

S2020 / 02826 /FS

s.remissvar@regeringskansliet.ses.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss från Socialdepartementet: Delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret - underlag till försvarspolitisk inriktning (SOU2020:23)

Sammanfattning

Region Dalarna ser positivt på de av utredningen presenterade bedömningar, som är avsedda att utgöra ett underlag inför den försvarspolitiska inriktningspropositionen som regeringen ska lämna till riksdagen under hösten 2020. Sammanfattningsvis anser Region Dalarna att ytterligare medel behöver tillföras regionen under kommande försvarsbeslutsperiod.

Utredningens bedömning gällande att totalförsvarsplaneringen bör utformas enligt ett sammanhängande och tydligt system som bland annat säkerhetsställer att riksdagens och regeringens mål förs vidare till regioner delas av Region Dalarna. Dock så bedömer Region Dalarna att de statliga ersättningarna för civilt försvar som i nuläget regleras av två separata överenskommelser bör föras samman och bilda en flerårig överenskommelse med långsiktiga förutsättningar.

Utifrån den pandemi som brutit ut anser Region Dalarna att krigs/krisorganisationen ställer krav på att omfatta hela vårdkedjan. Allt ifrån akutsjukvård till tandvård till specialistsjukvård till primärvård. Vi anser även att samarbetet med kommunerna behöver öka för att upprätthålla hemsjukvård samt vård på särskilda boenden.

Utredningen bedömer att det är rimligt att vi regioner fortsatt får medel för utveckling och förvaltning. Dock anser Region Dalarna att ersättningen är för låg.

Förslaget om att återinföra Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (SSIK) välkomnas av Region Dalarna.

Region Dalarna ställer sig bakom utredningens bedömning att förutsättningarna för personalförsörjningen till civilt försvar behöver klargöras. Detta har den pågående pandemin påvisat. Där vi i fredstid fått snabbtutbilda personal, omfördelat och använt icke specialist utbildad personal på bland annat intensivvårdsavdelningen.

Utredningen bedömer att det är angeläget att försörjningen av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel är tillräcklig för en god vård i ett normalläge i fred samt, såvitt avser regioner, för att upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap. Det är emellertid utredningens uppfattning att ersättning för sådan lagerhållning i ett normalläge i fred inte ska ersättas av staten. Men enligt oss är det svårt att ta ställning till det kostnadsunderlag som utredningen har presenterat. Regeringskansliet bör därför genomföra en fördjupad analys av de kostnader som blir en direkt följd av förslaget att bygga upp lager hos regionerna. En sådan analys får därefter ligga till grund för ekonomisk ersättning till regionerna.

Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med ett fullständigt förslag avseende lagringsskyldighet som avser tre månaders normalförbrukning. I detta fortsatta utredningsarbete med frågan om lagringsskyldighet är det angeläget att det säkerställs att staten finansierar kostnaderna för denna utvidgade skyldighet.

Både utredningen och Region Dalarna anser att den statliga lagerhållningen av vissa förnödenheter kan behöva utökas. Detta behov har blivit påtagligt under covid-19 pandemin.

Region Dalarna delar utredningens bedömning att det behöver skapas en tydlig samordningsfunktion för civila och militära sjuktransporter i höjd beredskap och krig. Vidare bedömer utredningen att på sikt bör Socialstyrelsen och Försvarsmakten gemensamt och i samverkan med regionerna ta fram en modell för samordnad sjuktransportledning i fredstida särskilda händelser och i krig.

Region Dalarna ställer sig bakom utredningens uppfattning att det krävs en nationell samsyn om katastrofmedicinsk beredskap och hälso- och sjukvårdens roll inom totalförsvaret. För att nå detta mål och öka kompetensen behövs stöd i form av vägledningar och utbildnings- och övningsmaterial från ansvariga myndigheter till regioner, och andra vårdgivare. Region Dalarna ser positivt på att Socialstyrelsen i detta avseende ges ett tydligt uppdrag och kapacitet att stötta regionerna.

Region Dalarna ser positivt på förslaget att det behöver återinföras nationella utbildningar som utgår från krigets krav i traumavård, krigskirurgi och kroppsskador relaterade till CBRN-händelser. De statliga utbildningarna bör emellertid breddas till att även omfatta vissa befattnings- och instruktörsutbildningar i katastrofmedicin.

3.1.4 Regionernas förmåga att hantera säkerhetsklassad information behöver säkerställas

Arbetet med säkerhetsskydd och signalskydd är krävande administrativt och personellt. Nuvarande ersättning från MSB till regionerna täcker endast ett begränsat arbete på kanslinivå. Om arbetet med säkerhetsskydd ska få genomslag i berörda delar av regionernas organisationer krävs en helt annan nivå på ersättningen.

En viktig begränsande faktor i arbetet med säkerhetsskydd är att det saknas vägledning om hur regionerna ska bedöma vad i sin verksamhet som kan vara av betydelse för Sveriges säkerhet. Säkerhetspolisen arbetar inte målgruppsanpassat med stöd till regioner.

Vi anser att regeringen måste säkerställa att Säkerhetspolisen tillhandahåller för regionerna anpassad och relevant vägledning, rådgivning och utbildning avseende arbetet med säkerhetsskyddsanalys och säkerhetsskydd i övrigt.

3.1.5 Planering behöver ske utifrån olika skadetyper i krig

Försvarsberedningen hänvisar till Motståndskraft (Ds 2016:66) som anger att planeringen bör ta sin utgångspunkt i skadetyper och antal skadade. Litteratur på området anger från krig sedan Vietnamkriget att skador involverande huvud och hals kan utgöra upp till 40 % av skadepanoramats trots att träffytan endast utgör 12% av kroppsytan (Injuries in Combat 1982-2005. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 45 (2007) 556-560). Specialiteten käkkirurgi som idag handlägger en majoritet av denna typ av skador nämns inte i delbetänkandet vilket är en brist. Käkkirurgin kan vara organiserad på olika sätt i olika regioner varför den ofta glöms bort i dessa sammanhang. Tandvård kommer också in som en naturlig del i rehabilitering.

3.1.6 Vissa grunder för och regionernas beredskapsplanering

Utredningen skriver att enligt regioner är det fredstida RSA-arbetet (risk- och sårbarhetsanalyser) underfinansierat eftersom staten inte betalar ersättning i den omfattning som följer av bestämmelserna i 5 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH). Oavsett hur det förhåller sig med detta kan konstateras att den statliga ersättningen i vart fall inte täcker de kostnader som regionerna beräknat.

4.4 Mål för hälso- och sjukvården vid kris och krig

Utredningen bedömer att för att underlätta beredskapsplaneringen och för att tydliggöra för allmänheten vad den ska kunna förvänta sig av hälso- och sjukvården även då den är utsatt för extrem belastning behöver staten ange vilken hälso- och sjukvård som ska kunna utföras även i händelse av fredstida kriser eller vid krig. För att alla skall ha en tilltro till ett trovärdigt totalförsvaret gällande såväl civil som militär personal bör tandvård tas med redan på planeringsstadiet som en resurs. I försvarsbeslutet år 2020 bör det därför anges en målsättning för den civila hälso- och sjukvården.

Vi anser att man i försvarsbeslutet år 2020 ska ange en målsättning för den civila hälso- och sjukvården vid kris och krig, som av utredningen formuleras enligt följande. "Den civila hälso- och sjukvården ska vid fredstida kriser och vid krig ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå. Sådan vård ska säkerställas för såväl civila som för militär personal. Den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen gäller vid prioritering av vårdbehov. Trots att den allmänna vårdstandarden inte kan vara densamma ska de medicinska behandlingsresultaten för det stora flertalet patienter så långt möjligt motsvara den nivå som gäller vid ett normalläge i fred".

Det finns skäl att poängtera vikten av att det kommande arbetet med beredskapsplanering i regioner får ett stöd i en av riksdagen fastställd målformulering som redogör för vilken hälso- och sjukvård som ska kunna tillhandahållas också under fredstida kriser eller vid krig. Regionerna har även att förhålla sig till Socialstyrelsens föreskrifter i samband med särskilda händelser.

Det är angeläget att tydliggöra för allmänheten vad den kan förvänta sig för vård vid allvarliga händelser i fredstid och i krig.

5.1 Totalförsvarets sjukvård

Utredningen konstaterar att tandvård inte är en del av denna utrednings arbete. Att tandvård inte inkluderas i utredningsarbetet anser vi vara fel. Att i ett senare skede försöka finna en plats för tandvården i en totalförsvarslösning såväl militärt som civilt ger upphov till merarbete.

I vår region under pandemin ingår tandvårdsansvariga i den regionala krisorganisationen vid behov. Folktandvården har fått ställa in sådan tandvård som inte är akut, både av smittskyddsskäl men också för att regionen styrt om skyddsutrustning från tandvården till hälso- och sjukvårdsverksamheter

som bedömts mer prioriterade. Vi har även lånat in personal från tandvården för att stötta hälso- och sjukvården. Även under varuförsörjningskrisen i regionen hösten 2019 påverkades tandvårdens tillgång till sjukvårdsmateriel.

Ett annat område som kan komma att påverkas i ett beredskapsläge är oralkirurgiska behandlingar, som kräver sjukhus tekniska och medicinska resurser. I händelse av krig kommer självklart sådan verksamhet inom sjukhusens specialisttandvård påverkas, eftersom ansikte och mun oftast är ett oskyddat område för personal i strid, vilket kommer leda till ökat behov av behandling av mun- och käkskador. Både offentliganställda och privata tandläkares möjlighet att bistå Försvarsmakten med akuttandvård kan komma att efterfrågas i ett sådant läge.

5.2.2 Regionernas krigsorganisationer behöver omfatta hela vårdkedjan

Regionernas krigsorganisation behöver omfatta hela vårdkedjan från prehospitalet till tertiär högspecialiserad vård på universitetssjukhus. Det är viktigt att lyfta fram att också primärvård, tandvård och specialistvård, både öppen och sluten, utgör viktiga delar i regionens krigsorganisation.

Regionen anser det bra att utredningen pekar på behovet av att regioner och kommuner behöver samverka för att skapa en krigsorganisation som omfattar hela vårdkedjan, och särskilt planera gemensamt för att upprätthålla hemsjukvård och vård på särskilda boenden.

Primärvården utgör basen och navet i svensk hälso- och sjukvård.

Regionen vill tydligt understryka att ett arbete med krigsorganisationen som omfattar så många verksamheter ställer helt andra krav på statlig finansiering.

I arbetet med att skapa en krigsorganisation för hela vårdkedjan bör hälso- och sjukvårdens erfarenheter under covid-19 pandemin vara en viktig grund att beakta. Det handlar t.ex. om den snabba ökningen av antalet intensivvårdsplatser, gemensamma upphandlingar, samarbetet med Försvarsmakten om fältsjukhus och sekundärtransporter med helikoptrar samt omställningen i övrigt av hälso- och sjukvården. Vidare handlar det om att ta tillvara erfarenheter av den nationella samordningen av intensivvårdsplatser mellan regionerna och skyddsutrustning.

Regionen delar utredningens uppfattning att begreppet "beredskapssjukhus" inte är ändamålsenligt för att beskriva den förmåga som regionerna behöver planera för i en höjd beredskap och krig. Det handlar istället om att upprätthålla vissa funktioner och vårdnivåer än om att verksamhet ska kunna bedrivas på några i förväg utsedda fysiska byggnader. Regionen konstaterar

att det saknas möjlighet att fördela fast och lös egendom i fredstida kriser. Detta gör det svårare att få fram lämpliga lokaler eller utrustning som kan finnas i samhället. Ett regelverk motsvarande det som finns vid krig, bör även övervägas för allvarliga fredstida kriser.

Utredningen bedömer att det är rimligt att regionerna fortsatt tillförs 100 mnkr årligen för arbetet med utveckling och förvaltningen av en krigsorganisation.

Vi bedömer emellertid att denna ersättning är för lågt tilltagen.

5.3.2 Nationell kartläggning av regionernas förmåga

Utredningen bedömer att en rimlig ambitionsnivå under den kommande försvarsbeslutsperioden kan vara att regionerna, utifrån de kriterier som Socialstyrelsen anger för sjukvården i höjd beredskap och krig, ska kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser jämfört med ett normalläge i fredstid, med en bemanning som är möjlig under sådana förhållanden.

Vi saknar i utredningen ett närmare resonemang om förslaget att dubblera antalet vårdplatser i höjd beredskap och krig och om detta är ett bra styrmedel. Det beror i stor utsträckning på vilken typ av vårdplatser som tillförs, som i sin tur ställer krav på stödfunktioner i form av t.ex. röntgen, sterilcentral, blodförsörjning. För att möta vårdbehovet under covid-19 pandemin behövde antalet vårdplatser ökas avseende IVA, infektion och ECMO samt rehabilitering. Däremot var det inte relevant att öka vårdplatserna för att ge traumavård. Utifrån perspektivet höjd beredskap handlar det i första hand om att bygga ut förmågan att omhänderta ett stort antal traumaskadade som är viktigt. Det borde däremot i ett sådant läge inte vara motiverat att förstärka antalet vårdplatser för t.ex. cancerpatienter.

Regionen vill emellertid att staten finansierar samtliga kostnader som uppstår för regionerna i det kommande arbetet med att öka antalet vårdplatser i höjd beredskap och krig.

5.4.3 En nationell masskadeplan bör tas fram

Utredningen skriver att kartläggning av regionernas förmåga är en del i överenskommelsen mellan staten och SKR som löper fram till och med 2020. Utredningen bedömer att arbetet inte kommer vara slutfört då utan föreslår att ytterligare 24 miljoner kronor avsätts för regionernas kartläggning utifrån de framtagna kriterierna.

Vi anser att den föreslagna ersättningen om 24 mnkr ska betalas ut av MSB utifrån en samlad överenskommelse med SKR avseende regionernas beredskap.

5.5.3 Informations- och kommunikationsteknologi samt AI behöver vara robust

Utredningen bedömer att införandet av informations- och kommunikationsteknologi och artificiell intelligens i vården måste ske med beaktande av totalförsvarets krav på robusthet och redundans. Det är särskilt angeläget att statliga myndigheter med expertis på området och ansvarig myndighet för SSIK stödjer regionerna i detta arbete, eftersom det kommer att vara kostnadsdrivande.

5.5.5 Programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig

Utredningen gör bedömningen att programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (SSIK) bör återinföras. Det bör i ett första läge omfatta sjukhus, men längre fram kunna utökas till att även omfatta vårdcentraler och andra relevanta sjukvårds- och omsorgsinrättningar. Utredningen föreslår att investeringsstödet återupprättas och att stödet ökar från 25 mnkr 2022 till 200 mnkr 2025.

Region Dalarna välkomnar förslaget att återinföra det angelägna programmet SSIK, som har omfattat statligt finansiellt stöd och vägledning och rådgivning till regionerna. Vidare stödjer vi förslaget att det inledningsvis bör omfatta sjukhus, men att det längre fram också kan omfatta vårdcentraler och andra relevanta sjukvårdsinrättningar. Därmed också anpassa programmet till den pågående utvecklingen med en god och nära vård.

Vi anser vidare att arbetet med vägledning för bl.a. robusta vårdcentraler och bör påbörjas omgående.

Vi anser även att det vore önskvärt med resurser för ett nationellt kunskapscentrum för robusthet i vård och omsorg som kan stödja oss regioner i dessa frågor.

6.3 Samordning av sjuktransporter

Vi delar utredningens bedömning att det behöver skapas en tydlig samordningsfunktion för civila och militära sjuktransporter i höjd beredskap och krig. Vidare bedömer utredningen att på sikt bör Socialstyrelsen och

Försvarsmakten gemensamt och i samverkan med regionerna ta fram en modell för samordnad sjuktransportledning i krig.

6.4 Förstärkningsresurs för sekundärtransporter i kris och krig

Regionen stödjer utredningens bedömning att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samverkan med regionerna och Försvarsmakten ta fram förslag till hur en modern nationell förstärkningsorganisation för sjuktransporter vid fredstida kriser och krig kan utformas.

7.1 Försvarsberedningen anser att personaltillgången behöver säkerställas för olika lägen

Här nämns att för att säkerställa personalförsörjningen så kan personer som till vardags inte arbetar inom hälso- och sjukvård t.ex. tandvård behövas för att förstärka personalbehovet. Detta bör man inbegripa redan från början. Tidigare var personer inom tandvården inbegripna i totalförsvaret eller krigsplacerade på sina befattningar.

7.2.5 Förutsättningarna för personalförsörjning till civilt försvar behöver klargöras

Utredningen delar MSB:s bedömning att regelverken kring personalförsörjning för det civila försvaret behöver ses över. Det behöver bl.a. tydliggöras på vilket sätt regioner kan involvera privata aktörer i sina krigsorganisationer samt hur regioner kan förstärka sina organisationer med personal från privata arbetsgivare, frivilliga försvarsorganisationer, utbildad personal som inte har anställning och de som är under utbildning. Utredningen bedömer också att en återaktiverad civilplikt skulle skapa ökade möjligheter för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning i krig. I samband med en sådan översyn bör det övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för totalförsvarets behov.

Regionen ställer sig bakom utredningens bedömning att förutsättningarna för personalförsörjningen till civilt försvar behöver klargöras. En helt avgörande nyckelfaktor för att kunna bedriva hälso- och sjukvård är att det finns tillgång på personal som kan utföra vård och även vårdens stödprocesser. Vi vill beakta det inslaget av privata aktörer, och regionens behov av att omfördela och nyttja personal anställd i andra organisationer. Vad gäller frågan om att överväga ett centralt register skulle det vara ändamålsenligt att nyttja

Socialstyrelsens befintliga register över legitimerad personal i det kommande arbetet. Socialstyrelsen skulle kunna svara för ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för totalförsvarets behov.

8.3 Övergripande försörjningsfrågor behöver samordnas nationellt

Utredningen bedömer att det finns vinster med att på nationell nivå samordna vissa strategiska försörjningsrelaterade frågor i stället för att aktörer i olika sektorer i samhället skapar separata lösningar för detta. Regeringen bör därför överväga om en sammanhållande funktion för samhällets försörjningsberedskap bör inrättas.

Region Dalarna anser att det finns grund för att upprätta en sammanhållande funktion för samhällets försörjningsberedskap. I ett sådant övervägande är det av värde att ta del av de erfarenheter som har uppstått hos våra regioner under covid-19 pandemin.

8.4 Hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap ska utgå från den vård som ska bedrivas vid fredstida kris och vid krig

Hälso- och sjukvården liksom även tandvården bör i sin försörjningsberedskap ha sin utgångspunkt i den vård som bedrivs i fredstid. coronapandemin har visat med all tydlighet hur illa ställt det är med beredskapen för båda dessa verksamheter.

8.5 Internationella försörjningssamarbeten och kartläggning av basindustrin

För att kunna bedriva en så normal vård för befolkningen som möjligt under kris och krig är tandvården i behov av läkemedel som även används inom sjukvården. Exempel på detta är lokalanestetika för bedövning samt antibiotika. Brist på dessa produkter kan snabbt få effekter på kort sikt men även på längre sikt då infektioner som inte kan hanteras senare kan bli en vårdbelastning. Brist på lokalbedövning aktualiserades för att par år sedan då en tillverkare i Europa som gör förfyllda ampuller för dentalt bruk stoppade sin produktion. Ingen inhemsk produktion finns för detta ändamål. Antibiotika är också viktigt för att förhindra att, om obehandlade, livshotande infektioner kan uppstå.

8.6 Ett sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel

Region Dalarna anser att det bör förtydligas att begreppet läkemedel även omfattar medicinska gaser, infusions- och spolvätskor samt vacciner (utöver de i utredningen nämnda vaccinerna till elevhälsan). Beredskapslagerhållning för vätskor är ytterst skrymmande och därmed praktiskt ogörligt för lokal lagerhållning för längre tid, varför nationell tillverkningskapacitet med kort starttid är mycket angelägen.

Nivå 1 förutsätter att lokala apotek finns tillgängliga för befolkningen. I juni 2019 stängdes apoteket i Särna, vilket har fått till följd att avståndet till närmaste apotek är ca 10 mil. Man kan inte förutsätta att de personer som är beroende av läkemedel har tillgång till digitala apotekstjänster, liksom att sådan handel fungerar under ofredstid.

8.6.1 Ansvaret för försörjningen till vården i vardagen åvilar sjukvårdshuvudmännen – nivå 1

Utredningen bedömer att kommuner och regioner snarast bör vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa att försörjningen av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel är tillräcklig för att bedriva en god vård i ett normalläge i fred samt, såvitt avser regioner, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Utredningen pekar på bl.a. den bristsituation av vissa skyddsprodukter som är en konsekvens av covid-19 pandemin. Vidare anger utredningen att ett rimligt antagande kan vara att regionerna inledningsvis bygger upp ett lager med läkemedel som motsvarar en månadsförbrukning till en inköpskostnad av 800 mnkr. Kostnaden för inköp av sjukvårdsmateriel uppskattas till 195 mnkr. Detta innebär budgeteffekter eftersom medel behöver reserveras för att genomföra inköpen som därefter blir en tillgång. Utredningen skriver att kostnaden för detta förslag utgörs av kapitalbindningskostnader, som skattas till 30 mnkr/år. Kostnader för lagring och hantering tillkommer.

Region Dalarna delar utredningens bedömning att det är angeläget att försörjningen av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmateriel är tillräcklig för en god vård i ett normalläge i fred samt för att upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap.

Vi anser att det är svårt att ta ställning till det kostnadsunderlag som utredningen har presenterat. Regeringskansliet bör därför i den fortsatta beredningen genomföra en fördjupad analys av de kostnader som blir en direkt följd av förslaget att bygga upp lager hos regionerna. En sådan analys får därefter ligga till grund för ekonomisk ersättning till regionerna. I det

arbetet torde de merkostnader som uppstått till följd av covid-19 pandemin kunna ge viss vägledning.

Det är helt nödvändigt att staten stödjer regionerna ekonomiskt för att därmed stärka lagerhållningen i regionerna. Behovet att ett sådant statligt stöd är påtagligt mot bakgrund av det ekonomiska läget i regionerna som blir än mer ansträngt av covid-19 pandemin. Samtliga delar av sjukvårdens försörjningsberedskap behöver beaktas och inte bara lagerhållning.

Yttrandet att kommunerna är beroende av regionerna för sin läkemedelsförsörjning anser vi endast gäller upphandling av dosdispenserings tjänster. Övrig läkemedelsförsörjning är ett kommunalt ansvar.

Regionernas långtgående ansvar för läkemedelsförsörjning till sjukhus och andra vårdenheter omöjliggörs av nuvarande lagstiftning som förhindrar att en region försörjer öppenvårdsenheter. Avtal måste tecknas med extern part, vilket är mer osäkert än försörjning i egen regi.

8.6.3 Ekonomiska konsekvenser av en eventuell lagringsskyldighet i Sverige – nivå 2

Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med ett fullständigt förslag avseende lagringsskyldighet som avser tre månaders normalförbrukning. För att möjliggöra en framtida finansiering av en lagringsskyldighet mot slutet av försvarsbeslutsperioden redovisar utredningen vad en sådan skyldighet skulle kunna innebära i budgeteffekter och kostnader. Utredningen konstaterar att kostnaderna för införandet av en lagringsskyldighet beror givetvis på hur omfattande den skyldigheten görs och vilken tänkt ersättningsnivå som används. Avsikten är att dessa produkter ska omsättningslagras.

Region Dalarna anser att de ordinarie ekonomiska förutsättningarna i regionen inte medger ett omhändertagande av större samhällskriser, som t.ex. en pandemi. I utredningens fortsatta arbete med frågan om lagringsskyldighet, nivå 2, är det angeläget att det säkerställs att staten finansierar kostnaderna för denna utvidgade skyldighet. Vi vill åter en gång peka på regionens besvärliga ekonomiska läge som ytterligare försämras till följd av covid-19 pandemin.

8.6.4 Utökad statlig beredskapslagring av vissa förnödenheter – nivå 3

Region Dalarna stödjer utredningens bedömning att den statliga beredskapslagringen bör under den kommande försvarsbeslutsperioden utökas med produkter för traumavård, sjukvårdsmateriel som behövs vid epidemier och viss komplettering av antidoter.

9.1 Försvarsberedningen anser att utbildnings- och övningsinsatserna behöver öka

Vård i ett efterkrigsskede bör inkludera tandvård så att den ingår i planeringen samt i den mån det erfordras även övas. Detta för att uppnå en så optimal samordning som möjligt mellan det civila och det militära. Som tidigare nämnts talar vetenskapliga belägg för att tandvård, och i synnerhet käkkirurgi, bör ingå vid beredskapsplanering för troliga skadetyper. Vårdpersonal kan också komma att utföra arbetsuppgifter som de normalt inte utför vilket kan inkludera personal inom tandvården.

9.2.3 Nationella utbildnings- och övningsplaner behöver tas fram

Utredningen bedömer att det är angeläget att Socialstyrelsen i samarbete med företrädare för kommunerna, regionerna, Försvarsmakten, Folkhälsomyndigheten, MSB och andra relevanta aktörer i krisberedskapssystemet, snarast tar fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar.

Region Dalarna stödjer att Socialstyrelsen bör vara sammanhållande vad avser regioners deltagande inom området hälso- och sjukvård i nationella kris- och totalförsvarsövningar. Regionen vill även understryka utredningens förslag att staten i detta sammanhang ska ersätta regionernas och kostnader för att delta i övningar och utbildningar samt att katastrofmedicin bör ingå i grundutbildningen för all hälso- och sjukvårdspersonal. Det är en grund för en fungerande krisberedskap och för befolkningens säkerhet och trygghet i krig.

Region Dalarna stödjer utredningens förslag som föreslår att Socialstyrelsen bör tilldelas 100 mnkr årligen för att samordna planering, genomförande och utvärdering av övningar som berör området hälso- och sjukvård vid nationella samverkans- eller totalförsvarsövningar.

9.2.4 Kunskapen i katastrofmedicin och om hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret behöver öka

Utredningen bedömer att det behöver avsättas 70 mnkr årligen för regionernas arbete med att planera och genomföra utbildning och övning inom hälso- och sjukvård för totalförsvarets behov.

SKR har tillsammans med oss regioner gjort egna bedömningar av kostnader för regioners utbildningar i traumavård och CBRNE (farliga ämnen) utifrån behoven vid höjd beredskap. En begränsad utbildningsinsats på tre dagar per år för ett urval av läkare och sjuksköterskor i varje region bedöms totalt kosta 250 mnkr per år. Då ingår inte övningsverksamhet. Om regeringen önskar bygga reell förmåga krävs således en betydligt större ersättning till regionerna för utbildnings- och övningsverksamhet. Kostnaderna för att ta in vikarier för de som ska utbildas/övas behöver tas med i beräkningarna.

9.2.6 Utbildning och övning behöver utgå ifrån den vård som ska bedrivas

Utredningen föreslår att det behöver återinföras nationella utbildningar som utgår från krigets krav i traumavård, krigskirurgi och kroppsskador relaterade till CBRN-händelser. Sådana utbildningar ska ta sin grund i de civila och militära skador som uppkommer i krig samt beakta behovet av resursbesparande metoder. Socialstyrelsen bör därför, tillsammans med Forsvarsmakten, ges i uppdrag att genomföra och finansiera sådana utbildningar för regionerna.

Regionen ser positivt på utredningens förslag. Utbildningarna bör dock kompletteras med vissa av de utbildningar i katastrofmedicin som Socialstyrelsen tidigare svarade för. Dessa avsåg:

- Befattningsutbildningar: t.ex. *Stabschef* och *Särskild sjukvårdsledning*, samt olika funktioner inom CBRN-omhändertagande.
- Instruktörsutbildningar: t.ex. i *Surge Capacity* och *Prehospital sjukvårdsledning*.

Dessa utbildningar avvecklades av regeringen 2012 mot bakgrund av förändrade principer för anslag 2:4 Krisberedskap. Avvecklingen av utbildningarna har fått negativa konsekvenser för regionernas förmåga att samverka med varandra, då enhetliga metoder inte längre utbildas centralt. Vidare har kunskapsnivån inom områden som CBRN sänkts, då det inom dessa kunskapsområden är svårt för regioner att upprätthålla kompetens. För att det ska finnas en grund att stå på vid höjd beredskap är det viktigt att den grundläggande katastrofmedicinska förmågan stärks. Det gäller i synnerhet

funktioner som är nödvändiga för effektiv samverkan mellan regioner. De statliga utbildningarna bör således breddas till att även omfatta vissa befattnings- och instruktörsutbildningar i katastrofmedicin.

Utöver finansiering krävs också personella resurser inom varje region för genomförande av de uppgifter som åläggs varje region.

10.4 Konsekvenser av att inte vidta åtgärder

Regionernas verksamheter kommer i kris att konkurrera med sig själv när det gäller t.ex. skyddsmaterial och medicin. Detta nyligen aktualiserat med coronapandemin. Hälso-och sjukvårdens behov lamslår i dagsläget tandvården som blir åsidosatt och inte kan utföras. Bristen på lagerhållning och brister i inhemsk produktion visar på en allvarlig sårbarhet för både hälso- och sjukvården som tandvården.

.....

Ulf Berg
Ordförande Regionstyrelsen