

Digital offentlig utfrågning med anledning av
Coronakommissionens delbetänkande om
äldreomsorgen under pandemin

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-7915-027-3
Riksdagstryckeriet, Stockholm 2021

Förord

Socialutskottet anordnade den 26 januari 2021 en digital offentlig utfrågning i riksdagen med anledning av Coronakommissionens delbetänkande om äldreomsorgen under pandemin. I det följande redovisas program, deltagare och uppteckningar från utfrågningen.

Program och deltagare

Offentlig utfrågning i socialutskottet med anledning av Coronakommissionens delbetänkande om äldreomsorgen under pandemin

Måndagen den 26 januari 2021 kl. 9.00–12.00
Riksdagens andrakammarsal och digitalt deltagande

9.00–9.05	Inledning Dag Larsson, ledamot i socialutskottet
9.05–9.15	Coronakommissionen Mats Melin, ordförande
9.15–9.25	Socialdepartementet Lena Hallengren, socialminister
9.25–9.35	Kommunal Tobias Baudin, förbundsordförande
9.35–9.45	Vårdförbundet Sineva Ribeiro, förbundsordförande
9.45–9.55	Vårdföretagarna Antje Dederling, förbundsdirektör
9.55–10.05	Pensionärernas riksorganisation Christina Tallberg, ordförande
10.05–10.15	Paus
10.15–10.25	SPF Seniorerna Eva Eriksson, förbundsordförande
10.25–10.35	Sveriges Kommuner och Regioner Greger Bengtsson, samordnare äldreomsorg Emma Spak, sektionschef hälso- och sjukvård Jeanette Hedberg, biträdande förhandlingschef
10.35–10.45	Representant för socialtjänsten i Norrköpings kommun Magnus Johansson, vård- och omsorgsdirektör
10.45–10.55	Representant för Region Uppsala Mikael Köhler, hälso- och sjukvårdsdirektör
10.55–11.55	Frågor från ledamöterna
11.55–12.00	Avslutning Acko Ankarberg Johansson, ordförande i socialutskottet

Inbjudna åhörare beredda att svara på frågor

Sveriges Arbetsterapeuter
Folkhälsomyndigheten
Fysioterapeuterna
Inspektionen för vård och omsorg
Läkemedelsverket
Socialstyrelsen
Sveriges läkarförbund

Deltagare från socialutskottet

Acko Ankarberg Johansson (KD), ordförande
Camilla Waltersson Grönvall (M)
Ann-Christin Ahlberg (S)
Johan Hultberg (M)
Per Ramhorn (SD)
Mikael Dahlqvist (S)
Sofia Nilsson (C)
Karin Rågsjö (V)
Carina Ståhl Herrstedt (SD)
Dag Larsson (S)
Lina Nordquist (L)
Pernilla Stålhammar (MP)
Michael Anefur (KD)
Mats Wiking (S)
Ulrika Jörgensen (M)
Clara Aranda (SD)
Pia Steensland (KD)
Barbro Westerholm (L)
Inge Ståhlgren (S)
Lena Emilsson (S)

Uppteckningar

Dag Larsson (S): God morgon, och välkomna till socialutskottets hearing om Coronakommissionen, om covidpandemin och i synnerhet om äldreomsorgen under covidpandemin!

I samband med att Covidkommissionens rapport om pandemin och äldreomsorgen kom förra året tog Kristina Nilsson, viceordförande i socialutskottet, initiativ till den hearing som vi ska ha nu i dag. Tanken var också att hon själv skulle stå här och inleda denna hearing. Men alla kan direkt se att det inte är Kristina Nilsson som står här i talarstolen, utan jag heter Dag Larsson. Kristina Nilsson har nämligen fått förhinder. Jag vet att hon följer hearingen hemifrån, och hela socialutskottet sänder hälsningar till henne.

Hela socialutskottet tyckte också att det var en god idé att genomföra den här hearingen. Vi tycker alla att detta kanske är några av de mest angelägna frågorna som vi har haft att hantera under det år som har varit. För många av oss är det nog ganska självklart att detta är den största kris som Sverige har genomlidit sedan andra världskriget. Nu har vi mer än 10 000 döda, och vi ser hur dödstalen fortsätter att öka. Man kan befara – jag hoppas att jag har fel – att det kan bli värre innan vi är förbi krisen. I socialutskottet har vi fortlöpande arbetat med pandemin, och vi har haft täta och många samtal med regeringsföreträdare och myndighetsföreträdare. Vi tycker nog samlat från utskottets sida att det har varit värdefullt. Både myndighetsföreträdare och regeringsföreträdare har varit angelägna om att komma och ge svar på de frågor som vi har haft.

Covidkommissionens första rapport visar ganska tydligt att vi behöver lära oss mer. Vi behöver få ställa frågor och reflektera mer, både över vad som går att göra på kort sikt och vilka lärdomar som Sverige som nation kan dra av pandemikrisen på längre sikt. Covidkommissionens rapport visar tydligt att det brister i äldreomsorgen. Vi har strukturella brister i äldreomsorgen, och vi vill gärna diskutera dem här i dag. Kommissionen visar också att en viktig faktor när det gäller de höga dödstalen bland äldre handlar om den allmänna samhällsspridningen i vårt samhälle. Där avvaktar vi fortfarande de kommande rapporterna från kommissionen för att se vilka slutsatser som ska dras. I dag handlar det framför allt om situationen i äldreomsorgen.

I samband med Covidkommissionens skakande rapport kom också IVO:s inspektion av ett antal äldreboenden i vårt land. Jag vet att IVO:s rapport har fått mycket uppmärksamhet, och själv blev jag också oerhört berörd när jag läste IVO:s rapport. Det är uppenbart att äldreomsorgen och äldreboendena i Sverige håller för låg lägstanivå. Med detta sagt är det viktigt att komma ihåg att väldigt många äldreboenden håller hög kvalitet och att väldigt många välutbildade, kunniga och engagerade människor som arbetar i äldreomsorgen har gjort heroiska insatser för att skydda de äldre från att bli smittade och

avlida. Men det finns uppenbarligen mycket att göra på många enheter här och var runt om i vårt land.

Pandemin är inte en höger-vänsterfråga. Jag vågar påstå att det inte står i något partis politiska program hur man ska hantera en pandemi, utan pandemin är en samhällsfråga. På samma sätt som Sverige som samhälle mötte andra världskrigets utmaningar tycker jag att de politiska partierna ska försöka möta den samhällsfara som pandemin utgör, genom samarbete, samverkan och diskussion. Det kommer säkert att dyka upp politiska stridsfrågor. Det är klart att det är misstag som har begåtts och som ska kritiseras med rätta. Det är klart att när vi resonerar om hur vi ska bygga ett starkare samhälle i framtiden kommer de politiska partierna att visa på olika vägar. Det är en demokratisk skyldighet för oss att göra det. Men samtidigt finns det också en gemensam ambition att hantera pandemin för att skydda medborgarna. Dagens ambition är inte partipolitiska strider. Dagens ambition är att skaffa oss mer kunskap, så att de politiska partierna får mer möjligheter till reflektion, tankegångar och förnyelse när det gäller hur vi arbetar framöver.

Välkomna hit i dag! Nu tar Acko Ankarberg Johansson över.

Ordföranden: Tack, Dag Larsson, för inledningen! Nu börjar ett pass där vi ska lyssna till Coronakommissionen och dess ordförande Mats Melin. Vi kommer också att lyssna till många fler. Egentligen skulle vi ha behövt flera dagar av offentlig utfrågning för att kunna lyssna till alla dem som har vittnesmål och berättelser som är viktiga för oss, men vi har fått göra en avgränsning, och det är ändå många som vi kommer att få ta del av i dag. Med detta vill jag hälsa Coronakommissionens ordförande Mats Melin välkommen.

Mats Melin, Coronakommissionen: Fru ordförande! Tack för möjligheten att inleda här i dag. Låt mig bara först påminna om ett par begränsningar i vårt delbetänkande som gavs i december. Som Dag Larsson påpekade ska vi fullgöra vårt uppdrag medan pandemin ännu pågår med full kraft, också på äldreboendena. Det finns därför skäl att vara återhållsam eller försiktig när det gäller att bedöma det långsiktiga utfallet av de åtgärder som har vidtagits och nu vidtas. Som det också påpekades är det mycket som återstår för Coronakommissionen att granska, till exempel åtgärder eller brist på åtgärder när det gäller den allmänna smittspridningen i landet, men också frågor om bakgrunden till den brist på provtagningskapacitet och skyddsutrustning som vi kunde iakta i äldreomsorgen i våras, liksom frågan om de här bristerna kunde ha hanterats annorlunda.

Vi har inte heller än så länge lyckats få fram uppgifter om hur många som smittats eller avlidit på olika särskilda boenden för äldre i landet. Jag kan tycka att det är märkligt att centrala förvaltningsmyndigheter inte har sådan information. Hur ska de då kunna dra slutsatser om vad som fungerar väl och vad som inte fungerar? Allt detta kan förstås påverka den mer fullständiga analysen av hur smittan tagit sig in på de särskilda boendena, hur den spridits och

hanterats där och vilka åtgärder som kan ha varit verksamma. Vi avser att återkomma till alla dessa aspekter i vårt fortsatta arbete.

Men med detta sagt konstaterar kommissionen att när nio av tio som avlidit med covid-19 varit 70 år eller äldre och hälften av dem vistats på särskilda boenden kan vi inte komma till någon annan slutsats än att ambitionen att skydda de äldre har misslyckats. Vi anser oss också redan nu kunna säga att den enskilt viktigaste orsaken till smittspridningen i äldreomsorgen högst sannolikt är den allmänna smittspridningen i samhället. Vi kan se ett sådant samband i många länder och också i regioner i Sverige. Stor allmän smittspridning har inneburit ett stort antal avlidna i äldreomsorgen, och en lägre allmän smittspridning har inneburit färre döda. Men frågan är förstås om de äldre i vård och omsorg, trots den allmänna smittspridningen, kunde ha skyddats bättre.

Vi anser att det mycket tidigt borde ha stått klart att äldreomsorgen, och inte minst de särskilda boendena, behövde skyddas. Redan mycket tidiga uppgifter från Kina visade att äldre riskerade att drabbas särskilt hårt. Medianåldern för dem som flyttar till särskilt boende är 87 år för kvinnor och 85 för män. De flesta som flyttar dit har tidigare haft hemtjänst och bedöms inte längre kunna klara sig med bara den hjälpen. Till detta kommer att antalet vård dagar för äldre på sjukhus har minskat kraftigt under det senaste decenniet. Vård som tidigare gavs på sjukhus ska nu i stället ges av den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdbehovet och vårdtrycket i de särskilda boendena är därför stort.

När pandemin bröt ut i våras var fokus från de flesta håll dels rekommendationer riktade till allmänheten, inklusive de som kom att kallas 70-plussarna, dels sjukvårdens förmåga att ta hand om allvarliga fall. Och det var förstås rätt och riktigt, men med vetskap om hur allvarligt sjukdomen riskerar att drabba äldre borde äldreomsorgen ha uppmärksamats mer och tidigare. Som Dag Larsson redan antydde anser Coronakommissionen att äldreomsorgens institutioner har strukturella brister som lämnade verksamheten oförberedd och illa rustad för att möta pandemin. De anställda i äldreomsorgen lämnades i stor utsträckning ensamma att försöka hantera situationen så gott de kunde och med tillgängliga resurser. Vi menar också att en del av de beslut som fattades i början av utbrottet var sena och ibland otillräckliga.

Låt mig nu bara nämna några av de strukturella bristerna. Vi har en fragmenterad och uppdelad organisation inom äldreomsorgen i vid mening och därmed ett fragmenterat och uppdelat ansvar. Var och en av 290 kommuner ansvarar för sin äldreomsorg och den sjukvård som bedrivs i äldreomsorgen som inte är läkarinsatser. För läkarinsatserna ansvarar de 21 regionerna. Till detta kommer förstås att flera kommuner – långt ifrån alla, men många – anlitar ett antal privata utförare för att sköta äldreomsorgen. En sådan organisation ställer stora krav på samverkan och utbyte av information mellan dem som har ansvar för de olika delarna.

I en kris blir naturligtvis de kraven oändligt mycket större. Vård- och omsorgsarbete har också den egenheten att det kräver en nära kontakt mellan omsorgspersonalen och omsorgstagare. I en pandemi blir det då problem att den

som har hemtjänst möter i genomsnitt 16 olika personer under en 14-dagarsperiod. En fjärdedel av omsorgspersonalen är timanställd och tjänstgör på olika avdelningar och olika boenden. Fyra av tio i omsorgspersonalen saknar undersköterskeutbildning med de medicinska insikter som en sådan utbildning ger. Och låg bemanning ger sämre personalkontinuitet i kontakten med vårdtagarna och kräver att varje anställd möter många omsorgstagare i sin dagliga gärning. En annan strukturell brist gäller, menar vi, förutsättningarna för ett gott ledarskap. I dag har varje enhetschef i äldreomsorgen i genomsnitt ett sextiotal medarbetare. Det är mycket.

Med ädelreformen 1992 lämnade vi på goda grunder den medicinskt inriktade vård som bedrevs i långvården, till förmån för särskilda boenden med en hemlik miljö och god social omvårdnad. Men detta har samtidigt inneburit att de särskilda boendena vanligen saknar medicinsk utrustning som krävs för basala medicinska insatser som till exempel syrgas och dropp, och det saknas också tillräckligt med medicinsk personal som kan hantera sådan utrustning. Kommissionen anser att det på varje särskilt boende bör finnas sådan utrustning och, som huvudregel, en sjuksköterska på plats hela dygnet för att sköta den utrustningen och handleda personalen. Vi inser förstås att den ambitionshöjning för äldreomsorgen som vi förespråkar inte kan ske omgående och kan fordra ytterligare utredningar rörande flera av de aspekter som vi tar upp och, med all säkerhet, större anslag.

Låt mig till slut också säga något om beslutade åtgärder. Det är vår uppfattning att det nationella besöksförbudet borde ha utfärdats tidigare, att det tog orimligt lång tid att kartlägga äldreomsorgens behov av skyddsutrustning och att även med begränsade resurser när det gäller provtagning borde de som flyttade in på särskilda boenden och de som återvände från sjukhus till sitt särskilda boende ha testats. Vi har ju i delbetänkandet begränsat vår granskning i huvudsak till våren 2020. Men i och med att pandemin fortfarande pågår och plågar äldreomsorgen hoppas vi att vårt fortsatta arbete ska kunna bringa ytterligare klarhet i vad som gjorts dels att så många äldre har drabbats och avlidit, dels – i bästa fall – hur det kan förhindras.

Ordföranden: Tack, Coronakommissionen! Vi går direkt vidare till regeringen. Jag hälsar socialminister Lena Hallengren välkommen.

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Vilket annorlunda sätt att ha en hearing! Men det är fint att den ordnas, och jag ser fram emot den här dagen.

Statsminister Stefan Löfven konstaterade ju den 9 april att Sverige under pandemin hade misslyckats med att hantera och skydda landets äldre. Det var skälet till att Coronakommissionen när den tillsattes i juni fick i uppdrag att presentera en första delredovisning innan årsskiftet, en delredovisning om just äldreomsorgen. Regeringen tog emot Coronakommissionens delbetänkande

den 15 december – ett delbetänkande som väckte en bra och angelägen debatt om en viktig del av den svenska välfärden: vården och omsorgen om de äldre.

Låt oss ha i åtanke att vi är mitt i coronapandemin och att vi fortfarande genomlider den största hälsokrisen i modern tid. På måndag är det exakt ett år sedan regeringen antog den förordning som klassade covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Det beslutet innebar att de befogenheter som följer av smittskyddslagen aktiverades. Det fanns samtidigt en bred politisk enighet om vikten av att vidta ytterligare åtgärder. En nära dialog fördes på veckovisa möten mellan riksdagens samtliga partiledare. Den politiska enigheten innebar en tydlighet gentemot svenska folket och betydelsen av att följa råd och rekommendationer. Det breda politiska stödet för den svenska strategin blev på det sättet en viktig del i dess genomslag.

Coronakommissionen har i sitt delbetänkande särskilt betonat de risker som den allmänna smittspridningen inneburit för äldreomsorgen. I debatten därefter har det ibland hävdats att regeringen skulle ha accepterat denna smittspridning. Det har till och med sagts att regeringen med berått mod skulle ha låtit människor i Sverige bli sjuka i syfte att skapa en så kallad flockimmunitet. Att på det sättet hävda att regeringen medvetet skulle ha låtit tusentals människor avlida är djupt oärligt. Målet med den svenska strategin är och har hela tiden varit att minska smittspridningen för att skydda människors liv, hälsa och jobb. Det är en målsättning som i själva verket liknar de flesta andra länders målsättningar och som har varit väl känd och förankrad hos samtliga riksdagens partier.

För att nå målet med strategin har ett stort antal åtgärder vidtagits, både för att minska smittspridningen och för att minska pandemins konsekvenser för människor och företag. En viktig utgångspunkt för valet av åtgärder är den expertkunskap som de statliga myndigheterna bidrar med. Med detta som grund är det fortsatt regeringens avsikt att vidta rätt åtgärd vid rätt tidpunkt. Under lång tid framöver kommer vi sannolikt att få anledning att återkomma till valet av och processen kring de olika beslutade åtgärderna. I takt med ökad kunskap kommer säkert vissa beslut att visa sig ha varit bättre eller sämre, och i efterhand kommer det sannolikt att bli lättare att se vad som har haft mer eller mindre effekt. Men där är vi inte ännu.

En diskussion som vi däremot har just nu gäller vilken betydelse det har haft att Sverige under förra året inte valde att generellt förbjuda hela eller delar av näringslivet eller att införa utgångsförbud – åtgärder som genomförts i större eller mindre utsträckning i andra länder och samlat kommit att kallas ”lockdown”. Regeringen bedömde inte då att sådana åtgärder var ändamålsenliga. Dessa bedömningar hade ett stort stöd bland såväl riksdagens partier som svenska folket. Men valet att inte förbjuda verksamheter och branscher eller att inte införa utgångsförbud ska inte beskrivas som att strategin bara har byggt på frivillighet. Tvärtom har restriktioner beslutats i lagar, förordningar, råd och rekommendationer. Som i de flesta demokratier har åtgärderna byggt på en kombination av människors eget ansvarstagande och olika former

av statliga sanktioner. Det som har varit avgörande har hela tiden varit åtgärdernas effekt och resultat.

Under våren fungerade detta väl. Genom en omfattande kommunikation från regeringen och myndigheterna informerades människor om grunderna för hur covid-19 sprids och fick råd och rekommendationer om hur man borde agera. Samtidigt infördes distansundervisning inom gymnasieskolan, vuxenutbildningen, högskolor och universitet. Förbud infördes mot att besöka äldreboenden eller att samlas i större grupper. Nya regler i socialförsäkringarna sänkte tröskeln för enskilda att stanna hemma vid egen eller barns sjukdom. Detta var åtgärder som medförde förändrade beteenden. Människor höll avstånd, tvättade händerna och stannade hemma vid minsta symtom. Vi reste mindre. Vi hade färre fysiska möten och träffade över huvud taget inte många andra människor. Eventuellt umgänge skedde utomhus. De som kunde arbetade hemifrån, och många gör det än i dag. Kollektivtrafiken gapade tom, och vi gick mindre i butik och på restaurang. Utan att regeringen eller riksdagen beslutade om lockdown stängde det svenska samhället i stora delar ned. Detta är viktigt att ha med sig när vi ser på Coronakommissionens slutsatser vad gäller situationen inom äldreomsorgen under den här perioden.

Som Coronakommissionen konstaterar är äldreomsorgen en del av samhället. Skedde det en hög smittspridning i kommunen och det omgivande samhället löpte också äldre med äldreomsorg en naturligt högre risk att också smittas. Utöver detta är Coronakommissionens bedömning ju att det är sedan länge välkända strukturella brister som har haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna. Kommissionen beskriver äldreomsorgen som en resursmässigt eftersatt del av samhället med en undervärderad yrkeskår. Det medför att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad att hantera pandemin.

Vem bär då ansvar för det? Eftersom konstaterade strukturella brister har varit kända en längre tid anser Coronakommissionen att det är regeringen och tidigare regeringar som bär ansvaret för bristerna. Jag ser mycket fram emot att få höra om övriga deltagare i dagens hearing delar den uppfattningen. Ett sådant synsätt innebär att det är statens ansvar att åtgärda brister hos kommuner och regioner när det gäller till exempel bemanning, kompetensutveckling, personalrekrytering och anställdas villkor. Det innebär ett stort steg från dagens ordning. Det utmanar den grundlagsfästa kommunala självstyrelsen. Vad säger Sveriges Kommuner och Regioner, Vårdföretagarna och berörda fackförbund om det?

Redan före pandemin genomförde den här regeringen en kursändring för den nationella äldreomsorgspolitikerna. I stället för ökad marknadsstyrning, där den äldre ska vara kund och ta ansvar för sin vård och omsorg, har vi fokuserat på likvärdighet och kompetenshöjande insatser. Låt mig ge några exempel: det omfattande lagstiftningsarbetet med att skydda yrkestiteln undersköterska, Äldreomsorgslyftet, som låter personal få en fast tjänst och utbilda sig på betald arbetstid, en fast omsorgskontakt i hemtjänsten, vilket kommer att öka kontinuiteten och tryggheten för de äldre.

Vi ska lära av pandemin, och vi ska ta tag i de strukturella brister som Coronakommissionen identifierar. Frågan blir var gränserna går för statens, regionens, kommunens och det enskilda företagens ansvar. Samma dag som regeringen tog emot kommissionens betänkande tillsatte vi den utredning som ska ta fram en ny äldreomsorgslag. I det arbetet ser jag framför mig att de allra flesta av er som medverkar i dag kommer att involveras. En viktig uppgift för utredningen är att lämna förslag som stärker den medicinska kompetensen men utan att ta tillbaka de vårdinstitutioner och den långvård som tidigare kännetecknade svensk äldreomsorg.

Jag vill avsluta med att säga att det är viktigt att bevara och utveckla de fina med dagens äldreomsorg – vård och omsorg i kombination, social aktivitet och stimulans av befintliga förmågor. Det handlar om att få känna att det särskilda boendet är ens hem – för en person med demenssjukdom kan det vara så i många år. Det är en äldreomsorg som utgår från att livet ska levas även om mycket stöd, hjälp och vård behövs. Frågan för oss alla att fundera på är hur mycket lagstiftning vi som land behöver för att bygga den äldreomsorg som Sveriges äldre förtjänar.

Tobias Baudin, Kommunal: Stort tack för möjligheten att få delta i den här utfrågningen! Jag ser det verkligen som ett erkännande för medlemmarna i Kommunal – för alla undersköterskor och vårdbiträden – och det är ju faktiskt tack vare deras enorma insats under pandemin och deras yrkesskicklighet som vi ändå står här i dag med en äldreomsorg som fungerar, trots att pandemin inte är över.

I dag kan vi konstatera att Sverige misslyckades med uppdraget att skydda den äldre befolkningen. En avgörande orsak till det är ju just att äldreomsorgen under mycket lång tid har varit satt på undantag. Då måste jag inledningsvis ändå få säga något om Coronakommissionens delrapport. Det är med blandade känslor jag har läst den. Dels får jag lite sår i hjärtat när Coronakommissionen på punkt efter punkt pekar på de brister som finns i äldreomsorgen, dels får jag en känsla av att det äntligen är skönt att någon ser det som Kommunal har sett så länge. Det var nästan som om vi kunde bocka för i kanten på alla de saker som vi har sett brister i äldreomsorgen. Jag vill tacka Coronakommissionen för ett gediget arbete. Det är ett arbete som är väldigt omfattande och bra. Jag ser fram emot att få följa de kommande rapporterna också.

Jag tror att för största delen av allmänheten och för andra beslutsfattare än er i socialutskottet är det nog väldigt mycket nytt som har kommit fram. Jag tror att Coronakommissionen tidigare har sagt att ett vanligt svar var: Aha, det visste jag inte! Detta tror jag också speglar allmänheten. Jag tror inte att man riktigt vet hur svensk äldreomsorg ser ut i dag, hur den fungerar och hur pass mycket sjukvård det är i äldreomsorgen. När man ser det tror jag också att man förstår hur viktigt det är med kompetens i äldreomsorgen. Det är inte enkla jobb. Jag tror att den medvetenhet som ni i politiken nu bidrar till genom att arrangera denna hearing och att debattera äldreomsorgen är så viktig om vi vill få till stånd en långsiktig förändring.

Kommissionen sammanfattar det ungefär så här: Det är nödvändigt att höja ambitionsnivån på den svenska äldreomsorgen. Det är nödvändigt att höja statusen och attraktionskraften i omsorgsyrkena. Det tycker jag är en ganska bra sammanfattning av vad som behöver göras. Jag hoppas nu verkligen att den ökade medvetenheten verkligen ska leda till en positiv utveckling och en positiv långsiktig utveckling, men det är så viktigt att arbetet sätts igång nu. Jag ska strax återkomma till varför vi ska börja nu.

Jag vill också passa på att slå ett slag för facket och svensk fackföreningsrörelse. Det gör jag egentligen inte av egenintresse, även om man jättegärna får bli medlem i Kommunal. Men jag vet att alla fackföreningar i välfärden har gjort stor skillnad. Ta bara den kamp som skyddsombuden i Kommunal har fört för rätt till skyddsutrustning. Jag tror att man hade 50 skyddsombudsstopp under våren. Det har ju lett till att skyddsombuden och deras kollegor har fått bättre arbetsmiljö och bättre arbetsvillkor. Det har också lett till att kvaliteten i äldreomsorgen blev bättre, och man klarade smittspridningen på ett bättre sätt allteftersom pandemin utvecklade sig. Glöm alltså inte bort att svensk fackföreningsrörelse gör stor nytta, och då inte minst skyddsombuden tillsammans med cheferna på arbetsplatserna. Detta är viktigt att värdesätta.

Åter till ärendet. Statsrådet Lena Hallengren sa att en utredning pågår om en äldreomsorgslag. Vad säger Kommunal om det? Det är jättebra och välkommet! Den behövs, inte minst eftersom den utredning om socialtjänstlagen som genomfördes nyligen, som också har varit ute på remiss, inte blev riktigt vad vi hoppades på. Det är bra med en lag, inte minst i fråga om jämlikhet. Vi måste få upp lägstanivåerna. Vad kan vi vänta oss för en äldreomsorg i Sverige? Det är bra med en äldreomsorgslag, och vi kommer att bidra allt vi kan.

Men låt mig hålla upp ett varningens finger. Äldreomsorgslagen får inte bli en stoppkloss för det som måste göras här och nu. Det finns ingen tid att vänta. Vi måste börja åtgärda bristerna nu. De behöver många gånger inte vänta på en lag. Titta exempelvis på otrygga anställningar, precis som kommissionen lyfte fram. Var fjärde i svensk äldreomsorg har en timanställning. Det är fullständigt uppåt väggarna under en pandemi, men det är också så under vanliga förhållanden i äldreomsorgen där vi vet att just kontinuiteten är så avgörande för kvaliteten i verksamheten. Kommissionen lyfte också upp hur viktigt det är med utbildning. Vi vet att fyra av tio i dag i äldreomsorgen saknar utbildning till undersköterska. Det måste finnas en högre ambition för äldreomsorgen än det.

Vad mer krävs för en positiv utveckling, den som alla här verkligen vill se? Jag börjar med kontinuiteten. Förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten. Vi måste kraftigt trycka tillbaka andelen timanställningar och tidsbegränsade anställningar. Vi måste höja grundnivån. Nu riktar jag mig till alla politiker som lyssnar: Använd resurserna på rätt sätt och anställ fler. Men kom ihåg att det inte bara handlar om fler anställda. Fler händer är bland de värsta uttrycken jag känner till. Här handlar det om människor med rätt kompetens. Det är de människorna vi måste använda. Om vi har anställt människor

utan rätt kompetens måste vi se till – här är Äldreomsorgslyftet från regeringens sida en bra sak – att de får den utbildning som krävs.

Vi måste också höja kompetensnivån, precis som kommissionen pekar på. Det behövs verkligen mer medicinsk kompetens. Hör och häpna! Även om Kommunal inte organiserar vare sig sjuksköterskor eller läkare anser vi att de behöver bli fler. Men glöm inte bort att ryggraden i svensk äldreomsorg utgörs av undersköterskor, och, som sagt, fyra av tio saknar utbildning till undersköterska. Det måste till en rejäl satsning på undersköterskor för att få upp kompetensnivån och höja kvaliteten. Sedan vore det väl tjänstefel om jag som ordförande för Kommunal, Nordens största välfärdsförbund, inte också lyfter fram vikten av att fortsätta höja lönerna för alla yrken. Det kommer att krävas. Det kommer att vara en enorm konkurrens om den arbetskraft som finns i Sverige ska välja att utbilda sig till undersköterska. Arbetet för bättre lönevillkor måste fortsätta. Jag tycker att kommissionen styrker Kommunals idé att om man vill höja attraktionskraften i yrkena är lön en viktig parameter.

Sammanfattningsvis vill jag ta upp vad Mats Melin, Coronakommissionen, också tog upp i inledningen, nämligen att den ambitionshöjning som ni vill få till såklart kommer att kräva resurser och långsiktiga ekonomiska investeringar. Vi måste höja ambitionerna. Vi vet vad som händer nu, nämligen att 40-talisterna, Sveriges största generation någonsin, kommer att gå tungt in i äldreomsorgen. I dag är det 30-talisterna, kanske den minsta generationen i modern tid. Kanske är det så att 40-talisterna ställer högre krav på äldreomsorgen än vad de som befinner sig i äldreomsorgen i dag gör. Annars tror jag att 40-talisternas barn ställer höga krav på äldreomsorgen. Det kommer att kräva ekonomiska investeringar. Det går inte att stoppa huvudet i sanden och tro att det inte behövs mer pengar och mer investeringar. Det är också en investering som behövs för att tillväxten ska funka, för att människor ska känna trygghet i äldreomsorgen, att människor går till jobbet och skapar tillväxt och ekonomisk utveckling. Om välfärden krackelerar hämmas också tillväxten. Det är inte fråga om kostnader. Jag vill vara tydlig med att jag också riktar mig till kommunpolitiker. Detta är investeringar för att hela Sverige ska fungera på ett bra sätt.

Det är så bra och glädjande – och vi har tjatat om detta länge, vi ska inte vara bittra utan se framåt – att äldreomsorgen nu diskuteras med det stora engagemanget i diskussionerna som äldreomsorgen verkligen förtjänar. Jag hoppas nu att alla vi som samlas på denna hearing använder det starka engagemanget till att börja bygga något bättre och riktigt. Mina slutord får bli att det nya normala måste bli bättre än det gamla.

Sineva Ribeiro, Vårdförbundet: Jag tackar för inbjudan till denna hearing, som är mycket viktig. Våra 114 000 medlemmar har verkligen varit i frontlinjen i pandemin. Jag vill börja med att tacka kommissionens ordförande för den beskrivning som många av oss känner igen. Äldrevården och äldreomsorgen uppmärksammades alldeles för sent. Det blev tydligt att det inte fanns en nationell överblick av verksamhetens behov, problem och brister – trots att vi vet

att den kommunala hälso- och sjukvården har varit eftersatt, styvmoderligt behandlad, och att det har varit brist på resurser och kompetenser, vilket kommer fram i rapporten.

Jag vill ändå nämna ett exempel, nämligen den orimligt långa tid det tog att kartlägga kommunernas behov av skyddsutrustning. Det borde vi ha hunnit med tidigare. Samtidigt har vi fått en stor indikation på att i de kommuner där det har funnits en omvårdnadskompetens och sjuksköterskor har ingått i ledning och krisgrupper har man agerat tidigare och fått bättre resultat. Detta ska vi inte försaka utan lära av. Synen på att kompetens är utbytbar, vilket också Tobias Baudin pratade en del om, har gjort att medarbetare har omplacerats i nya verksamheter inom kommunerna. För oss blev det skolsköterskorna. De flyttades till äldreomsorgen, trots att de inte har den specialistkompetensen. Men bristen på sjuksköterskor gjorde att det blev så. Det har blivit tydligt efter det här året att det behövs en långsiktig kompetensförsörjningsplan också för den verksamheten nationellt, vilket är viktigt, och inom respektive huvudman. Där finns en hel del att göra. Det handlar om att inte missa vilken kompetens och kunskap som faktiskt behöver stå i frontlinjen för att få den allra bästa äldrevården och äldreomsorgen.

Mats Melin lyfte upp att smittskyddsåtgärderna brast, och de brister fortfarande av och till. Vi får fortfarande bilder av detta. Försiktighetsprincipen borde ha gällt. Det fanns en brist på skyddsåtgärder och skyddsutrustning. Vi får fortfarande signaler om detta av och till, och det borde vi ha rättat till. Vidare tänker jag på testkapaciteten och smittspårningen. Där är våra medlemmar en viktig yrkesgrupp. Bristen på biomedicinska analytiker har också lett till att vi inte har kunnat testa eller smittspåra. Där tror jag att det finns en hel del att göra. Att smittspåra äldre samt vård- och omsorgspersonal inom äldreomsorgen borde ha varit i första linjen, och det borde vi ha tänkt på med tanke på de bilder vi fick av resten av Europa, som faktiskt låg före oss.

Jag tänker på MAS:ens centrala roll. De som i dag finns i äldreomsorgen, på SÄBO, är multistjuka äldre. De får på köpet en svår covid-19-sjukdom. Där varierar MAS:ens centrala roll i den kommunala hälso- och sjukvården i olika kommuner. Den befattningen behöver ett tydligt stöd och mandat i organisationen med tanke på att det också finns verksamhetschefer. Dem pratar vi lite om. Det finns också en otrolig tillit till organisationen i dag, det vill säga det viktiga i att bygga på den kompetens och kapacitet som faktiskt finns i verksamheten. Det är ett måste att det sker en verksamhetsutveckling samtidigt som verksamheten pågår. Det är viktigt med autonomi, att våga lita på de professioner som finns i verksamheten och de lösningar de har tagit fram. Det har ändå visat sig vara framgångsrikt, och det är viktigt.

Många av cheferna i äldreomsorgen i dag har inte hälso- och sjukvårdsbakgrund. Det hände något 1992 som gjorde att den kompetensen sänktes. I pandemin har chefer i äldreomsorgen haft ett stort ansvar att ställa om till hälso- och sjukvård, och det behovet behöver mötas. Mats Melin lyfte också fram att chefer i den här verksamheten inte har haft samma förutsättningar, och det

behöver vi titta på. Vi har vetat detta länge, och nu är det dags att vidta åtgärder. Det är viktigt.

Vi behöver omdefiniera vård och omsorg av äldre. Det behövs något där. I stället för att betrakta vården och omsorgen som ett minimalt och grundläggande skyddsnät som tillhandahåller elementärt stöd handlar det faktiskt om att agendan behöver bli mer positiv och proaktiv. Vård och omsorg bör inriktas mot både att optimera den egna förmågan och att kompensera för funktioner som vi vet att de äldre behöver behålla. Där behövs dessa team. Vi behöver titta på de team som ska finnas i verksamheten. Vi välkomnar att det fysiskt ska finnas en tillgänglig sjuksköterska, gärna en specialistsjuksköterska, inom äldrevården, med tillgång till medicinsk utrustning. Vi anser att bristen är stor. Det har framkommit många bilder från våra medlemmar om frustrationen i att inte kunna ge vård, omsorg och omvårdnad eftersom det saknas förutsättningar. Det behövs också ett nationellt hälsoprogram för äldre, likt barnhälsovårdsprogrammet, fast det här handlar om bevarande av funktioner hos de äldre. Det är ett måste att det ska finnas legitimerad personal med hälso- och sjukvårdskunskaper i ledning och krisledning. Det här kommer inte att vara den sista pandemin, utan jag tror att det kommer att bli fler.

Både Tobias Baudin och jag har lyft upp att de äldre inte har tid att vänta. Vi har en skyldighet att åtgärda det vi kan här och nu för dem. Coronakommissionen belyser förslag på åtgärder och goda exempel som räcker gott för att påbörja förbättringarna, inte bara att tillsätta en mängd nya utredningar. Antalet äldre med behov av vård och omsorg har ökat, samtidigt som de legitimerade i verksamheten har minskat. Vi har noga tittat på hur det ser ut i Norden kontra hur det ser ut i Sverige. Vi ser att var 5:e medarbetare i verksamheten i Norge är sjuksköterska. I Sverige är det var 15:e till var 20:e medarbetare som är sjuksköterska. Där finns en hel del att göra.

Kompetensbristen i äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården behöver förstärkas rejält. Bredda gärna Äldreomsorgslyftet till att också gälla den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen. De kommer att behövas. Det behövs fler sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, precis som kommissionen har lyft upp. Där är det viktigt att den goda och nära vården utförs av professionella team. Det behövs en nära vård med mobila lösningar och flera kompetenser. Jag tänker på röntgen, biomedicinska analytiker samt barnmorskor när det gäller kvinnohälsan. Vi behöver fundera över de specialistutbildade, det vill säga distriktssjuksköterskor för äldre, och även andra specialiteter, inte minst psykiatri, kunskap inom demens och avancerad sjukvård i hemmet. Bor du i ditt hem får du tillgång till det men inte alltid om du bor i SÄBO.

Jag tackar för möjligheten att få lyfta fram det vi har sett. Det finns också mycket gott och bra i verksamheten. Det gäller att bygga på det. Låt nu inte de äldre vänta, utan vi måste kunna vidta åtgärder under tiden utifrån de resultat som kommissionen har lyft fram. Stort tack!

Antje Dederig, Vårdföretagarna: Tack för möjligheten att få delta i hearingen i ett otroligt angeläget ämne. Jag är förbundsdirektör i Vårdföretagarna. Vi är en arbetsgivar- och branschorganisation med cirka 2 000 medlemmar; företag och idéburna organisationer. 215 av våra medlemmar driver äldreomsorg på uppdrag av kommuner över hela landet och har tillsammans 24 000 årsanställda. Ungefär 20 procent av den svenska äldreomsorgen utförs i dag av privata aktörer.

Under vårens pandemi pekades äldreomsorgen ut som den svaga länken i Sveriges coronastrategi. Vårdföretagarnas medlemmar upplevde att debatten som fördes delvis baserade sig på missuppfattningar om vad äldreomsorgen är i dag. Vi tog därför fram en rapport för att belysa detta och vad som hände under våren för att kunna dra lärdomar. I rapporten beskrivs de inneboende egenskaperna inom äldreomsorgen som gör att den är särskilt sårbar under en pandemi. Vi vet alla att de som får hjälp inom äldreomsorgen är de allra sköraste och äldre. En majoritet har också demenssjukdom. Det försvårar, och ibland omöjliggör, exempelvis isolering och ibland kohortvård. Det tål att upprepas att äldreboenden inte är sjukhus och ska inte så vara. Det innebär ofta att äldreboenden inte i första hand är byggda för att isolera smitta. Det finns inga slussar, och de boende bor i egna lägenheter med personliga föremål. Man kan inte hur som helst flytta äldre till andra rum för att skilja smittade från friska.

Liksom Coronakommissionen konstaterade Vårdföretagarna att trots den uttalade strategin att skydda de äldre var stödet till äldreomsorgen otroligt bristfälligt och kom alldeles för sent. Det gällde skyddsutrustning, det gällde testning och riktlinjer. Det var dessutom oklart om privata aktörer skulle omfattas av den nationella samordningen vad gäller skyddsutrustning. Många av våra medlemsföretag finns etablerade i många olika delar av landet. De kunde också se att riktlinjer vad gäller till exempel skyddsutrustning skilde sig åt inte bara mellan regioner utan också mellan kommuner. Att det därutöver kom olika riktlinjer från myndigheterna förenklade inte den situation de befann sig i.

Coronakommissionen har i sitt betänkande lyft fram en rad olika faktorer som förklarar varför smittspridningen drabbade äldreomsorgen, men man har inte tittat på hur mycket varje enskild faktor påverkade utan det är något som ska utvärderas senare. Just detta har Vårdföretagarna gjort en ansats att undersöka. Vårdföretagarna lät Sirona göra en analys. Det var ett urval av 133 boenden i 62 kommuner med närmare 7 000 äldre. Sironas analys visade, precis som Coronakommissionen, att det fanns ett tydligt samband mellan smittspridningen på äldreboenden och i det omgivande samhället. Det fanns också ett starkt samband mellan hur många äldre som drabbades på ett boende och smitta bland personalen. Det tyder på att personalen ovetandes har smittat de äldre. Här finns också uppgifter som tyder på att asymtomatisk smittspridning kan ha spelat roll.

Något som också har diskuterats flitigt är om personalens anställningsform har spelat någon roll. Man tittade framför allt på hur stor andel som har varit visstidsanställda under själva pandemin. Problemet med detta var att under

pandemin var en stor del av personalen sjukfrånvarande. Vi ska inte glömma bort att man var tvungen att stanna hemma vid minsta symtom. Det innebar de facto att dessa personer behövde ersättas. Under pandemins värsta tid var visstidsanställda en förutsättning för att klara omvårdnaden.

Vad Vårdföretagarna i stället gjorde var att titta på hur det såg ut strax före pandemin, det vill säga under den tid som smittan tog sig in på äldreboendena. Här kunde vi inte se något samband mellan andelen visstidsanställda och smittspridningen. En annan faktor som har diskuterats är bristande hygienrutiner. Hygienrutiner är oerhört centralt och något som måste följas. Bland de företag som ingick i analysen och studien hade en stor del av de anställda utbildning, och det fanns en följsamhet kring hygienrutiner. Men trots detta har smittan tagit sig in på vissa boenden.

Vi tittade också på andra faktorer, till exempel läkartillgång och utbildningsnivå. Men även här konstaterades att de faktorerna inte var drivande för själva smittspridningen. Att det saknas tydliga samband med andra områden förstärker bilden av att det var den allmänna smittspridningen som var den enskilt viktigaste faktorn för smittspridningen. Men jag vill också understryka att vi i rapporten inte kan hävda att dessa faktorer inte har haft en roll. Det här är en analys, och fler analyser behöver verkligen göras för att kasta ljus på vad som egentligen hände.

Utifrån våra medlemmars erfarenheter av pandemin har Vårdföretagarna tagit fram förslag, och jag ska ge några exempel. Det första förslaget är att det behövs nationella riktlinjer för omsorg i kris. I en pressad situation behövs tydligt stöd och vägledning för verksamheterna. Samma sjukdom måste rimligen hanteras på samma sätt i hela landet. Det andra förslaget är att det behövs en förbättrad samverkan mellan privata aktörer och kommuner för beredskap både inför och under en kris. Även på nationell nivå skulle vi gärna se att äldreomsorgens aktörer är med i samverkansforum, precis som i Finland. Det tredje förslaget är att det naturligtvis behövs ett nationellt beredskapslager för skyddsutrustning som samtliga aktörer ska få del av. Den modell som finns har helt enkelt inte fungerat. Vidare är det viktigt att säkerställa en tillräcklig och väl fungerande läkarmedverkan inom äldreomsorgen. Regioner där läkarmedverkan inte fungerar måste styra läkarinsatser så att äldre patienter får mer tid och kontinuitet.

Avslutningsvis vill jag ge några reflektioner om Coronakommissionens slutsatser och beskriva lite mer vad Vårdföretagarna ser som viktigt i framtidens äldreomsorg. Vi välkomnar de höjda ambitioner som kommissionen och den politiska debatten ger uttryck för. Men vi får inte dra förhastade slutsatser när vi nu överväger hur äldreomsorgen bör utvecklas. Det måste vara långsiktigt hållbart. Vi vet också att det finns en utmaning i kommunernas ekonomi under kommande år, och det kommer att krävas mer resurser redan på grund av den demografiska utvecklingen. Om vi därtill ska höja ambitionsnivån måste vi arbeta smartare, det vill säga att vi måste få mer äldreomsorg för varje krona. Det perspektivet, menar vi, saknas i dagens debatt. Vi vet från tidigare kartläggningar att det skiljer sig åt mellan kommuner men att det också finns

förbättringspotential. Det kan handla om metoder, organisation eller om att använda mer välfärdsteknik.

En fråga som Vårdföretagarna har drivit länge är en förändrad styrning. Vi ser en risk i att man från kommuner och politik i hög grad fokuserar på att i detalj styra hur äldreomsorgen ska utföras i stället för att jobba med mer målstyrning som de facto främjar innovation och en bättre och effektivare äldreomsorg. Sedan kommer vi till kompetensförsörjningen. Den är naturligtvis oerhört viktig. Medarbetare inom äldreomsorgen måste ha adekvat utbildning. När det kommer till arbetsvillkor måste omsorgsyrkena vara attraktiva och möta äldreomsorgens behov.

Men Vårdföretagarna menar att arbetsvillkor är, och ska vara, en uppgift som löses och regleras mellan arbetsmarknadens parter. Vi har tillsammans med Kommunal tillsatt en arbetsgrupp som ska arbeta med frågorna, det vill säga hur anställningsformerna kan utvecklas inom vård och omsorg och bli attraktiva, vilket i sin tur kan bidra till en stärkt äldreomsorg. Jag vill också i sammanhanget peka på att en viss del visstidsanställningar är och förblir en nödvändighet. Visstidsanställda behövs för att verksamheten ska fungera. Omsorg går inte att skjuta upp. Hur många som är visstidsanställda styrs också av de förutsättningar som ges i form av villkor från kommunerna.

Det finns mycket att göra för att utveckla äldreomsorgen, men vi får inte glömma bort att svensk äldreomsorg på intet sätt är alltigenom dålig. Det är viktigt med grundliga analyser. Vi får inte fatta förhastade beslut om reformer som grundar sig på föreställningar. Precis som Marta Szebehely skriver i sin underlagsrapport är dagens svenska äldreboenden värda att försvara. Men reformen behövs, och Vårdföretagarna vill självklart bidra konstruktivt till den viktiga debatt som måste föras.

Christina Tallberg, Pensionärernas riksorganisation: Jag ska först och främst tacka att jag som ordförande för PRO får medverka i detta intressanta samtal och denna hearing. Jag kan också säga att jag håller med om vad de fackliga organisationerna har sagt tidigare, nämligen att om de får goda möjligheter till bred utbildning och att bedriva en bra omvårdnad då är det också bra för de äldre. Jag kommer att fokusera mitt inlägg utifrån äldres perspektiv.

Från en dag till en annan drabbas Sverige av en pandemi, och covid-19 är en okänd dödlig sjukdom. Den har naturligtvis fått förödande konsekvenser inte minst för oss äldre. Det har sagts tidigare att man skulle se till att skydda de mest sköra äldre. Då är min öppna fråga här om man verkligen gjorde det. Nej. Såväl Coronakommissionens som IVO:s granskning visar med tydlighet att man inte gjorde tillräckligt. Till att börja med koncentrerade man sig helt och hållet på att klara sjukvårdens utmaningar, och de mest sköra äldre fick vänta. Till i dag har 11 005 avlidit, och den absolut övervägande delen av det stora antalet avlidna är just äldre. Många av dem har smittats när de har fått insatser av kommunerna i form av särskilt boende eller hemtjänstinsatser.

Vi vet alla, och det har vi påpekat i många år, att äldreomsorgen i många kommuner har varit hårt utsatt för besparingar. Personalen har inte haft

tillräckligt hög utbildning för att ge omvårdnadsinsatser till äldre som har beviljats insatser. De äldre som finns inom framför allt särskilt boende, och även de som får insatser, har många underliggande sjukdomar och är i mycket hög ålder. Det har varit brist på kontinuitet i hemtjänsten. Bristen på kontinuitet finns också i primärvården, där man inte heller känner sina patienter väl. I äldreomsorgen och i hemtjänsten har i genomsnitt 16 personer under en 14-dagarsperiod besökt de äldre. Det är orimligt.

Samverkan mellan kommuner och regioner har på många håll varit bristfällig, även om det finns kommuner där de fungerar bra. Den medicinska närvaron har många gånger varit obefintlig. Det har inte alltid gjorts – det är också anmärkningsvärt – en individuell läkarbedömning. Äldre har inte fått vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och den prioriteringsordning som riksdagen har fastlagt. Palliativ vård har satts in för tidigt innan det har skett en prövning av vård och behandling. Allt detta som jag ser som äldre person är en skandal. Det är vi äldre och våra anhöriga som har fått betala priset för att det har varit brister.

Vad ska vi då göra? Det är väldigt bra att det tillsätts en utredning som syftar till en äldreomsorgslag och stärkt tillgång till medicinsk kompetens. Vi i PRO har krävt en sådan lag länge, som ska komplettera socialtjänstlagen. När det gäller socialtjänstlagen kräver vi från PRO att insatser ska ges för goda levnadsförhållanden, inte skäliga. Som har sagts här tidigare går det inte att vänta på utredningen, som ska presentera sina förslag i juni 2022. Det behövs insatser nu, och det gäller att prioritera och tillsätta medel från statens sida men också från kommunerna och regionerna. Det kommer att behövas mycket stora årliga satsningar – mångmiljardbelopp. Därför är det viktigt att alla samlas kring uppdraget, både centralt, regionalt och lokalt.

Det pratas ofta om att vi ska vårda *våra* äldre. Jag tycker att vi i denna debatt ska ta bort ordet "våra". Det bör inte finnas med. I stället ska vi arbeta tillsammans, och ni som är politiskt ansvariga ska arbeta tillsammans med oss äldre. Vi har lång livserfarenhet och kunskaper. Det finns samverkansformer där ute, som de kommunala pensionärsråden och regionernas pensionärsråd. Med facit i hand så här långt kan vi dock konstatera att man i många kommuner under året har låtit bli att sammankalla dessa råd, vilket är förfärande. Man har inte haft tid. Vi i pensionärsorganisationerna har ställt om och blivit mycket mer digitala. Vi är vana att mötas digitalt, så det finns ingen som helst ursäkt för att inte ha med oss i arbetet för en bättre äldreomsorg. Vi i PRO har en egen coronagrupp som följer utvecklingen och som ska ge stöd till våra lokala och regionala företrädare.

Vi som är 70-plus – jag tillhör själv den gruppen – har försakat mycket under denna tid. Nu ser vi fram emot att få erbjudande om vaccination. Min uppmaning här är: Håll fast vid prioriteringsordningen, och ge tydliga besked om när, var och hur vi kan bli vaccinerade. Det är oroande att smittspridningen är stor just nu och att smittan åter sprids på äldreboenden. Därför måste alla, inklusive personal och besökare, självfallet följa reglerna: inte umgås med för många, hålla avstånd och så vidare. Dessa regler är självklara för oss som är

70-plus. Under detta år, sedan början av mars, har vi inte gjort annat än att följa dem. Jag vill säga att det är påfrestande, och en del i vår åldersgrupp klarar det inte så bra. Ofrivillig ensamhet leder ganska snart till ohälsa.

Tilltron till äldreomsorgen och sjukvården är viktig, men så här långt har den naggats i kanten. Ett stort ansvar vilar på politiskt ansvariga att bygga upp förtroendet igen. Från PRO:s sida vill jag säga: Vi är gärna med i detta viktiga arbete.

Eva Eriksson, SPF Seniorerna: Tack för att vi har blivit inbjudna i dag för att lämna våra synpunkter! Dagens samtal är både smärtsamt och hoppfullt. Det är smärtsamt därför att vi kan konstatera att många människor har förlorat livet i pandemin, och det är hoppfullt därför att det aldrig har varit så många som har pratat om, diskuterat och debatterat äldreomsorgen i medier och i beslutande församlingar.

Precis som Tobias Baudin sa tidigare tror jag att äldreomsorgens komplexitet har blivit oerhört mycket tydligare både för beslutsfattare och för allmänheten, vilket gör att det kommer att bli lättare att göra förändringar och möta de stora utmaningar som vi har. Äldreomsorgen måste uppgraderas – det har sagts flera gånger under samtalet. Jag tror inte att allmänheten kommer att tycka att det är värdigt att kommunerna får fortsätta att använda äldreomsorgen som en budgetregulator när andra verksamheter i kommunerna behöver pengar. Man måste ha en mycket större förståelse och respekt för äldreomsorgen. Detta visar både Coronakommissionens rapport och de brister som har påtalats under en lång tid av pensionärsorganisationerna.

Jag vill understryka den bild som Christina Tallberg gav av hur vi har deltagit aktivt i detta arbete och tagit ett väldigt stort ansvar under pandemin. Vi vet att det bakom äldreomsorgens brister finns sedan länge konstaterade brister som handlar om bemanning, kompetens, arbetsvillkor, gamla ledningsstrukturer och frånvarande ledningar, i vissa fall. I detta kaos, som beskrivs av kommissionen och andra, har personalen kunnat bedriva en bra verksamhet på flera håll vad gäller både äldreboenden och hemtjänst. Jag tänker nu beröra tre områden som SPF Seniorerna menar är avgörande för de utmaningar som vi står inför. Det gäller definitionen av äldreomsorg, ansvaret och synen på äldre och åldersdiskriminering.

I dag vet vi att det saknas en definition av äldreomsorg, och det finns ingen samlad beskrivning av vad som ska åstadkommas och heller inte på vilket sätt det ska göras och därför heller inte vilken kompetens som behövs för uppdraget. Därmed vet inte invånarna vad de kan förvänta sig och heller inte vad de har rätt att kräva. Samhällskontraktet är väldigt otydligt när det gäller äldreomsorgen. Eftersom äldreomsorg inte är klart definierad går det heller inte att beskriva vad god kvalitet är. Det finns inte ens en beskrivning av vad behov är. Lagstiftaren måste ta detta på allvar. Man har överlämnat till kommunerna att själva bestämma, var och en efter sitt tycke. Så blir det när staten varit passiv och inte har fastställt någon nivå eller definition. Definitioner måste följas av resurstillskott.

Min fråga till politikerna är: Är man beredd på detta? I dag kostar äldreomsorgen cirka 130 miljarder och en femtedel av kommunernas utgifter. Är det en rimlig nivå? Då ska man betänka att om bara tio år kommer, med ökad livslängd, de som har fyllt 80 år att vara 50 procent fler. Detta ökar naturligtvis resursbehoven, och de områden som Coronakommissionen har pekat på tillkommer: bemanning som behöver kompetens samt färre medarbetare per chef. Detta innebär också en stor ökad kostnad. Helt nyligen tillsattes en utredning för att bland annat definiera vad äldreomsorg är. Vi vet att det har funnits flera tidigare sådana utredningar som man har bestämt sig för att lägga i byrålådan när regeringar – både socialdemokratiska och borgerliga – har bytts ut. Jag hoppas att denna utredning inte kommer att läggas i byrålådan.

Sedan har vi ansvar. Ansvaret för hälso- och sjukvård är, som vi alla känner till, uppdelat på 21 regioner och 290 kommuner. På många håll är det ett stort antal privata aktörer. Dessutom är flera statliga myndigheter inblandade. Det är en mycket stor fragmentering, och detta kräver samverkan. Här finns det stora brister. Det har visat sig att kommuner och regioner har stora problem med att garantera en god vård och omsorg för alla äldre. SPF Seniorerna menar att det är dags för staten att kliva fram, ta tjuren vid hornen och se över ansvarsstrukturen, reglera tillgången till medicinsk kompetens på de särskilda boendena och hemtjänsten och ge kommunerna rätt att anställa läkare. Antingen måste regionerna ta över ansvaret för äldres vård och omsorg eller också får kommunerna ta över primärvården från regionerna.

Ansvaret måste bli tydligt, och vi har ett gott exempel i våra grannländer. Norge är ett sådant. Vi vill ha en äldreomsorg som är likvärdig över hela landet och mellan människor. Det ska inte ha någon betydelse var någonstans man bor när det gäller vad man får för omsorg i livets slutskede eller när man blir äldre. Vi vill också att det ska finnas kompetenta och professionella medarbetare som har bra arbetsförhållanden. Då är vår fråga: Hur många beslutsnivåer och utövare ska man behöva för det? Färre än i dag, tycker vi från SPF Seniorernas sida.

Slutligen har vi synen på äldre. Under äldreomsorgens tillkortakommanden finns det under ytan dåliga attityder gentemot äldre, fördomar och diskriminering. Vi har lite svårt att tala om detta, och därför nämns det sällan i debatten när man pratar om organisation och förändringar och att möta framtiden. Vi sammanfattar det i vår organisation, tillsammans med de andra pensionärsorganisationerna, som ålderism. Under pandemin fanns det seniorer på särskilda boenden som inte fick en individuell medicinsk bedömning. Tillgång till viss medicinsk behandling saknades eller gavs inte, och vård i livets slutskede gavs utan att den äldre eller anhöriga vidtalades. Man kan ställa sig frågan: Vore detta möjligt gentemot någon annan grupp i befolkningen?

Åldersdiskrimineringen är ovärdig och måste hela tiden bekämpas och finnas med i det framtida arbete som vi nu sätter igång. Politiker och andra beslutsfattare och makthavare måste fundera över hur man tilltalar och hur man talar om oss äldre. De flesta säger, precis som Christina nämnde i sitt inlägg: *våra* äldre. I Sverige finns fler än 2 miljoner som har fyllt 65 år. Vi är alltså

var femte invånare. I valet nästa år utgör vi mer än var fjärde väljare. Det är myndiga medborgare med stor kompetens och lång erfarenhet. Med åldern får vi visserligen krämpor som kräver säker omsorg. Vi blir mer utsatta, men vi vill bestämma över vårt eget liv även om vi har blivit gamla. Oss äger ingen. Man klappar inte oss på huvudet, utan man visar oss respekt och omtanke, lyssnar och ger oss omsorg när vi behöver det.

Vi i SPF Seniorerna anser att bristerna i äldreomsorgen måste få ett slut. Det kan inte vänta. De fel och brister som Coronakommissionen pekar på är oerhört allvarliga, och det får aldrig någonsin hända igen.

Greger Bengtsson, Sveriges Kommuner och Regioner: Tack för möjligheten att få ge kommunernas och regionernas syn på äldreomsorgen och hur den påverkas av den pågående pandemin!

När coronaviruset sprids i vårt samhälle spreds det också inom äldreomsorgen. Vi har, precis som Coronakommissionen, hela tiden sett att den främsta anledningen till att smittan kommit in i äldreomsorgen är den omfattande samhällsspridningen. Kommissionen har gett bilder som vi i allt väsentligt delar. Där smittan har varit stor i samhället har den också i högre utsträckning drabbat personer som har äldreomsorg. Det är egentligen inte så konstigt, eftersom äldreomsorgen, som många tidigare också har sagt, är en del av samhället och inte en del av den slutna vården. Däremot har det blivit särskilt olyckliga konsekvenser för de mest sköra. Precis som det övriga samhället var äldreomsorgen inte tillräckligt förberedd på pandemin, men dag för dag, vecka för vecka byggdes en allt större beredskap upp och lärdomar drogs, både av dem som arbetade i de verksamheter som drabbades hårt och av dem som hade lite längre tid på sig att förbereda sig innan smittan bredde ut sig. Det finns nu arbetssätt på plats. Äldreomsorgen liksom övrig socialtjänst var och är hårt pressad. Exempelvis har en omfattande sjukskrivning medfört att man inte har kunnat ge det stöd som man normalt sett ger.

SKR har vid flera tillfällen hemställt till regeringen om behovet av tillfälliga ändringar i lagstiftningen som skulle möjliggöra ett fokus på det allra viktigaste. Lagar ska följas, men i mycket extraordinära tider finns det saker som tillfälligt måste kunna stå tillbaka. Vi har bland annat pekat på rätten till hemtjänst och sommarboende i annan kommun och stängningar av dagverksamhet som exempel på stöd som kan stå tillbaka vid omfattande personalbrist eller för att skydda mot smittspridning. Nu har IVO regeringens uppdrag att utöva tillsyn just när det gäller beslut om hjälp som inte genomförs. Det hade varit rimligt att i stället underlätta för kommunerna i en ansträngd tid.

SKR har också bett regeringen att göra tillfälliga förändringar för att minska och kanske hindra smittspridningen inom äldreomsorgen. Det har bland annat handlat om att kunna isolera personer med demenssjukdom, som ofta helt omedvetet gärna rör sig på våra boenden och därmed kan riskera både sin egen och andras hälsa. Självfallet skulle en sådan tillfällig begränsning av villkoren ske med en trygg och säker miljö för de äldre, men regeringen har hittills valt att inte göra någon sådan förändring.

SKR har under hela pandemin haft en tät dialog med landets alla socialchefer, äldreomsorgschefer och ansvariga i regionerna, och det är utifrån deras behov och vad de hela tiden sett under pandemin som SKR har riktat krav mot myndigheter, riksdag och regering. Det är också utifrån deras erfarenheter och lärdomar som kommuner och regioner hela tiden blir bättre och utvecklar sin verksamhet. Med detta lämnar jag ordet till Emma Spak, för att lägga mer fokus på den kommunala hälso- och sjukvården.

Emma Spak, Sveriges Kommuner och Regioner: Kommuner och regioner har arbetat mycket intensivt för att så långt som möjligt skydda de äldre, vårda de sjuka och, för de patienter vars kropp inte klarat en covid-19-infektion, göra den sista tiden i livet så bra som möjligt. Att kommuner införde besöksförbud trots att lagstöd saknades tydde på handlingskraft. Kommuner och regioner behöver ha varje medarbetare frisk och i arbete för att klara av situationen. Trygghet på arbetsplatserna är avgörande. Global brist på personlig skyddsutrustning till följd av kraftigt ökad användning, produktionsstopp och handels hinder var ett faktum under våren. De små lager som fanns gick åt upp till tio gånger snabbare än i normalsituationen i början av pandemin. Socialstyrelsen satte snabbt upp ett system för att stödja regionerna, men myndighetens stöd till kommunerna dröjde ytterligare en månad.

Coronakommissionen pekar också på det som SKR tidigt pekade på: Flera lagstiftningar, regelverk och riktlinjer krockade, och det skapade en osäkerhet på arbetsplatserna, både bland chefer och medarbetare. Det här är en utmaning som kvarstår. Basala hygienrutiner har varit i fokus. Socialstyrelsen satte snabbt upp en digital utbildning som har nått ett par hundra tusen anställda. I dialog med SKR har en utbildning specifikt riktad till socialtjänsten också tillkommit. Det här är en mycket väl genomförd åtgärd i samverkan. I verksamheter där man har ett aktivt arbete med regelbundna uppföljningar och en pågående diskussion är förbättringen avsevärd också mellan våren och hösten 2020. Medvetenhet skapar skillnad.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för de äldres sjukvård är en viktig del av vår äldreomsorg. Tillgången till medicinska bedömningar under pandemin har fått kritik. IVO:s granskning välkomnas av oss. Den pekar ut problem inom äldreomsorgen under pandemin och viktiga brister som behöver åtgärdas. Regionerna är tydliga i sina svar till IVO med att åtgärder har vidtagits eller kommer att vidtas. Dokumentation och journalföring behöver förstärkas och bli tydligare, men information måste också få delas mellan kommun och region. Information och delaktighet för patienter och nätverk behöver förbättras. Ytterligare användning av digital teknik kan här underlätta. Samverkan mellan kommunerna och de ansvariga i regionerna behöver förbättras ytterligare. Här har viktiga steg tagits under pandemiåret. Läkarkompetensen i äldreomsorgen behöver förstärkas, men snarare än att fokusera på vem som ska anställa läkare behöver vi ta vara på de regionala och lokala behoven och förutsättningarna genom att möjliggöra avtalssamverkan på området.

SKR vill utifrån den diskussion som förs med anledning av IVO:s nyligen genomförda granskning varna för alltför stora generaliseringar. Det finns omkring 1 700 boenden för äldre i landet, och IVO:s granskning rör knappt 100 boenden. Det är brister som sedan tidigare har uppfattats. Vi måste samtidigt som vi fångar och åtgärdar brister säkra att alla får den vård och omsorg de ska ha. Det är ett arbete som görs av sjuksköterskor och alla andra yrkesgrupper inom äldreomsorgen och i sjukvården.

När vi återigen fick en samhällsspridning under hösten 2020 fick vi åter smitta på våra äldreboenden. Vi ser samma mönster runt om i Europa. Äldre har smittats, och alldeles för många har avlidit med covid-19. Men äldreomsorgen är bättre rustad nu, och smittspridning kan kontrolleras och stävjas snabbare tack vare samarbete mellan regioner och kommuner, rutiner för testning och smittspårning och genom att nya arbetssätt och personlig skyddsutrustning finns. Stödet från de nationella myndigheterna är bättre och kommer snabbare. Det är när staten agerar i nära dialog med kommuner och regioner som vi når resultat. Det är en mycket viktig lärdom under den pågående pandemin. Jag vill också tillägga att de kommuner och regioner som har kommit långt i omställningen till en personcentrerad nära vård med primärvården som nav också har varit bättre rustade för pandemin. Vi behöver därför fortsätta på den inslagna vägen och fortsätta med omställningen till en nära vård.

Jeanette Hedberg, Sveriges Kommuner och Regioner: Jag ska säga några ord om kompetens och personal. Att se till att det finns tillräckligt många medarbetare med rätt kompetens i äldreomsorgen är den främsta utmaningen framöver. Staten behöver ta ansvar och genom politiska prioriteringar säkra en långsiktig och hållbar finansiering av äldreomsorgen och satsa på utbildningsinsatser. Arbetsgivarna behöver styra och leda verksamheten på ett sätt som gör att man också klarar av en pandemi. Jag vill lyfta fem konkreta åtgärder som ska bidra till och säkra bemanningen och höja kompetensen i äldreomsorgen.

Heltidsarbete som norm är den första. En av de viktigaste åtgärderna för att klara kompetensförsörjningsutmaningen framöver är att ställa om från en deltidorganisation till en heltidsorganisation. Genom att öka arbetstidsuttaget på redan anställda kan man höja grundbemanningen och dra nytta av den kompetens som redan finns ute i verksamheten. Det här ökar också medarbetarnas ekonomiska oberoende och jämställdheten. Omställningen är komplex, och man behöver rätt förutsättningar för att kunna genomföra detta. Det handlar om politiska prioriteringar av heltidsarbete som norm. Visstidsanställningar kommer alltid att behöva finnas i viss utsträckning, men de behöver minska.

Utbildningsinsatser är också nyckeln till att visstidsanställningarna ska kunna minska. Många visstidsanställda i äldreomsorgen är visstidsanställda för att de saknar adekvat kompetens. Genom utbildning kan man tillsvidareanställa i större utsträckning, vilket är bra för verksamheten. Politiker, arbetsgivare och fack behöver fortsätta det viktiga arbetet för att heltid ska bli norm.

Staten behöver säkerställa åtgärder som Äldreomsorgslyftet och att den typen av insatser blir långsiktiga och finansiellt hanterbara.

Jag ska säga några ord om utbildningar och omställning. Äldreomsorgslyftet är en väldigt viktig åtgärd. Den typen av åtgärder behöver vara långsiktiga; det räcker inte med tillfälliga injektioner. Möjligheten att utbilda sig mitt i livet behöver bli bättre. Det innebär att utbildningar behöver erbjudas under mer flexibla former så att det blir möjligt att kombinera utbildningar med studier. Arbetsmiljön behöver bli bättre. Vi tror att den blir det med en tätare grundbemanning och en högre kompetens. Chefer och medarbetare behöver få tid och kunskap om arbetsmiljöarbete och hantering av risker. Det här blev uppenbart inte minst under den pågående pandemin.

Staten behöver samordna lagstiftning, regelverk och myndigheternas olika rekommendationer för att undvika regelkrockar och intressekonflikter. Chefer och medarbetare behöver få bättre förutsättningar för att utföra sitt arbete. Antalet medarbetare per chef, ansvarsområde och tillgång till stödfunktioner påverkar deras belastning. Staten behöver säkerställa att högskolan tillgodoser deras behov av utbildning. Slutligen: När det gäller anställningsvillkoren behöver parterna och arbetsgivarna fortsätta arbetet med att utveckla och förbättra anställningsvillkoren inom äldreomsorgen i syfte att behålla personal men också att rekrytera fler.

Ordföranden: Då har vi fått gott om besked från Sveriges Kommuner och Regioner. Vi tackar Greger Bengtsson, Emma Spak och Jeanette Hedberg för detta. Vi går vidare till Norrköpings kommun. Vi ska få lyssna till Magnus Johansson, som är vård- och omsorgsdirektör i Norrköping. Välkommen!

Magnus Johansson, Norrköpings kommun: Tack för inbjudan att delta i denna hearing! Jag är som sagt vård- och omsorgsdirektör i Norrköping och representant för Östergötland i SKR:s nätverk för landets socialchefer. Jag har också fördelen att vara sjuksköterska, vilket i den här pandemin har varit en enorm styrka och tillgång både på det lokala planet här hos oss i Norrköping och på länsnivå och i mitt medverkande i SKR.

Pandemin kom utan förvarning till oss liksom för många andra. Norrköpings kommun hade en pandemiplan sedan svininfluensan 2008, men erfarenheterna från den var långt ifrån de utmaningar som vi utsattes för under det senaste året. Initialt fanns inte heller insikten om att viruset skulle få den spridning och den omfattning som det fick, vilket gjorde att det fanns stora risker att hamna i ett avsevärt sämre läge med sämre förutsättningar än vad vi gjorde.

Den 2 mars fick vi information från regionens smittskydd att den kommunala verksamheten inte skulle behöva vårda patienter och brukare med konstaterad covid-19. Vid misstanke skulle vi hålla patienten isolerad, och infektionskliniken skulle ordna med provtagning. Beroende på patientens vårdbehov skulle patienten sedan läggas in på sjukhus. Följaktligen behövde vi inte skaffa skyddsutrustning. Som tur var följde vi inte de här riktlinjerna, utan vi

såg skyndsamt till att fylla på våra förråd av skyddsutrustning. Det vi då möttes av när vi kontaktade leverantörerna var att de vänligen tog emot våra beställningar, men sjukvården prioriterades. Vi fick vänta på vår tur. Det här redde senare upp sig i samband med att Socialstyrelsen fick sitt uppdrag att tillse att även kommunerna och kommunal hälso- och sjukvård fick skyddsutrustning. Men när vi väl fick det hade det gått en månad sedan vi fick vår första smitta.

I höstas, i samband med att det fanns en brist på nitrilhandskar, uppstod den här problematiken igen. Då fick vi samma budskap från leverantörerna. I avvaktnen på att sjukvården fick sitt behov tillgodosatt fick vi vänta och stå tillbaka. Det här visar på en okunskap om att hälso- och sjukvård bedrivs även i kommunal regi, dels i de särskilda boendeformerna enligt SoL och LSS, dels inom hemsjukvården, som ju alla kommuner och alla regioner utom Stockholm har växlat. Där är hälso- och sjukvården en stor kommunal verksamhet. Alla kommuner är tillsammans med regionerna sjukvårdshuvudmän. Kommunerna är också vårdgivare, med det ansvar som följer med ett vårdgivaransvar enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I Norrköping hade vi fördelen att kunna ta del av erfarenheterna gällande pandemin från Stockholm och Sörmland, vilka drabbades av viruset före oss. Det gjorde att vi före beslutet nationellt, redan den 13 mars, kunde införa besöksförbud i våra verksamheter. Vi kunde även i ett tidigt skede öppna kohortavdelning och ha ett team inom hemtjänst som enbart arbetade med bekräftat covidsmittade patienter. Att smittan drabbade landet olika gjorde att förutsättningarna såg olika ut. Vi som hade turen att inte drabbas i det första skedet har lärt av varandra, och det har gjort att vi har hittat arbetssätt som har kunnat bromsa och hindra smittans spridning utifrån övrigas erfarenheter. I Östergötland hade vi även en stor fördel i att vi sedan tidigare har en väl uppbyggd och god samverkan mellan Region Östergötland och länets 13 kommuner. Det har varit en enormt bra plattform för vårt samarbete under hela denna utmanande tid.

Vi delar synen på det mesta som Coronakommissionen lyfter i sitt delbetänkande. En viktig del i detta är samhällets uppfattning och tro om vad äldreomsorg eller mer korrekt, kommunal vård och omsorg om äldre personer, är och vilka förutsättningar verksamheten bedrivs utifrån. Verksamheten bedrivs i hemlik miljö, och vården och omsorgen riktar sig oftast till mycket sköra och sjuka personer i hög ålder med stora omvårdnads- och sjukvårdsbehov. Omsorgen och sjukvården upp till sjuksköterskekompetensnivå bemannas av kommunen, och läkarinsatsen bemannas av läkare, oftast från primärvården. Inom såväl kommunens vård och omsorg som primärvården är det svårt att rekrytera medarbetare. Båda dessa verksamheter har en lägre status än att arbeta inom akutsjukvården. De få ansökningarna till omvårdnadsprogrammet gör att andelen utbildade undersköterskor redan nu är få, och vi ser inför framtiden utifrån den demografiska utvecklingen ett ökande behov av nyrekrytering inom alla våra yrkesgrupper. Att höja attraktiviteten och statusen att arbeta inom dessa viktiga yrken är mycket prioriterat.

Det närvarande ledarskapet är även viktigt. Vi fattade i Norrköping långt före covid beslutet att sträva efter att ingen chef skulle ha fler än 35 underställda, och det har varit en enorm tillgång och framgångsfaktor under pandemin, där behovet av närvarande ledarskap har varit otroligt viktigt. Vi tror på och stöder en ökad läkarnärvaro med geriatrisk kunskap i våra verksamheter, men inte genom distanstyckande från andra delar av regionen eller kommunen.

Om läkarinsatser ska göra skillnad i verksamheten behöver de, precis som övriga medarbetare i teamet, finnas där vården skapas, det vill säga i vår verksamhet. Vår verksamhet behöver inte fler personer som tycker på avstånd; vi behöver kunskap i den direkta patientkontakten. Utöver att vi är två huvudmän kan vi inom samtliga aktörer ha privata utförare både inom regionens verksamheter och inom de kommunala, vilket ger ännu fler inblandade med ännu mer samordningsbehov. Som boende i ett särskilt boende har du rätt att lista dig på en vårdcentral precis som vilken annan medborgare som helst. Det innebär att det inte är självklart att det endast är en läkare som är kopplad till boendet, utan det kan vara flera.

Stockholmsperspektivet ligger ofta till grund för mycket i den allmänna debatten, men förutsättningarna för verksamheterna i landet skiljer sig oftast mycket från det, både mellan var i landet och utifrån vilken storlek det är på orten där verksamheten bedrivs. Vi ser ofta att det är de mindre orterna, där det är en kommun och en vårdcentral som samverkar med varandra, som lyckas lösa sina uppdrag på ett mycket bättre sätt än vi i de större kommunerna, där det är avsevärt många fler aktörer som ska samordna sig. Att lagstiftningen inom vård och omsorg i dag inte är samordnad gör att vi parallellt bedriver verksamhet för den enskilde utifrån flera olika lagrum. Det ger olika spelregler, och inte sällan sätter lagstiftningen hinder för att hitta nödvändiga samordningsmöjligheter eller förhindrar våra medarbetare att utföra sitt jobb på bästa sätt.

Slutligen: Även om pandemin långt ifrån är över måste vi dra lärdom av vad den här pandemin har lärt oss och se framåt när det gäller hur vi kan förbättra och utveckla förutsättningarna för vården och omsorgen om äldre personer i Sverige. Jag har haft förmånen att arbeta inom både landsting och kommun, och jag har arbetat både på ålderdomshem och inom långvård. Det ger mig möjligheten att se tillbaka på de snart 30 år som har passerat sedan ädelreformen genomfördes. Nuvarande vård och omsorg om äldre personer bedrivs utifrån fakta som låg till grund för ädelreformen, som trädde i kraft 1992. Sedan dess har mycket förändrats avseende äldre personers livssituation. Behandlingsmetoder har förbättrats, och mer kvalificerad och utvecklad kunskap om hälso- och sjukvård har lett till en ökad livslängd, vilket i sin tur har förändrat förutsättningarna för den kommunala vården och omsorgen, vilka beslutet fattades kring 1990, för mer än 30 år sedan.

En ny äldreomsorgslag, vilken har direktiven mer avseende kommunal vård och omsorg om äldre personer än äldreomsorg, blir ytterligare en faktor som ska samordnas med övriga lagar mellan aktörer och ekonomiska förutsättningar. Är inte grunden stabil hjälper det inte att bygga på ett nytt våningsplan.

Vi måste tillse att grunden är så stabil att verksamheten vet vad som förväntas av den och att de verktyg, resurser och förutsättningar som krävs finns på plats. Det ger bättre förutsättningar för hög kvalitet på den kommunala vården och omsorgen om äldre personer.

Ordföranden: Tack så mycket, Magnus Johansson! Vi går nu vidare till Region Uppsala, och vi ska få lyssna till Mikael Köhler, som är hälso- och sjukvårdsdirektör. Välkommen!

Mikael Köhler, Region Uppsala: Tack så mycket för att jag får vara med och berätta från våra regioner! I första hand kommer jag att berätta hur saker och ting hände sig här i Uppsala, men mycket av det här gäller ju också för de flesta av våra regioner.

Jag tänkte börja med att säga att när vi stod inför den här händelsen någon gång i februari förstod vi mycket väl att regionernas äldre invånare är de som är utsatta för störst risk. Det är med stor sorg jag kan konstatera att det är så många som har fått sätta livet till till följd av det här. Det vi kan göra är givetvis att ta på oss ansvaret att dra så stor lärdom som möjligt av det som har hänt. Respekten för dem som har fått sätta livet till måste vi visa genom att verkligen lära oss vad som händer. Vi visste utifrån kunskap om säsongsinfluensan och vinterkräksjukan vad som skulle kunna hända. Vi visste att den här typen av infektioner är allvarliga. Det vi inte riktigt förstod var hur smittspridningen betedde sig. Vi fastnade i en diskussion om droppsmitta eller luftsmitta, när det egentligen är någonting mitt emellan.

Jag håller med om det som har sagts här om att vi visste att läkarresursen som en del av ett team är ett problem. Om man ska få ett bra arbete att fungera är teamet viktigt. Vi förstod dock inte heller att det nog behövs en kompetens på läkarnivå i alla delar av arbetet. Vi förstod att det finns utmaningar när det gäller socialtjänst och sjukvård och det samarbetet, för det har vi jobbat med länge. Det vi inte riktigt förstod, åtminstone inte inom sjukvården, var innebörden av att våra äldre – nu sa jag det där igen som man inte ska säga – eller våra invånare som är äldre har ett boende och inte en vårdinrättning. Det fick vi kämpa med en hel del. Vi förstod också betydelsen av vårdhygien och att det är ett samarbete som behövs, att det är en specialistfunktion och vad det innebär.

Vad gjorde vi, då? Det första beslut jag var med och fattade var att vi måste börja fatta de individuella begränsningsbesluten. De ska finnas på plats, och man ska ha de dialoger som behövs. Vi förstod att det behövdes utökat jourstöd och mer läkarresurser mot de särskilda boendena. Vi såg till att det blev möten mellan MAS:ar och chefsläkare och att socialchefs nätverk och sådant träffades oftare med oss i regionen. Jag hade flera gånger i veckan möten av denna typ. Regionernas smittskydd och vårdhygien stärktes i arbetet. Vi har mot slutet till och med infört att kommunerna sitter med på våra regionala särskilda sjukvårdsledning för att hålla ordning på bland annat vårdhygienfrågor

tillsammans på ett bra sätt. Vi har tittat igenom våra egna rutiner, vi har följt efterlevnad av hygien och vi har tittat på våra avvikelser i system och sådant. Vad har vi då sett? Vi ser att det i regionerna och i vår region finns systematiska fel när det gäller tillämpning av vårdhygien. Det gäller vår region, och det gäller vårt samarbete med kommunerna. Vi ser att de dokumenterade begränsningsbesluten systematiskt inte har följts trots att vi vet hur viktigt det är.

Vi kan också se att det i enskilda fall har varit så att de akuta individuella besöken eller bedömningarna inte har gjorts på det sätt som vi förväntar oss. Framför allt saknas det dokumentation kopplat till det. Jag tycker själv att när detta har skett på telefon har vi inte följt upp det dagtid. Vi ser själva att det finns enskilda händelser som vi verkligen måste gå vidare med. Om man ser det hela utifrån begreppet vad vi har kunnat undvika och vad vi har kunnat påverka vill man som gammal chefsläkare kunna se var det finns möjlighet att påverka det hela i varje enskilt fall. Jag måste säga att det har varit svårt att hitta. Jag ska vara väldigt tydlig med att sådant som var undvikbart – sådant som vi visste då, i början av pandemin – är något helt annat nu när vi ser på händelsen. Nu kan vi så mycket mer om sjukdomen och om smittspridningen, så vad som går att rätta till och göra bättre nu är att ställa mycket högre krav på oss själva än vad som var fallet i början av pandemin. Mycket av det vi har sett stämmer med det som Coronakommissionen säger, och inte minst med vad IVO har sagt, åtminstone utifrån enskilda händelser och vad vi kan ta itu med att hantera framöver.

Jag vill kommentera provtagningen. Jag kommer så väl ihåg att när vi började fick vi efter de första veckorna upp en kapacitet där vi kunde ta 200 prover i hela sjukvårdsregionen, som vi var tvungna att fördela. Det var alltså väldigt mycket fokus på akutsjukvård i början, och det var olyckligt. Vi hade verkligen behövt rikta in provtagningen på personal och på dem som bor på de särskilda boendena. Där fanns det mycket att göra, men vi hade inte möjlighet. Men det förstod vi. Men det fanns något vi inte förstod. Jag ska ändå säga att vi var väldigt inriktade på att smittspåra och provta patienter, alltså invånare med symtom. Den breda provtagning som kom igång senare var vi lite sena med i början. Men jag måste ändå säga att det som begränsade oss var materialbrist. Ända in i maj-juni hade vi inte ens tillgång till testpinnar; vi var tvungna att åka ut till våra ungdomsmottagningar och plocka in klamydiapinnar för att kunna provta i tillräckligt stor omfattning. Det fanns alltså en reell utmaning också i den delen. Det vi har jobbat med i vår region när det gäller skyndsamheten att ta prover handlar om att vi måste ha rutiner för att de som jobbar inom den kommunala sjukvården har möjlighet att hjälpa till att ta prover och kanske även att vaccinera. Det här går att lösa, och vi har tagit fram lösningar. Men det har varit en diskussion om hur vi snabbt kan ha vård av personal och undersökning av personal utanför regionernas ansvar. Där kan vi också bli bättre.

Jag ska nämna några kommentarer kring materialförsörjning. Jag är verksam i en region som tyvärr var väl-drillad när det gäller att hantera materialförsörjningsproblematik, för vi gick in i den här händelsen med en bristsituation

från en valförsörjningsupphandling som ställde till det för oss. Vi var alltså väldigt drillade. Jag ska kort säga att vad vi lärde oss av det var att det behövs lager. Vi behöver ha sådana åtminstone för sådant som vi känner till behövs generellt i världen, typ skyddsutrustning och handsprit. Men det finns lager som vi aldrig någonsin kommer att kunna ha för att hantera alla händelser. Vi vet inte vilket som kommer att behöva användas. Jag vill skicka med detta: Vi behöver ha lager i regionerna, men då måste man säkra en nationell produktion av vissa produkter. Det måste också finnas ett etablerat arbetssätt när det gäller materialförsörjning i krissituationer.

Sammanfattningsvis ser vi att det behövs läkare och vårdhygienkompetens både som en del av teamet och i strategiskt arbete i nära samarbete med kommunerna. När det gäller förhållandet mellan socialtjänst och sjukvård tycker vi inte att det var något problem, för vi gjorde en rejäl förflyttning under pandemin. Egentligen kan man landa i att säga att vårdhygienrutiner måste sitta i ryggmärgen hos oss framöver. Jag kommer in på det lite grann, för jag tycker att man kan konstatera en sak när man tittar hur det ser ut runt omkring oss just nu. Jag nämnde säsongsinfluensan och vinterkräksjukan. Jag kan konstatera att jag inte känner till något sådant fall hos oss just nu i regionen. På något sätt har vi alltså gjort väldigt rätt genom att samhället agerar på ett annat sätt och hanterar vårdhygien på ett annat sätt och genom att hygienfrågor i samhället ser annorlunda ut, i och för sig till priset av en begränsad rörlighet. Men vinterkräksjukan är borta.

Med detta säger jag inte att vi på något sätt ska vara nöjda, utan det finns så mycket mer att göra när det gäller vårdhygien och hygien i samhället. Vi kommer tyvärr att få leva i en situation där tvålen och handspriten är det som ska hanteras i en framtid, och tyvärr måste jag nog säga att det även gäller den fysiska distansen. Jag måste ta ett exempel: Jag har en svärfar som är 88 år och som upplevde sina första år i Japan under första världskriget. Han är en mycket varm person, men varje gång jag har kramat honom blir han konstigt nog lite stel. Han förklarar det med att han förlorade sin pappa i tbc när han var ung. Hans pappa skulle gå och hälsa på sin bästa kompis, och pappan försvann efter en tid.

Vi får leva i ett samhälle där den fysiska distansen på något sätt måste hanteras, och vi måste verkligen lära oss att hantera tvålen och handspriten för att hålla oss rena. Vårdhygienfrågor och samhällshygienfrågor är väldigt viktiga. Det finns mycket mer att säga, men jag stannar där. Jag är väldigt glad att jag fick vara med på den här utfrågningen.

Ordföranden: Tack så mycket, Mikael Köhler, för din medverkan! Vi kommer nu att övergå till den del där socialutskottets ledamöter ställer frågor till dels de gäster som vi redan har hört, dels fler gäster som finns med digitalt. Det är representanter för Sveriges Arbetsterapeuter, Folkhälsomyndigheten, Fysioterapeuterna, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund.

Ann-Christin Ahlberg (S): Min första fråga går till Mats Melin. Den lyder så här: Hur har Coronakommissionen resonerat kring avvägningen mellan statens, kommunernas och regionernas ansvar? Jag undrar särskilt hur man har resonerat kring det grundlagsfästa kommunala självstyret. Min andra fråga går till SKR. Äldreomsorg och skola är som vi vet en kommunal kärnuppgift. Hur ser SKR på att staten ska ta ansvar för strukturella brister kring sådant som arbetsvillkor, bemanning och kompetensförsörjning?

Mats Melin, Coronakommissionen: Det korta svaret är att vi inte har resonerat färdigt kring detta. Vi kommer i vårt slutbetänkande att tala och bedöma på ett tydligare sätt än vad vi hittills har kunnat göra när det gäller samhällets hela beredskapsförmåga och krishanteringsförmåga i civila kriser. Då blir det här med olika nivåers ansvar i förhållande till varandra aktuellt. Det vi har sagt rörande äldreomsorgen är att ansvaret för de strukturella brister som vi har pekat på delas av flera. Med flera menas kommuner, regioner, privata vårdgivare och arbetsgivare. Men vi säger också att ansvaret ytterst vilar på regeringen och på tidigare regeringar som har känt till bristerna.

Och bara för att vara väldigt tydlig: Med det menar vi naturligtvis inte att regeringen borde ha lagt sig i lönebildningen i äldreomsorgen, till exempel. Vi talar naturligtvis i övergripande termer om hur äldreomsorgen är organiserad och om de övergripande problem som flera här i dag har pekat på. Jag noterar att staten och regeringen nu också kliver in där och tar ett större ansvar, nämligen dels genom Äldreomsorgslyftet – det är ett sätt som regeringen och tidigare regeringar har hanterat problemen på – dels genom att man har tagit initiativ till en särskild äldreomsorgslag. Jag har noterat att flera i debatten i dag har efterlyst ett större statligt ansvar för övergripande åtgärder på området. Men något mer i detalj än så och när det gäller förhållandet mellan stat och kommunalt självstyre har vi inte provat än så länge.

Jeanette Hedberg, Sveriges Kommuner och Regioner: Som vi ser det behöver staten ge kommuner och regioner förutsättningar för att sköta om verksamheten och hantera personalfrågorna. Det är lokalt som man har bäst uppfattning om hur förutsättningarna ser ut. Vi har också den svenska modellen som fungerar alldeles utmärkt.

Michael Anefur (KD): Min första fråga går till Vårdförbundet. Som kristdemokrat är jag naturligtvis glad över att alla verkar överens om att den medicinska kompetensen måste höjas inom äldreomsorgens alla delar. Vi kristdemokrater har i vårt budgetförslag finansierat att man ska kunna anställa ytterligare 2 000 nya sjuksköterskor inom äldreomsorgen. Frågan är hur Vårdförbundet ser på detta. Hur skulle man kunna genomföra en så massiv ökning av antalet sjuksköterskor? Det gäller både utbildningar och kanske inte minst arbetsvillkor.

Min andra fråga är till socialministern. Regeringen ger nu olika former av mer och fler resurser till kommunerna för att kunna höja nivån inom äldreomsorgen. Som vi har hört i dag är det ett strukturellt bekymmer att den medicinska kompetensen är alldeles för låg inom äldreomsorgen. Min fråga är: Känner sig ministern trygg med att de resurser som nu tillförs verkligen kommer att höja den medicinska kompetensen? Inte minst är frågan: Vilka möjligheter till kontroll ser sig regeringen ha, och hur kommer man att utföra den kontrollen?

Sineva Ribeiro, Vårdförbundet: Tack för den frågan. Det handlar ganska mycket om villkoren. Söktrycket till utbildningarna har ökat, och intresset finns. Det kommunerna behöver ta på sig handlar om den verksamhetsförlagda utbildningen. Det handlar om att ha handledare som kan ta hand om studenterna som läser vidare. Det handlar om att det finns en introduktion för studenter i den kommunala hälso- och sjukvården och att se till att de professioner som finns där ges villkor och förutsättningar för att bedriva en god och nära hälso- och sjukvård. Det handlar om möjlighet för vidareutbildning, möjlighet för utveckling och möjlighet att också få utveckla vården. Det vi har sett senaste åren är att antalet sjuksköterskor har minskat i kommunerna. Det är helt motsägelsefullt mot det vi ser att behovet är.

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Frågan handlade om den medicinska kompetensen. Det är ett specifikt uppdrag som ges till Utredningen om äldreomsorgslagen att inte bara titta på hur vi får en likvärdig sjukvård runt om i landet med hänsyn tagen till kompetens, bemanning och så vidare utan att också specifikt titta på det som handlar om den medicinska kompetensen. Utredningen ska vara klar före sommaren 2022. Då har vi en ny lagstiftning på plats. Om Michael Anefur tänker hur man ska utöva tillsyn har vi Inspektionen för vård och omsorg som har tillsyn av verksamheter. I väntan på det vill jag gärna understryka att det inte finns någonting som säger att den som har adress särskilt boende inte ska få den vård och den omsorg som krävs. Jag hörde också hur representanten för Uppsala beskrev hur man har tagit åt sig, tagit till sig och vidtagit förändringar utifrån den granskning som IVO gjorde. Det är också min bild. Det får vi förstås fortsätta att följa både under och efter pandemin.

Camilla Waltersson Grönvall (M): Tack för en mycket angelägen dag och för värdefulla inlägg. Min första fråga går till socialministern. Vi är ett land som närmar oss 12 000 döda, och skrämmande många av dessa är 70-plussare i särskilda boenden. I jämförelse med bland annat våra nordiska grannar har Sverige misslyckats med att skydda sina äldre. En sak som till exempel lyfts fram är skillnaden när det gäller medicinsk kompetens i bland annat Norge. Flera av talarna har också lyft fram de äldres behov av här och nu. En utredning kommer 2022, men det behövs också åtgärder här och nu. Min fråga till

socialministern är vad hon anser att hon borde ha gjort. Vad avser ministern att med hänvisning till det tidigare göra också i det korta perspektivet?

Min andra fråga går till Coronakommissionens ordförande Mats Melin. Coronakommissionen lyfter fram den breda allmänna smittspridningen i samhället som en huvudorsak till att många äldre smittats och avlidit i Sverige. Nu ser vi tyvärr en liknande tendens återigen. Vilka åtgärder borde Sverige ha vidtagit för att begränsa den breda allmänna smittspridningen i samhället?

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! När det gäller den medicinska kompetensen är svaret ganska likalydande det som jag precis gav till ledamoten Anefur. Det är hälso- och sjukvårdslagen som i dag ska ge den vård och omsorg som individer kräver. Det finns inget undantag för att man bor på särskilda boenden. Här behöver tillsyn fortsätta, och det behövs naturligtvis också resurstillskott. Vad kan man tänka sig att man gör? Det är en väldigt viktig del. Jag hör att Camilla Waltersson Grönvall efterlyser någonting precis här och nu. Vill vi ha en annorlunda lagstiftning behöver vi få den på plats. Det är väldigt viktigt.

Jag tror att vi behöver tydliggöra att vi har större krav på vårdkompetens än vad vi tidigare kanske har accepterat. Jag kan inte hela det norska systemet. Men tyvärr är situationen inte helt olik den i de allra flesta länder som har drabbats hårt av pandemin, nämligen att det är de äldre som har drabbats hårdast. Det handlar om att skydda yrkestiteln undersköterska och se till att de som arbetar där verkligen har den vårdkompetens som man kan kräva för att se till att de har rätt förutsättningar att göra sitt viktiga arbete. Det är någonting som vi arbetar hårt med. Resurstillskotten ska inte på något sätt underskattas. Det kommer att vara mycket betydelsefullt för att man kan anställa den personal som krävs med den kompetens som krävs och tillräckligt mycket kompetens.

Mats Melin, Coronakommissionen: Jag kan fatta mig mycket kort. Det har varken jag eller kommissionen ännu någon uppfattning om. Det är en av de centrala frågor vi har att pröva. Jag vågar inte lova att vi kommer att ha och kunna presentera någon välgrundad uppfattning om den saken förrän i vårt slutbetänkande i februari 2022.

Karin Rågsjö (V): Tack för alla bra inlägg i dag. Smittspridningen på äldreboenden är fortfarande hög. Allt borde bli bättre. Vi borde samtliga här och därute ha förstått att äldreomsorgen som varit nedgraderad så länge skulle bli just en dödsfälla. Det kan man se när man tittar på siffror som har lyfts fram här i dag. En person inom hemtjänsten fick möta 15 olika personer under 14 dagar. Det är siffror från 2019. Andelen som följde korrekta hygienrutiner låg på 55 procent 2018. Det var så vi gick in i pandemin. Sju av tio undersköterskor i äldreomsorgen upplever att behandlingen är otillräcklig varje vecka, och 42 procent av dem anser också att det är en risk för att äldre drabbas av just det. Det var 2019, alltså före covid. Tar man upp frågan om timanställda kan man

se att Stockholm är en extremt drabbad kommun. Där var 37,9 procent inom äldreomsorgen timavlönade, räknat till heltid 23 procent.

Min fråga går till statsrådet Hallengren och SKR. Ni har känt till de här siffrorna. Hur tycker ni att ni agerade från det att smittan kom in i Sverige från februari till och med april? Vad hade konkret kunnat göras bättre? Vad görs nu? Finns det snabbtester överallt? Finns det skyddsutrustning? Jag tar också den andra frågan, fru ordförande. Den går till Vårdförbundet och Kommunal. Vi har inte haft några nationella lager av skyddsutrustning. Det har varit väldigt påtagligt under pandemin. Regionerna hade inte heller pandemilager. De hade lager som räckte i två, tre, fyra dagar. Jag undrar: Hur upplevde ni som fack att det påverkade personal, specifikt era medlemmar inom äldreomsorgen?

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Karin Rågsjö frågar: Vad gjordes då, och vad gör man nu? Det har framkommit inte minst från Coronakommissionen själv och i flera anföranden här att det då var ett väldigt stort fokus på vården. Det handlade om att successivt skaffa sig bilden av hur det såg ut i äldreomsorgen och få den tydliga bilden av hur behoven såg ut när det gällde till exempel skyddsmateriel i varje enskild kommun, vilka lager man hade och vilka behov man hade av påfyllnad. Det var någonting som vi arbetade väldigt hårt med.

När vi fick den bilden innebar det att Socialstyrelsen fick ett helt nytt uppdrag. Det är ingen myndighet som brukar upphandla skyddsmateriel. Den fick den uppgiften mitt under brinnande pandemi. Jag måste få säga i det här forumet att den löste det på ett utmärkt sätt även om det var väldigt ansträngt och många hade velat ha ännu mer skyddsutrustning och mycket mer och med mycket längre framförhållning. Det omfattade också kommunerna framöver. Det handlade om utbildning, basal hygienrutin, för att nämna ytterligare ett exempel, som ett antal hundra tusen personer i dag har genomgått.

Vad gör vi nu? Det är en väldigt relevant fråga när vi är i andra vågen. Det är precis som Mats Melin tidigare har sagt. Kommissionen har inte haft möjlighet att titta på den andra vågen, utan då skulle uppdraget vara lämnat med förhoppningen att vi skulle kunna lära av det. Jag tycker att många lärdomar har dragits. Jag vill gärna säga det till alla dem som arbetar med och i äldreomsorgen. Det handlar om att kunna idka kohortvård och hur man använder skyddsutrustning, att man gör det på rätt sätt. Det handlar också om att man vet att det finns lager på Socialstyrelsen, att man har gått utbildningar i basal hygienrutin. Man känner till hur viktigt det är med kontinuiteten och att man inte har personal som går emellan och att det är för mycket ny personal.

Det finns många sådana delar som är hanterade. Det gäller också riktlinjerna. Det handlar om hur man ska testa på äldreboenden. Jag kan inte svara på om alla har tillgång till snabbtester i dag. Det är en del av den överenskomst som finns med Sveriges Kommuner och Regioner. Där ingår nu också snabbtester.

Greger Bengtsson, Sveriges Kommuner och Regioner: Som vi sa inledningsvis var kommunerna precis som samhället i övrigt oförberedda när det kom in. Men man lärde sig ganska snabbt. Det handlade både om arbetsmetoder och om tillgång till de resurser som behövde användas. Jag tänker då på skyddsutrustningsfrågan, möjligheten att testa och smittspåra. metoder som kohortvård och användningen av basala hygienrutiner. När det gäller tillgång till skyddsutrustning var Kommentus, SKR:s bolag, ganska tidigt på banan och såg till att vi ändå relativt snabbt fick skyddsutrustning ut till kommuner.

Vad är det sedan som har hänt? Vi ser utvecklingen som har kommit nu under november och framåt. I de kontakter som vi har med kommuner märker vi att man har tillgång till skyddsutrustning och tester i ett ganska väl utarbetat samarbete med vårdhygien och smittskydd, och man använder de metoder som vi vet är framgångsrika. Jag har följt de kommuner som är de värst drabbade sedan november och fram till nu. Det som ofta händer är att smittan kommer in genom samhällssmitta. Men när den väl kommer in vidtas åtgärder.

Jag skulle vilja säga att just testningsfrågan är central. Det har också gett effekten att efter ett par veckor försvinner de mest drabbade kommunerna på kartan, och så kommer några andra i stället. Nu har vi tack och lov en utveckling de senaste veckorna när smittspridningen minskar. Men just att man ser att smittan kommer in och sedan försvinner ut visar att det finns metoder att använda.

Tobias Baudin, Kommunal: Tack för frågan. Du sätter fingret på där vi har varit kritiska från Kommunals sida. Det gäller just tillgången till skyddsutrustning. Vi var väldigt tidigt ute och larmade om att det var bra att det fanns. I början var det ett starkt fokus på sjukvården. Det var bra att det var det. Flera sa: Det här kommer att bli tufft. Det kommer att behövas omfattande åtgärder. Sjukvården är ändå mer förberedd på en pandemi till exempel vad gäller tillgången till skyddsutrustning. Tittar man inom sjukvården ser det ut som att man ska flyga till rymden nästan, som rymddräkter. Det är superbra. Man ska såklart skydda personalen inom sjukvården. Men titta på äldreomsorgen. Där visste vi att inte ens hälften av våra medlemmar som jobbade i hemtjänsten hade tillgång till någon skyddsutrustning över huvud taget. När direktivet från myndighet eller chefen blev: Använd munskydd, använd skyddsutrustning, fanns det inte ens att tillgå. Det var i mars månad.

Det har varit den fackliga kampen från vår sida. Det är just kampen för så enkla saker som munskydd. Där gjorde vi en rad skyddsstopp. Det är där vi är mest kritiska, måste jag säga till myndigheterna. Även om jag tror att Folkhälsomyndigheten gör sina bedömningar på inrådan från andra myndigheter säger den: Det här med munskydd får man bestämma lokalt. Då blev vi oroliga. Det ser så olika ut. En del har här varit jättebra arbetsgivare som försöker komma åt all utrustning som finns, har rutiner och sådant. Sedan finns det vissa som inte sköter sig som arbetsgivare och som håller på och laborerar med olika attiraljer, som vi har fått exempel på. Man var illa rustad.

Sedan har det såklart blivit bättre nu. Nu finns i princip tillgång till munskydd och skyddsutrustning överallt. Det brister ibland i kvaliteten på skyddsutrustning. Det är viktigt. Det handlar inte bara om vilken utrustning utan också om kvaliteten. Sedan får vi tyvärr nu signaler om att det fortfarande finns rätt många arbetsplatser där man inte använder skyddsutrustningen och inte använder den på rätt sätt. Vi får inte slå oss till ro nu utan ha fortsatt fokus på frågan. Även om man var sämre rustad ser det nu betydligt bättre ut. Men det finns fortfarande ett jobb att göra. Släpp inte fokus! Det är ett medskick till politiken.

Barbro Westerholm (L): Jag heter Barbro Westerholm, Liberalerna, är 87 år och ingens egendom. Min första fråga vänder sig till Lena Hallengren. Coronakommissionen har tagit upp bristen på och avsaknaden av en sammanhållen journalföring i äldreomsorgen. Man har att föra två journaler, en för omsorgerna och en för sjukvården. Det leder till säkerhetsrisk och informationsglapp och tar tid. När, Lena Hallengren, kan vi förvänta oss en ändring i sekretesslagen så att man kan ha en journal i äldreomsorgen för de olika individerna?

Den andra frågan riktas till Mats Melin, och kanske egentligen till flera, men jag väljer Mats. Det handlar om besöksförbudet. Det kom lite sent. Det har haft måttlig effekt. Det har varat länge utan omprövningar. Viss lättnad kom i början av sommaren. Det har varit måttlig begränsning av smittspridningen, som var huvudskälet. Men däremot har det funnits ohälsokonsekvenser som isolering för med sig. Det har gällt de boende, 70-plussarna, anhöriga och personalen som hade att hantera den depression och bristande livslust som många i boendena vittnade om när de inte fick träffa sina allra närmaste. Hur tänker kommissionen gå vidare här? Jag inser att vi måste begränsa smittspridningen. Men hur förebygger vi de andra ohälsokonsekvenserna som isolering och ensamhet ger i en sådan här situation?

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Tack, Barbro Westerholm, för en mycket konkret fråga. Möjligheterna finns inte i dag till en sammanhållen journal men till samverkan; det är viktigt att understryka. Sören Öman har regeringens uppdrag att utreda just hur man ska kunna få en möjlighet att samverka när det handlar om sekretess mellan olika huvudmän. Han har lagt fram ett delbetänkande bara för någon vecka sedan och är färdig med sitt uppdrag före sommaren. Delvis svarar han på frågan. Sedan får vi se vad som återstår och vad som ytterligare behöver göras. Men en hel del av uppdraget tar han om hand.

Mats Melin, Coronakommissionen: Tack för frågan. Vi konstaterar helt enkelt att det än så länge är i hög grad osäkert vilken effekt som besöksförbudet hade. Vad vi däremot säger är att det var rimligt i det läget i mars att anta att när smittan fanns i det omgivande samhället att ett besöksförbud skulle kunna motverka spridningen på äldreboendena. Därför menar vi att det inte var fel

att använda det instrumentet då. Men som Barbro Westerholm också påpekade skildrar vi att det kom att vara i kraft alldeles för länge. Det borde ha omprövats mer återkommande, bland annat med avseende på de negativa hälsoaspekter som besöksförbudet, som Barbro Westerholm påpekar, förde med sig.

Jag kan inte säga någonting om framtiden mer än att i den mån man alltjämt tror att besöksförbud är en viktig åtgärd måste man begränsa giltigheten av ett sådant förbud så att dess effekter och nytta ständigt kan vägas i varje skede mot de hälsoeffekter som ett sådant förbud har av annat slag. Jag är osäker på om Coronakommissionen kommer i sitt framtida arbete att kunna göra en ännu bättre utvärdering av besöksförbudens möjliga effekter. Det kommer en och annan ytterligare studie. Jag hoppas att vi möjligen mot slutet av vårt arbete kan ha en bättre uppfattning om besöksförbud över huvud taget är ett verksamt medel.

Pernilla Stålhammar (MP): Tack för att vi har den här viktiga hearingen i dag. Jag vill rikta två frågor till Coronakommissionens ordförande Mats Melin. Vi befinner oss just nu i den största krisen sedan andra världskriget. Vi kan också förvänta oss att vi kommer att hamna i liknande situationer med pandemier som kommer framöver. Det är oerhört viktigt att vi vidtar åtgärder i detta nu men också att vi ser på framtiden och den beredskap som man behöver för sådana här kriser. Man kan väl konstatera att vi inte var helt redo beredskapsmässigt och lagmässigt för att vi skulle hamna i en sådan här kris i Sverige. Det har också satt en blyxtbelysning på de sprickor som finns i vårt samhälle i samarbetet på olika sätt både internationellt och nationellt.

Vad jag skulle vilja fråga Coronakommissionens ordförande är om ni har tittat också internationellt. Ni har konstaterat att det är tio länder som har lyckats sämre än Sverige när det gäller hanteringen inom äldreomsorgen. Vad har ni tittat på? Vilka slutsatser kan ni dra utifrån de jämförelser som ni har gjort internationellt? Min andra fråga är också till Mats Melin. Om ni tittar på de åtgärder som gjordes och inte gjordes i början av coronahanteringen, vad skulle ni singla ut som de viktigaste åtgärder som borde ha vidtagits för äldreomsorgens skull?

Mats Melin, Coronakommissionen: När det gäller den internationella jämförelsen är det vi har kunnat grunda oss på olika internationella studier, jämförelser och rapporter som har gjorts av WHO och OECD. Vi har också fått uppgifter från Sveriges ambassader i ett antal länder. Vad man kan säga sammanfattningsvis styrks av tesen om den allmänna samhällsspridningens betydelse. För de flesta länder gäller trots allt att andelen smittade och avlidna på äldreboenden på något vis har speglats av andelen smittade och avlidna i samhället i stort. Även de länder som har haft en begränsad samhällsspridning har i förhållande till samhällsspridningen i stort haft en relativt stor andel avlidna i just äldreboenden.

Jag tror också att de flesta studierna och rapporterna visar en sak. Det finns naturligtvis undantag, och det har visats här i dag, och det gäller inte minst situationen i Norge. Det generella intrycket från internationella rapporter och studier är att äldreomsorgen i många länder är en underfinansierad och eftersatt verksamhet som har drabbats hårt av pandemin, och det gäller inte bara i Sverige.

När det gäller vilka åtgärder som hade varit mest verksamma är det givet hur vi har beskrivit betydelsen av den allmänna samhällsspridningen. Utan att ta ställning till om den hade varit möjlig att hantera på annat sätt och i så fall hur är det klart att åtgärder mot allmän samhällsspridning kanske hade haft störst betydelse för effekterna i äldreomsorgen. Därefter är det de strukturella bristerna som har påverkat mest. Det gäller svårigheter att anordna både kohortvård på grund av svårigheter med att tillämpa den gällande lagstiftningen och de bemanningsfrågor och medicinska frågor som vi tidigare har talat om i dag. Förutom den allmänna smittspridningen hade nog åtgärder mot de strukturella bristerna varit den viktigaste faktorn som hade kunnat förebygga och ha äldreomsorgen bättre rustad. Bland vidtagna åtgärder har vi sagt att vi ännu inte kan rangordna vilka av dem som har varit viktigast eller vilka åtgärder som har haft störst betydelse inbördes när det gäller spridningen inom äldreomsorgen.

Carina Ståhl Herrstedt (SD): Min fråga går till socialministern. När coronan för ett år sedan slog till dog väldigt många äldre. Flera brister uppdagades, och det är vad vi diskuterar här i dag. Nu har vi en andra våg, och oacceptabelt många har redan dött och inte minst många äldre. Det är inte utan att det är anmärkningsvärt att vi med den kunskap vi hade under första vågen inte har lyckats skydda våra äldre bättre i en andra våg. Med tanke på att det nya muterade viruset eventuellt kan ha upp till 70 procent högre smittorisk räcker inte de åtgärder som vi har vidtagit redan här och nu.

Frågan blir: Varför klarade vi inte av att hantera den andra vågen bättre? Vad ska vi göra annorlunda inför en eventuell tredje våg för att undvika ytterligare haverier och tragedier? Det vi gör nu kommer att påverka vår framtid väldigt mycket. Min andra korta fråga går till Coronakommissionens ordförande Mats Melin. Kommissionen har bland annat tagit upp att det tog orimligt lång tid att kartlägga behovet av skyddsutrustning inom äldreomsorgen och att det saknats tydliga riktlinjer. Jag skulle vilja veta om ni anser att obligatoriskt krav på viss skyddsutrustning inom äldreomsorgen som till exempel ett munskydd hade varit en lämplig åtgärd i ett tidigt skede.

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Jag vill tacka för frågan, även om jag i och med den egentligen ombeds att redan nu utvärdera den andra vågen. Coronakommissionens första delbetänkande handlar i högsta grad om just inledningsskedet och den första vågen. Jag vill också vända mig lite mot uttrycket "oacceptabelt många". Det finns väl ingen acceptabel mängd när det

gäller hur många människor som dör. Vi gör hela tiden vårt allra yttersta för att hålla nere smittspridningen och för att, som jag tidigare beskrev, se till att rädda liv och hälsa men också ha ett fungerande samhälle.

Jag vill däremot instämma i det som Carina Ståhl Herrstedt säger om att vi borde ha lärt mycket av den första vågen. Jag vill påstå att mycket har lärts av den första vågen. Det ser inte likadant ut i samhället i stort. Det ser inte heller likadant ut i äldreomsorgen. Jag kan inte låta bli att nämna att ett antal hundra tusen har gått igenom utbildning i basal hygienrutin, även om det hela tiden kommer in nya personer som arbetar där. Det gäller även kunskapen om kohortvård, som inte på något sätt är olaglig. Det finns dessutom riktlinjer för hur man kan bedriva sådan. När det gäller skyddsutrustning vet man nu hur den ska användas, även om vi hörde av Tobias Baudin att det fortfarande finns vissa brister i delar av verksamheten. Det får arbetas vidare med. Oro för att skyddsutrustning ska vara slut, att man inte kan få den utrustning man behöver, borde inte heller vara vanligt förekommande med tanke på att Socialstyrelsen i dag har ett lager, vilket inte fanns tidigare. Det finns också en kunskap om viruset som man inte hade tidigare. Det finns mycket tydliga rutiner för hur säkra besök ska ske, om man tillåter besök. Annars finns det möjlighet att införa lokala besöksstopp.

Mitt svar är väl egentligen att mycket har lärts sedan den första vågen. Men det är ett förrädiskt virus vi talar om. Det är inte bara en fråga om vilja. Då hade vi inte haft vare sig smittspridning eller några personer som avlider i covid-19. Vi försöker hela tiden anpassa åtgärder för att hålla nere smittspridningen i samhället. Det är avgörande. De åtgärderna har jag inte uppehållit mig särskilt mycket vid i dag. Men de ser annorlunda ut än i våras. De går längre, just för att människor kanske upplever en ökad trötthet. Man behöver faktiskt på olika sätt ha skarpa restriktioner och mer förbud än vad som var nödvändigt under den första vågen för att nå motsvarande effekter.

Mats Melin, Coronakommissionen: Jag kan i den frågan – jag är inte läkare – egentligen bara säga att mitt intryck är att frågan om skyddsutrustning är central i all patientnära infektionsvård. Det är oundvikligen på det sättet, som jag inledde med att säga, att såväl sjukvården som den kommunala hälso- och sjukvården och vården i både hemtjänst och på särskilda boenden innebär mycket nära möten mellan omsorgspersonal och omsorgstagare. Jag föreställer mig därmed att frågan om skyddsutrustning var central redan från början. Jag har också i efterhand hört flera som har vittnat om det. Huruvida det alls fanns förutsättningar för eller borde ha utfärdats anvisningar om obligatoriskt bärande av munskydd vid patientnära kontakt också inom äldreomsorgen har kommissionen ännu inte uttalat sig om. Och det har jag inte underlag för att bedöma.

Sofia Nilsson (C): Pandemin har som sagt satt fingret på ett antal brister inom äldreomsorgen. Det handlar, som vi har fått ta del av här i dag, om både

strukturella och personella brister. Om vi ska klara det här tror jag att vi måste ha många bollar i luften samtidigt och fundera över både långsiktiga och kortsiktiga åtgärder. Vi i Centerpartiet har tidigare år pekat speciellt på vikten av att skärpa hälso- och sjukvårdslagen, på att se till att all vård ska utgå från individuell medicinsk bedömning och på att det behövs en ny lagstiftning som säkerställer att hemsjukvård likställs med övrig vård. Det är insatser av både lång och kort karaktär. Jag riktar därför min fråga till SKR, Vårdförbundet och Vårdföretagarna. Vilken är den enskilt viktigaste insats eller åtgärd som verksamheter, kommuner och regioner kan göra här och nu för att stärka kvaliteten och öka tryggheten för äldre som finns i äldreomsorgen i dag?

Emma Spak, Sveriges Kommuner och Regioner: Det är väldigt svårt att säga en enskild, enda, åtgärd. Vi ser många åtgärder som behöver vidtas. När det gäller den medicinska delen av det regionerna gör i relation till äldreomsorgen pekar man på att man behöver jobba mer med läkarmedverkan och få den att fungera. Just i fråga om att få saker att fungera här och nu har regionernas kunskapsstyrningsorganisation redan under hösten börjat jobba med stöd till den som ska jobba som läkare i äldreomsorgen, just för att säkerställa att det finns en individuell plan och att läkaren kan göra den typen av bedömningar på ett bra sätt. Vi ser kanske att de stora insatser som vi och som kommuner och regioner gör tillsammans är att stärka samverkan, att säkra god läkarmedverkan i äldreomsorgen och att se till att de som ska jobba i äldreomsorgen har det stöd de behöver för att kunna göra det på ett bra sätt. Det är saker som våra medlemmar kan gå in och göra omedelbart.

Antje Dederig, Vårdföretagarna: Tack för frågan! Jag säger precis som SKR att det finns en rad insatser som måste göras. Jag kan kanske inte peka på den enskilt viktigaste. Det är en rad åtgärder såsom kvalitetsstyrning och förstärkning av läkarmedverkan. Det behöver också bli attraktiva anställningar, och man behöver öka kompetensen bland de anställda. Det tror vi är viktiga åtgärder.

Dag Larsson (S): Jag ska bara ställa en fråga, eftersom vi nu går ned i antal frågor. Jag som är gammal kommunal- och regionpolitiker brinner för kommunalt självstyre. Men jag noterar att Coronakommissionen är oerhört kritisk mot statsmakten och menar att statsmakten måste styra upp de strukturella problemen i äldreomsorgen. Jag kommer bland annat att tänka på den nya finska bemanningslagen och sådana saker som har kommit på plats. Jag riktar min fråga till SKR. Om staten ska styra upp de strukturella bristerna i äldreomsorgen, vad bör staten då göra? Ska man införa en finsk bemanningsplan, eller ska man göra någonting annat?

Greger Bengtsson, Sveriges Kommuner och Regioner: Självklart inte! Vi tycker att den samhällsordning som vi har i dag tjänar äldreomsorgen väl. Statens uppgift är bland annat att säkra en långsiktig och stabil finansiering men också långsiktiga och stabila villkor. Med tanke på de demografiska utmaningarna och allt det som har lyfts fram i dag när det gäller brister som behöver åtgärdas är det oerhört viktigt att staten visar vägen där. Man behöver ha en idé om hur man långsiktigt ska säkra finansieringen och hur organisationen ska se ut bland annat när det gäller spelregler mellan kommun och region. Det som vi kan oroa oss över, och som vi hör, är att det kommer krav och förslag på detaljstyrning och kortsiktiga stimulansbidrag av olika slag. Det gör att man inte långsiktigt kan planera för en god äldreomsorg. Men det enkla svaret till Dag är: Det är självklart att kommuner och regioner tar ansvar för äldreomsorgen. I det ligger naturligtvis bemanning och kompetens.

Pia Steensland (KD): Kristdemokraterna tror att det är oerhört angeläget att det blir en politisk stabilitet i de här frågorna framöver. Coronakommissionen har betonat att ansvaret ligger hos nuvarande regering men även hos tidigare regeringar. Vi vet också att regeringar, inte bara inom den här frågan utan många frågor, tillsätter utredningar som sedan läggs ned för att man vill ha en annan politisk inriktning och så vidare. När det gäller äldreomsorgens organisation och struktur framgent undrar jag hur socialministern tänker verka för en parlamentarisk förankring hos samtliga partier i riksdagen, så att vi får en stabilitet i de här viktiga frågorna och en stärkt äldreomsorg, oavsett vilken regering vi har framgent.

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Det som Pia Steensland säger om en bred förankring är förstås önskvärt. Jag tror dock inte att vi ska blunda för att vi har lite olika uppfattningar när det gäller äldreomsorgens utformning och hur den ska styras. I mitt anförande nämnde jag kort sättet att se på marknadsstyrning och de äldre som kunder och huruvida man ska välja sin äldreomsorg för att få god kvalitet. Här kan vi naturligtvis befinna oss på lite olika ställen, även om jag i grund och botten tror att vi alla vill ha en god äldreomsorg. När det gäller äldreomsorgslagstiftning skulle jag bli mycket förvånad om inte riksdagens samtliga partier fick vara delaktiga i det arbetet, även om det inte är en parlamentariskt sammansatt kommitté. Det är en god grund att utgå från. På det sättet ser jag den lagstiftningen framför mig.

Karin Rågsjö (V): Fru ordförande! Min fråga går till statsrådet Hallengren. Jag ser framför mig en äldreomsorg som kommer att uppgraderas betydligt. Alla partier kommer förstås att ställa sig bakom de siffrorna. Men jag undrar hur pengarna kommer att följas upp. Hur kommer det att följas upp att varenda krona går till välfärden och just äldreomsorgen, exempelvis via SKR? Det tycker vi är superviktigt. Hur ser statsrådet på den saken?

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Tack för frågan, Karin Rågsjö! Jag ser förstås också framför mig att de resurser som avsätts ska gå till äldreomsorgen. Det är hela tiden en balans mellan de stora generella tillskotten till kommuner och till regioner och som inte alltid används likadant. Själva poängen med att de är generella är att de kan komma att användas lite olika beroende på hur behoven ser ut i respektive kommun och region.

De 4 miljarder som är en nivåhöjning ska gå specifikt till äldreomsorgen. Det kommer att ske en uppföljning av hur de pengarna används. När det gäller resurserna, nästan 3 ½ miljard, till Äldreomsorgslyftet under året är det samma sak. De rekvideras för att användas till äldreomsorg. Jag har stort förtroende för att parterna som ska se till att rätt personer får del av medlen också ser till att pengarna används till det de är avsedda för. Det här är viktigt också framöver. Resurstillskotten till äldreomsorgen kommer inte att minska.

Lina Nordquist (L): Fru ordförande! Jag har också en fråga till statsrådet Hallengren. Det rör MAS, MAR och MAL. Kommunerna har en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Många kommuner – jag är glad att se att de blir allt fler – anställer också en medicinskt ansvarig för rehabilitering. Men min uppfattning är att det fortfarande finns alldeles för få arbetsterapeuter, fysioterapeuter och logopedier i kommunerna. Kommunerna har ett stort ansvar för rehabilitering, särskilt för de mer utsatta grupperna.

Men när det gäller MAL, medicinskt ansvarig läkare, finns det ett rent lagstiftningshinder. Det är förbjudet för kommunerna att anställa läkare, trots att mer än en fjärdedel av all sjukvård faktiskt utförs i kommunerna och med kommunerna som ansvariga. Därför är min fråga till statsrådet Hallengren: Bedömer socialministern att det finns någon som helst nackdel med att inte hindra utan i stället ställa krav på att varje kommun ska ha en medicinskt ansvarig läkare?

Socialminister Lena Hallengren (S): Fru ordförande! Tack, Lina Nordquist, för frågan! Jag tror att det är viktigt att säga något som de flesta i salen, men kanske inte alla som lyssnar, vet, nämligen att en medicinskt ansvarig läkare inte nödvändigtvis behöver vara en läkare som är ansvarig för att möta alla som har behov av en läkarkontakt utan snarare är en person som agerar rådgivande i själva strukturen. Detta tror jag är angeläget.

I uppdraget för utredaren för äldreomsorgslagstiftningen ligger att titta på om det behövs både MAL och MAR, i likhet med att vi har MAS. Alla förstår att kommuner är olika stora och att det inte räcker med en läkare, utan man måste ha kunskap på ledningsnivå. Frågan om vem som sedan anställer respektive kompetens överlåter vi till Äldreomsorgsutredningen att titta på. Det finns stora kommuner som naturligtvis kan vara bra arbetsgivare, men det finns också väldigt små kommuner som har svårt att ens rekrytera en fast läkare till kommunens enda hälsocentral. Hur anställningsförhållandena ska se

ut kan vi låta utredningen titta på. Det viktiga är att vi försäkrar oss om att tillgång till både läkare, sjuksköterska och annan medicinsk personal finns.

Låt mig understryka: Vi säger läkare som att det vore en och samma profession, men det finns många specialiteter som man behöver tillgång till och som man inte kan få i en och samma individ. Hur den medicinska tillgången ska lösas är ett specifikt uppdrag till utredaren för äldreomsorgslagstiftningen. När det gäller MAL är uppdraget att titta specifikt på det. Jag tror att det är klokt.

Sofia Nilsson (C): En annan del som Coronakommissionen har pekat ut som ett område som behöver förstärkas är ledarskapet inom äldreomsorgen. I vissa kommuner har vi fått rapporter om att verksamhetschefer har så många som 60 anställda under sig. Jag tycker att det säger sig självt att det inte går att bedriva ett bra ledarskap under sådana förhållanden. Till följd av detta har vi i Centerpartiet tillsammans med Liberalerna och regeringen nu förstärkt Äldreomsorgslyftet så att det innefattar vidareutbildning inom just ledarskap. Detta tror jag är en viktig del.

En fråga som många gånger inte har berörts eller som man inte har pratat så mycket om är just äldreomsorgen. Nu finns pengarna på plats, och det är viktigt att de används så att vi får en effekt ute i verksamheterna och så att man verkligen kan arbeta med att få ned antalet medarbetare per chef där så behövs. Min fråga riktar jag därför till Mikael Köhler och Magnus Johansson, som är representanter för kommuner och regioner och som är ute i verksamheten: Vad behövs för att arbetet med ledarskap ska komma igång, och vad kommer man att göra för att prioritera att få ned antalet medarbetare?

Mikael Köhler, Region Uppsala: Jag kan bara instämma i att det är helt avgörande för hanteringen av denna händelse att det finns chefer som är nära de medarbetare som jobbar med patienterna. Vi är väl medvetna om att det är ett behov och att det är bästa sättet att hantera detta. Det är så man bygger upp en säker och trygg vård. Jag kan bara uttrycka att medvetenheten om detta finns och att vi gör vad vi kan i vår egen organisation och gärna stöttar kommunerna i den utvecklingen.

En sak är väldigt viktig när det gäller närvarande chefer, och det är när en enskild sak ska hanteras. Vi har pratat om skyddsutrustning. Vi har utbildning i vård- och hygienrutiner, men tillämpningen av vårdhygien måste näpas och näpas. Det gör man i dialog mellan chef och medarbetare. Man måste mäta och följa upp hela tiden. Just vårdhygien måste sitta i ryggmärgen. Det är på det sättet vi kan möta det här. Jag kan bara instämma i att där ligger det viktigaste – att man är medveten om det som ska hanteras.

Magnus Johansson, Norrköpings kommun: Ledarskapet är viktigt. Det nära ledarskapet är en avgörande faktor för hur vi lyckas under den här perioden. Vi ser att det ställs stora krav på våra chefer och att de behöver kunna väldigt

mycket. Vi ser att just hälso- och sjukvårdskunskapen och att vara rustad för de förutsättningar som våra medarbetare behöver för att kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt är en otroligt viktig kunskap. Vi behöver rusta våra chefer där, inte minst utifrån Utredningen om nära vård, där vi ser att kommunerna kommer att ha ett ännu större ansvar för dessa delar. Då behöver våra chefer verkligen kunna stå upp för dessa frågor och stötta våra medarbetare. Detta kommer att stärka både medarbetarna och verksamheten. Att rusta våra chefer med den kunskap som krävs för att klara av förutsättningarna är grunden.

Ordföranden: Socialministern är på väg till nästa presskonferens, så vi tackar ministern för hennes medverkan här i dag.

Clara Aranda (SD): Ordförande! Min fråga är riktad till Socialstyrelsen. Syrgas och vätska har visat sig vara avgörande faktorer för framgångsrik behandling av covid-19. Trots det har tillgången till syrgas varit bristfällig på landets äldreboenden under pandemin, och därför skulle jag vilja få svar på hur Socialstyrelsen i dagsläget arbetar med att säkerställa att medicinsk behandling, såsom syrgasbehandling, ges likvärdigt efter behov även på landets äldreboenden.

Irène Nilsson Carlsson, Socialstyrelsen: Det absolut viktigaste är att den som behöver en vårdinsats får det. Sedan kan det ske på olika sätt. Ibland har man möjlighet att göra det på boendet, och ibland får man organisera det på annat sätt. Det viktigaste är att varje person får den vårdinsats som är lämpligast och angelägen för den personen.

Johan Hultberg (M): Fru ordförande! Jag välkomnar att många av dagens talare har varit självkritiska och erkänt fel och brister i den egna verksamheten. Detta tror jag är jätteviktigt för att vi ska kunna utveckla och stärka äldreomsorgen. Därför blir jag tyvärr lite bekymrad över att socialministern inte andades någon sådan självkritik och heller inte svarade på den fråga som Camilla Waltersson Grönvall ställde. Jag har förstått att ministern nu har lämnat oss, så jag kan inte upprepa frågan. Jag uppmanar dock socialministern att ta den till sig och vara självkritisk för att kunna utveckla äldreomsorgen.

Jag har i stället en fråga till Folkhälsomyndigheten. Coronakommissionen lyfte i sitt delbetänkande fram att den höga smittspridningen sannolikt är den viktigaste förklaringen till att dödsfallen varit så många inom äldreomsorgen. Framöver är det nu jätteviktigt att vi hejdar smittspridningen och, inte minst, får stopp på spridningen av de mer smittsamma virusmutationer som har tagit sig in också i Sverige. Därför blev jag bekymrad när jag hörde Karin Tegmark Wisell på TV4-nyeterna i går tala om att Sverige kanske först om en dryg månad kommer upp i den nivå för sekvensering av virusmutationer som EU:s smittskyddsmyndighet har rekommenderat. Jag vill därför fråga Folkhälso-

myndigheten vad man gör för att skyndsamt kunna sekvensera och inte göra om de misstag och få de problem som fanns under våren när det gäller bristfälligt provtagning, bristfällig testning och bristfällig smittspårning.

Johan Carlson, Folkhälsomyndigheten: Tack så mycket för frågan! Detta är ett viktigt område. Precis som i våras är det svenska systemet uppbyggt så att det är regionernas laboratoriekapacitet som måste vara basen i allt sådant. Vi vet att man i en del regioner har kommit igång med arbetet, bland annat i Umeå. Andra regioner är i full färd med att sätta upp sådan kapacitet. Vi har på myndigheten för statens del en viss kapacitet, men inte så stor. Sedan 30 år tillbaka ligger ett ansvar på de smittskyddsansvariga regionerna. Vi stöder naturligtvis detta arbete. Vi handlar nu också upp kapacitet i Tyskland för att stödja verksamheten och de regioner som inte har denna kunskap. Det är en ganska specialiserad verksamhet som i första hand kan utföras av regionlaboratorierna. Vi räknar med att komma upp i kapacitet inom ett par veckor, precis som de flesta andra länder. Då räknar vi med att screena ungefär 10 procent. Det är viktigt att man utöver detta, när man får särskilda utbrott, kastar sig över dem och typar och ringar in eventuella mutationer.

I övrigt kan vi konstatera att de åtgärder som vidtagits mot den andra vågen har haft en mycket god effekt. Vi har nu en snabbt sjunkande smittspridningstendens i alla regioner i stort sett. Vi anser att vi under ytterligare en tid ska hålla fast vid de åtgärder som vidtagits, för vi har att se fram emot en vår som kan bli skakig. Det är viktigt att inte slappna av i ansträngningarna för att hålla smittan nere.

Ordföranden: Tack så mycket för svar! Och varmt tack till samtliga riksdagsledamöter som har deltagit och till alla våra gäster som har bidragit med kunskap och svarat på frågor! Coronakommissionens arbete är viktigt därför att det lär oss vad vi behöver åtgärda just nu – det som vi kan göra i kommuner och regioner och det som är statens uppgift – men förstås också vilket lärande som vi behöver på lång sikt.

Förmiddagen har visat hur mycket åtgärder vi behöver vidta när det handlar om långsiktighet så att äldreomsorgen får den utveckling som vi alla önskar. Min förhoppning är att det inte blir enstaka nedslag eller en tillfällig diskussion om äldreomsorgen utan att det blir en förändring på riktigt nu, där vi samlar ihop oss och ser till att vi ger de förutsättningar som krävs för att få en äldreomsorg som bygger på värdighet och respekt för varje människa.

Det är värdefullt att ta del av människors kunskaper, erfarenheter och berättelser. Denna förmiddag har gett oss en hel del sådana. Fler behövs, och vi i socialutskottet är tacksamma för all den kunskap som vi har fått i dag. Vi kommer att fortsätta att söka kunskap på olika sätt så att vi har de bästa underlagen för de beslut vi fattar framöver. Varmt tack till alla som har sett till att vi har kunnat genomföra denna förmiddag! Vi önskar er en fortsatt god tisdag.

Det har varit en särskild upplevelse att få sitta i Andrakammarsalen i riksdagen i dag, för i dag är det 100 år sedan som man beslutade att kvinnor får rösträtt. Det är en självklarhet tycker vi i dag, men det har inte alltid varit så. Nu ska vi se till att äldreomsorgen blir värdig på riktigt. Det borde vara en självklarhet framöver.

2018/19:RFR1	FINANSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 8 november 2018
2018/19:RFR2	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet den 5 februari 2019
2018/19:RFR3	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig utfrågning om transportsektorns bidrag till att uppfylla klimatmålen
2018/19:RFR4	SKATTEUTSKOTTET En utvärdering av personalliggarsystemet
2018/19:RFR5	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 7 mars 2019
2018/19:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning den 2 maj om Riksbankens rapport Redogörelse för penningpolitiken 2018
2018/19:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport Svensk finanspolitik 2019
2018/19:RFR8	KULTURUTSKOTTET Att redovisa resultat – En uppföljning av regeringens resultatredovisning av utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid
2018/19:RFR9	SKATTEUTSKOTTET Skatteutskottets utvärdering av personalliggarsystemet
2018/19:RFR10	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om skogen som resurs och livsmiljö

2019/20:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 24 september 2019
2019/20:RFR2	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Seminarium om livslångt lärande
2019/20:RFR3	KULTURUTSKOTTET Att redovisa resultat
2019/20:RFR4	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Regeringens resultatredovisning för UO15 och UO16 – utbildningsutskottets uppföljningar 2012–2018
2019/20:RFR5	FINANSUTSKOTTET Hur påverkas den finansiella stabiliteten av cyberhot, fintech och klimatförändringar? En översikt av forskning, aktörer och initiativ
2019/20:RFR6	NÄRINGSUTSKOTTET Uppföljning av beslutet att bilda Sveriges export- och investeringsråd
2019/20:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet den 29 januari 2020. Fintech och cyberhot – Hur påverkas den finansiella stabiliteten?
2019/20:RFR8	ARBETSMARKNADSPOLITISKA UTSKOTTET, KULTURUTSKOTTET, SOCIALFÖRSÅKRINGSPOLITISKA UTSKOTTET, SOCIALUTSKOTTET, UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Offentlig utfrågning på temat psykisk hälsa i ett Agenda 2030-perspektiv
2019/20:RFR9	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Öppen utfrågning inför den forskningspolitiska propositionen
2019/20:RFR10	TRAFIKUTSKOTTET Mobilitet på landsbygder – forskningsöversikt och nulägesbeskrivning
2019/20:RFR:11	KONSTITUTIONSPOLITISKA UTSKOTTET Forskarhearing om den representativa demokratin utmaningar i polariseringens tid
2019/20:RFR:12	CIVILUTSKOTTET Civilutskottets offentliga utfrågning om överskuldssättning
2019/20:RFR:13	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken 10 mars 2020

2020/21:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 20 oktober 2020
2020/21:RFR2	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Uppföljning av tillämpningen av gymnasireglerna
2020/21:RFR3	NÄRINGSUTSKOTTET Sveaskogs samhällsuppdrag om markförsäljning – en uppföljning
2020/21:RFR4	NÄRINGSUTSKOTTET Artificiell intelligens – Möjligheter och utmaningar för Sverige och svenska företag
2020/21:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Punktlighet för persontrafik på järnväg – en uppföljning
2020/21:RFR6	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Digitalt seminarium om uppföljningen av tillämpningen av gymnasireglerna den 26 november 2020
2020/21:RFR7	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Lantbrukets sårbarhet – en uppföljning
2020/21:RFR8	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet – Risker i kölvattnet efter covid19-pandemin