i det avseendet bättre att ge ett uppdrag till Socialstyrelsen om att arbeta med inriktningsbeslut som regionerna arbetar efter i en händelse samt att påvisa vikten av beslutsfattande med uthållighet.

5.5.1 Det är av stor vikt att kravställa vilken nivå regionerna ska ha för att kunna verka vid kraftiga störningar på elektroniska kommunikationstjänster. Det handlar till stor del om vilka uppgifter som behöver lagras ”inhouse” och inte i molntjänster i annat land. Det handlar också om beroendet av internet, dvs att kunna verka inom tex ett sjukhus eller annan vårdinrättning utan kontakt med omvärlden.

5.5.2 Om SSIK återupprättas vilket, vi ser positivt på, så bör uppdraget åter tilldelas Socialstyrelsen.

Även andra byggnader än sjukhus och vårdcentraler ska omfattas av vägledningen. Det gäller i hög grad byggnader som innehåller tex drift- och larmcentraler samt lokaler för ledning.

5.5.3 I samband med nyttjandet av ny informations- och kommunikationsteknologi så behöver skyddet av detta samt IT säkerhet lyftas. Region Uppsala delar utredningens bedömning att detta bör ingå i SSIK.

5.6.3 Det är bra att utredaren föreslår att fysiskt skyddade anläggningar som inrättats för det civila försvaret endast får avvecklas av kommuner och regioner efter medgivande från staten. Vi anse även att statligt godkännande bör krävas om kommuner och regioner önskar leja ut driften av sådana anläggningar till annan aktör.

6.2 Vi delar utredarens slutsats att det måste finnas rutiner och strukturer för ledning och samordning mellan Försvarsmakten och den civila hälso- och sjukvården.

6.3 Vi delar utredarens bedömning att det är bra med en samordningsfunktion för civila och militära sjuktransporter i höjd beredskap och krig. Vi önskar betona att en sådan funktion också innebär en form av ledningsfunktion och bör bemannas därefter. Det är av godo om Socialstyrelsen samverkar med regionerna i arbetet. I sammanhanget kan nämnas att lämpligt forum för sådan samverkan redan finns för Socialstyrelsen att samarbeta med. Inom SKR finns sedan 2019 en prehospital grupp där ambulansföreträdare eller beställare från samtliga av Sveriges regioner ingår.

Det är också av stor vikt att besluta om hur långt fram en eventuell strid civila resurser ska röra sig, vg se resonemang under punkten 5.1.1.

Om man bygger upp ett system som inte bygger på omlastning mellan militär och civil resurs måste kompetensnivån på personalen som utför det primära omhändertagandet beaktas.

6.3.1

Flera regioner är idag medlemmar i Kommunalförbundet Svensk Luftambulans som bör vara en part i det fortsatta arbetet att utveckla hälso- och sjukvård i det civila samhället gällande helikoptersjukvård på olycksplats samt samordning av dessa funktioner.

Det bör nämnas att spridning av prioritering och ambulansdirigering är av godo av redundansskäl.

Faktafel Vid gränslös måste ändå den larmcentral som ”äger” resursen tillfrågas som den kan användas i annat län. Detta gäller oavsett om det sker i samverkan mellan län som har olika lösning för prioritering och ambulansdirigering eller samma aktör.

Påstående om att flera aktörer för ambulansdirigering gett upphov till samverkanssvårigheter och tidsförluster när ett flertal aktörer är delaktiga i samma händelse anser verksamhetsansvarig för ambulanssjukvården i region Uppsala vara direkt felaktigt. Det finns ingen referens till var den slutsatsen grundar sig på. Tvärtom finns beprövad erfarenhet och, även evidens, att insatser går snabbare idag sedan några regioner startat ambulansdirigering i egen regi.

6.3.2 Här behöver texten korrigeras till att ”JRCC tar kontakt med ambulansdirigeringen i berörd region”. I nuvarande version så nämns det att de tar kontakt med ”SOS Alarm eller ambulansdirigeringen i berörd region”. Det är en fördel om man utelämnar företagsnamn och uttrycker sig neutralt i utredningen och istället anger ”ägarna” av tjänsterna då en utövare kan variera.

6.3.4

Om man i freds- eller krigstid bemannar Försvarens sjukvårdsresurser med civil personal måste man beakta att detta kommer att utarma den civila sjukvården och någon måste besluta vilken resurs som ska prioriteras. Man bör också beakta att de civila resurserna som kan efterfrågas i en militär händelse sannolikt skulle ha mycket viktiga funktioner inom sin civila tjänst i samma händelse.

6.3.5

Flera regioner är idag medlemmar i Kommunalförbundet Svensk Luftambulans som bör vara en part i det fortsatta arbetet att utveckla hälso- och sjukvård i det civila samhället gällande helikoptersjukvård på olycksplats samt samordning av dessa funktioner. Avsaknaden av en samlad bild över befintliga resurser handlar i huvudsak inte om att alla aktörer måste arbeta i samma IT system utan mer om interoperabilitet.

6.3.6 Eventuell brister i samordning av sjuktransporter regioner emellan är i huvudsak inte av teknisk karaktär. Koordinering med tex statlig räddningstjänst är inte heller den en dominerande faktor utan det är att många län idag har problem med den vanliga ambulansdirigeringen inom enskilda regioner på grund av bristande utförande.

En nationellt framtagen lösning för samverkan inom området är en slutsats som vi ställer oss bakom vilket berörs inom andra kapitel. De ekonomiska konsekvenserna torde innebära en lägre kostnad för kartläggning än de 10 miljoner kronor som nämns. Här bör man kunna använda sig av den prehospitla grupp som redan existerar inom SKR.

Vi vill understryka att det är nödvändigt att Socialstyrelsen involverar regionerna redan i kartläggningen och inte minst i utvecklingen av en samordningsfunktion ihop med Försvarensmakten. Detta enligt ansvarsprincipen, dvs det är regionerna som ansvarar för ambulansdirigeringen i vardagen.

6.4 Vi är positiva till att en uppdaterad funktion/version motsvarande ”sjukvårdsenhet -86” införs igen.

7.1 I första meningen nämns ”att personaltillgången inom sjukvården samt ambulanssjukvården måste säkerställas”. Ambulanssjukvård är sjukvård varför ingen uppdelning behöver ske här.

7.2 Vi önskar understryka att även annan personal än den vårdnära personalen inom hälso- och sjukvård behöver förstärkas. Det kan exempelvis handla om driftpersonal, tekniker, och administrativ personal.

Den kartläggning som rekommenderas som ett första steg måste ta höjd för en beslutad förmåga som ska uppnås. Om inte detta finns så kommer regionernas arbete att ske osynkroniserat och den kollektiva förmågan blir då lägre. Kartläggning av privata aktörer handlar snarare om kravställande i upphandling och avtal.

7.2.1 och 7.2.2 För att nå höjd förmåga så behöver civilplikten återaktiveras. Om det inte sker så kommer mycket av arbetet som är nödvändigt, och som belyses förtjänstfullt i delbetänkandet, inte vara möjligt att uppnå i form av höjd förmåga.

7.3 Vi delar utredarens uppfattning om att det är av vikt att regionerna kan få en överblick över vilken sjukvårdsutbildad personal som bor i regionen. Sjukvård bedrivs idag av två huvudmän vilket kan vara utmanande. Det krävs en god samplanering mellan regioner och kommuner så att inte bägge räknar med samma personal.

7.4 Vi är positiva till att de frivilligas insatser lyfts fram. Vi önskar dock påtala att i händelse av att civilplikten återinförs så kommer många av de potentiellt frivilliga att vara ianspråktaga av sjukvården. Utredaren berör detta själv. Det blir alltså svårt att räkna med någon garanterad förmåga inom frivillighetsektorn, dels för att den utgörs av frivilliga resurser, dels för att dem kan komma att bli ianspråktaga enligt civilplikten.

8.3 Vi delar ståndpunkten att nationell samordning behöver ske inom försörjningsområdet. Ett återinförande av så kallade krigsviktiga företag är av största vikt, om än i modern tappning. Här är det även viktigt att granska hur införandet av sådana företag påverkar befintlig lagstiftning kopplat till upphandling och inköp till exempelvis lagen om offentlig upphandling.

8.5.1 Vid översynen av internationella avtal så nämns att MSB tillsammans med finska Försörjningsberedskapscentralen och norska Närings- och fiskeridepartementet genomfört projektet ”Critical Nordic Flows”. Om inte så har skett så önskar vi påtala vikten av att ha med Socialstyrelsen och Läkemedelsverket i sådana genomlysningar.

Vid kommande arbeten så är det viktigt att inkludera förmåga av produktion av vaccin förutom annan läkemedelsproduktion.

8.6 Vi önskar understryka att det är av vikt att uthållighet och redundans innebär decentraliserad lagerhållning. Den bör i möjligaste mån vara av typen omsättningslager och ha kapacitet för 6 månaders förbrukning. 1 månad som anges är för kort tid. Omfattning av lagerhållningen ska svara mot en begärd förmåga. Förmågan ska också anges i normalförbrukning och vid ökad belastning, exempelvis vid pandemi. Kostnader för lagerhållning innebär inte bara kostnader för själva materialet utan också för personal som arbetar där, kostnader för lokaler samt IT system.

Synpunkten om att ”säkerställd försörjning krävs mer läkemedel i Sverige” behöver preciseras. Innebär skrivningen tillverkning, lagerhållning eller start av tillverkning eller alltihop?

I lagerhållning måste också medicintekniska produkter ingå såsom respiratorer och annan utrustning.

Vidare bör man utreda om staten genom Socialstyrelsen ska ha egna lager eller om det uppdraget ska fördelas ut på ett antal regioner vilka ersätts ekonomiskt för uppdraget.

En sammanhållande funktion för samhällets försörjningsberedskap av läkemedel och förbrukningsmaterial bör inrättas i nära samarbete med regionerna.

Regionernas ansvar för försörjningen av läkemedel och förbrukningsmaterial till vården i vardagen behöver förstärkas och ges en större uthållighet. Därtill krävs ett lagerhållningssystem för att identifiera behov och optimera fördelning.

Försörjningen av medborgarnas behov av receptläkemedel är mycket utmanande och kräver ett antal åtgärder som läkemedel för minimum en månadsförbrukning i hemmet – balanserat förslag som ryms inom dagens förmånssystem och är rimligt med tanke på risk för kassation och felmedicinering.

En utökad lagerskyldighet via omsättningslager och inrättande av statliga beredskapslager för att utreda förutsättningarna för en nordisk alt svensk tillverkningsberedskap.

Utveckla samarbetet med Finland, Norge, Danmark/Norden inom försörjningen av läkemedel och förbrukningsmaterial.

8.6.5 Vi önskar påtala angelägenheten om att ha förberett ett regelverk för inhemsk produktion som kanske inte hunnit CE märkas i händelse att tex K-företag börjar nyttjas igen.

8.7 Vi är positiva till utredarens förslag om nationellt register över blodgivare vilket gör lättillgängligt för alla blodverksamheter.

9.2 Utbildning av sjukvårdspersonal är utmanande på enheter med hög personalomsättning vilket är fallet inom många enheter av sjukvården idag. Det krävs relativt stort ekonomiskt utrymme för att enbart utbilda ny personal. Därutöver behöver repetitionsutbildning ske.

9.2.1 Överenskommelsen mellan MSB och SKR om regionernas krisberedskap behöver vara detaljerad avseende utbildning och övning.

Socialstyrelsens nyttjande av kunskapscentrum är en god tanke i grunden. Ett problem som dock uppstår inom området är att den absolut största delen av metodutveckling och realiserade arbetssätt sker ute i regionerna. Av detta skäl behöver också det prehospitala forumet i SKR nyttjas av Socialstyrelsen inom området. Där finns också till stor del beslutsmandat i regionerna vilket gör att frågorna landar rätt.

9.2.2 Region Uppsala önskar påtala att det är av vikt att kommuner och regioner ingår som ordinarie representanter i nationellt forum för inriktning och samordning av övningar (NAFS). SKR kan förvisso anses till del representera dessa men då ska SKR:s representanter utgå från både kommuner och regioner.

9.2.3 Vi är positiva till utredarens förslag om att ta fram en nationell utbildnings- och övningsplan. Vi önskar understryka att den ska svara mot önskad förmåga, vilken behöver tas fram. Medel för utbildning och övning behöver inte bara komma Socialstyrelsen till del utan förmedlas till Regionerna.

I förslaget nämns traumavården som ett område där det finns behov av samordning och enhetliga arbetssätt. Vi önskar också påtala behovet att det inte enbart gäller inom utbildning och övning utan också ledning.

Rapporten om Totalförsvarets sjukvårdssystem lider tyvärr av att Socialstyrelsen inte inkluderade regionerna vid framtagandet av rapporten vilket nämns av utredaren. Innehållet var redan vid publikationen delvis föråldrat och kan inte användas. Vi är positiva till att utredaren genomgående nämner att regionerna måste engageras i arbetet.

9.2.4

Region Uppsala delar utredningens bedömning att omfattande utbildnings- och övningsinsatser behöver genomföras för att öka kunskapen om katastrofmedicin samt hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret, samt att sådana insatser bör finansieras av staten. Region Uppsala vill också särskilt framhålla att sådana utbildnings- och övningsinsatser i mesta möjliga mån måste kunna genomföras inom den egna regionen/kommunen och ledas av organisationens egen personal. Det är således av stor vikt att framförallt nationella utbildningsplaner omfattar instruktörutbildningar och så kallade ”train the trainees”-insatser, för att säkerställa att kompetens att utbilda den egna personalen finns i varje organisation.

Vidare anser Region Uppsala att en nationell utbildnings- och övningsplan ovillkorligen bör innehålla utbildningar i vårdhygien och smittskydd för kommunala vårdinrättningar.

9.2.5 Vi är positiva till utredarens förslag om ämnet katastrofmedicin blir en obligatorisk del i utbildningen till läkare och sjuksköterska. Det behöver också göras till ett obligatoriskt ämne inom vissa specialistutbildningar för sjuksköterskor.

9.3 Region Uppsala anser att Socialstyrelsen, i stället för MSB, bör ges uppdraget att ansvara för utbildningsinsatser i första hjälpen samt HLR riktade mot allmänheten. Det är sjukvården (inom regionerna) som uppdaterar kursinnehåll baserat på senaste evidens. Det är också inom sjukvården nyttan finns av att allmänheten har en basal utbildning inom området. Det är av dessa skäl som det är naturligt att Socialstyrelsen ges uppdraget att ansvara för utbildningsinsatser mot allmänheten. De kan nyttja regionerna i arbetet samt fördela ut ekonomiska medel för uppdraget.

10.3.2 Vi är positiva till att utredaren föreslår att det avsätts ett ekonomiskt tillskott för sjuktransportområdet. Fördelningen mellan samordning och förstärkning behöver dock ses över där majoriteten av medlen behöver gå till förstärkning av sjuktransporter. Region Uppsala anser även att kollektivtrafiken som möjlig stödfunktion till sjuktransporter bör belysas och utredas närmare i framtida diskussioner om hälso- och sjukvårdens förmåga i det civila försvaret.

10.3.4 Utredarens konstaterande om att regionerna inte nämns i MSB:s underlag visar på vikten av att Socialstyrelsen är den part som företräder regionerna i alla frågor inom området. Koordinering behöver ske mellan MSB och Socialstyrelsen och vidare mot kommuner och regioner för bästa möjliga effekt.

För Region Uppsala

Johan von Knorring
Regiondirektör